ISSN 1345-0581

日本臨床救急医学会雑誌

Journal of Japanese Society for Emergency Medicine

第29巻第3号 2026

第29回日本臨床救急医学会総会・学術集会
プログラム・抄録集

JAPANESE SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE

日臨救急医会誌（JJSEM）

URL http://jsem.umin.ac.jp/

第 29 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 29 回日本臨床救急医学会総会・学術集会開催にあたって

第 29 回日本臨床救急医学会総会・学術集会
会長　藤見　　聡
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



この度，第 29 回日本臨床救急医学会総会・学術集会の会長を仰せつかりました大阪急性期・総合医療センター救急診療科の藤見聡です。今回の総会・学術集会は，副会長として大阪府医師会加納康至会長および大阪市消防局山本博文局長，大阪府看護協会弘川摩子会長にご就任いただき，2026 年 7 月 16 日（木）～ 18 日（土）の 3 日間，大阪国際会議場において開催させていただくこととなりました。まずここに至るまでの皆さまの温かいご支援・ご協力に心から感謝申し上げます。

今回の学術集会のテーマを説明させていただきます。『三拍子』という言葉は，調和やバランスが揃った状態を象徴するものとして，多くの分野で親しまれています。救急医療の現場でも，複数の要因が揃うことで状況が大きく改善する瞬間をよく経験します。そこで，救急ならではの『三拍子』をテーマに，皆さんが体験した調和やバランスにまつわる事例を共有し，一緒に考える機会にできればと思っています。

それと私が勤務している救急診療科は，創設から 50 年以上が経ちました。救急医療の歴史の中で積み重ねてきた経験や事実があるからこそ，今があり，今後どのように生かされていくべきかを，改めて言葉にし，皆さんと共有する機会にしたいと思います。

第 29 回の学術集会の特徴は，大きく三点ございます。第一に，多職種からなるプログラム企画委員のご尽力により，シンポジウムおよびパネルディスカッション合わせて 73 セッションという充実した企画を実現いたしました。いずれも注目度が高く，会場によっては混雑が予想されますが，何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。

第二に，より多くの会員の皆様にご参加いただくため，ミニオーラルセッションを充実させ，座長の機会を拡充いたしました。特に中堅世代の先生方にも積極的にご参画いただき，学術交流を通じて新たな臨床的気づきや発想が生まれる場となることを期待しております。

第三に，特別講演として著名なお二人をお招きしました。元大阪府知事の橋下徹氏には，組織を率いるリーダーシップに求められる『三拍子』についてご講演いただきます。また，ラグビー日本代表元キャプテンの廣瀬俊朗氏には，フィールドにおけるリーダーシップの本質を，救急外来にも通じる視点からお話しいただきます。

本会の開催にあたり，当センターのスタッフは，地域の一病院としての役割を果たしながら，働き方改革の中で普段の業務時間を調整し，準備に奔走してくれています。不手際がありましたら，それはすべて大会長である私の責任です。スタッフの努力に対して，心から感謝の意を表したいと思います。

最後になりましたが，本大会が会員の皆さまにとって充実したものとなることを心よりお祈り申し上げるとともに，2025 年関西万博の余韻をちょっとだけ感じる，活気あふれる夏の大阪で，皆さまとお会いできるのを楽しみにしております。

第 29 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　藤見　聡

副 会 長　加納　康至　弘川　摩子　山本　博文

事 務 局 長　中堀　泰賢

プログラム企画委員長

木口　雄之

コアメンバー（五十音順）

東　丈雄　金山　悠　川口　博資　木下　哲男　木村　成寿
坂本　徹也　芝田　里花　高尾　弘志　高橋　裕美　武本　泰典
西村香央里　番平　吉郎　藤江　建朗　本池　圭蔵　薮　圭介
山尾　伸平

メンバー（五十音順）

浅野正友輝　阿部　靖子　石井　宣大　今井　徹　内囿　直人
大黒　健太　太田　裕子　大保　勇　川島　裕明　菊池　桃
岸　奈緒子　五味　誠　佐藤　圭介　澤井　彰　三平　りさ
高橋　紀貴　谷口　泰規　谷　峰穂　冨吉　正憲　中居　弓恵
西池　成章　西岡　努　西岡　誠　橋口　順一　春田　良雄
平山　隆浩　平山　淑子　福田　篤久　福森　優司　藤江　直輝
堀内　茅加　町田雄一郎　松浦　貴子　宮安　孝行　牟田　誠矢
村橋　咲子　八木　秀典　山口　佳恵　山田　武志　渡邊　徹宗

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 29 回	藤見　　聡	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	2026 年 7 月 16 ～ 7 月 18 日	大阪

第 29 回日本臨床救急医学会総会・学術集会 開催概要

テーマ：探そう・救急医療の三拍子 ―原点から現点。そして頂点へ―

会　　長：藤見　　聡（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）
副 会 長：加納　康至（大阪府医師会　会長）
副 会 長：弘川　摩子（大阪府看護協会　会長）
副 会 長：山本　博文（大阪市消防局　局長）

会　　期：2026 年 7 月 16 日（木）～ 7 月 18 日（土）

会　　場：大阪国際会議場

オンデマンド配信：7 月 31 日（金）～ 8 月 28 日（金）

開 催 方 式：現地開催 + オンデマンド配信

学術集会ＨＰ：https://site.convention.co.jp/jsem29/

主要プログラム

■ 会長講演

7月17日（金）　8：20～8：50　第1会場

「探そう救急医療の三拍子　－現点から原点へ、そして頂点をめざす－」

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**

座長　日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　**井上　潤一**

■ 特別講演

1．7月17日（金）　13：50～14：50　第1会場

「混迷の時代のリーダーへ～橋下流意思決定術とチームを動かす三拍子～」

弁護士法人橋下綜合法律事務所　**橋下　徹**

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**

2．7月18日（土）　11：20～12：20　第1会場

「ラグビーの実践知から学ぶリーダーシップ ～フィールドでチームを動かす三拍子～」

株式会社 HiRAKU 代表取締役／元ラグビー日本代表キャプテン　**廣瀬　俊朗**

座長　日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　**井上　潤一**

■ 教育講演

1．7月17日（金）　15：00～16：00　第12会場

「救急車　滴が走り流れ出す　命をつなぐ薬のお話
～すべての職種にささってほしい薬剤師からの便箋～」

済生会熊本病院　薬剤部　**柴田　啓智**

座長　大阪府立病院機構　大阪精神医療センター　薬局　**藤江　直輝**

2．7月18日（土）　10：10～11：10　第1会場

「検査所見が命を救う～循環器救急医から臨床検査技師に伝えたいメッセージ～」

久留米大学　心臓・血管内科／
久留米大学病院　高度救命救急センター　CCU　**大塚　麻樹**

座長　久留米大学病院　臨床検査部　中央手術室担当　**牟田　誠矢**

国家公務員共済組合連合会枚方公済病院　検査科　**薮　圭介**

3．7月18日（土）　10：30～11：30　第2会場

「救急医療の未来を拓く ― 救急看護師に期待される役割と展望」

大阪公立大学　看護学研究科　北村　愛子

座長　公益社団法人大阪府看護協会　弘川　摩子

4．7月18日（土）　8：30～9：30　第8会場

「PEMECインストラクターの心得」

関西労災病院　救命救急科　高松　純平
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科
救急救命学専攻　福岡　範恭
山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　藤田　基
下関市消防局　情報指令課　長岡　敏信

座長　関西労災病院　救命救急科　高松　純平
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科
救急救命学専攻　福岡　範恭

■ 専門医共通講習

1．感染対策　オンデマンド

「病院での多剤耐性菌感染の集団発生を防ぐための標準予防策強化対策」

大阪急性期・総合医療センター　感染制御室
（兼　総合内科・感染症科）　大場雄一郎

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

2．医療倫理　オンデマンド

「医療倫理～多様な価値へのチームによる対応～」

公益社団法人日本看護協会　淺香えみ子

座長　社会医療法人社団正志会救急災害医療連携・DX推進部門　森村　尚登

3．医療安全　オンデマンド

「医療安全の歴史は1999年から始まった
～救急医療における患者安全：歴史から学び，チームで守る～」

大阪医科薬科大学病院　医療安全推進室　新田　雅彦

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

4. 医療制度と法律　オンデマンド

「離婚後の共同親権導入による小児救急医療現場への影響」

桃山学院大学 法学部　永水　裕子

座長　社会医療法人生長会泉州地区救急・集中治療統括センター　溝端　康光

■ 救急科領域講習

1. 中毒　オンデマンド

「Health Security と中毒：国内外の情勢と化学物質の動向」

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

座長　兵庫県災害医療センター　石原　諭

2. 外傷　オンデマンド

「重症外傷診療におけるチームワーク　- 理論的背景から実践まで -」

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　中尾　彰太

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

3. 敗血症　オンデマンド

「日本版敗血症診療ガイドラインの現在地と将来展望」

大阪医科薬科大学 救急医学　山川　一馬

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

4. 災害　オンデマンド

「災害対応に必要な CSCA 確立の本質」

国立健康危機管理研究機構ＤＭＡＴ事務局　松田　宏樹

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

5. 熱傷　オンデマンド

「熱傷診療の NEW・ABC」

筑波大学医学医療系 救急・集中治療医学　井上　貴昭

座長　日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急センター　井上　潤一

■ 日本救急撮影技師認定機構　指定講習会

7月18日（土）　15：30～16：30　第9会場

「臨床に活かす救急画像所見クイズ：見落としを防ぐための視点とアプローチ」

一宮市立市民病院　放射線技術室　山田　晃弘

座長　国立病院機構盛岡医療センター　放射線科　高橋　大樹

■ 特別企画

7月17日（金）　11：30～12：20　第4会場

「4学会合同ガイドラインはどのように倫理的ジレンマに対応しようとしているのか」

名古屋市立大学病院　救命救急センター　舩越　拓

飯塚病院　連携医療・緩和ケア科　石上雄一郎

座長　飯塚病院　連携医療・緩和ケア科　石上雄一郎

名古屋市立大学病院　救命救急センター　舩越　拓

■ 先行シンポジウム

7月16日（木）　13：00～14：30　第2会場

「全国の救急隊の搬送にかかわる
身体的・心的負荷の現場と今後の改善策を議論する　2025年調査報告」

座長　公益社団法人地域医療振興協会有田市立病院　加藤　正哉

国士舘大学大学院　救急システム研究科　田中　秀治

■ シンポジウム

1．7月17日（金）　10：40～12：10　第1会場

「気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み」

座長　熱中症総合研究所／一般社団法人臨床教育開発推進機構　三宅　康文

日本医科大学　救急医学教室　横堀　將司

2．7月17日（金）　15：00～16：30　第1会場

「今後の少子高齢化社会に向けて救急医療を持続的なものにするために」

座長　市立札幌病院総合臨床センター　佐藤　朝之

横浜市立大学　救急医学／高度救命救急センター　竹内　一郎

3. 7月17日（金）　9：00～10：30　第2会場

「人口減少社会における退職世代の人材活用
シニア世代が長く救急現場で活躍するには何が必要か」

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
道志村国民健康保険診療所　救急科・内科・外科　松田　潔

4. 7月17日（金）　15：00～16：30　第2会場

「ECPRの活用に向けた医療機関と救急隊の対応について」

座長　広島大学大学院　救急集中治療医学　大下慎一郎
大阪公立大学医学部附属病院　救命救急センター　佐尾山裕生

5. 7月17日（金）　16：40～18：10　第2会場

「救急医療における周産期医療の立ち位置
－救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－」

座長　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
日本赤十字社医療センター救命救急センター・救急科　山下　智幸

6. 7月17日（金）　9：00～11：00　第3会場

「薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント」

座長　大阪大学　救急医学　織田　順
国立病院機構東近江総合医療センター　薬剤部　服部　雄司

7. 7月17日（金）　16：40～18：10　第3会場

「徹底活用！『救急外来における薬剤師業務の進め方』」

座長　日本大学医学部附属板橋病院　薬剤部　今井　徹
社会医療法人蘇西厚生会　松波総合病院　救命救急センター　山口　均

8. 7月17日（金）　15：00～16：30　第4会場

「在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減」

座長　大阪府医師会理事　前川たかし

9. 7月17日（金）　10：05～11：05　第5会場

「高次脳機能障害を乗り越えて働く　～救急から復職までのリハビリテーション～」

座長　TMGあさか医療センターER救急センター　黒田　泰弘
大阪急性期・総合医療センター　リハビリテーション科　山中　緑

10．7月17日（金）　9：00～10：00　第6会場

「リハビリテーション職の災害支援参画 — JRATの活動に学ぶ実践と課題」

座長　愛仁会尼崎だいもつ病院　リハビリテーション科　**冨岡　正雄**
大阪急性期・総合医療センター　災害対策室　**西　健太**

11．7月17日（金）　10：40～12：10　第6会場

「救命の先へ挑む — 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略」

座長　大阪府立中河内救命救急センター　看護部　**冨岡小百合**
大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　**中堀　泰賢**

12．7月17日（金）　15：00～16：00　第6会場

「重度熱傷患者のリハビリテーションの最前線 — 経験豊富な施設から学ぶ実践と課題」

座長　鳥取大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**上田　敬博**
名古屋市立大学大学院　医学研究科　救命救急医療学　**松嶋　麻子**

13．7月17日（金）　15：00～16：00　第10会場

「人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方
～全国での実践と知見の共有～」

座長　東京消防庁　救急部　**永野　義武**
自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**守谷　俊**

14．7月17日（金）　16：05～17：05　第10会場

「国際委員会：アジア各国のEMSの過去・現在・未来について」

座長　日本医科大学多摩永山病院　救命救急科　**久野　将宗**
明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　**原　貴大**

15．7月17日（金）　17：10～18：10　第10会場

「若年層のOver-the-counter drugsによるオーバードーズに対するケアを考える」

座長　関西医科大学附属病院　医療福祉相談課　**篠田　香恵**
東京医科大学病院　薬剤部　**添田　博**

16．7月17日（金）　10：40～11：40　第11会場

「ハイブリッドERシステムの未来図」

座長　緑泉会米盛病院　救急科　**倉田　秀明**
兵庫県災害医療センター　高度救命救急センター　救急部　**松山　重成**

17. 7月17日（金）　15：00 ～ 16：30　第11会場

「救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　救急部　**奥野　憲司**

岡山大学学術研究院　医歯薬学域　地域二次救急・災害医療推進講座　**平山　隆浩**

18. 7月17日（金）　9：00 ～ 10：30　第12会場

「医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～」

座長　国士舘大学大学院　救急システム研究科　**喜熨斗智也**

救急振興財団救急救命東京研修所　**田邉　晴山**

19. 7月18日（土）　13：50 ～ 15：20　第1会場

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応～ DNAR 家で最期か病院で最期かの選択～」

座長　独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　ICU　**真弓　俊彦**

大阪市消防局　救急部　救急課　**村橋　咲子**

20. 7月18日（土）　13：50 ～ 15：20　第2会場

「ジェンダーフリーな職場環境づくりーみんなで考えようワークライフバランスー」

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**

湘南医療大学　保健医療学部　看護学科　**山勢　善江**

21. 7月18日（土）　15：30 ～ 17：00　第2会場

「言えない時代の新人育成をどうする？～次世代の救急医療人を育てる新しい視点～」

座長　大阪急性期・総合医療センター　臨床検査科　**小倉　裕司**

明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　**原　貴大**

22. 7月18日（土）　15：30 ～ 17：00　第3会場

「くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記」

座長　京都第二赤十字病院　薬剤部　**川島　裕明**

八戸市立市民病院　救命救急センター　**吉村　有矢**

23. 7月18日（土）　9：40 ～ 11：10　第5会場

「日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―」

座長　大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**酒井　智彦**

大阪市消防局　救急部　救急課　**橋口　順一**

24．7月18日（土）　13：50～15：20　第5会場

「急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性」

座長　公立陶生病院　臨床工学部　春田　良雄
山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　藤田　基

25．7月18日（土）　15：30～17：00　第5会場

「救急現場と病院をつなぐ“社会的救命”の実践
～救急隊とMSWの連携が生み出す支援のかたち～」

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
大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　福森　優司

26．7月18日（土）　13：50～14：50　第6会場

「医療関連機器褥瘡発生ゼロに挑む！　～多職種で取り組む命を救うスキンケア～」

座長　医療法人幸優会訪問看護ステーションPono　看護部　志村　知子
大阪市立総合医療センター　救命救急センター　福家　顕宏

27．7月18日（土）　8：30～10：00　第7会場

「ERにおける医療ソーシャルワーカーの役割
～治療だけでは終わらない　社会的課題へのアプローチ～」

座長　トヨタ自動車株式会社　トヨタ記念病院
患者支援センター　医療社会福祉グループ　浅野正友輝
大阪大学医学部附属病院　救命救急科　梅村　穣

28．7月18日（土）　14：55～15：55　第8会場

「学校での救命教育の課題と未来」

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
東京科学大学病院　救命救急センター　藤江　聡

29．7月18日（土）　8：30～10：00　第10会場

「外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ」

座長　済生会横浜市東部病院　放射線部　稲垣　直之
島根大学医学部附属病院　高度外傷センター　比良　英司

30．7月18日（土）　13：50～15：20　第11会場

「国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える」

座長　大阪大学　救急医学　織田　順
横浜市立大学　救急医学／高度救命救急センター　竹内　一郎

31．7月18日（土）　13：50～15：20　第12会場

「看護師の力で院内急変を防ぐ！～看護師が活躍するRapid Response Systemの構築～」

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急病棟　金山　悠
帝京大学　シミュレーション教育研究センター　川原千香子

■ パネルディスカッション

1．7月17日（金）　9：00～10：30　第1会場

「院外心停止ー蘇生医療の3拍子（原点から現点。そして頂点へ）」

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　木口　雄之
奈良県立医科大学　救急医学教室　福島　英賢

2．7月17日（金）　16：40～18：10　第1会場

「動かせ、運命。動かせ、AED。～当たり前に使用するために～」

座長　京都大学大学院医学研究科　予防医療学分野　石見　拓
大阪南消防局　警防部　救急課　前本　了一

3．7月17日（金）　10：40～12：10　第2会場

「AIを利用してどんどん論文を書こうー私のAI活用法ー」

座長　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　田上　隆
奈良県立医科大学　救急医学教室　福島　英賢

4．7月17日（金）　15：00～16：30　第3会場

「働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策」

座長　倉敷中央病院　救急科　市川　元啓
社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　脳神経外科　馬場　武彦

5．7月17日（金）　9：00～10：00　第4会場

「救急安心センター（#7119）が地域救急医療に与える影響」

座長　大阪公立大学医学部附属病院　救命救急センター　内田健一郎
大阪みなと中央病院　救急科　中江　晴彦

6．7月17日（金）　16：40～18：10　第4会場

「高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて
～全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち～」

座長　大阪大学医学部附属病院　救命救急科　片山　祐介
東北大学病院　診療技術部　ソーシャルワーク部門　町田雄一郎

7．7月17日（金）　15：00～17：00　第5会場

「救急画像検査最前線 1」

座長　りんくう総合医療センター　放射線部　西池　成章
独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　渡邊　篤

「救急画像検査最前線 2」

座長　兵庫県立西宮総合医療センター　救命救急センター　鵜飼　勲
聖路加国際病院　放射線画像診断室　宇内　大祐

8．7月17日（金）　16：40～18：10　第6会場

「これだけは押さえといて！　～外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード～」

座長　日本救急検査技師認定機構　前代表理事　福田　篤久
社会医療法人生長会泉州地区救急集中治療センター　溝端　康光

9．7月17日（金）　9：00～10：30　第8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　(Part II)」

座長　大阪医科薬科大学病院　中央検査部　久保田芽里
兵庫県立尼崎総合医療センター　救急総合診療科　西内　辰也

10．7月17日（金）　10：40～12：10　第8会場

「急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割」

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
日本救急検査技師認定機構　前代表理事　福田　篤久

11．7月17日（金）　15：00～16：00　第8会場

救急認定ソーシャルワーカー認定機構　指定講習会
「救急搬送を繰り返す精神疾患を抱えた患者への Care Cycle の構築
～3次救急・精神科救急・在宅支援の連携を通して～」

座長　順天堂大学医学部附属練馬病院　佐藤　圭介
関西医科大学　救急医学講座　高度救命救急センター　中森　靖

12．7月17日（金）　17：10～18：10　第8会場

「来るべき巨大災害に備えて、臨床検査技師に求められる備えと使命」

座長　近畿大学病院　中央臨床検査部　津田　喜裕
自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　守谷　俊

13. 7月17日（金）　9：00～10：30　第9会場

「CEが関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABPの適応と限界」

座長　名古屋大学医学部附属病院　臨床工学技術部　加藤　孝昭
日本大学病院　臨床工学室　三木　隆弘

14. 7月17日（金）　10：40～12：10　第9会場

「STAT画像所見報告の目指すところ」

座長　奥州市総合水沢病院　医療技術部　放射線科　髙橋　伸光
藤田医科大学病院　救急科　船曳　知弘

15. 7月17日（金）　15：00～16：30　第9会場

「人工呼吸器・ECMO・CRRT入門とトラブルシュート」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　臨床工学部　石井　宣大
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　臨床工学科　開　正宏

16. 7月17日（金）　16：40～18：10　第9会場

「技術の“頂点”を目指して：CEの専門性をどう深めるか？」

座長　川崎医科大学附属病院　MEセンター　佐々木慎理
公立陶生病院　臨床工学部　春田　良雄

17. 7月17日（金）　10：40～12：10　第10会場

「有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望」

座長　医誠会国際総合病院　救急科　中尾　博之
岡山大学学術研究院　医歯薬学域　地域二次救急・災害医療推進講座　平山　隆浩

18. 7月17日（金）　9：00～10：30　第11会場

「救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　臨床工学部　石井　宣大
前橋赤十字病院　集中治療科・救急科　中村　光伸

19. 7月17日（金）　16：40～18：10　第11会場

「これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル」

座長　鈴鹿医療科学大学　保健衛生学部　救急救命学科　久保田千景
大阪市消防局　救急部　救急課　五味　誠

20．7月17日（金）　10：40～12：10　第12会場

「中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？」

座長　一般財団法人永頼会　松山市民病院　臨床教育室　永渕　克弥
森ノ宮医療大学　医療技術学部　臨床工学科　藤江　建朗

21．7月17日（金）　16：40～18：10　第12会場

「特定行為と指示医師教育の3拍子～原点・現点・頂点から考えるMC体制～」

座長　救急救命九州研修所・小波瀬病院研修部・救急科　田口　健蔵
京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　益満　茜

22．7月18日（土）　8：30～10：00　第1会場

「多職種で考えるリアル大量出血 ～相互理解による明日からの調和～」

座長　泉大津急性期メディカルセンター　臨床検査室　三平　りさ
大阪府立中河内救命救急センター　松浦　裕司

23．7月18日（土）　15：30～17：00　第1会場

「転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について　～救急車の適正利用のために～」

座長　筑波大学医学医療系　武田　多一
大阪市消防局　救急部　救急課　山尾　伸平

24．7月18日（土）　8：30～10：00　第2会場

「Rapid response systemの教育とその効果・課題」

座長　帝京大学シミュレーション教育研究センター　川原千香子
聖マリアンナ医科大学病院　救急医学　谷井　梨美

25．7月18日（土）　9：40～11：10　第3会場

「つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン－ medication reconciliationの3拍子－」

座長　大阪公立大学医学部附属病院　薬剤部　川口　博資
さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　清田　和也

26．7月18日（土）　13：50～15：20　第3会場

「現場のニーズに応える異常値報告とは」

座長　イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　検査科　荒井　利章
浜松医科大学医学部　腫瘍病理学講座　酒井　康弘

27. 7月18日（土）　9：40～11：10　第4会場

「救急救命士の教育体制の現状と課題」

座長　明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　上久保　敦
大阪市消防局　救急部　救急課　武本　泰典

28. 7月18日（土）　13：50～15：20　第4会場

「小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題」

座長　国立成育医療研究センター　救急診療部　天笠　俊介
信州大学医学部　救急集中治療医学教室　問田　千晶

29. 7月18日（土）　15：30～17：00　第4会場

「高齢者救急・救急終末期における看護師の役割」

座長　医療法人久仁会宇都宮病院　看護部　芝田　里花
大阪医科薬科大学病院　看護部　八尾みどり

30. 7月18日（土）　8：30～10：00　第6会場

「救急医療におけるエビデンス定着への挑戦
―“橋渡し救急ナース”の取り組みと多職種の視点」

座長　大阪医科薬科大学　看護学部　看護学科　赤崎　芙美
令和健康科学大学　看護学部　看護学科　増山　純二

31. 7月18日（土）　15：30～17：00　第6会場

「救急現場デビュー：若手CEが乗り越えた初めての“非常時”」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　臨床工学部　石井　宣大
一般財団法人永頼会松山市民病院　臨床教育室　永渕　克弥

32. 7月18日（土）　9：40～10：40　第8会場

「救急外来における重症患者の安全な体位変換・移動：
多職種協働による実践的アプローチ」

座長　大阪大学医学部附属病院　救命救急科　入澤　太郎
北播磨総合医療センター　臨床工学室　小松　義輝

33. 7月18日（土）　13：50～14：50　第8会場

「『災害対応における常設型専従対応室は医療に必要か？』
～行政・消防の危機管理室の実態から学ぶ、医療における設置の利点と課題～」

座長　神戸赤十字病院　放射線科部　中田　正明
国立健康危機管理研究機構ＤＭＡＴ事務局　松田　宏樹

34. 7月18日（土）　16：00～17：00　第8会場

「臨床救急 IPE セッション　ーこの症例を各職種はどう対応する？ー」

座長　森ノ宮医療大学　医療技術学部　臨床工学科　藤江　建朗
大阪国際メデイカル＆サイエンスセンター
大阪警察病院　ER・救命救急センター　水島　靖明

35. 7月18日（土）　8：30～10：00　第9会場

「救命救急センターの医療機器管理はできている？」

座長　東北大学病院　診療技術部　臨床工学部門　小笠原亮太
公立陶生病院　臨床工学部　春田　良雄

36. 7月18日（土）　13：50～15：20　第9会場

「重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　臨床工学部　石井　宣大
大阪市立総合医療センター　救命救急センター　林下　浩士

37. 7月18日（土）　15：30～17：00　第10会場

「G2025 を踏まえたバイスタンダーサポート体制」

座長　中濃厚生病院　救命救急センター　名知　祥
広島市消防局　西消防署　松永　真雄

38. 7月18日（土）　8：30～10：00　第11会場

「持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
― 院内連携・地域連携・人材育成の三拍子」

座長　埼玉医科大学総合医療センター　外傷センター　井口　浩一
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　中尾　彰太

39. 7月18日（土）　15：30～17：00　第11会場

「都市部と地方での救急需要の違いと対応策」

座長　市立函館病院　救命救急センター　武山　佳洋
大阪市消防局　高度専門教育訓練センター　山田　武志

40. 7月18日（土）　8：30～10：00　第12会場

「消防救命士の再教育（病院実習）の工夫」

座長　長野赤十字病院　救命救急センター　岩下　具美
戸田中央メディカルケアグループ　医療災害特別顧問　野口　英一

41．7月18日（土）　15：30～17：00　第12会場

「RRS/ 院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦」

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　木口　雄之
聖マリアンナ医科大学　救急医学　藤谷　茂樹

■ Pros and Cons

1．7月17日（金）　11：10～12：10　第3会場

「救急外来における薬剤師の配置の最適解を探る！　常駐体制 vs オンコール体制」

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
医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院　薬剤部　齋藤　靖弘

2．7月17日（金）　9：00～10：00　第5会場

「身体拘束最小化　できる？　できない？」

座長　日本生命済生会日本生命病院　救急・集中治療室　牧田佐和子
京都大学医学部附属病院　救命救急センター　山中　雄一

3．7月17日（金）　9：00～10：30　第10会場

「ホンネで Discuss!! 立場の違いを徹底検証　～データまだ？ vs 再検中ですねん～」

座長　愛知医科大学　災害医療研究センター / 救命救急科　津田　雅庸
大阪府立中河内救命救急センター　検査室　吉田　元治

■ ハイライトセッション

1．7月17日（金）　10：35～11：25　第4会場

「終末期救急」

座長　浜松医科大学　救急災害医学講座　渥美　生弘
東京消防庁　救急部　永野　義武

2．7月17日（金）　11：10～12：20　第5会場

「病院前救急」

座長　小牧市消防本部・尾張中北消防指令センター　田島　典夫
大阪けいさつ病院　ER・救命救急科　山田　知輝

3. 7月17日（金）　17：10～18：00　第5会場

「救命士教育」

座長　日本生命病院　救急総合診療センター　救急総合診療科　**岸　正司**
京都橘大学大学院　健康科学研究科　**関根　和弘**

4. 7月18日（土）　8：30～9：30　第3会場

「院内救命士 1」

座長　県立広島病院　救命救急センター　**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**

5. 7月18日（土）　8：30～9：30　第4会場

「院外心停止」

座長　Support Book 研究会　**大河原治平**
大阪公立大学　医学研究科　救急医学　**西村　哲郎**

6. 7月18日（土）　8：30～9：30　第5会場

「少子高齢化社会」

座長　国士舘大学大学院　救急システム研究科　**喜熨斗智也**
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　**松岡　哲也**

7. 7月18日（土）　10：10～11：10　第9会場

「院内救命士 2」

座長　日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　救急科　**稲田　眞治**
東京女子医科大学附属足立医療センター　救命救急センター
救急医療科　**岩﨑　恵**

8. 7月18日（土）　10：10～11：00　第10会場

「多職種連携」

座長　熊本大学病院　薬剤部　**城野　博史**
大阪府済生会千里病院　千里救命救急センター　**林　靖之**

9. 7月18日（土）　10：10～11：10　第11会場

「救急外来」

座長　日本赤十字九州国際看護大学　看護学科　成人看護学（急性期）　**苑田　裕樹**
山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　**鶴田　良介**

10. 7月18日（土）　10：10～11：10　第12会場

「周産期救急」

座長　名古屋市立大学大学院医学研究科 麻酔科学・集中治療医学分野　**牧野　佑斗**
日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科　**山下　智幸**

■ 併設会議

7月16日（木）　15：00～18：00　第1会場

「令和8年度全国メディカルコントロール協議会連絡会（第1回）」

■ 併設コース

7月16日（木）　13：00～16：00　第3会場

「RRS起動要素研修コース」

7月16日（木）　13：00～16：30　第4会場

「入院時重症患者対応メディエーター養成講習会」

7月16日（木）　9：00～17：00　第5会場

「PACCコース」

7月16日（木）　13：00～16：00　第6会場

「セデーションコースエッセンシャル版」

7月16日（木）　13：00～16：30　第7会場

「第29回小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC Advanced Course）」

7月16日（木）　15：00～18：00　8F会議室801-802

ワークショップ「きっと見つかる新たな自分　救急現場のコミュニケーション」

7月16日（木）　13：00～16：00　第9会場

「JPTECブラッシュアップセミナー2026」

7月16日（木）　9：00～17：00　第10会場

「PEMEC コース」

7月16日（木）　13：00～16：45　第8会場

「救急領域における薬剤師研修コース（SGD 版）」

7月16日（木）　11：30～17：00　第12会場

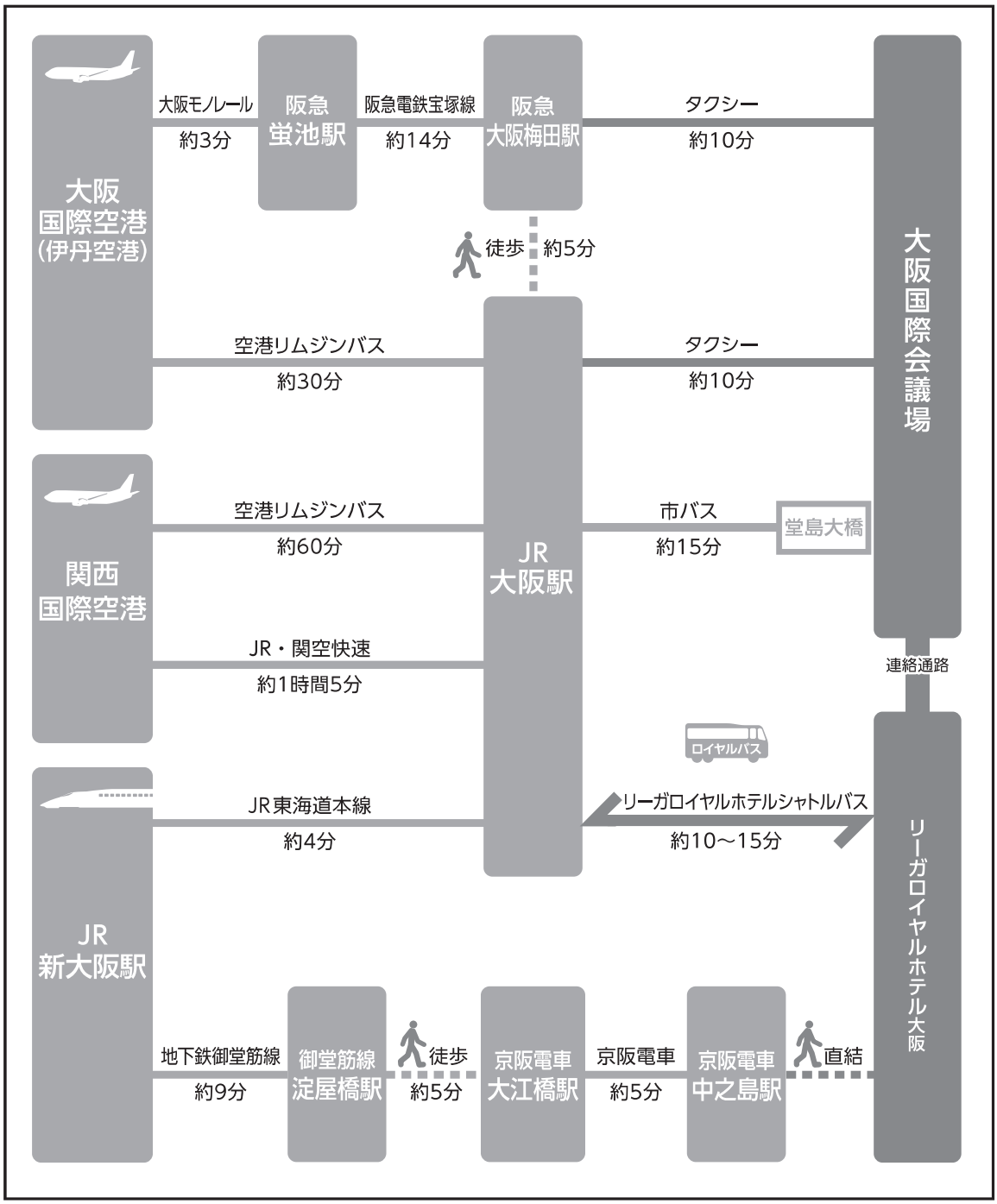
「RtARS（ラース）シミュレーションコース」

7月18日（土）　10：50～12：20　第8会場

「ICLS ブラッシュアップセミナー『G2025 に合わせた ICLS の指導内容について』」

座長　埼玉医科大学病院　救急科　髙平　修二
岩手県立中部病院　外科・災害医療科・救急医療科　邑田　悟

交通のご案内

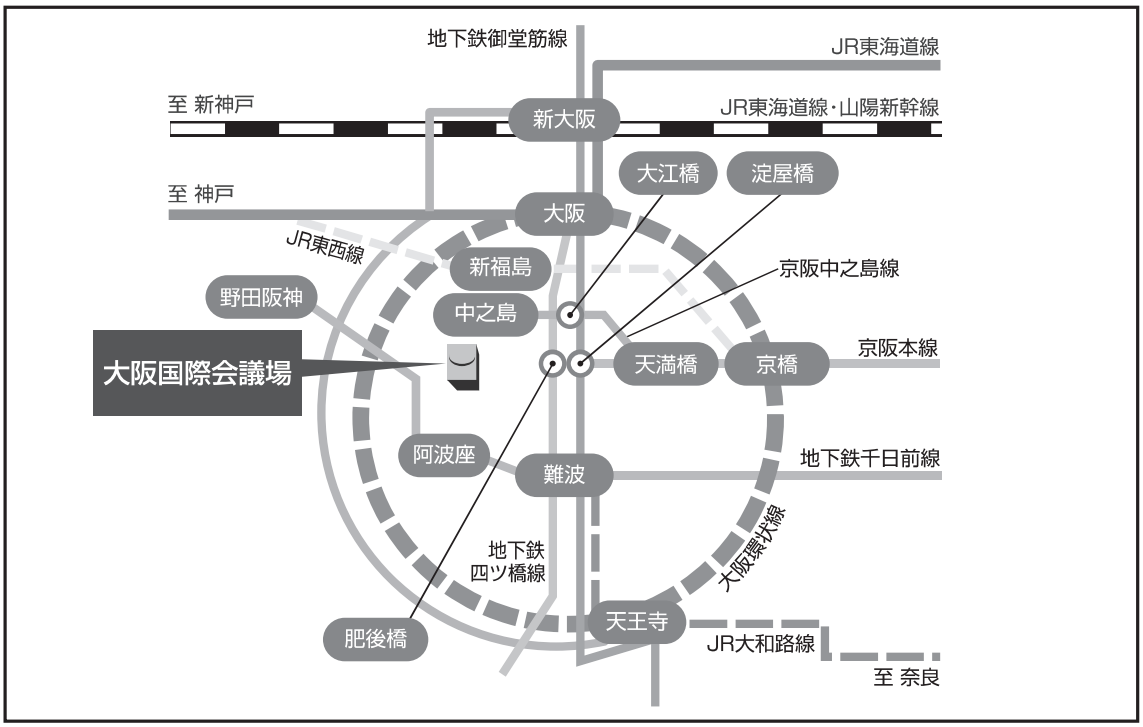


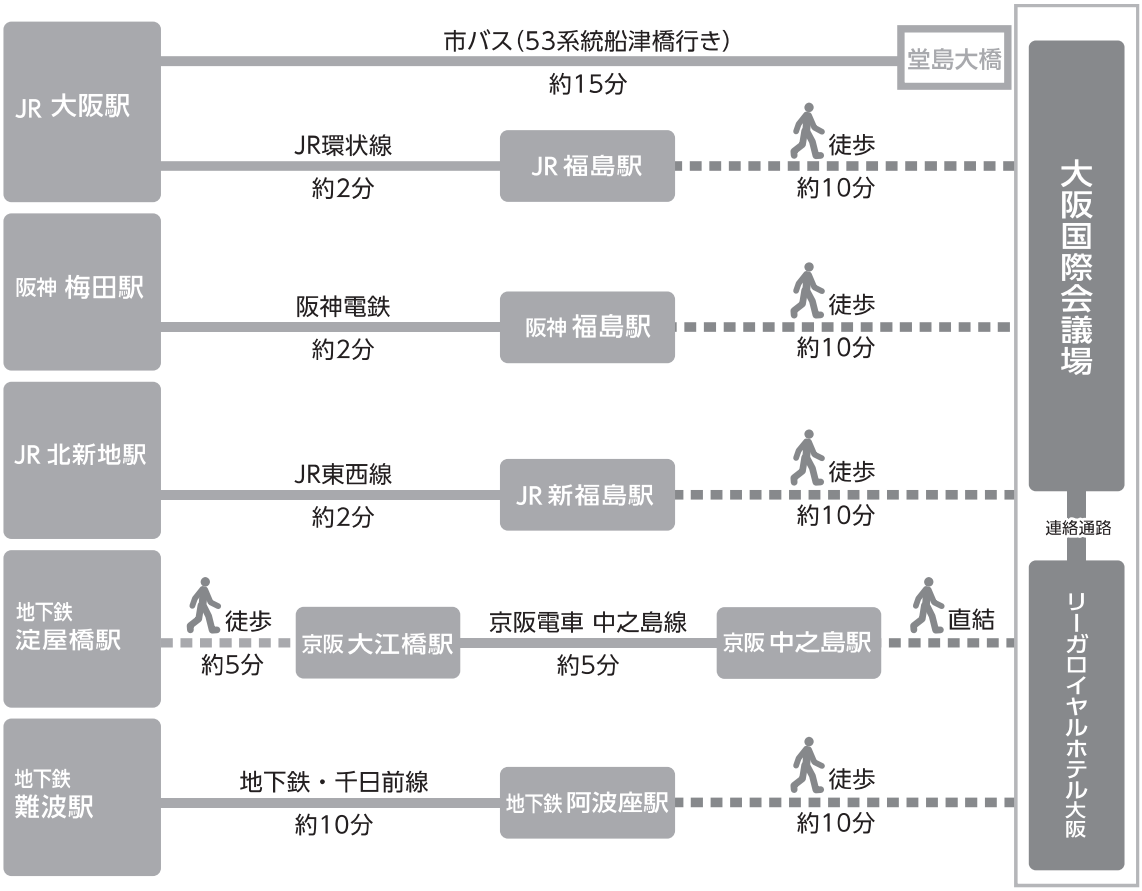
【リーガロイヤルホテル大阪 シャトルバス】



JR大阪駅とリーガロイヤルホテル大阪間を運行しているホテルのシャトルバスです。
運行時間、乗り場等の詳細は、ホテルホームページをご確認ください。
https://www.rihga.co.jp/osaka/access/free_bus/

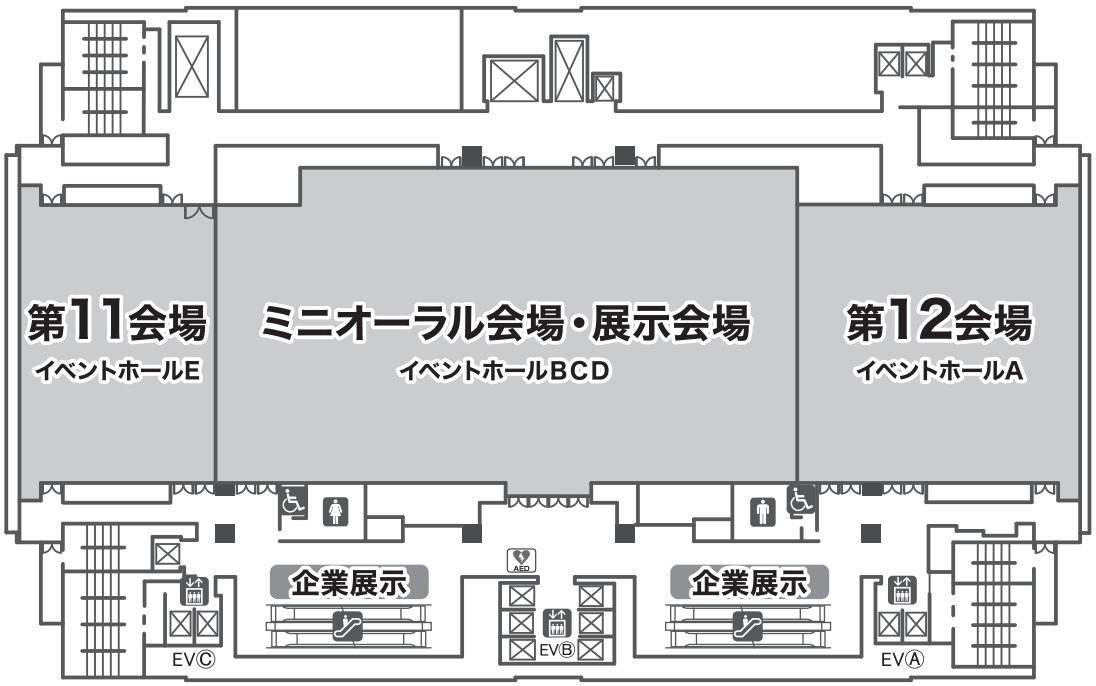
交通のご案内


地下鉄御堂筋線
JR東海道線
至 新神戸
新大阪
JR東海道線・山陽新幹線
大江橋
淀屋橋
至 神戸
大阪
JR東西線
新福島
京阪中之島線
野田阪神
中之島
大阪国際会議場
天満橋
京橋
京阪本線
阿波座
難波
地下鉄千日前線
地下鉄
四ツ橋線
大阪環状線
天王寺
肥後橋
JR大和路線
至 奈良

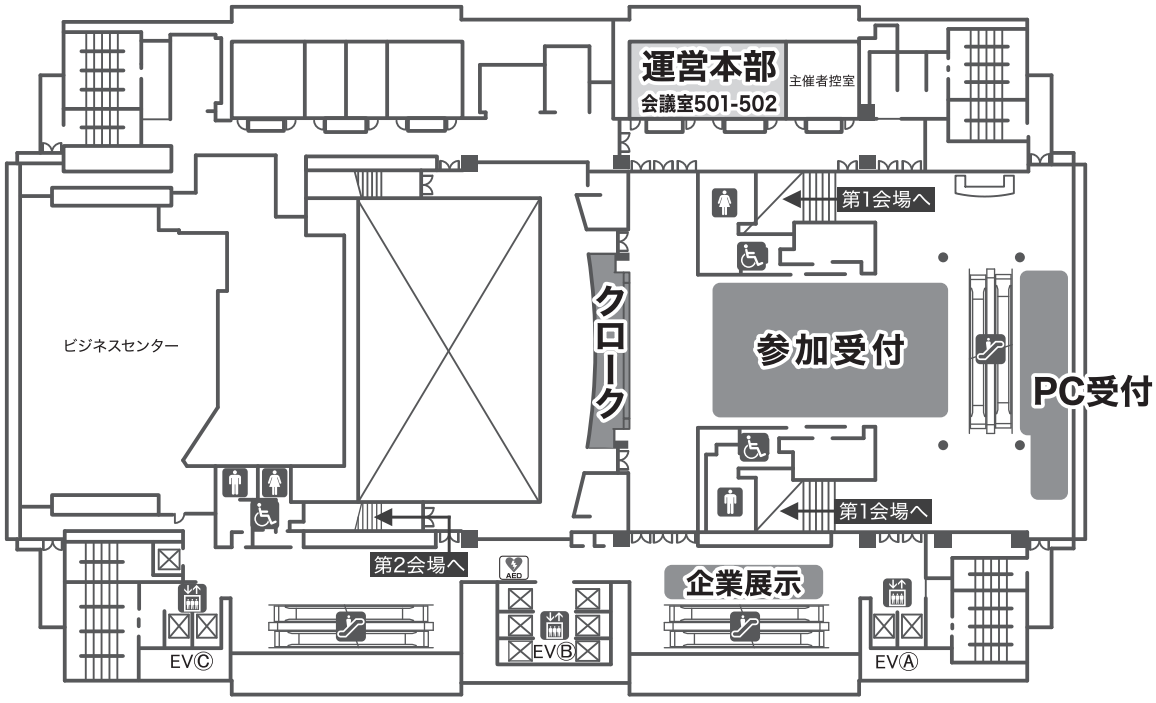

JR 大阪駅
市バス（53系統船津橋行き）
約15分
堂島大橋
JR環状線
約2分
JR 福島駅
徒歩
約10分
阪神 梅田駅
阪神電鉄
約2分
阪神 福島駅
徒歩
約10分
JR 北新地駅
JR東西線
約2分
JR 新福島駅
徒歩
約10分
大阪国際会議場
連絡通路
地下鉄
淀屋橋駅
徒歩
約5分
京阪 大江橋駅
京阪電車 中之島線
約5分
京阪 中之島駅
直結
リーガロイヤルホテル大阪
地下鉄
難波駅
地下鉄・千日前線
約10分
地下鉄 阿波座駅
徒歩
約10分

会場内のご案内

3F

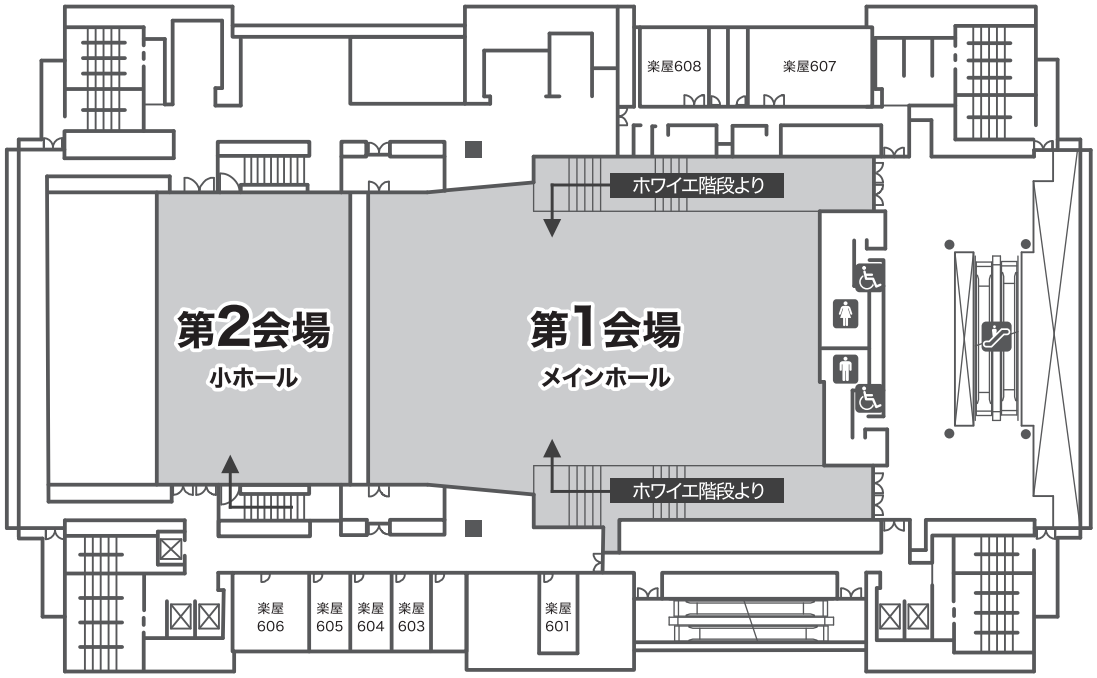


5F

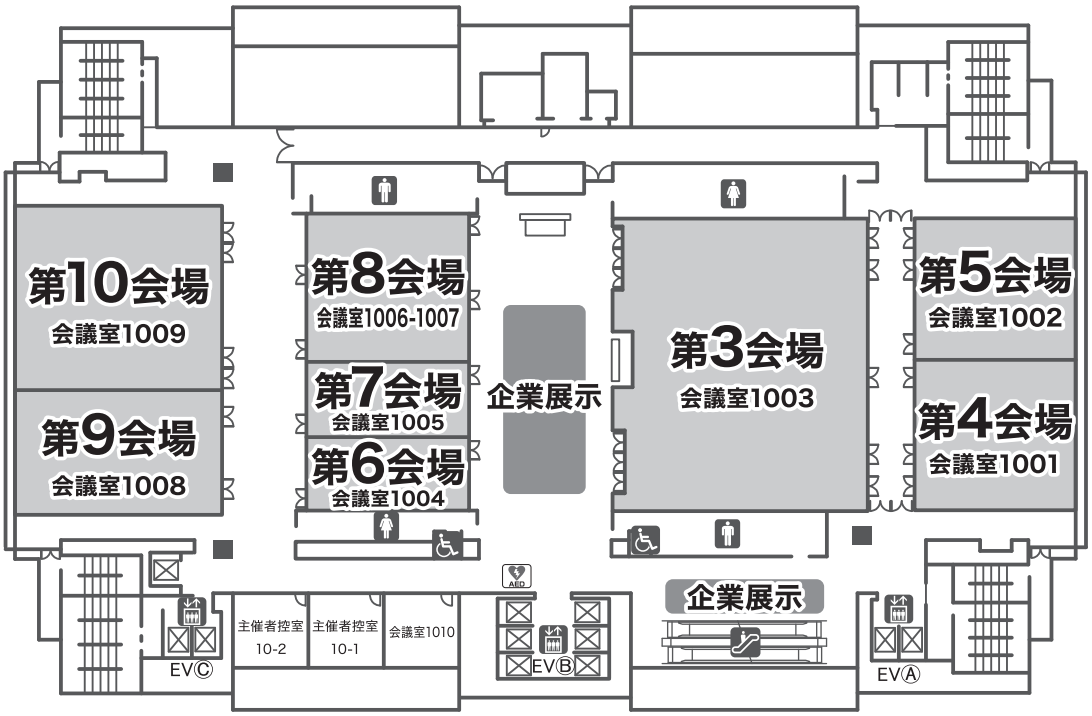


会場内のご案内

5F



10F



MEMO

7月16日（木）

会場	第1会場 5F メインホール	第2会場 5F 小ホール	第3会場 10F 会議室 1003	第4会場 10F 会議室 1001	第5会場 10F 会議室 1002	第6会場 10F 会議室 1004
8：30						
9：00					9:00〜17:00 PACC コース	
9：30						
10：00						
10：30						
11：00						
11：30						
12：00						
12：30						
13：00		13:00〜14:30 先行シンポジウム PSY 全国の救急隊の搬送にかかわる身体的・心的負荷の現場と今後の改善策を議論する 2025 年調査報告 座長：加藤　正哉 田中　秀治	13:00〜16:00 RRS 起動要素研修コース	13:00〜16:30 入院時重症患者対応メディエーター養成講習会		13:00〜16:00 セデーションコース エッセンシャル版
13：30						
14：00						
14：30						
15：00	15:00〜18:00 令和 8 年度全国メディカルコントロール協議会連絡会（第 1 回）					
15：30						
16：00						
16：30						
17：00		8F 会議室 801-802 15:00〜18:00 ワークショップ「きっと見つかる新たな自分 救急現場のコミュニケーション」				
17：30						
18：00						

場所：大阪国際会議場

第 7 会場	第 8 会場	第 9 会場	第 10 会場	第 11 会場	第 12 会場
10F 会議室 1005	10F 会議室 1006-1007	10F 会議室 1008	10F 会議室 1009	3F イベントホール E	3F イベントホール A
			9:00～17:00 PEMEC コース		11:30～17:00 RtARS（ラース）シミュレーションコース
	10F 会議室 1010 他 13:00～15:00 第 2 回 JERTS in Osaka 日本ストライカー株式会社				
13:00～16:30 第 29 回 小児病院前救護トレーニングコース (PPMEC Advanced Course)	13:00～16:45 救急領域における薬剤師研修コース (SGD 版)	13:00～16:00 JPTEC ブラッシュアップセミナー 2026			

7月17日（金）

会場	第1会場 5F メインホール	第2会場 5F 小ホール	第3会場 10F 会議室 1003	第4会場 10F 会議室 1001	第5会場 10F 会議室 1002	第6会場 10F 会議室 1004	第7会場 10F 会議室 1005	第8会場 10F 会議室 1006-1007
8:30	開会式 8:20〜8:50 **会長講演 CL** 座長：井上 潤一 演者：藤見 聡							
9:00	9:00〜10:30 **パネルディスカッション 1 PD1** 院外心停止一蘇生医療の 3 拍子（原点から現点。そして頂点へ） 座長：木口 雄之 福島 英賢	9:00〜10:30 **シンポジウム 3 SY3** 人口減少社会における退職世代の人材活用 シニア世代が長く救急現場で活躍するには何が必要か 座長：七戸 康夫 松田 潔	9:00〜11:00 **シンポジウム 6 SY6** 薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント 座長：織田 順 服部 雄司	9:00〜10:00 **パネルディスカッション 5 PD5** 救急安心センター（#7119）が地域救急医療に与える影響 座長：内田健一郎 中江 晴彦	9:00〜10:00 **Pros and Cons2 P/C2** 身体拘束最小化 できる？ できない？ 座長：牧田佐和子 山中 雄一	9:00〜10:00 **シンポジウム 10 SY10** リハビリテーション職の災害支援参画 ― JRAT の活動に学ぶ実践と課題 座長：冨岡 正雄 西 健太	9:00〜10:00 **口演 1 O1** 教育・研修 座長：安部 隆三 諏佐 裕登	9:00〜10:30 **パネルディスカッション 9 PD9** 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（Part II） 座長：久保田芽里 西内 辰也
10:00					10:05〜11:05 **シンポジウム 9 SY9** 高次脳機能障害を乗り越えて働く ～救急から復職までのリハビリテーション～ 座長：黒田 泰弘 山中 緑		10:05〜11:05 **口演 2 O2** 中毒 座長：廣瀬 智也 萬井 美咲	
10:30	10:40〜12:10 **シンポジウム 1 SY1** 気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み 座長：三宅 康文 横堀 將司	10:40〜12:10 **パネルディスカッション 3 PD3** AI を利用してどんどん論文を書こう ―私の AI 活用法― 座長：田上 隆 福島 英賢		10:35〜11:25 **ハイライトセッション 1 HS1** 終末期救急 座長：渥美 生弘 永野 義武		10:40〜12:10 **シンポジウム 11 SY11** 救命の先へ挑む ― 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略 座長：冨岡小百合 中堀 泰賢		10:40〜12:10 **パネルディスカッション 10 PD10** 急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割 座長：有吉 孝一 福田 篤久
11:00			11:10〜12:10 **Pros and Cons1 P/C1** 救急外来における薬剤師の配置の最適解を探る！常駐体制 vs オンコール体制 座長：大西 光雄 齋藤 靖弘	11:30〜12:20 **特別企画 SP** 4 学会合同ガイドラインはどのように倫理的ジレンマに対応しようとしているのか 座長：石上雄一郎 船越 拓	11:10〜12:20 **ハイライトセッション 2 HS2** 病院前救急 座長：田島 典夫 山田 知輝		11:10〜12:10 **口演 3 O3** 地域医療 座長：寺本 昇生 若杉 雅浩	
11:30								
12:00								
12:30	12:30〜13:30 **ランチョンセミナー 1 LS1** 座長：横堀 將司 演者：肱岡 靖明 神田 潤 共催：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業グループ		12:30〜13:30 **ランチョンセミナー 2 LS2** 座長：大西 裕 演者：鈴木 真也 野林 宏輝 菅 繕久 共催：TXP Medical 株式会社					
13:00								
13:30								
14:00	13:50〜14:50 **特別講演 1 SL1** 混迷の時代のリーダーへ ～橋下流意思決定術とチームを動かす三拍子～ 座長：藤見 聡 演者：橋下 徹							
14:30								
15:00	15:00〜16:30 **シンポジウム 2 SY2** 今後の少子高齢化社会に向けて 救急医療を持続的なものにするために 座長：佐藤 朝之 竹内 一郎	15:00〜16:30 **シンポジウム 4 SY4** ECPR の活用に向けた医療機関と救急隊の対応について 座長：大下慎一郎 佐尾山裕生	15:00〜16:30 **パネルディスカッション 4 PD4** 働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策 座長：市川 元啓 馬場 武彦	15:00〜16:30 **シンポジウム 8 SY8** 在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減 座長：前川たかし	15:00〜17:00 **パネルディスカッション 7 PD7** 救急画像検査 最前線 1 座長：西池 成章 渡邊 篤 救急画像検査 最前線 2 座長：鵜飼 勲 宇内 大祐	15:00〜16:00 **シンポジウム 12 SY12** 重度熱傷患者のリハビリテーションの最前線 ― 経験豊富な施設から学ぶ実践と課題 座長：上田 敬博 松嶋 麻子	15:00〜16:00 **口演 4 O4** 学生セッション 座長：五十嵐 遼 井上 義博	15:00〜16:00 **パネルディスカッション 11 PD11** 救急認定ソーシャルワーカー認定機構 指定講習会 座長：佐藤 圭介 中森 靖
15:30								
16:00							16:05〜17:05 **口演 5 O5** 内因性 脳神経 座長：田﨑 修 立川 温子	
16:30	16:40〜18:10 **パネルディスカッション 2 PD2** 動かせ、運命。動かせ、AED。～当たり前に使用するために～ 座長：石見 拓 前本 了一	16:40〜18:10 **シンポジウム 5 SY5** 救急医療における周産期医療の立ち位置 ―救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！― 座長：櫻井 淳 山下 智幸	16:40〜18:10 **シンポジウム 7 SY7** 徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」 座長：今井 徹 山口 均	16:40〜18:10 **パネルディスカッション 6 PD6** 高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて ～全国 6 ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち～ 座長：片山 祐介 町田雄一郎	17:10〜18:00 **ハイライトセッション 3 HS3** 救命士教育 座長：岸 正司 関根 和弘	16:40〜18:10 **パネルディスカッション 8 PD8** これだけは押さえといて！ ～外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード～ 座長：福田 篤久 溝端 康光	17:10〜18:10 **口演 6 O6** 臨床検査 座長：會田 直史 中 智章	17:10〜18:10 **パネルディスカッション 12 PD12** 来るべき巨大災害に備えて、臨床検査技師に求められる備えと使命 座長：津田 喜裕 守谷 俊
17:00								
17:30								
18:00								

第 9 会場	第 10 会場	第 11 会場	第 12 会場	ミニオーラル会場①	ミニオーラル会場②	ミニオーラル会場③	ミニオーラル会場④	ミニオーラル会場⑤	ミニオーラル会場⑥
10F 会議室 1008	10F 会議室 1009	3F イベントホール E	3F イベントホール A	3F イベントホール BCD					
9:00〜10:30 パネルディスカッション 13 PD13 CE が関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABP の適応と限界 座長：加藤　孝昭 三木　隆弘	9:00〜10:30 Pros and Cons3 P/C3 ホンネで Discuss!! 立場の違いを徹底検証 〜データまだ？ vs 再検中ですねん〜 座長：津田　雅庸 吉田　元治	9:00〜10:30 パネルディスカッション 18 PD18 救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク 座長：石井　宣大 中村　光伸	9:00〜10:30 シンポジウム 18 SY18 医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて 〜病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して〜 座長：喜熨斗智也 田邉　晴山	9:00〜9:30 MO1 内因性　消化器 その他　前半	9:00〜9:30 MO13 内因性　感染 心血管　前半	9:00〜9:30 MO24 多職種研修 前半	9:00〜10:00 MO36 外因 （その他）	9:00〜9:30 MO47 内因性　その他 前半	9:00〜9:30 MO59 診療支援　内因性疾患 Case 報告　前半
				9:30〜10:00 MO2 内因性　消化器 その他　後半	9:30〜10:00 MO14 内因性　感染 心血管　後半	9:30〜10:00 MO25 多職種研修 後半		9:30〜10:00 MO48 内因性　その他 後半	9:30〜10:00 MO60 診療支援　内因性疾患 Case 報告　後半
				10:05〜10:35 MO3 外傷 1　前半	10:05〜10:35 MO15 MSW　前半	10:05〜10:35 MO26 診療支援　院内救命士（院外活動）前半	10:05〜10:35 MO37 中毒 1　前半	10:05〜10:35 MO49 院内トリアージ その他　前半	10:05〜10:35 MO61 院内救命士 前半
10:40〜12:10 パネルディスカッション 14 PD14 STAT 画像所見報告の目指すところ 座長：髙橋　伸光 船曳　知弘	10:40〜12:10 パネルディスカッション 17 PD17 有事に持続する医療のために ―資源調整と多職種連携の展望 座長：中尾　博之 平山　隆浩	10:40〜11:40 シンポジウム 16 SY16 ハイブリッド ER システムの未来図 座長：倉田　秀明 松山　重成	10:40〜12:10 パネルディスカッション 20 PD20 中堅 CE の選択：現場でどう動く？どう伝える？ 座長：永渕　克弥 藤江　建朗	10:35〜11:05 MO4 外傷 1　後半	10:35〜11:05 MO16 MSW　後半	10:35〜11:05 MO27 診療支援　院内救命士（院外活動）後半	10:35〜11:05 MO38 中毒 1　後半	10:35〜11:05 MO50 院内トリアージ その他　後半	10:35〜11:05 MO62 院内救命士 後半
				11:10〜11:40 MO5 診療支援（ドクターカー）前半	11:10〜11:40 MO17 医療安全（薬剤・中毒）前半	11:10〜11:40 MO28 災害・マスギャザリング　前半	11:10〜11:40 MO39 看護 1　前半	11:10〜11:40 MO51 救急搬送 1 前半	11:10〜11:40 MO63 看護 2　前半
				11:40〜12:10 MO6 診療支援（ドクターカー）後半	11:40〜12:10 MO18 医療安全（薬剤・中毒）後半	11:40〜12:10 MO29 災害・マスギャザリング　後半	11:40〜12:10 MO40 看護 1　後半	11:40〜12:10 MO52 救急搬送 1 後半	11:40〜12:10 MO64 看護 2　後半
12:30〜13:30 ランチョンセミナー 3 LS3 座長：中堀　泰賢 演者：仲村　佳彦 共催：旭化成セラピューティクス株式会社	12:30〜13:30 ランチョンセミナー 4 LS4 座長：藤見　聡 演者：植嶋　利文 共催：ユーシービージャパン株式会社	12:30〜13:30 ランチョンセミナー 5 LS5 座長：田中　秀治 演者：中川　洸志 田中　秀治 共催：セコム株式会社	12:30〜13:30 ランチョンセミナー 6 LS6 座長：藤谷　茂樹 演者：大下慎一郎 共催：日本光電工業株式会社						
						ハンズオンセミナー会場 8F 会議室 801 + 802 15:00〜17:00 ハンズオンセミナー　HOS 講師：荒木　宏治 共催：株式会社バイオデザイン			
15:00〜16:30 パネルディスカッション 15 PD15 人工呼吸器・ECMO・CRRT 入門とトラブルシュート 座長：石井　宣大 開　正宏	15:00〜16:00 シンポジウム 13　SY13 人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方〜全国での実践と知見の共有〜 座長：永野　義武 守谷　俊	15:00〜16:30 シンポジウム 17 SY17 救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望 座長：奥野　憲司 平山　隆浩	15:00〜16:00 教育講演 1　EL1 救急車　滴が走り流れ出す命をつなぐ薬のお話 〜すべての職種にささってほしい薬剤師からの便箋〜 座長：藤江　直輝 演者：柴田　啓智	15:00〜15:30 MO7 CPA1　前半	15:00〜15:30 MO19 学生教育等 前半	15:00〜15:30 MO30 診療・診療支援（ドクターカー）前半	15:00〜15:30 MO41 診療支援　多職種の雑多　前半	15:00〜15:30 MO53 診療支援　ER 系 前半	15:00〜15:30 MO65 CPR 等　研修 前半
				15:30〜16:00 MO8 CPA1　後半	15:30〜16:00 MO20 学生教育等 後半	15:30〜16:00 MO31 診療・診療支援（ドクターカー）後半	15:30〜16:00 MO42 診療支援　多職種の雑多　後半	15:30〜16:00 MO54 診療支援　ER 系 後半	15:30〜16:00 MO66 CPR 等　研修 後半
	16:05〜17:05 シンポジウム 14　SY14 国際委員会：アジア各国の EMS の過去・現在・未来について 座長：久野　将宗 原　貴大			16:05〜16:35 MO9 CPA2　前半	16:05〜16:35 MO21 診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）前半	16:05〜16:35 MO32 薬物治療関連 前半	16:05〜16:35 MO43 CPA3　前半	16:05〜16:35 MO55 CPR RRS 前半	16:05〜16:35 MO67 CT.angio 前半
16:40〜18:10 パネルディスカッション 16 PD16 技術の“頂点”を目指して：CE の専門性をどう深めるか？ 座長：佐々木慎理 春田　良雄		16:40〜18:10 パネルディスカッション 19 PD19 これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル 座長：久保田千景 五味　誠	16:40〜18:10 パネルディスカッション 21 PD21 特定行為と指示医師教育の 3 拍子 〜原点・現点・頂点から考える MC 体制〜 座長：田口　健蔵 益満　茜	16:35〜17:05 MO10 CPA2　後半	16:35〜17:05 MO22 診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）後半	16:35〜17:05 MO33 薬物治療関連 後半	16:35〜17:05 MO44 CPA3　後半	16:35〜17:05 MO56 CPR RRS 後半	16:35〜17:05 MO68 CT.angio 後半
	17:10〜18:10 シンポジウム 15　SY15 若年層の Over-the-counter drugs によるオーバードーズに対するケアを考える 座長：篠田　香恵 添田　博			17:10〜17:40 MO11 プレホス　研修 前半	17:10〜18:10 MO23 メディカルスタッフ	17:10〜17:40 MO34 その他 1　前半	17:10〜17:40 MO45 その他 2（医療経済・法倫理を含む）前半	17:10〜17:40 MO57 教育　その他 前半	17:10〜17:55 MO69 熱傷 環境障害
				17:40〜18:10 MO12 プレホス　研修 後半		17:40〜18:10 MO35 その他 1　後半	17:40〜18:10 MO46 その他 2（医療経済・法倫理を含む）後半	17:40〜18:10 MO58 教育　その他 後半	

MO：ミニオーラル

7月18日（土）

会場	第1会場 5F メインホール	第2会場 5F 小ホール	第3会場 10F 会議室 1003	第4会場 10F 会議室 1001	第5会場 10F 会議室 1002	第6会場 10F 会議室 1004	第7会場 10F 会議室 1005	第8会場 10F 会議室 1006-1007
8:30	8:00〜8:20 **会員総会**							
9:00	8:30〜10:00 **パネルディスカッション 22** **PD22** 多職種で考えるリアル大量出血〜相互理解による明日からの調和〜 座長：三平　りさ 松浦　裕司	8:30〜10:00 **パネルディスカッション 24** **PD24** Rapid response system の教育とその効果・課題 座長：川原千香子 谷井　梨美	8:30〜9:30 **ハイライトセッション 4** **HS4** 院内救命士 1 座長：世良　俊樹 藤本　賢司	8:30〜9:30 **ハイライトセッション 5** **HS5** 院外心停止 座長：大河原治平 西村　哲郎	8:30〜9:30 **ハイライトセッション 6** **HS6** 少子高齢化社会 座長：喜熨斗智也 松岡　哲也	8:30〜10:00 **パネルディスカッション 30** **PD30** 救急医療におけるエビデンス定着への挑戦―“橋渡し救急ナース”の取り組みと多職種の視点 座長：赤崎　芙美 増山　純二	8:30〜10:00 **シンポジウム 27** **SY27** ERにおける医療ソーシャルワーカーの役割 〜治療だけでは終わらない　社会的課題へのアプローチ〜 座長：浅野正友輝 梅村　穣	8:30〜9:30 **教育講演 4** **EL4** PEMEC インストラクターの心得 座長：高松　純平 福岡　範恭
9:30								
10:00			9:40〜11:10 **パネルディスカッション 25** **PD25** つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン― medication reconciliation の 3 拍子― 座長：川口　博資 清田　和也	9:40〜11:10 **パネルディスカッション 27** **PD27** 救急救命士の教育体制の現状と課題 座長：上久保　敦 武本　泰典	9:40〜11:10 **シンポジウム 23** **SY23** 日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ― 座長：酒井　智彦 橋口　順一			9:40〜10:40 **パネルディスカッション 32　PD32** 救急外来における重症患者の安全な体位変換・移動：多職種協働による実践的アプローチ 座長：入澤　太郎 小松　義輝
10:30	10:10〜11:10 **教育講演 2　EL2** 検査所見が命を救う 〜循環器救急医から臨床検査技師に伝えたいメッセージ〜 座長：牟田　誠矢 薮　圭介 演者：大塚　麻樹	10:30〜11:30 **教育講演 3　EL3** 救急医療の未来を拓く ― 救急看護師に期待される役割と展望 座長：弘川　摩子 演者：北村　愛子				10:10〜11:10 **口演 7** **O7** 薬剤師 座長：有松麻友香 千葉　僚	10:10〜11:10 **口演 8** **O8** （ドクターカー） 診療・診療支援 座長：青木　誠 柴田　尚明	10:50〜12:20 **ICLS ブラッシュアップセミナー** 「G2025 に合わせた ICLS の指導内容について」 座長：髙平　修二 邑田　悟
11:00								
11:30	11:20〜12:20 **特別講演 2　SL2** ラグビーの実践知から学ぶリーダーシップ〜フィールドでチームを動かす三拍子〜 座長：井上　潤一 演者：廣瀬　俊朗							
12:00								
12:30	12:30〜13:30 **ランチョンセミナー 7** **LS7** 座長：中尾　彰太 演者：井口　浩一 共催：ニプロ株式会社		12:30〜13:30 **ランチョンセミナー 8** **LS8** 座長：梶野健太郎 演者：田中　秀治 原　貴大 共催：日本ストライカー株式会社					
13:00								
13:30								
14:00	13:50〜15:20 **シンポジウム 19** **SY19** 心肺蘇生を望まない傷病者への対応〜 DNAR 家で最期か病院で最期かの選択〜 座長：真弓　俊彦 村橋　咲子	13:50〜15:20 **シンポジウム 20** **SY20** ジェンダーフリーな職場環境づくり―みんなで考えようワークライフバランス― 座長：守谷　俊 山勢　善江	13:50〜15:20 **パネルディスカッション 26** **PD26** 現場のニーズに応える異常値報告とは 座長：荒井　利章 酒井　康弘	13:50〜15:20 **パネルディスカッション 28** **PD28** 小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題 座長：天笠　俊介 問田　千晶	13:50〜15:20 **シンポジウム 24** **SY24** 急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性 座長：春田　良雄 藤田　基	13:50〜14:50 **シンポジウム 26** **SY26** 医療関連機器褥瘡発生ゼロに挑む！　〜多職種で取り組む命を救うスキンケア〜 座長：志村　知子 福家　顕宏	13:50〜14:50 **口演 9** **O9** CPA 座長：秋元　寛 安藤　彰俊	13:50〜14:50 **パネルディスカッション 33　PD33** [災害対応における帯設型専従対応室は医療に必要か?]　〜行政・消防の危機管理室の実態から学ぶ、医療における設置の利点と課題〜 座長：中田　正明 松田　宏樹
14:30								14:55〜15:55 **シンポジウム 28** **SY28** 学校での救命教育の課題と未来 座長：庄古　知久 藤江　聡
15:00								
15:30	15:30〜17:00 **パネルディスカッション 23** **PD23** 転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について〜救急車の適正利用のために〜 座長：武田　多一 山尾　伸平	15:30〜17:00 **シンポジウム 21** **SY21** 言えない時代の新人育成をどうする?〜次世代の救急医療人を育てる新しい視点〜 座長：小倉　裕司 原　貴大	15:30〜17:00 **シンポジウム 22** **SY22** くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記 座長：川島　裕明 吉村　有矢	15:30〜17:00 **パネルディスカッション 29** **PD29** 高齢者救急・救急終末期における看護師の役割 座長：芝田　里花 八尾みどり	15:30〜17:00 **シンポジウム 25** **SY25** 救急現場と病院をつなぐ“社会的救命”の実践 〜救急隊と MSW の連携が生み出す支援のかたち〜 座長：大西　光雄 福森　優司	15:30〜17:00 **パネルディスカッション 31** **PD31** 救急現場デビュー：若手 CE が乗り越えた初めての“非常時” 座長：石井　宣大 永渕　克弥	15:30〜16:30 **救急救命士学生委員会：CPR コンテスト**	16:00〜17:00 **パネルディスカッション 34　PD34** 臨床救急 IPE セッション―この症例を各職種はどう対応する?― 座長：藤江　建朗 水島　靖明
16:00								
16:30								
17:00	**閉会式**							
17:30								
18:00								

第 9 会場	第 10 会場	第 11 会場	第 12 会場	ミニオーラル会場①	ミニオーラル会場②	ミニオーラル会場③	ミニオーラル会場④	ミニオーラル会場⑤	ミニオーラル会場⑥
10F 会議室 1008	10F 会議室 1009	3F イベントホール E	3F イベントホール A	3F イベントホール BCD					
8:30〜10:00 パネルディスカッション 35 PD35 救命救急センターの医療機器管理はできている？ 座長：小笠原亮太 春田　良雄	8:30〜10:00 シンポジウム 29 SY29 外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ 座長：稲垣　直之 比良　英司	8:30〜10:00 パネルディスカッション 38 PD38 持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために ー院内連携・地域連携・人材育成の三拍子 座長：井口　浩一 中尾　彰太	8:30〜10:00 パネルディスカッション 40 PD40 消防救命士の再教育（病院実習）の工夫 座長：岩下　具美 野口　英一	8:30〜9:30 MO70 診療支援　AED BLS 普及	8:30〜9:00 MO73 救急搬送 2 前半 9:00〜9:30 MO74 救急搬送 2 後半	8:30〜9:30 MO77 診療支援 救急の ICT × VR	8:30〜9:30 MO80 副作用 有害事象報告	8:30〜9:30 MO83 診療支援 院内救命士 消防救命士	8:30〜9:30 MO88 診療支援 その他
				9:35〜10:15 MO71 外傷 2　前半	9:35〜10:15 MO75 中毒 2　前半	9:35〜10:15 MO78 薬剤師業務 前半	9:35〜10:15 MO81 研究　前半	9:35〜10:15 MO84 薬剤師 その他 前半	9:35〜10:35 MO89 診療支援 多職種
10:10〜11:10 ハイライトセッション 7 HS7 院内救命士 2 座長：稲田　眞治 岩﨑　恵	10:10〜11:00 ハイライトセッション 8　HS8 多職種連携 座長：城野　博史 林　靖之	10:10〜11:10 ハイライトセッション 9 HS9 救急外来 座長：苑田　裕樹 鶴田　良介	10:10〜11:10 ハイライトセッション 10 HS10 周産期救急 座長：牧野　佑斗 山下　智幸	10:15〜10:45 MO72 外傷 2　後半	10:15〜10:45 MO76 中毒 2　後半	10:15〜10:45 MO79 薬剤師業務 後半	10:15〜10:45 MO82 研究　後半	10:15〜10:55 MO85 薬剤師 その他 後半	
12:30〜13:30 ランチョンセミナー 9 LS9 座長：一ノ瀬嘉明 演者：岡田　直己 共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社	12:30〜13:30 ランチョンセミナー 10 LS10 座長：今井　徹 演者：北川雄一郎 綛谷　哲也 共催：丸石製薬株式会社	12:30〜13:30 ランチョンセミナー 11 LS11 座長：中森　靖 演者：木下　喬弘 共催：株式会社 MeDiCU	12:30〜13:30 ランチョンセミナー 12 LS12 座長：織田　順 演者：森村　尚登 共催：NECネッツエスアイ株式会社／バーズ・ビュー株式会社					13:50〜14:50 MO86 新しい技術 診療支援	13:50〜14:50 MO90 診療支援 CPR　BLS
13:50〜15:20 パネルディスカッション 36 PD36 重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症） 座長：石井　宣大 林下　浩士	13:50〜14:50 救急救命士統括体制認定機構（民間救命士）の講習会	13:50〜15:20 シンポジウム 30 SY30 国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える 座長：織田　順 竹内　一郎	13:50〜15:20 シンポジウム 31 SY31 看護師の力で院内急変を防ぐ！ ～看護師が活躍する Rapid Response System の構築～ 座長：金山　悠 川原千香子					14:55〜15:55 MO87 ハイブリッド ER タスクシェア	14:55〜15:40 MO91 心肺停止 その他
15:30〜16:30 日本救急撮影技師認定機構指定講習会 JERT 座長：高橋　大樹 演者：山田　晃弘	15:30〜17:00 パネルディスカッション 37 PD37 G2025 を踏まえたバイスタンダーサポート体制 座長：名知　祥 松永　真雄	15:30〜17:00 パネルディスカッション 39 PD39 都市部と地方での救急需要の違いと対応策 座長：武山　佳洋 山田　武志	15:30〜17:00 パネルディスカッション 41 PD41 RRS/ 院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦 座長：木口　雄之 藤谷　茂樹						

MO：ミニオーラル

関連委員会のご案内

※6月4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。

●会員総会
日　時：7月18日（土）　8：00～8：20
会　場：大阪国際会議場　5F　メインホール

●第2回 JERTS in Osaka
日　時：7月16日（木）　13：00～15：00
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室1010，主催者控室10-1，主催者控室10-2

●全国消防長会評議員会
日　時：7月17日（金）　11：40～12：40
会　場：大阪国際会議場　8F　会議室803

●救急救命士学生委員会：CPRコンテスト
日　時：7月18日（土）　15：30～16：30
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室1005

●救急救命士統括体制認定機構（民間救命士）の講習会
日　時：7月18日（土）　13：50～14：50
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室1009

●診療放射線技師連携検討小委員会
日　時：7月16日（木）　16：00～17：00
会　場：大阪国際会議場　6F　楽屋608

●バイスタンダー体制検討委員会
日　時：7月18日（土）　12：30～13：30
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室1010

併設会議・併設コース・その他の講習会のご案内

※詳細は第 29 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。

● PACC コース
日　時：7 月 16 日（木）　9：00 ～ 17：00
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1002

● PEMEC コース
日　時：7 月 16 日（木）　9：00 ～ 17：00
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1009

● RtARS（ラース）シミュレーションコース
日　時：7 月 16 日（木）　11：30 ～ 17：00
会　場：大阪国際会議場　3F　イベントホール A

● RRS 起動要素研修コース
日　時：7 月 16 日（木）　13：00 ～ 16：00
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1003

●入院時重症患者対応メディエーター養成講習会
日　時：7 月 16 日（木）　13：00 ～ 16：30
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1001

●セデーションコースエッセンシャル版
日　時：7 月 16 日（木）　13：00 ～ 16：00
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1004

●第 29 回小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC Advanced Course）
日　時：7 月 16 日（木）　13：00 ～ 16：30
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1005

● JPTEC ブラッシュアップセミナー 2026
日　時：7 月 16 日（木）　13：00 ～ 16：00
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1008

●救急領域における薬剤師研修コース（SGD 版）
日　時：7 月 16 日（木）　13：00 ～ 16：45
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1006-1007

●令和 8 年度全国メディカルコントロール協議会連絡会（第 1 回）
日　時：7 月 16 日（木）　15：00 ～ 18：00
会　場：大阪国際会議場　5F　メインホール

●ワークショップ「きっと見つかる新たな自分　救急現場のコミュニケーション」
日　時：7 月 16 日（木）　15：00 ～ 18：00
会　場：大阪国際会議場　8F　会議室　801-802

● ICLS ブラッシュアップセミナー「G2025 に合わせた ICLS の指導内容について」
日　時：7 月 18 日（土）　10：50 ～ 12：20
会　場：大阪国際会議場　10F　会議室 1006-1007

参加者の皆様へのご案内

1. 開催形式

現地開催	2026 年 7 月 16 日（木）～ 18 日（土）
オンデマンド配信	2026 年 7 月 31 日（金）～ 8 月 28 日（金） ※予定
	専門医共通講習，救急科領域講習を中心にオンデマンド配信いたします。

※ 7 月 16 日（木）は主に併設コース，講習会，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。

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】
2026 年 6 月 1 日（月）～ 2026 年 8 月 28 日（金）

【参加費】

カテゴリー	参加費	
	会員	非会員
医師	17,000 円	19,000 円
医師以外	15,000 円	17,000 円
消防機関・海上保安庁・自衛隊等	13,000 円	15,000 円
学部学生・初期臨床研修医	3,000 円	3,000 円

※参加費は会員が不課税，非会員が課税（税込み）となります。
※お支払方法はクレジットカード決済のみとなります。
※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（ネームカード兼参加証明書・領収書発行）

当日はご自身で事前に印刷したネームカードを持参いただけますようお願いいたします。ネームストラップを参加受付にてお渡しいたします。
ネームカード兼参加証明書，領収書につきまして，参加登録期間中はサービスカウンターより発行可能です。
【場所】大阪国際会議場　5F　ホワイエ
【日時】7 月 16 日（木）　12：00 ～ 17：00
　　7 月 17 日（金）　7：30 ～ 17：30
　　7 月 18 日（土）　7：30 ～ 16：00
※参加受付の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。

4. 企業展示

【場所】大阪国際会議場　3F　イベントホール
【日時】7月17日（金）　9：00 ～ 18：00
　　7月18日（土）　8：30 ～ 16：00

5. 全員懇親会

参加費3,000円にて，学術集会の参加者であればどなたでもご参加可能な懇親会を開催いたします。
お申込みは先着順で受け付けます。定員となり次第，受付を終了いたします。

【場所】リーガロイヤルホテル大阪　ウエストウイング2階　山楽
【日時】7月17日（金）　18：30 ～ 20：30
※ご来場の際は，学術集会のネームカードをご着用ください。

6. クローク

【場所】大阪国際会議場　5F　ホワイエ
【日時】7月16日（木）　12：00 ～ 18：30
　　7月17日（金）　7：30 ～ 18：30
　　※全員懇親会に参加される方は，プログラム終了後はリーガロイヤルホテルのクロークをご利用ください。
　　7月18日（土）　7：30 ～ 18：00

7. プログラム・抄録集

プログラム・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，ポケットプログラム集を現地会場にご用意しておりますので，ご自由にお取りください。ひとり1冊までとさせていただきます。
なお，数に限りがございますので，予めご了承ください。

8. ランチョンセミナー

ランチョンセミナーに関しては，本誌645 ～ 648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完全事前申し込み制です。ランチョンセミナー申込確認書を印刷のうえランチョンセミナー受付へお持ちください。
余剰やキャンセルが出た際は当日現地でもお弁当を配布いたします。

9. カフェ企画

知識と技でお腹いっぱい！ Medicalくいだおれ横丁―多職種秘伝の“ワザ”を体験。あなたのスキルに新しいスパイスを―

「お隣の職種，一体どんなスゴ技を持っているんだろう？」
そんな好奇心を，大阪らしく「くいだおれ」精神で満たしてみませんか？
本企画は，多職種の専門家がマスターを務める，体験型のハンズオン・カフェです。
普段の業務ではなかなか触れる機会のない他職種の「秘伝の”ワザ”」や「目からウロコの知識」を，ドリンクを片手に気軽につまみ食い。

「気軽に体験，一生モノの気づき」をコンセプトに，職種の垣根を越えた学びと交流の場を提供します。学術集会セッションの合間に，ぜひお腹いっぱい“ワザ”を堪能しにいらっしゃ〜い！（詳細は学術集会ホームページをご参照ください。）

10. 託児所

完全予約制となっております。詳細は学術集会ホームページをご確認ください。

11. 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。
- 会場内では，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。

医師の皆様へ

1. 日本救急医学会「専門医共通講習」「救急科領域講習」単位について

本学術集会の「専門医共通講習」,「救急科領域講習」は，オンデマンド配信のみです。
現地会場での実施はございませんので，ご注意ください。

＜専門医共通講習＞

専門医共通講習 1 【感染対策】	病院での多剤耐性菌感染の集団発生を防ぐための標準予防策強化対策 大阪急性期・総合医療センター 感染制御室（兼 総合内科・感染症科） **大場雄一郎**
専門医共通講習 2 【医療倫理】	医療倫理～多様な価値へのチームによる対応～ 公益社団法人日本看護協会 **淺香えみ子**
専門医共通講習 3 【医療安全】	医療安全の歴史は 1999 年から始まった ～救急医療における患者安全：歴史から学び，チームで守る～ 大阪医科薬科大学病院 医療安全推進室 **新田 雅彦**
専門医共通講習 4 【医療制度と法律】	離婚後の共同親権導入による小児救急医療現場への影響 桃山学院大学 法学部 **永水 裕子**

＜救急科領域講習＞

救急科領域講習 1 【中毒】	Health Security と中毒：国内外の情勢と化学物質の動向 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**
救急科領域講習 2 【外傷】	重症外傷診療におけるチームワーク – 理論的背景から実践まで – 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 **中尾 彰太**
救急科領域講習 3 【敗血症】	日本版敗血症診療ガイドラインの現在地と将来展望 大阪医科薬科大学 救急医学 **山川 一馬**
救急科領域講習 4 【災害】	災害対応に必要な CSCA 確立の本質 国立健康危機管理研究機構ＤＭＡＴ事務局 **松田 宏樹**
救急科領域講習 5 【熱傷】	熱傷診療の NEW・ABC 筑波大学医学医療系 救急・集中治療医学 **井上 貴昭**

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，7月17日（金），18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）7月17日（金）参加者は，7月18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。

なお，本学術集会における指定講習会の参加証は，お一人につき1枚のみ有効です。複数の指定セッションに参加された場合でも，参加証の受け取りは1枚のみとしてください。

セッション名	日時	会場
シンポジウム⑥ 薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント	2026年7月17日（金） 9：00～11：00	第3会場 （10F　1003）
シンポジウム⑦ 徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」	2026年7月17日（金） 16：40～18：10	第3会場 （10F　1003）
パネルディスカッション㉕ つなぐ，救急患者の薬剤情報のバトン － medication reconciliationの3拍子－	2026年7月18日（土） 9：40～11：10	第3会場 （10F　1003）
シンポジウム㉒ くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記	2026年7月18日（土） 15：30～17：00	第3会場 （10F　1003）

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：4，講習会受講ポイント：2）。指定講習会参加の参加証は講習会終了後，会場出口で配布いたします。

【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	7月18日（土） 15：30 ～ 16：30	第9会場 （10F　1008）

臨床検査技師の皆様へ

第29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4単位付与いたします。
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，出席名簿への記載をすることにより付与されます。

【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
パネルディスカッション11 （救急認定ソーシャルワーカー認定機構　指定講習会） 救急搬送を繰り返す精神疾患を抱えた患者へのCare Cycleの構築　～3次救急・精神科救急・在宅支援の連携を通して～	7月17日（金） 15：00 ～ 16：00	第8会場 （10F　1006-1007）

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（すべて口演となります）
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。

区分	発表	質疑
ハイライトセッション	7分	3分
一般演題（口演）	5分	2分
一般演題（ミニオーラル）	5分	1分

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：事前案内の通りです。

区分	発表	質疑
ハイライトセッション	7 分	3 分
一般演題（口演）	5 分	2 分
一般演題（ミニオーラル）	5 分	1 分

PC センター

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。発表スライドサイズは 16：9 を推奨しております。

【日時】7 月 17 日（金）　7：30 ～ 17：30
7 月 18 日（土）　7：30 ～ 16：00
※ PC センターの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。

- 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，演台上に設置のキーパッド・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 Microsoft 365 PowerPoint 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］1-1-SY1-1　大阪太郎
- 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。

【ミニオーラル（セルフプレゼンシステム)】
ミニオーラルでご発表される方につきましては，以下の仕様にてデータのご準備をお願いいたします。

1）使用機材
OS…Windows11
アプリケーション…Microsoft365 PowerPoint
※ご自身の PC お持込みには対応しておりませんのでご注意ください。

2）ファイル形式
PowerPoint 形式（.pptx）のみ
※ PowerPoint 以外のソフトをご利用の方は，PowerPoint に変換してください。
作成サイズはワイド画面（16：9）を推奨いたします。

3）動画・音声
動画を使用される場合はリンクではなく，PowerPoint への埋め込みでお願いいたします。
ファイル形式は mp4 形式を推奨いたします。音声に関しましてはご利用になれません。

4）フォントに関して
フォントは OS 標準フォントを使用してください。

【日本語】
MS ゴシック，MSP ゴシック，MS 明朝，MSP 明朝，メイリオ

【英語】
Times New Roman，Arial，Arial Black，Arial Narrow，Century，Century Gothic，Courier，Courier New，Georgia

5）データファイル
USB メモリーにて受付いたします。
その他のリムーバブルメディアは受付できませんのでご了承ください。
ファイルは各自，PC 受付にて必ず試写のうえご確認ください。

6）発表者ツール
ご利用いただけません。

■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・救急救命士 …… **E**　　薬剤師 …… **P**
診療放射線技師 …… **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**　　セラピスト …… **TH**
上記以外の病院職員 …… **HS**　　学生 …… **S**　　その他 …… **O**

学術集会プログラム日程

7月16日（木）

■第1会場（大阪国際会議場　5F　メインホール）

併設会議　15：00～18：00

「令和8年度全国メディカルコントロール協議会連絡会（第1回）」

■第2会場（大阪国際会議場　5F　小ホール）

先行シンポジウム（PSY）　13：00～14：30

「全国の救急隊の搬送にかかわる
身体的・心的負荷の現場と今後の改善策を議論する　2025年調査報告」

座長　公益社団法人地域医療振興協会有田市立病院　**加藤　正哉**
国士舘大学大学院　救急システム研究科　**田中　秀治**

PSY-1（E）　2025年調査報告1　消防機関への調査結果
…… 大阪市消防局　救急部　木下　哲男

PSY-2（E）　2025年調査報告2　救急隊員個人への調査結果
…… 京都市消防局　警防部　救急課　濵　亮太郎

PSY-3（E）　救急隊員の健康不安の実態調査
～全救ＮＥＴの電子アンケート調査からの考察～
…… 豊後高田市消防本部　警防課／全国救急救命ネットワーク　大野　和史

PSY-4（E）　2025年調査報告3　救急隊員の身体的・心理的負荷に関する検討結果
…… 国士舘大学体育学部　スポーツ医科学科　中川　洸志

PSY-5（E）　2025年調査報告4　救急隊員の負担と今後の改善策
…… 国士舘大学体育学部　スポーツ医科学科　坂梨　秀地

■第 3 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1003）

併設コース　13：00 ～ 16：00

「RRS 起動要素研修コース」

■第 4 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1001）

併設コース　13：00 ～ 16：30

「入院時重症患者対応メディエーター養成講習会」

■第 5 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1002）

併設コース　9：00 ～ 17：00

「PACC コース」

■第 6 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1004）

併設コース　13：00 ～ 16：00

「セデーションコースエッセンシャル版」

■第 7 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1005）

併設コース　13：00 ～ 16：30

「第 29 回小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC Advanced Course）」

■第 8 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1006-1007）

併設コース　13：00 ～ 16：45

「救急領域における薬剤師研修コース（SGD 版）」

■第 9 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1008）

併設コース　13：00 ～ 16：00

「JPTEC ブラッシュアップセミナー 2026」

■第 10 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1009）

併設コース　9：00 ～ 17：00

「PEMEC コース」

■第 12 会場（大阪国際会議場　3F　イベントホール A）

併設コース　11：30 ～ 17：00

「RtARS（ラース）シミュレーションコース」

■大阪国際会議場　8F　会議室 801-802

併設コース　15：00 ～ 18：00

ワークショップ「きっと見つかる新たな自分　救急現場のコミュニケーション」

7月17日（金）

■第1会場（大阪国際会議場　5F　メインホール）

会長講演（CL）　8：20～8：50

座長　日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　**井上　潤一**

CL（D）　探そう救急医療の三拍子
－現点から原点へ、そして頂点をめざす－
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**

パネルディスカッション1（PD1）　9：00～10：30

「院外心停止一蘇生医療の3拍子（原点から現点。そして頂点へ）」

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　**木口　雄之**
奈良県立医科大学　救急医学教室　**福島　英賢**

PD1-1（D）　院外心停止からの社会復帰率向上へ
～これまでの歩みとこれから～
…… 京都大学大学院医学研究科　予防医療学分野　石見　拓

PD1-2（D）　豊能MC地域における
指令管制業務検討ワーキンググループの取り組み
…… 大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　入澤　太郎

PD1-3（E）　日本版ハイパフォーマンスCPRプログラムの
全国普及と実装における課題
…… 明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　原　貴大

PD1-4（D）　Prehospital ECPRを“地域蘇生システム”の頂点として実装する
…… 済生会宇都宮病院　救急・集中治療科　木本　慧

PD1-5（D）　小児院外心停止における救急隊による病院前高度気道管理の
実施タイミングと転帰：北米レジストリの検討
…… 国立成育医療研究センター　救急診療部　天笠　俊介

シンポジウム 1（SY1）　10：40 ～ 12：10

「気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み」

座長　熱中症総合研究所／一般社団法人臨床教育開発推進機構　**三宅　康文**
日本医科大学　救急医学教室　**横堀　將司**

SY1-1（O）　日本における気候変動適応への取組
…… 国立環境研究所　気候変動適応センター　肱岡　靖明

SY1-2（D）　ファン付き作業服の課題とその克服に向けた取り組み
…… 日本医科大学武蔵小杉病院　集中治療科　神田　潤

SY1-3（D）　自衛隊における熱中症対策ハンドブックについて
…… 自衛隊中央病院　リハビリテーション科　永田　高志

SY1-4（D）　「落ち着いて深呼吸して」は正しい処置か。
―暑熱環境下でのマラソン救護において過換気が意味するところ―
…… 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

SY1-5（D）　熱中症患者の入院前 modified Rankin Scale と
退院時機能転帰の推移：JAAM Heatstroke Study 2017-2021
…… 秋田大学医学部付属病院　高度救命救急センター　鈴木　悠也

SY1-6（E）　気候変動下における疫学的特徴と病院前適応戦略の検討
― インド・テランガーナ州の事例から
…… 日本体育大学大学院　保健医療学研究科　高橋　治花

SY1-7（D）　熱中症患者における来院時 C-reactive protein 値と菌血症との関連
…… 東京都立多摩総合医療センター　救命・集中治療科　石澤　嶺

SY1-8（D）　救急外来到着時クレアチンキナーゼ（CK）値と
熱中症患者予後の関連：Heatstroke study 二次解析
…… 京都大学大学院医学研究科　社会健康医学系専攻　狩野　謙一

ランチョンセミナー 1（LS1）　12：30 ～ 13：30

「気候変動の暑さに負けないために：暑熱被害をなくし、命を守る暑熱順化」

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**

LS1-1　医療者に期待する気候変動適応への取組
国立環境研究所　気候変動適応センター　**肱岡　靖明**

LS1-2　熱中症診療ガイドライン 2024 を詳しく解説：
今日から実践できる熱中症予防のポイント
日本医科大学武蔵小杉病院　集中治療科　**神田　潤**

Closing　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：大塚製薬株式会社　ニュートラシューティカルズ事業グループ

特別講演 1（SL1）　13：50 ～ 14：50

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**

SL1　混迷の時代のリーダーへ
～橋下流意思決定術とチームを動かす三拍子～
弁護士法人橋下綜合法律事務所　**橋下　徹**

シンポジウム 2（SY2）　15：00 ～ 16：30

「今後の少子高齢化社会に向けて救急医療を持続的なものにするために」

座長　市立札幌病院総合臨床センター　**佐藤　朝之**
横浜市立大学　救急医学 / 高度救命救急センター　**竹内　一郎**

SY2-1（D）　救急医療の持続可能性を問う
―救急車有料化論争を超えた構造的改革への提言―
…… 横浜市立大学　救急医学 / 高度救命救急センター　竹内　一郎

SY2-2（D）　湘南 ER の戦略：『初療の集約と入院の連携』が生み出す
次世代型 ER システムとタスクシフト
…… 湘南鎌倉総合病院　救急総合診療科　鱶口　清満

SY2-3（D）　緊急性が乏しいと判断される救急症例に対する
選定療養費徴収の効果と課題
…… 筑波大学医学医療系　救急・集中治療医学　井上　貴昭

SY2-4（D）　TCC と広域搬送とを組み合わせた人口減少社会に対応する
新たな救急集中治療の地域包括モデル
…… 新潟大学医学部　救急集中治療医学講座　西山　慶

SY2-5（D）　10 年先、20 年先の救急患者像、救急患者層をイメージする試み
－ NDB オープンデータを用いた推計から－
…… 京都大学医学部附属病院　診療報酬センター / 病床運営管理部　加藤　源太

パネルディスカッション 2（PD2）　16：40 ～ 18：10

「動かせ、運命。動かせ、AED。～当たり前に使用するために～」

座長　京都大学大学院医学研究科　予防医療学分野　**石見　拓**
大阪南消防局　警防部　救急課　**前本　了一**

PD2-1（E）　通信指令による AED 案内の制度的課題：
全国消防本部調査と堺市消防局まちかど AED
…… 堺市消防局　総務部総務課／新潟医療福祉大学大学院
医療福祉研究科　保健学専攻救急救命学分野　堀　英治

PD2-2（O） 空間的・時間的条件に注目した AED のアクセシビリティ
—堺市消防局を事例に—
…… 大阪公立大学大学院　文学研究科　地理学教室　木村　義成

PD2-3（D） 奈良県における院外心停止発生地点と AED 利用可能性の地理的検討
…… 奈良県立医科大学付属病院　救急科　浅井　英樹

PD2-4（E） 児童・生徒が AED を当たり前に使えるようにするために
教員と協力した取り組みについて
…… 小牧市消防本部　消防署　伊藤　正幸

PD2-5（O） 三重大学教育学部附属小学校における救命教育の取り組み
～子どもメディカルラリーを活用した学びの深化～
…… 三重大学教育学部　附属小学校　増田　尚美

PD2-6（O） なぜ現場は講習どおりにいかないのか？救命講習会と現実とのギャップ
～バイスタンダー体験から見えた課題～
…… 日本 AED 財団　長野　庄貴

■第 2 会場（大阪国際会議場　5F　小ホール）

シンポジウム 3（SY3）　9：00 ～ 10：30

「人口減少社会における退職世代の人材活用
シニア世代が長く救急現場で活躍するには何が必要か」

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**
道志村国民健康保険診療所　救急科・内科・外科　**松田　潔**

SY3-1（D） 僻地で救急診療を続ける高齢救急医
…… 道志村国民健康保険診療所　所長　松田　潔

SY3-2（D） シニア世代が離島で救急医療に貢献できる可能性について
…… 沖縄県立八重山病院　救急科　竹島　茂人

SY3-3（D） 定年後救急医の就業の可能性
…… 荒尾市立　有明医療センター　救急科　松園　幸雅

SY3-4（D） 老害じゃない、要害だ！シニアがプレホスピタルを底上げする方法
…… 鹿島地方事務組合消防本部　メディカル・アドバイザー／
松戸リハビリテーション病院　鶴岡　信

SY3-5（E） 消防救命士から院内救命士へ—39 年の経験を新たな現場で活かす—
…… カレス記念病院　ＥＲセンター　髙嶋　弘継

SY3-6（D） 救急現場におけるシニアスペシャリストの再定義
－特定行為看護師と病院救急救命士によるセカンドキャリア
…… 市立大村市民病院　診療部　野中　和樹

SY3-7（D） 退職消防職員× D-ER(地域連携救急車)：
地域救急を支える新たな連携モデル
…… 白岡中央総合病院　救急科　松山　尚弘

パネルディスカッション 3（PD3）　10：40 ～ 12：10

「AI を利用してどんどん論文を書こう ー私の AI 活用法ー」

座長　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　**田上　隆**
奈良県立医科大学　救急医学教室　**福島　英賢**

PD3-1（D）　市中病院救急医における生成 AI を活用した論文作成の工夫
……JCHO　中京病院　救急科　大須賀章倫

PD3-2（D）　症例報告× AI：
臨床と途上国研究から学ぶ、質を落とさない執筆の工夫
……　長崎大学病院　高度救命救急センター　救急・国際医療支援室　青木　義紘

PD3-3（D）　AI は執筆の時短ではなく着想の源泉である：
臨床の違和感を研究テーマへ昇華させる共同思考
…… 京都山城総合医療センター　救急部・麻酔科　平山　敬浩

PD3-4（D）　ChatGPT を用いた R 解析
— AI 時代に臨床医はどこまで統計を理解すべきか —
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　大本　亮輔

PD3-5（D）　AI 支援によるシステマティックレビューとメタアナリシス：
Nexobrid のエビデンスを統括する
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　下条　佳怜

PD3-6（D）　LLM 時代の論文力　—精読こそ最強のトレーニング—
…… 日本医科大学付属病院　高度救命救急センター／
日本医科大学　救急医学教室　五十嵐　豊

PD3-7（D）　データ以外に必要な論文作成の要素 - AI ×指導者
…… 大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　米田　和弘

シンポジウム 4（SY4）　15：00 ～ 16：30

「ECPR の活用に向けた医療機関と救急隊の対応について」

座長　広島大学大学院　救急集中治療医学　**大下慎一郎**
大阪公立大学医学部附属病院　救命救急センター　**佐尾山裕生**

SY4-1（E）　プロトコル改正による ECPR 対応医療機関への早期搬送の取組み
…… 堺市消防局　救急部救急ワークステーション　上田　聡

SY4-2（E）　都市部と郊外が混在する地域における ECPR 搬送戦略の最適化
—阪神・丹波地域 MC の取り組み
…… 兵庫県西宮市消防局　救急課
（阪神・丹波地域メディカルコントロール協議会）　安原　翔太

SY4-3（N）　救急救命士と院内医療者合同の
ECPR シミュレーションの実施と、その成果
…… 大阪けいさつ病院　看護部　山田　君代

SY4-4（D） サインオブライフからみる蘇生の可能性
-ECPR で救う傷病者を最大化するために -
…… 札幌医科大学医学部 救急医学講座 文屋 尚史

SY4-5（D） Conventional CPR と ECPR をどう“つなぐ”か：
地域で設計する蘇生率最大化モデル
…… 済生会宇都宮病院 救急・集中治療科 栃木県救命救急センター 藤田 健亮

シンポジウム 5（SY5） 16：40 ～ 18：10

「救急医療における周産期医療の立ち位置 －救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－」

座長 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**
日本赤十字社医療センター救命救急センター・救急科 **山下 智幸**

SY5-1（N） 妊産婦死亡症例からみた救急医療と周産期医療の課題
…… 日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科 山下 智幸

SY5-2（D） 大阪 ORION/OGCS データベースを用いた
病院前周産期医療体制の課題抽出
…… 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

SY5-3（D） 地域における病院前周産期医療の現状
－周産期に関わる調査内容より－
…… 日立製作所日立総合病院 救急集中治療科 小山 泰明

SY5-4（N） 施設外分娩『産科危機的出血と幸帽児』現点から…その先へ
…… 八戸市立市民病院 看護局 手術室 齋藤 友厚

SY5-5（E） 施設外分娩事案における救急対応の現状と課題
…… 名古屋市消防局 救急部 救急課 齋藤 速人

SY5-6（E） 教育と多職種連携から考える病院前周産期救急のあり方
…… 旭川医科大学病院 救命救急センター 大滝 達也

■第 3 会場（大阪国際会議場 10F 会議室 1003）

シンポジウム 6（SY6） 9：00 ～ 11：00

「薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント」

座長 大阪大学 救急医学 **織田 順**
国立病院機構東近江総合医療センター 薬剤部 **服部 雄司**

SY6-1（P） 薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト第３版の
改訂の概要について
…… 国立病院機構東近江総合医療センター 薬剤部／
薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂版編集委員会 服部 雄司

SY6-2（P） 救急外来における薬剤師業務の実践ポイント
…… 日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部 今井 徹

SY6-3（P） 『院内急変時対応チーム』で薬剤師が介入するポイント！
…… 日本赤十字社医療センター 薬剤部 鈴木 善樹

SY6-4（P） 代謝・内分泌系疾患において薬剤師が押さえるべき実践ポイント
…… 医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 薬剤部 立石 裕樹

SY6-5（P） 初期診療・心停止のポイント
…… 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 薬剤部 齋藤 靖弘

SY6-6（D） 気道・呼吸管理
…… 広島大学病院 高度救命救急センター 太田 浩平

SY6-7（P） 痛み・不穏・せん妄の管理
…… 広島大学病院 薬剤部 佐藤 智人

Pros and Cons1（P/C1） 11：10 ～ 12：10

「救急外来における薬剤師の配置の最適解を探る！ 常駐体制 vs オンコール体制」

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**
医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院 薬剤部 **齋藤 靖弘**

P/C1-1（D） 救命救急センターにおける薬剤師 24 時間常駐体制の意義と実践
…… 日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター 中林 隼斗

P/C1-2（P） 救急外来における薬剤師 24 時間常駐体制の意義と実践
～常駐 薬剤師の立場から～
…… 日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部 岩渕 聡

P/C1-3（D） ER 型救急医療における薬剤師のオンコール体制の現在、そして未来
…… 岡山市立市民病院 救急科 濱崎健太郎

P/C1-4（P） 二次救急医療機関におけるオンコール体制下の薬剤師介入
―必要な場面に応える体制を目指して―
…… 岡山市立市民病院 薬剤部 古谷 晃紀

ランチョンセミナー 2（LS2） 12：30 ～ 13：30

座長 TXP Medical 株式会社 **大西 裕**

LS2 救急医療情報システムの未来像～ XR を利用した救急現場～
藤沢市消防局 **鈴木 真也**
藤沢市消防局 **野林 宏輝**
TXP Medical 株式会社 **菅 繕久**

共催：TXP Medical 株式会社

パネルディスカッション 4（PD4）　15：00 ～ 16：30

「働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策」

座長　倉敷中央病院　救急科　**市川　元啓**
社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　脳神経外科　**馬場　武彦**

PD4-1（D）　働き方改革下で進む救急搬送の再編と集中―岡山県データと現場戦略―
…… 倉敷中央病院　救急科　山本　篤史

PD4-2（E）　病院救命士による転院搬送体制の構築とタスクシェアが救急患者受入に与えた影響
…… 千葉大学医学部附属病院　救急科・集中治療部　尾﨑　洸希

PD4-3（D）　年間 1,000 件から 6,000 件へ
― 働き方改革下で進めた大学病院の役割再構築：岡山大学の実践
…… 岡山大学病院　救命救急科　湯本　哲也

PD4-4（D）　マルチプレーヤー (ER 医) こそ働き方改革時代の鍵である
…… 大阪赤十字病院　救命救急センター　水　大介

PD4-5（D）　本当の ONE　TEAM へ。高度救命救急センターで
ハイボリューム ER を継続し、社会的需要に応え続ける
…… 藤田医科大学病院　救急医学・総合内科学　瀬川　悠史

PD4-6（D）　遠隔地の大学による地方病院支援モデル：
医師派遣と地域救急医療再構築の実践
…… 大阪医科薬科大学　救急医学　山川　一馬

PD4-7（D）　地域全体で挑んだ医師の働き方改革への対策とその後
…… 川崎医科大学　救急医学　椎野　泰和

PD4-8（D）　総括
…… 社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　脳神経外科　馬場　武彦

シンポジウム 7（SY7）　16：40 ～ 18：10

「徹底活用！『救急外来における薬剤師業務の進め方』」

座長　日本大学医学部附属板橋病院　薬剤部　**今井　徹**
社会医療法人蘇西厚生会　松波総合病院　救命救急センター　**山口　均**

SY7-1（D）　救急外来に薬剤師はどう機能するか
― 業務指針を起点とした実践と深化
…… 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／
医療法人徳洲会　札幌東徳洲会病院　薬剤部　佐藤　洋祐

SY7-2（N）　初療から特殊治療領域までを支える薬剤師常駐体制の有用性
…… 日本大学医学部附属板橋病院　看護部　関谷　裕美

SY7-3（P）　平時の体制整備　～顔の見える関係を目指して～
…… 鳥取大学医学部附属病院　薬剤部　涌嶋伴之助

SY7-4（P）　患者搬送前における薬剤師業務
～救急要請の瞬間から動き出す薬学的支援～
…… 京都第二赤十字病院　薬剤部　川島　裕明

SY7-5（P）　初期診療
…… 湘南鎌倉総合病院　薬剤部　宮田　祐一

SY7-6（P）　救急外来退室時における薬剤師業務について
…… 倉敷中央病院　薬剤部　松山　　祐

■第 4 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1001）

パネルディスカッション 5（PD5）　9：00 ～ 10：00

「救急安心センター (#7119) が地域救急医療に与える影響」

座長　大阪公立大学医学部附属病院　救命救急センター　**内田健一郎**
大阪みなと中央病院　救急科　**中江　晴彦**

PD5-1（O）　＃ 7119 の全国展開に向けた消防庁の取組について
…… 総務省消防庁　消防・救急課救急企画室　辻　　正一

PD5-2（E）　救急需要の“ 防波堤 ”となり得るか
―救急安心センターおおさかの効果と課題
…… 大阪市消防局　救急部救急課　本池　圭蔵

PD5-3（D）　＃ 8000・＃ 7119・ファストドクター導入に伴う
救急外来事務員向け受診相談の電話対応手順書の作成
…… 長野赤十字病院　救命救急センター　岩下　具美

PD5-4（D）　生成 AI を活用した救急電話相談緊急度判定支援システム開発の現況
…… 東洋大学情報連携学部　学術実業連携機構（INIAD- c HUB）／
令和 7 年度総務省消防防災科学技術研究班　森村　尚登

ハイライトセッション 1（HS1）　10：35 ～ 11：25

「終末期救急」

座長　浜松医科大学　救急災害医学講座　**渥美　生弘**
東京消防庁　救急部　**永野　義武**

HS1-1（D）　DNAR ではなく、CMO でも不搬送へ　2 つの提案
…… 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　ICU　真弓　俊彦

HS1-2（D）　阪神・丹波地域における
DNAR 事例対応プロトコール策定の経緯と実装
…… 阪神丹波地域 MC 協議会　事後検証委員会　高松　純平

HS1-3（D）　南河内医療圏におけるＡＣＰ普及啓発の多職種アプローチ
～医療、福祉、消防との職能横断的実践～
…… 近畿大学病院　救急医学科　太田　育夫

HS1-4（D）　介護保険を利用し訪問看護を受けている高齢者における
身体に関わる緊急時の訪問看護師の対応
…… 福島県立医科大学　地域救急医療支援講座　小野寺　誠

HS1-5（N）　救急外来受診後の帰宅患者への電話訪問
…… 川崎医科大学総合医療センター　救急外来　田﨑　修平

特別企画（SP）　11：30 ～ 12：20

「4 学会合同ガイドラインはどのように倫理的ジレンマに対応しようとしているのか」

座長　飯塚病院　連携医療・緩和ケア科　**石上雄一郎**
名古屋市立大学病院　救命救急センター　**舩越　拓**

SP-1（D）　４学会合同ガイドラインは
どのように倫理的ジレンマに対応しようとしているのか
名古屋市立大学病院　救命救急センター　**舩越　拓**

SP-2（D）　４学会合同ガイドラインは
どのように倫理的ジレンマに対応しようとしているのか
飯塚病院　連携医療・緩和ケア科　**石上雄一郎**

シンポジウム 8（SY8）　15：00 ～ 16：30

「在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減」

座長　大阪府医師会理事　**前川たかし**

SY8-1（D）　開会あいさつ、事業紹介（地域標準に係る手順書普及事業の概要）
……大阪府医師会副会長　宮川　松剛

SY8-2（D）　在宅医療における特定行為研修修了看護師の役割と
救急搬送抑制への可能性
―看取り支援を多く担うクリニックの実践から―
……医療法人綾正会かわべクリニック　川邉　正和

SY8-3（D）　特定行為者のアセスメント能力と情報共有・連携が重症化を防ぐ
…… 医療法人　葛西医院　小林　正宜

SY8-4（N）　特定行為研修修了者による急変対応と搬送回避の実践
…… 社会医療法人生長会　ふちゅう訪問看護ステーション　津塩　昌子

SY8-5（N）　特定行為研修修了者による急変対応と搬送回避の実践
……訪問看護ステーションあらい　新井茂登子

パネルディスカッション 6（PD6）　16：40 ～ 18：10

「高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて ～全国 6 ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち～」

座長　大阪大学医学部附属病院　救命救急科　**片山　祐介**
東北大学病院　診療技術部　ソーシャルワーク部門　**町田雄一郎**

PD6-1（O）　新たな地域医療構想について
…… 大阪府健康医療部　保健医療室保健医療企画課　上田　有紀

PD6-2（MS）　転帰先確保へ向けた退院支援の取り組み ～「断らない救急」を支える「断られないソーシャルワーク」～
…… 神戸市立医療センター中央市民病院　患者総合支援センター　鴎端　洋人

PD6-3（MS）　慢性期医療機関における高齢者救急への対応
…… 刈谷豊田東病院　医療福祉室　中村　友美

PD6-4（MS）　救急におけるクラウドシステムの活用とソーシャルワーク支援
…… 東京科学大学病院　医療連携支援センター　阿部　靖子

PD6-5（MS）　仙台市救急医療病院間連携推進事業の活用 ～地域の救急医療を俯瞰し、アセスメントする～
…… 仙台市立病院　総合サポートセンター　澤井　　彰

PD6-6（MS）　救急外来から地域につなぐ帰宅支援
… 高知県・高知市病院企業団立　高知医療センター　地域医療連携室　和田真奈美

PD6-7（MS）　医師派遣を主軸とした後方支援病院との転院連携の取り組み
…… 飯塚病院　医療福祉室　堀内　茅加

■第 5 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1002）

Pros and Cons2（P/C2）　9：00 ～ 10：00

「身体拘束最小化　できる？　できない？」

座長　日本生命済生会日本生命病院　救急・集中治療室　**牧田佐和子**
京都大学医学部附属病院　救命救急センター　**山中　雄一**

P/C2-1（N）　救急集中治療室でも身体拘束は減らせる - 当院の実践とその成果 -
…… 神戸大学医学部附属病院　救急放射線部 /ECU　物袋　哲也

P/C2-2（N）　身体拘束最小化は最善か―現場における限界と課題
…… 京都第一赤十字病院　集中治療病棟　金光　史恵

シンポジウム 9（SY9）　10：05 ～ 11：05

「高次脳機能障害を乗り越えて働く　～救急から復職までのリハビリテーション～」

座長　TMG あさか医療センター ER 救急センター　**黒田　泰弘**
大阪急性期・総合医療センター　リハビリテーション科　**山中　　緑**

SY9-1（TH）　救急から地域へつなぐ高次脳機能障害支援
—回復期・外来フォローの実際—
…… 森ノ宮医療大学　総合リハビリテーション学部　作業療法学科／
京都民医連あすかい病院　リハビリテーション部　中井　俊輔

SY9-2（TH）　在宅復帰後の高次脳機能障害のリハビリテーション
－対策を身につける、人のふり見て我がふり直せ－
…… 森ノ宮医療大学総合リハビリテーション学部　作業療法学科／
なやクリニック　塚越　千尋

SY9-3（TH）　本人の「働きたい」を支える途切れさせない支援連携
—医療・生活・就労をつなぐ急性期の役割—
…… NPO 法人クロスジョブ　法人本部　巴　美菜子

ハイライトセッション 2（HS2）　11：10 ～ 12：20

「病院前救急」

座長　小牧市消防本部・尾張中北消防指令センター　**田島　典夫**
大阪けいさつ病院　ER・救命救急科　**山田　知輝**

HS2-1（TH）　救急車有料化に対する頻回に搬送される傷病者からの視点と意見
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科　西村　博章

HS2-2（D）　時間外選定療養費を徴収しても救急車の適正利用は促進されない？
…… 昭和医科大学病院　総合・救急診療科　垂水　庸子

HS2-3（D）　診療報酬改定後の当院の病院内救命士による搬送収益の調査
…… 札幌東徳洲会病院　救急センター　増井　伸高

HS2-4（E）　秦野市・伊勢原市共同消防指令センターにおける
映像通報システムの運用実績と課題—消防 DX 推進に向けた映像通報—
…… 秦野市消防本部　情報指令課　青木　季道

HS2-5（E）　林野火災対応における多職種連携と
航空隊運用における指令センターの役割　—林野火災事案の検討—
秦野市消防本部　情報指令課／秦野市・伊勢原市共同消防指令センター 青木　季道

HS2-6（D）　災害医療体制構築によりつなぐ地域連携
…… 北里大学メディカルセンター　外科　丸山　正裕

HS2-7（D）　災害時の災害医療における行政との協力体制について
…… 花と森の東京病院　救急科・脳神経外科　髙山　泰広

パネルディスカッション 7（PD7）　15：00 ～ 17：00

「救急画像検査最前線 1」

座長　りんくう総合医療センター　放射線部　**西池　成章**
独立行政法人大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　**渡邊　篤**

PD7-1-1（R）　初療室における救急超音波の現在地と技師の役割
…… 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

PD7-1-2（R）　集中治療病棟における
ポータブル動態胸部 X 線撮影の運用と被ばく対策
…… 聖マリアンナ医科大学病院　診療放射線技術部　髙倉　永治

PD7-1-3（R）　救急現場における MRI 画像診断を支える撮像プロトコルの最適化
…… 三重大学医学部附属病院　放射線部　井上　勝博

PD7-1-4（R）　命をつなぐ IVR ― 救急画像検査の最前線 ―
…… 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

「救急画像検査最前線 2」

座長　兵庫県立西宮総合医療センター　救命救急センター　**鵜飼　勲**
聖路加国際病院　放射線画像診断室　**宇内　大祐**

PD7-2-1（R）　救急領域における Photon counting CT の有用性
…… 大阪大学医学部附属病院　医療技術部　放射線部門　東　丈雄

PD7-2-2（D）　救急外来における AI 支援 CT 診断の有用性
- 急性虫垂炎の診断および重症度評価支援システムの開発 -
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　布施　奈美

PD7-2-3（D）　腸管虚血評価における SURESubtraction Iodine Mapping は有用か？
…… 大阪府済生会千里病院　千里救命救急センター /
外傷・急性期外科センター　小林　誠人

PD7-2-4（D）　Hybrid ER は外傷専用か？― Hybrid ER と敗血症死亡率の関連 ―
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　高田　涼太

ハイライトセッション 3（HS3）　17：10 ～ 18：00

「救命士教育」

座長　日本生命病院　救急総合診療センター　救急総合診療科　**岸　正司**
京都橘大学大学院　健康科学研究科　**関根　和弘**

HS3-1（E）　鹿児島県における PEMEC コースの開催状況と展望
…… 薩摩川内市消防局　東部消防署　池田　克也

HS3-2（CE）　救急救命士に対する医療機器研修のニーズ調査
… 横浜市立市民病院　臨床工学部 / 医療安全・医療品質管理センター　相嶋　一登

HS3-3（E）　三重県指導救命士制度の現場運用と問題点
- 医療側制度設計と消防側 10 年の検証 -
…… 日本赤十字社　伊勢赤十字病院　救急部／
三重県救急搬送・医療連携協議会　宮崎伊佐夫

HS3-4（E）　エピペン® 実証事業の経験から検討する
新救急救命処置導入における効率的かつ持続可能な教育体制
…… さいたま市消防局　警防部救急指導室　長沼　史朗

HS3-5（D）　病院実習における直視下挿管教育支援装置の開発
…… 岩手県立磐井病院　麻酔科　須田　志優

■第 6 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1004）

シンポジウム 10（SY10）　9：00 ～ 10：00

「リハビリテーション職の災害支援参画 — JRAT の活動に学ぶ実践と課題」

座長　愛仁会尼崎だいもつ病院　リハビリテーション科　**冨岡　正雄**
大阪急性期・総合医療センター　災害対策室　**西　健太**

SY10-1（TH） リハビリテーション職の災害支援参画
— JRAT の活動に学ぶ実践と課題
……社会医療法人愛仁会　千船病院　技術部　リハビリテーション科／
一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会［JRAT］／
大阪府大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会
［大阪 JRAT］　松岡　雅一

SY10-2（TH） 能登半島地震発生時の
Japan Rehabilitation Assistance Team における
Rapid Response Team の役割
…… 大阪医科薬科大学病院　リハビリテーション科　大黒　健太

SY10-3（TH） JRAT におけるロジスティクス活動
… なかしま内科循環器・整形外科クリニック　リハビリテーション科　中田　貴士

SY10-4（TH） JRAT と災害医療チームの協働に向けた課題と展望
—DMAT コーディネーターの視点から—
…… 医療法人徳洲会　岸和田徳洲会病院　リハビリテーション科　古田　宏

シンポジウム 11（SY11）　10：40 ～ 12：10

「救命の先へ挑む ― 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略」

座長　大阪府立中河内救命救急センター　看護部　**冨岡小百合**
大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　**中堀　泰賢**

SY11-1（D）　重症下肢開放骨折後下肢切断 13 例のリハビリテーション転帰
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　横田　純加

SY11-2（TH）　多発外傷患者に対する多職種協働の早期介入：
理学療法士による離床推進と二次障害予防
…… 堺市立総合医療センター　リハビリテーション技術科　内海　風花

SY11-3（TH）　多発外傷患者に対する多職種協働の早期介入：
作業療法士による ADL 維持とせん妄予防
…… 堺市立総合医療センター　リハビリテーション技術科　東野　　玄

SY11-4（TH）　多発外傷患者に対する多職種協働の早期介入：
言語聴覚士による嚥下・コミュニケーション支援
… 堺市立総合医療センター　リハビリテーション技術科　言語聴覚士　山口　晴菜

SY11-5（TH）　飛び降り多発外傷患者の救急病院からの転院時期と予後の関係
―精神科病院 116 例の後方視的検討―
…… 医療法人社団光生会平川病院　リハビリテーション科　奥出　　聡

シンポジウム 12（SY12）　15：00 ～ 16：00

「重度熱傷患者のリハビリテーションの最前線 ― 経験豊富な施設から学ぶ実践と課題」

座長　鳥取大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**上田　敬博**
名古屋市立大学大学院　医学研究科　救命救急医療学　**松嶋　麻子**

SY12-1（TH）　JCHO 中京病院における重症熱傷・気道損傷患者の
リハビリテーションの取り組み
…… JCHO 中京病院　リハビリテーションセンター　久保　貴嗣

SY12-2（TH）　超急性期熱傷治療における作業療法介入の意義
―拘縮予防および ICU-AW 対策を中心に―
…… 近畿大学病院　リハビリテーション部　髙橋　尚暉

SY12-3（TH）　重度熱傷患者に対する理学療法の実際：
救命救急センターにおける多職種連携と早期介入の実践
…… 近畿大学病院　リハビリテーション部　木本　祐太

パネルディスカッション 8（PD8）　16：40 ～ 18：10

「これだけは押さえといて！　～外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード～」

座長　日本救急検査技師認定機構　前代表理事　**福田　篤久**
社会医療法人生長会泉州地区救急集中治療センター　**溝端　康光**

PD8-1（E）　救急現場での初期対応・搬送・固定
（ロードアンドゴー、バックボード、全身固定など）
…… 新潟医療福祉大学　医療技術学部　救急救命学科　安達　哲浩

PD8-2（D）　胸痛・心停止の初療（ACLS、PCI へつなぐ判断、トリアージ）
における救急の基礎ワード
…… 昭和医科大学医学部　救急・災害医学講座　八木　正晴

PD8-3（D）　これだけは押さえといて！～外傷症例の基礎ワード～
…… 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

PD8-4（MT）　外傷および循環器疾患における
ファーストアプローチとしての血液ガス分析の評価
…… 日本医科大学付属病院　臨床検査部　柴田　泰史

PD8-5（R）　外傷初期診療で放射線技師から伝えたい画像検査・画像所見
…… 神戸赤十字病院　放射線科部　宮安　孝行

PD8-6（P）　循環器救急における薬剤管理の「基礎ワード」
― 多職種で共有したい用語と共通認識 ―
…… 京都桂病院　薬剤科　馬橋美由季

■第 7 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1005）

口演 1（O1）　9：00 ～ 10：00

「教育・研修」

座長　大分大学医学部　救急医学　**安部　隆三**
大阪公立大学大学院医学研究科　救急医学　救急科　**諏佐　裕登**

O1-1（E）　全国消防本部の自動式心マッサージ器の導入状況と課題
…… 帝京大学医療技術学部　スポーツ医療学科救急救命士コース　菊川　忠臣

O1-2（E）　共通原理に基づく自動式心マッサージ器の導入モデルの構築
…… 帝京大学医療技術学部　スポーツ医療学科救急救命士コース　菊川　忠臣

O1-3（E）　ハイパフォーマンス CPR 実装に向けた
デブリーフィング定着を推進する要因構造の探索的分析
…… 尾三消防本部　豊明消防署　立松　健二

O1-4（E）　会話型カードゲーム教材「ソレジャナイ会議」を用いた
救急救命士教育における心理的安全性と学習効果の検討
…… 京都橘大学大学院　健康科学研究科　片山　直広

O1-5（D） 救急救命士向け循環器教育コース (PACC) の教育効果と地域再現性：CMD の視点による解析
…… 津山中央病院　心臓血管センター　循環器内科　藤本　竜平

O1-6（CE） 救急 WS における臨床工学技士主導の車載呼吸器教育と地区運用共通化
…… 埼玉医科大学総合医療センター　臨床工学部　吉野　秀樹

O1-7（D） トレーニングシナリオの重ね合わせについて：ケースマップを用いた検討
…… 帝京大学医学部　救急医学講座／
帝京大学先端総合研究機構危機管理部門　安心院康彦

O1-8（E） クラッシュ症候群の病態理解を促すカリウム急速投与実習（Wet Lab）の教育効果
……愛知淑徳大学健康医療科学部
スポーツ健康医科学科・救急救命学専攻　小野木堂人

□演 2（O2）　10：05 ～ 11：05

「中毒」

座長　大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**廣瀬　智也**
大阪公立大学医学部附属病院　薬剤部　**萬井　美咲**

O2-1（E） 東京都における急性薬物中毒搬送基準の妥当性の検討
…… 東京女子医科大学附属足立医療センター　救急医療科　岩﨑　恵

O2-2（P） アセトアミノフェン中毒における N- アセチルシステイン投与判断の妥当性と ER 常駐薬剤師の役割
…… 医誠会国際総合病院　薬剤部　安部　敏生

O2-3（CE） マムシ咬傷による重度腫脹に対して高気圧酸素療法を併用した 1 例
…… 森ノ宮医療大学医療技術学部　臨床工学科／
医療法人たちばな会　西岡病院　透析室　川村　勇樹

O2-4（D） 血中エチレングリコール濃度測定が治療終了判断に寄与した一例
…… 自治医科大学医学部　救急医学講座 / 救急救命センター　筒井　悠巴

O2-5（D） 硝酸イソソルビド常用下にメトクロプラミドを併用し、メトヘモグロビン血症を発症した一例
…… 熊本赤十字病院　救急科　稲田　香澄

O2-6（P） 救急・薬剤部・法医学連携により原因物質を同定した急性中毒の一例
…… 東邦大学医療センター大森病院　薬剤部　青山　剛一

O2-7（D） インチュニブ急性薬物中毒により心機能低下と肺水腫を呈した一例
…… 横浜市立市民病院　救急診療科　小野　秀

O2-8（D） デキストロメトルファン過量内服に伴う遅発性毒性低酸素性白質脳症に高気圧酸素療法を施行し改善した 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　山荷　大貴

□演 3（O3）　11：10 ～ 12：10

「地域医療」

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　救急科　**寺本　昇生**
富山県立中央病院 救命救急センター　救急科　**若杉　雅浩**

O3-1（E）　病院救急車を活用して長距離患者搬送を実施している大学病院の取り組み
…… 順天堂大学医学部附属順天堂医院　救急科　河上　誠

O3-2（D）　離島における地域救急医療の現状と課題
…… 沖縄県立宮古病院　救急科　小川　太志

O3-3（D）　医療機関受入照会 4 回以上の救急搬送症例に関連する要因：7 年間データによる年齢層別解析
…… 金沢大学附属病院　先端医療開発センター／京都大学大学院医学研究科社会疫学分野　上野　恵子

O3-4（D）　札幌市二次救急医療体制における、拠点病院活動の報告（臓器別診療機関では二次救急を支えきれない）
…… 市立札幌病院　総合臨床センター　佐藤　朝之

O3-5（O）　病院前 12 誘導心電図伝送の実装成熟度評価指標の構築：構造化定性分析による検討
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　小林　春香

O3-6（E）　地域支援救命士による独居高齢者等支援の効果 ― 質的分析による心理的変化と行動変容の検討 ―
…… 高野町消防本部　高野町消防署　一柳　保

O3-7（D）　ラリンゲルチューブサクションによる咽頭後壁穿孔：司法解剖で確認された 1 症例
…… 京都橘大学健康科学部　救急救命学科／滋賀医科大学社会医学講座法医学部門　益満　茜

O3-8（E）　新型コロナウィルス感染症拡大に伴う心停止対応の通知が大阪府の高度気道確保実施と患者予後に与える影響
…… 岸和田市消防本部　消防署　春木分署　一ノ瀬佳彦

□演 4（O4）　15：00 ～ 16：00

「学生セッション」

座長　山梨県立中央病院　高度救命センター　救急科　**五十嵐　遼**
岩手医科大学医学部　救急災害医学　**井上　義博**

O4-1（S）　大規模救急搬送データベースを用いた安全な受診抑制対象群の検討
…… 大阪大学医学部　医学科　二宮　佐和

O4-2（S）　スポーツイベント救護活動における傷病発生と使用資器材の傾向
…… 国士舘大学体育学部　スポーツ医科学科　佐藤あいり

O4-3（S） 一般市民における心肺蘇生法に対する動機づけと
実施意思の関連に関する研究
…… 明治国際医療大学保健医療学部 救急救命学科 内藤 翼

O4-4（S） 病院内移動中のストレッチャーの高さの違いが
胸骨圧迫の質にどのような影響を及ぼすか
…… 山口大学医学部 医学科 宮本 理子

O4-5（S） 真夏での海浜実習における CPR 実習体験からの学生認識
…… 日本体育大学保健医療学部 救急医療学科 惣田 碧

O4-6（S） ECPR とその後の治療における予後関連因子の検討
―単施設後ろ向き研究―
…… 大阪大学医学部 医学科 野々部駿人

O4-7（S） 通信指令員による口頭指導下における
バイスタンダー CPR 実施の関連要因の検討
…… 明治国際医療大学保健医療学部 救急救命学科 大畑 沙椰

O4-8（S） ADDEI モデルを用い受講者のニーズに沿った
オーダーメイド型救急救命講習の実施と検討
…… 京都橘大学健康科学部 救急救命学科 澤 亮志

□演 5（O5） 16：05 ～ 17：05

「内因性 脳神経」

座長 長崎大学病院 高度救命救急センター **田﨑 修**
相澤病院 救命救急センター 救急科 **立川 温子**

O5-1（E） 痙攣重積症例に対する救急活動の一例について
…… 東京消防庁西新井消防署 警防課救急係 杉澤 一茂

O5-2（D） ステロイドで脳静脈洞血栓症を発症した
トロンボポエチン受容体作動薬内服中の特発性血小板減少性紫斑病
…… 熊本赤十字病院 救急科 松村 晃希

O5-3（D） 痙攣重積で救急搬送され、
最終的に自己免疫性 GFAP アストロサイトパチーの診断に至った一例
…… 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 片山 健朗

O5-4（D） 髄膜刺激徴候をみとめず皮疹が診断の契機となった VZV 髄膜炎
…… 河北総合病院 救急集中治療科 丸島 えり

O5-5（D） 起立性頭痛を契機に診断した特発性頭蓋内低圧症に伴う
両側慢性硬膜下血腫の 1 例
…… 河北総合病院 救急集中治療科 大鹿 美花

O5-6（D） 妊娠中にてんかんが増悪したスタージウェーバー症候群の 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 小島 光博

O5-7（D） 整形外科疾患との鑑別を要した下肢単独脱力発症の
branch atheromatous disease の一例
…… 河北総合病院 救急集中治療科 黒田 知暉

O5-8（E） 桑員地域 MC 体制下における
脳卒中プロトコル変更後の活動変化について～第２報～
…… 桑名市消防本部　桑名市消防署　高井　泰宏

□演６（O6）　17：10 ～ 18：10

「臨床検査」

座長　東海大学医学部付属病院　放射線技術科　**會田　直史**
大阪国際がんセンター　医療技術部放射線部門　**中　智章**

O6-1（R） PCD-CT と EID-CT の Flash Spiral 撮影における
オフセンター解像特性の比較
…… 東海大学医学部付属病院　診療技術部　放射線技術科　崎山　寛大

O6-2（R） 外傷全身 CT における上肢下垂位の最適化
― 上肢配置の違いが画像ノイズと被ばく線量に与える影響 ―
…… りんくう総合医療センター　診療支援局　放射線部門／
大阪物療大学　保健医療学部　藤村　一郎

O6-3（R） 外傷全身 CT 検査における防護板設置と散乱線分布評価に基づく
医療従事者被ばく低減への取り組み
…… 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院三方原病院　画像診断部　小宅　海人

O6-4（R） 外傷全身 CT における頭部 2 相撮影による頭蓋内血管外漏出像の検出
…… 高知医療センター　放射線技術部　今城　健吾

O6-5（R） 小児外傷患者に対するスプリットボーラス注入法を用いた
造影 CT 検査の取り組み
…… 聖マリアンナ医科大学病院　診療放射線技術部　阿部　圭吾

O6-6（R） 多施設医療グループにおける STAT 画像所見学習システムの構築
…… JA 愛知厚生連足助病院　診療協同部診療放射線室／
JA 愛知厚生連診療放射線技師会　江藤　貴樹

O6-7（R） 診療放射線技師の救急外来常駐体制が外傷初期診療へ与える影響
…… 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院　放射線技術科　青木　祐太

O6-8（R） 時間外緊急血管撮影における技師間対応差を解消する取り組み
―集約ワゴン導入の効果―
…… JCHO 中京病院　放射線部　大澤　伸恕

■第 8 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1006-1007）

パネルディスカッション 9（PD9）　9：00 ～ 10：30

「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　(Part II)」

座長　大阪医科薬科大学病院　中央検査部　**久保田芽里**
兵庫県立尼崎総合医療センター　救急総合診療科　**西内　辰也**

PD9-1（MT）　救急急外来における臨床検査技師の参画への課題
…… 南和医療企業団　南奈良総合医療センター　臨床検査部　山田　浩二

PD9-2（MT）　当院検査科における救急外来参画が困難な理由と今後について
…… 医療法人宇治徳洲会病院　検査科　粟野　敏光

PD9-3（MT）　検査室から救急外来へ～臨床検査技師参画に向けた課題の検討～
…… 鹿児島生協病院　検査部　田之頭敏志

PD9-4（MT）　救急外来への臨床検査技師の参画への課題
…… 新潟県立がんセンター新潟病院　研究部　笹岡　秀之

PD9-5（D）　臨床検査技師との連携構築までの道すじ
…… 日本赤十字社医療センター　救命救急センター・救急科　山下　智幸

パネルディスカッション 10（PD10）　10：40 ～ 12：10

「急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割」

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**
日本救急検査技師認定機構　前代表理事　**福田　篤久**

PD10-1（MT）　急性薬物中毒初期診療における臨床検査技師の役割
— 当院における薬物検査体制とカフェイン検査運用 —
……地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター
臨床検査技術科　蜂木　茂之

PD10-2（MT）　急性薬物中毒初期診療における臨床検査技師の関与とその役割
— 当院の取り組み —
…… 大阪府立中河内救命救急センター　検査室　黒田　舞子

PD10-3（P）　より質の高い中毒診療支援実現のための
臨床検査技師と薬剤師との協働
…… 神戸市立医療センター中央市民病院　薬剤部　田村　　亮

PD10-4（P）　職能を活かした中毒初療への関わりの「カタチ」とは？
…… 大分市医師会立アルメイダ病院　薬剤部　佐藤　史織

PD10-5（MT）　急性薬物中毒初期診療に臨床検査技師が関与する意義
…… 公益財団法人脳血管研究所　美原記念病院　検査課　諏訪部　桂

PD10-6（MT）　急性薬物中毒病態の初期診療における臨床検査の
精度保証と臨床検査技師の役割
…… 日本医科大学多摩永山病院　中央検査室　鳴海　武長

パネルディスカッション 11（PD11）　15：00 ～ 16：00

救急認定ソーシャルワーカー認定機構　指定講習会
「救急搬送を繰り返す精神疾患を抱えた患者への Care Cycle の構築
～ 3 次救急・精神科救急・在宅支援の連携を通して～」

座長　順天堂大学医学部附属練馬病院　**佐藤　圭介**
関西医科大学　救急医学講座　高度救命救急センター　**中森　靖**

PD11-1（MS） 救急搬送を繰り返す急性薬物中毒患者への
三次救急 MSW の支援と限界
…… 武蔵野赤十字病院　患者支援センター　菊地　桃

PD11-2（O） 救急搬送を繰り返す急性薬物中毒患者に対して
精神科救急が担える可能性
…… 浅香山病院　医療福祉相談室　駒野　敬行

PD11-3（N） 救急搬送を繰り返す急性薬物中毒患者への支援モデル：
精神科訪問看護と MSW がつなぐ地域医療の実践
…… 株式会社ニューシップ結び　結び訪問看護ステーション　島本まどか

PD11-4（MS） 自傷反復当事者の回復プロセスと救急医療の役割
…… 国立病院機構　大阪医療センター　医療福祉相談室　太田　裕子

パネルディスカッション 12（PD12）　17：10 ～ 18：10

「来るべき巨大災害に備えて、臨床検査技師に求められる備えと使命」

座長　近畿大学病院　中央臨床検査部　**津田　喜裕**
自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**守谷　俊**

PD12-1（MT） 中規模病院における検査室の災害対策～ BCP 策定と検査技師の役割～
…… 医療法人社団永生会　永生病院　検査科　髙橋　貴行

PD12-2（MT） 東京科学大学病院検査部の災害対策と臨床検査技師の役割
…… 東京科学大学病院　検査部　小澤　優貴

PD12-3（MT） “ ゼロ ” から再考する検査室 BCP 策定
…… 大阪府立中河内救命救急センター　検査室　吉田　元治

PD12-4（D） 災害時、検査技師が行う役割と事前対策について―医師の立場から―
…… 兵庫県災害医療センター　救急部　島津　和久

■第 9 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1008）

パネルディスカッション 13（PD13）　9：00 ～ 10：30

「CE が関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABP の適応と限界」

座長　名古屋大学医学部附属病院　臨床工学技術部　**加藤　孝昭**
日本大学病院　臨床工学室　**三木　隆弘**

PD13-1（CE） 急性血液浄化における臨床工学部の取り組み
…… 東京慈恵会医科大学附属病院　臨床工学部　渡辺　弦輝

PD13-2（CE） 急性期での治療って実際どうなの !? ～臨床工学技士の目線～
…… 兵庫県立こども病院　診療部　安達　一眞

PD13-3（CE） ECMO 治療の適応と限界～意思決定支援における CE の役割～
…… 福岡徳洲会病院　臨床工学科　森下　世紀

PD13-4（CE） 当院における VA-ECMO 離脱試験について
…… 済生会熊本病院　臨床工学部門　西中　巧

PD13-5（CE） 若年進行肺癌症例に対する ECMO 導入および
V-VA ECMO への upgrade の適応とタイミング判断に関する一考察
…… 川崎医科大学附属病院　ME センター／
川崎医科大学総合医療センター／
川崎医療福祉大学　医療技術学部　臨床工学科　佐々木慎理

パネルディスカッション 14（PD14）　10：40 ～ 12：10

「STAT 画像所見報告の目指すところ」

座長　奥州市総合水沢病院　医療技術部　放射線科　**髙橋　伸光**
藤田医科大学病院　救急科　**船曳　知弘**

PD14-1（D） 救急医が求める STAT 画像所見報告と今後の発展のために
…… 藤田医科大学病院　高度救命救急センター　船曳　知弘

PD14-2（R） アンケート調査よりみえた実態とガイドラインの乖離
…… 大垣市民病院　医療技術部　診療検査科　市川　宏紀

PD14-3（R） STAT 画像所見報告に含めるべき指摘疾患について
……日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
医療技術部放射線科　大保　勇

PD14-4（R） 亀田総合病院おける STAT 報告の実情と活用について
…… 亀田メディカルセンター　画像診断室　増田　翔太

PD14-5（R） 持続的成長を見据えて構築した STAT 画像所見報告体制
…… 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

PD14-6（R） STAT 画像所見報告に影響する背景因子の検討
…… 大垣市民病院　医療技術部　診療検査科　福島　智久

PD14-7（R） “撮るだけ”で終わらせない
ICU 患者における緊急画像所見への多職種協働体制の構築
…… りんくう総合医療センター　放射線部　西池　成章

ランチョンセミナー 3（LS3）　12：30 ～ 13：30

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　**中堀　泰賢**

LS3　リコンビナントトロンボモジュリンの多面的作用と実践知
福岡大学医学部　救命救急医学講座　**仲村　佳彦**

共催：旭化成セラピューティクス株式会社

パネルディスカッション 15（PD15）　15：00 ～ 16：30

「人工呼吸器・ECMO・CRRT 入門とトラブルシュート」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　臨床工学部　**石井　宣大**
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　臨床工学科　**開　正宏**

PD15-1（CE） 救急・集中治療で使いこなす生命維持管理三種の神器：
若手 CE の判断・対応スキルを磨く
…… 名古屋大学医学部附属病院　臨床工学技術部　加藤　孝昭

PD15-2（CE） 救急 CRRT 入門―膜選択と圧で学ぶ多職種トラブルシュート
…… 埼玉医科大学総合医療センター　臨床工学部　吉野　秀樹

PD15-3（CE） CRRT(Continuous Renal Replacement Therapy) の基礎と実践
…… 川崎医科大学附属病院　ME センター　白髪裕二郎

PD15-4（CE） ECMO 管理におけるトラブル対応の思考プロセスとチーム連携
－若手臨床工学技士教育の視点から－
…… 東京慈恵会医科大学附属柏病院　臨床工学部　相馬　希

PD15-5（CE） 揚程から学ぶ ECMO 流量トラブルと送脱血管選定
…… 香川大学医学部附属病院　医療技術部　臨床工学部門　中島　康佑

パネルディスカッション 16（PD16）　16：40 ～ 18：10

「技術の“頂点”を目指して：CE の専門性をどう深めるか？」

座長　川崎医科大学附属病院　ME センター　**佐々木慎理**
公立陶生病院　臨床工学部　**春田　良雄**

PD16-1（CE） 日常の経験を、救急の力へ
―救急集中治療領域で臨床工学技士として学んだこと―
…… 東北大学病院　診療技術部　臨床工学部門　小笠原亮太

PD16-2（CE） CE としての専門性をどう深めるか －集中治療領域の実践から－
…… 久留米大学病院　臨床工学センター　河村　将熙

PD16-3（CE） CE の専門性はどこにあるのか ― 救急で問い続けた 5 年間
…… 埼玉医科大学総合医療センター　臨床工学部　吉野　秀樹

PD16-4（CE） 救急集中治療領域での臨床工学技士の専門性とキャリアを考える
…… 東京医科大学病院　臨床工学部　上岡　晃一

PD16-5（CE） 救急・集中治療領域における専門性深化
―現場の要請に呼応する「創発的キャリア」の真価―
…… 日本大学病院　臨床工学室　三木　隆弘

PD16-6（CE） 二次救急に求められる臨床工学技士像について
…… 笠岡第一病院　臨床工学部　中西　拓也

■第 10 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1009）

Pros and Cons3（P/C3）　9：00 ～ 10：30

「ホンネで Discuss!! 立場の違いを徹底検証　～データまだ？ vs 再検中ですねん～」

座長　愛知医科大学　災害医療研究センター / 救命救急科　**津田　雅庸**
大阪府立中河内救命救急センター　検査室　**吉田　元治**

P/C3-1（MT） 救急医療における再検査をどう捉えるか
―再検査推奨派としての意見―
…… 久留米大学病院　臨床検査部　牟田　誠矢

P/C3-2（MT） 再検査の要否判断を再考する―中立的視点からの検討―
…… 沖縄県立中部病院　検査科　大城　佑馬

P/C3-3（D） 当院救急外来で実施された生化学検査の再検率と
パニック値についての報告
…… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　救急科　神原　淳一

P/C3-4（MT） 救急医はなぜ結果を急ぎ、検査技師はなぜ立ち止まるのか
…… 大阪府立中河内救命救急センター　検査室　吉田　元治

P/C3-5（CE） 救急医療におけるパニック値の再検査判断は最適か
～臨床意図と測定精度の乖離に対する臨床工学技士の視点～
…… 三重県厚生連　松阪中央総合病院　CE 部（臨床工学部）　向井　慎治

パネルディスカッション 17（PD17）　10：40 ～ 12：10

「有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望」

座長　医誠会国際総合病院　救急科　**中尾　博之**
岡山大学学術研究院　医歯薬学域　地域二次救急・災害医療推進講座　**平山　隆浩**

PD17-1（CE） 臨床工学技士は実は災害医療のプロになれる !!
…… 兵庫県立こども病院　診療部　安達　一眞

PD17-2（D） 日本 DMAT 標準資機材を隊員と共に被災地まで円滑に運ぶために
～民間旅客航空機による医療資器材搬送を考える
…… 名古屋大学大学院　医学系研究科　救急・集中治療医学分野／
あいち小児保健医療総合センター　放射線科部　水野　光規

PD17-3（N） 圧挫症候群（クラッシュ症候群）に備える持続可能な医療資源戦略
…… 町田市民病院　看護部　矢田　哲康

PD17-4（P） 健康危機管理における医薬品供給体制の構築と多職種連携
―薬剤師・薬事コーディネーターの視点から―
…… 兵庫医科大学　危機管理医学講座　渡邉　暁洋

PD17-5（O） 災害・緊急時における医療機器に係る課題と対応策
…… 国立医薬品食品衛生研究所　医療機器部　山本　栄一

PD17-6（CE） 岡山県における医療機器供給体制の可視化と
資源情報の共有化に向けた研究開発
…… 岡山大学学術研究院　医歯薬学域
地域二次救急・災害医療推進講座　平山　隆浩

ランチョンセミナー 4（LS4）　12：30 ～ 13：30

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　**藤見　聡**

LS4 救急領域におけるてんかん・けいれん対応
ー 初期対応から抗てんかん薬選択まで：
ブリーバラセタムの位置づけを含めて ー
近畿大学医学部　救急医学教室／救命救急センター　**植嶋　利文**

共催：ユーシービージャパン株式会社

シンポジウム 13（SY13）　15：00 ～ 16：00

「人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方 ～全国での実践と知見の共有～」

座長　東京消防庁　救急部　**永野　義武**
自治医科大学附属さいたま医療センター　救急科　**守谷　俊**

SY13-1（D）　傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関するアンケート調査
……救急振興財団救急救命東京研修所／日本臨床救急医学会「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方に関する普及委員会」　田邉　晴山

SY13-2（D）　DNAR プロトコール運用の現在地：千葉県東部地域 MC 協議会の取り組み
…… 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ィカルコントロール協議会　高橋　功

SY13-3（E）　東京消防庁における『心肺蘇生を望まない傷病者への対応』の運用実績と今後の課題
…… 東京消防庁　救急部　救急指導課　周藤　信博

SY13-4（D）　当院における DNAR プロトコールと救急隊活動の理解度と課題—医師アンケート調査より—
…… 兵庫県立淡路医療センター　救急科　陳　美仁子

SY13-5（D）　蘇生に成功しなかった高齢者 OHCA 症例の現状
…… 大阪医科薬科大学病院　救急診療科　榊原　謙

シンポジウム 14（SY14）　16：05 ～ 17：05

「国際委員会：アジア各国の EMS の過去・現在・未来について」

座長　日本医科大学多摩永山病院　救命救急科　**久野　将宗**
明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　**原　貴大**

SY14-1（D）　Building Prehospital Emergency Care in Indonesia: System Evolution, Disaster Integration, and Future Directions
…… Department of Emergency Medicine, Saiful Anwar General Hospital, Faculty of Medicine Universitas Brawijaya, Malang - Indonesia　Ali Haedar

SY14-2（E）　シンガポールにおける病院前救急医療体制の発展と構造的特徴—救急救命士の視点から—
…… 日本体育大学大学院　保健医療学研究科　髙橋　治花

SY14-3（E）　アジアから学ぶ住民参加型 EMS と Tire response の可能性
…… 帝京大学　医療技術学部　高山　祐輔

SY14-4（D） Prehospital Care in Thailand:
From Establishment to Advanced Medical Care
……Prehospital Emergency Medicine Specialist／
Former Secretary General of the National Institute
for Emergency Medicine, Thailand Atchariya Pangma

SY14-5（O） メコン地域 4 カ国における病院前救急医療体制の多様性：
リバース・イノベーションという新たな視座
…… 国士舘大学 防災・救急救助総合研究所／
国士舘大学大学院 救急システム研究科 石﨑 貴

シンポジウム 15（SY15） 17：10 ～ 18：10

「若年層の Over-the-counter drugs によるオーバードーズに対するケアを考える」
座長 関西医科大学附属病院 医療福祉相談課 **篠田 香恵**
東京医科大学病院 薬剤部 **添田 博**

SY15-1（P） OTC 医薬品による薬物中毒：小中高生症例増加から見えた課題
…… 藤田医科大学病院 薬剤部 廣瀬 正幸

SY15-2（P） 救急認定薬剤師による
高校生への薬物乱用防止教育とその意識変容の解析
…… 社会医療法人豊生会東苗穂病院 薬剤科 武田 元樹

SY15-3（MS） 18 歳以下の自殺企図患者における救急受診時の心理社会的背景と
リエゾンチーム介入の検討
…… 堺市立総合医療センター 患者支援センター 坂 真衣

SY15-4（O） 薬学部起点の OTC 過量内服予防：名古屋市協働の実装設計
…… 名古屋市立大学大学院薬学研究科 臨床薬学教育研究センター 齊藤 将之

■第 11 会場（大阪国際会議場 3F イベントホール E）

パネルディスカッション 18（PD18） 9：00 ～ 10：30

「救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク」
座長 東京慈恵会医科大学附属柏病院 臨床工学部 **石井 宣大**
前橋赤十字病院 集中治療科・救急科 **中村 光伸**

PD18-1（E） 病院救命士の気管挿管・気道管理の完成形は何なのか
…… 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 救急科 加納 正也

PD18-2（E） 重症患者搬送を支える多職種連携：相互教育とタスクシェア
…… 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター 須賀涼太郎

PD18-3（CE） 初療室で CE はどう動く？ − Hybrid ER の現場から—
…… 関西医科大学総合医療センター 臨床工学センター 鈴木 希海

PD18-4（CE） ―チームの機動力を高めるために―
臨床工学技士（CE）ができること
……社会福祉法人恩賜財団済生会支部
神奈川県済生会横浜市東部病院　臨床工学部　山田麻有佳

PD18-5（O） 当院救急外来における診療看護師 (NP) の活動
……藤田医科大学病院　FNP 室 / 救急総合内科　加藤　夏美

PD18-6（D） 三次救急における重症患者受け入れを支える多職種連携
…… 東京慈恵会医科大学附属柏病院　救急部　長谷川意純

シンポジウム 16（SY16）　10：40 ～ 11：40

「ハイブリッド ER システムの未来図」

座長　緑泉会米盛病院　救急科　**倉田　秀明**
兵庫県災害医療センター　高度救命救急センター　救急部　**松山　重成**

SY16-1（D） 次世代型ハイブリッド ER
― あらゆる重症救急疾患に対応する Y-HEROS ―
…… 山梨県立中央病院　高度救命救急センター　救急科／
日本医科大学　救急医学講座　岩瀬　史明

SY16-2（N） ハイブリッド ER で活躍する看護師の“3 拍子”
…… 大阪急性期・総合医療センター　看護部　救急　吉田　悠平

SY16-3（D） ハイブリッド ER と共に育つ：産学連携で進化する現場と人材
…… 関西医科大学総合医療センター　救急医学科　丸山　修平

SY16-4（D） 全身検索型画像診断支援 AI「ERATS」と
Hybrid ER による未来の外傷診療
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　岡田　直己

ランチョンセミナー 5（LS5）　12：30 ～ 13：30

「Home AED の有効性と今後の設置にむけた戦略について」

座長　国士舘大学大学院　救急システム研究科／防災・救急救助総合研究所　**田中　秀治**

LS5-1 心停止の 7 割は自宅で起きる ― Home AED の現状・課題・展望―
国士舘大学　体育学部　スポーツ医科学科　**中川　洸志**

LS5-2 Home AED を用いた家庭内救命体制の確立 ―セコムしてますか？―
国士舘大学大学院　救急システム研究科／防災・救急救助総合研究所　**田中　秀治**

共催：セコム株式会社

シンポジウム 17（SY17）　15：00 ～ 16：30

「救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望」

座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　救急部　**奥野　憲司**
岡山大学学術研究院　医歯薬学域　地域二次救急・災害医療推進講座　**平山　隆浩**

SY17-1（D）　救急を止めない：
地域二次救急の現状とタスクシフト・シェアの必然性
…… 薬師寺慈恵病院　救急科　薬師寺泰匡

SY17-2（CE）　タスク・シフト／シェアに対する
日本臨床工学技士会の取り組みと課題
…… 公益社団法人日本臨床工学技士会　常任理事　木村　政義

SY17-3（E）　救急医療を支える臨床工学技士×院内救急救命士連携の実装：
医療機器運用を起点とした多職種連携の設計
…… 東京慈恵会医科大学附属病院　救急科／
東京慈恵会医科大学附属病院　臨床工学部　北野信之介

SY17-4（E）　救急救命士、診療看護師による救急応需でのタスクシフトと
地域救急隊との連携
…… 東北労災病院　救急科　千葉　秀歳

SY17-5（N）　当院救急外来における診療看護師の活動と役割について
…… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　NP 支援課　水野　皓介

SY17-6（CE）　医師の働き方改革における臨床工学技士の救急センター常駐と
タスク・シェアの展開
…… 香川大学医学部附属病院　医療技術部　臨床工学部門　光家　　努

パネルディスカッション 19（PD19）　16：40 ～ 18：10

「これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル」

座長　鈴鹿医療科学大学　保健衛生学部　救急救命学科　**久保田千景**
大阪市消防局　救急部　救急課　**五味　　誠**

PD19-1（E）　救急隊と医療機関における情報伝達の相互認識向上を目指した
ワークショップの試み
…… 出雲市消防本部　平田消防署／日本救急救命学会教育研修委員会　吉井　友和

PD19-2（E）　大規模言語モデルによるノンテクニカルスキル評価：
反復評価による安定性の検証
…… 日本体育大学　保健医療学部　救急医療学科　三橋　正典

PD19-3（E）　アクセシビリティとコミュニケーション
― 救急現場における課題と可能性 ―
…… 東京慈恵会医科大学　救急災害医学講座／
東京慈恵会医科大学　先端医療情報技術研究部　脇田　佳典

PD19-4（E） 救急隊員養成課程におけるコミュニケーション教育の効果と学習者意識の変化
…… 高野町消防本部 高野町消防署／日本救急救命学会教育研修委員会 一柳 保

PD19-5（D） どう学ぶ？『伝わる』プレゼンテーション ～救急隊の搬送連絡および申し送りスキルの重要性とその学び方～
…… 関西メディカル病院 救急集中治療部／関西メディカル病院 ER センター／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

■第 12 会場（大阪国際会議場 3F イベントホール A）

シンポジウム 18（SY18） 9：00 ～ 10：30

「医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて ～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～」

座長 国士舘大学大学院 救急システム研究科 **喜熨斗智也**
救急振興財団救急救命東京研修所 **田邉 晴山**

SY18-1（D） 医療機関に所属する救急救命士に関する委員会のこれまでの役割と今後
…… 日本臨床救急医学会 医療機関に所属する救急救命士に関する検討委員会 田中 秀治

SY18-2（E） 病院救命士の立場から見た病院救命士認定制度の必要性と課題
…… 日本医科大学多摩永山病院 救命救急科 沼田 浩人

SY18-3（E） 病院における指導救命士の役割と認定制度への期待 ～キャリアアップ制度を組み込んだ設計の提案～
…… 順天堂大学医学部附属練馬病院 救命救急センター 廣田 恵典

SY18-4（E） 医療機関に所属する救急救命士の認定制度と配置加算の必要性
…… 市立青梅総合医療センター 救急科 髙橋 貴美

SY18-5（E） 全国消防本部を対象とした指導救命士運用状況の実態調査から得た制度の現状と課題
…… 高野町消防本部 高野町消防署 一柳 保

SY18-6（N） 病院救命士との協働と期待（看護師の立場から）
…… 医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 看護部管理室 星 豪人

パネルディスカッション 20（PD20）　10：40 ～ 12：10

「中堅 CE の選択：現場でどう動く？どう伝える？」

座長　一般財団法人永頼会　松山市民病院　臨床教育室　**永渕　克弥**
森ノ宮医療大学　医療技術学部　臨床工学科　**藤江　建朗**

PD20-1（CE） 中堅 CE としての役割～ CRRT の事例を通じて～
…… 大阪急性期・総合医療センター　臨床工学部門　小西　一樹

PD20-2（CE） 次世代を育む中堅臨床工学技士の選択
～現場での思考の言語化と教育的介入～
…… 聖マリアンナ医科大学病院　臨床工学技術部　田中　　心

PD20-3（CE） 中堅 CE が救命 ICU で直面する専門職としての葛藤
…… 埼玉医科大学国際医療センター　臨床工学部　神成　千穂

PD20-4（CE） 中堅 CE の悩みと行動～皆さんどうしていますか～
…… 松戸市立総合医療センター　医療技術局臨床工学科　森田　将基

PD20-5（CE） 救急・集中治療領域における中堅 CE の教育への関わり
～「やる側」から「支える側」へ～
…… 福岡徳洲会病院　臨床工学科　森下　世紀

PD20-6（CE） 中堅臨床工学技士に求められる判断力と役割
- 専門性を基盤に現場と組織をつなぐ視点 -
…… 兵庫医科大学病院　臨床工学部　礒本　泰輔

PD20-7（CE） 中堅 CE の " そのときどうする ": どう動き、どう伝えるか
…… 名古屋大学医学部附属病院　臨床工学技術部　加藤　孝昭

ランチョンセミナー 6（LS6）　12：30 ～ 13：30

座長　聖マリアンナ医科大学　救急医学　**藤谷　茂樹**

LS6　ICU はどこにあるべきか？
—遠隔 ICU ×モバイル ICU が拓く次世代救急医療
広島大学大学院　救急集中治療医学　**大下慎一郎**

共催：日本光電工業株式会社

教育講演 1（EL1）　15：00 ～ 16：00

座長　大阪府立病院機構　大阪精神医療センター　薬局　**藤江　直輝**

EL1（P）　救急車　滴が走り流れ出す　命をつなぐ薬のお話
～すべての職種にささってほしい薬剤師からの便箋～
済生会熊本病院　薬剤部　**柴田　啓智**

パネルディスカッション 21（PD21）　16：40 ～ 18：10

「特定行為と指示医師教育の３拍子～原点・現点・頂点から考える MC 体制～」

座長　救急救命九州研修所・小波瀬病院研修部・救急科　**田口　健蔵**
京都橘大学　健康科学部　救急救命学科　**益満　茜**

PD21-1（E）　横浜市消防局における救命指導医体制について
…… 横浜市消防局　磯子消防署　警防課／横浜市消防局　救急部　救急指導課　原　正利

PD21-2（D）　司令センター常駐医師体制の光と影
―常駐体制が招いた特定行為遅延とその改革―
…… 横浜市立大学　救急医学 / 高度救命救急センター　竹内　一郎

PD21-3（D）　司令センターに医師が常駐しない On Line Medical Control
…… 兵庫県災害医療センター　救急科／兵庫県災害医療センター　石原　諭

PD21-4（E）　MC医師の継続的な教育の重要性について
…… 神戸市消防局　救急部救急課　中田　達也

PD21-5（D）　病院医師直通ホットラインを介したオンライン MC 体制の「強み」と「弱み」
…… 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

PD21-6（D）　救急科専門医養成と特定行為指示医師教育の接点
…… 大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　酒井　智彦

PD21-7（D）　MC 医師教育の課題と、オンライン MC 基本ガイドパンフレット作成の意義
……SUBARU 健康保険組合　太田記念病院　救急科　小橋　大輔

■ハンズオンセミナー会場（大阪国際会議場　8F　会議室 801 + 802）

ハンズオンセミナー（HOS）　15：00 ～ 17：00

HOS　触って学ぶ尿中乱用薬物検査キット
株式会社バイオデザイン　**荒木　宏治**

共催：株式会社バイオデザイン

■ミニオーラル会場①（大阪国際会議場　3F　イベントホール BCD）

ミニオーラル 1（MO1）　9：00 ～ 9：30

「内因性　消化器その他　前半」

座長　名古屋市立大学病院　救急科　**上田　晶彦**
大阪労災病院　救急科　**清水健太郎**

MO1-1（D）　夜間救急で閉塞起点を見逃された閉鎖孔ヘルニア
…… 戸塚共立第 1 病院　消化器センター　丹藤　耕平

MO1-2（D）　鋭利金具付義歯摘出後に食道穿孔を来したが保存的に軽快した 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　佐久間佑希

MO1-3（D）　CT における、遊離ガスを含む穿孔所見の分布解析による
消化管穿孔推定 AI 開発と救急診療における有用性
…… 大阪府立急性期・総合医療センター　救急診療科　木本　富子

MO1-4（D）　当院における嚢胞性腸管気腫症（PCI）の検討
…… ＮＴＴ東日本札幌病院　外科　窪田　武哲

MO1-5（D）　当初尿路結石が疑われた脾仮性動脈瘤破裂の一例
……医療法人社団筑波記念会筑波記念病院　鈴木　優伍

ミニオーラル 2（MO2）　9：30 ～ 10：00

「内因性　消化器その他　後半」

座長　島根大学医学部　Acute Care Surgery 講座　**秋月　　光**
総合大雄会病院　救急科　**小峠　和希**

MO2-1（D）　業務用アルカリ洗剤の誤飲後、
症状が軽微であったが遅発性に食道狭窄を来した 1 例
…… 関西労災病院　救命救急科　谷口　　寿

MO2-2（D）　腸閉塞 / イレウスについての疫学的研究
…… 松波総合病院　研修医室　大橋　瑞貴

MO2-3（D）　総腸間膜症に合併した右結腸軸捻転症の 1 例
……JCHO　船橋中央病院　救急科　大塚　恭寛

MO2-4（D）　重症急性膵炎に合併した心筋炎
（Pancreatitis-Associated Myocarditis）の 1 例
……関西労災病院　大城　慶典

MO2-5（D）　間質性膀胱炎から尿膜管遺残を介して腹壁膿瘍を呈した 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　深見　彩音

ミニオーラル 3（MO3）　10：05 ～ 10：35

「外傷 1　前半」

座長　医療法人医誠会　医誠会国際総合病院　救急科　**有元　秀樹**
埼玉医科大学　国際医療センター　救命救急科　**近江　光**

MO3-1（D）　頭部外傷患者における血清ナトリウム異常の特徴
…… 大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　西田　岳史

MO3-2（S）　多発肋骨骨折患者の骨折形態と気管挿管の関連
…… 大分大学医学部　医学科　森　匠眞

MO3-3（D）　シートベルト損傷による腸管損傷と
Morel-Lavallée lesion を合併した一例
…… 香川大学医学部附属病院　救命救急センター　石橋　尚弥

MO3-4（E）　日本外傷データバンクを用いた高齢者外傷患者における既往合併症と
入院後経過・転帰との関連性
…… 京都橘大学健康科学部　救急救命学科／
国士館大学体育学部スポーツ医科学科救急システム研究科
救急システム専攻　野口佐弥香

MO3-5（D）　鈍的腹部外傷後に遅発性上腸間膜動脈仮性瘤を生じ
血管内治療を行なった一例
…… 琉球大学病院　総合臨床研修・教育センター　喜久里さつき

ミニオーラル 4（MO4）　10：35 ～ 11：05

「外傷 1　後半」

座長　新百合ヶ丘総合病院　救急科　**四宮　祥恵**
島根大学医学部　Acute Care Surgery 講座　**渡部　広明**

MO4-1（D）　ネイルガン暴発により釘が頭蓋内へ穿破し緊急手術となった症例
…… 昭和医科大学医学部救急災害医学講座　救命救急科／
昭和医科大学病院救命救急科　嶋津　宏基

MO4-2（E）　外傷性心肺停止患者における搬送時間と
治療介入に関する多施設共同研究
…… 順天堂大学　医科学研究科　岩﨑　初芽

MO4-3（D）　体幹部鈍的外傷止血戦略の現状からみた
ハイブリッド ER システムの未来図
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　岡本　啓志

MO4-4（E）　骨盤外傷への新開発シーツラッピング製品の有用性
…… 蓮田市消防本部　消防総務課　茅野　俊幸

MO4-5（E）　頭部外傷のない高齢者外傷における病院前で
目標とする収縮期血圧の検討
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科／
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科
救急救命学専攻　篠塚　雄希

ミニオーラル 5（MO5）　11：10 ～ 11：40

「診療支援（ドクターカー）　前半」

座長　倉敷中央病院　救急科　**池上　徹則**
熊本医療センター　救命救急科　**大本　寛之**

MO5-1（D）　クラウドファンディングによる
ラピッドレスポンスカー導入の取り組み
…… 愛知医科大学病院高度救命救急センター　救命救急科　勝木　竜介

MO5-2（E）　院内救命士主導のドクターカー出動
…… 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　安田　大陸

MO5-3（E）　病院救急車導入による地域へ与える影響の検証
…… 琉球大学病院　救命救急センター　木内　賢一

MO5-4（D）　当院ドクターカー出動状況および地域医療体制の現状
…… 健和会大手町病院　救急科　佐道　康次

MO5-5（E）　救急救命士によるアナフィラキシーに対するアドレナリンの
筋肉内注射の実施に係る実証事業に参加して
…… 山形市消防本部　救急救命課　庄司　朋行

ミニオーラル 6（MO6）　11：40 ～ 12：10

「診療支援（ドクターカー）　後半」

座長　聖隷三方原病院　高度救命救急センター　救急科　**早川　達也**
市立函館病院　救命救急センター　救急科　**守田　晴輝**

MO6-1（E）　Non-shockable 波形を呈した院外心停止患者における
ドクターカー先着と初回アドレナリン投与時間との関連
…… 日本医科大学多摩永山病院　救命救急科　原山　尋斗

MO6-2（E）　実証事業におけるアナフィラキシー症例の報告
…… 但馬地域 MC 協議会　豊岡市消防本部　警防課救急救助係　中尾　光男

MO6-3（D）　2022 年から 2024 年の 3 年間で鹿児島市ドクターカーが対応した
初期波形心静止であった心停止症例の検討
…… 鹿児島市立病院　救急科　奥田龍一郎

MO6-4（D） 病院前救急で緊張性気胸が疑われドレナージを施行されたが肺塞栓症が認められた症例
…… いまきいれ総合病院 救急科 覚本 雅也

MO6-5（D） ラリンジアルチューブ挿入後に両主気管支内歯牙異物を認めた心肺蘇生後の 1 例
…… 琉球大学病院 救命救急センター 知念 巧

ミニオーラル 7（MO7） 15：00 ～ 15：30

「CPA1 前半」

座長 関西医科大学附属病院 高度救命救急センター **池側 均**
聖隷浜松病院 外科 **奥山智紗子**

MO7-1（D） 西濃地域 MC 下における教育介入とOHCA の静脈路確保成功率に与えた影響
…… 大垣市民病院 救命救急センター 木村 拓哉

MO7-2（E） 搬送後実習の導入が院外心停止における静脈路確保成功率およびアドレナリン投与時間に与える影響
…… 安来市消防本部 警防課 橋谷 隆志

MO7-3（E） アドレナリン投与と静脈路確保実施場所の検討
…… 東京消防庁 救急管理課 平嶋 直将

MO7-4（D） 院外心肺停止における救急救命士の静脈路確保の状況と活動時間に関する検討
…… 岡山大学病院 救命救急科 上田 浩平

MO7-5（E） 視覚的二重課題が胸骨圧迫の質に与える影響
―アイトラッキングを用いた検証―
…… 弘前医療福祉大学短期大学部 救急救命学科 齋藤 駿佑

ミニオーラル 8（MO8） 15：30 ～ 16：00

「CPA1 後半」

座長 新潟医療福祉大学 医療技術学部・救急救命学科 **竹井 豊**
神戸市立医療センター中央市民病院 救命救急センター **松岡 由典**

MO8-1（E） 病院前救護における難治性 VF に対する二重連続体外式除細動の検討
…… 加賀市消防本部 消防署／富山大学大学院 総合医薬学専攻 救急医学講座 河中 拓郎

MO8-2（E） 電気ショック適応傷病者への救急隊の戦略を考える
…… 松江市消防本部 松江市北消防署 北部分署 石橋 達明

MO8-3（E） 院外心停止における機械的胸骨圧迫の有効性について
…… 京都橘大学健康科学部 救急救命学科 西 大樹

MO8-4（E）　全救急隊への機械式ＣＰＲ装置を機能させるための運用設計
…… 豊田市消防本部　足助消防署稲武出張所　宮永　和貴

MO8-5（E）　病院外心停止症例における気道確保器具使用割合の経年的変遷
…… 国士舘大学　防災・救急救助総合研究所　桂原　貴志

ミニオーラル 9（MO9）　16：05 ～ 16：35

「CPA2　前半」

座長　京都第二赤十字病院　高度救命救急センター　救急科　**石井　亘**
大阪市消防局　救急部救急課　**武本　泰典**

MO9-1（E）　日本の高齢者における屋外水難事故の発生率と死亡リスク
…… 京都橘大学健康科学部　救急救命学科／
金沢医科大学　救急医学講座　大和田　均

MO9-2（D）　当地域における院外心肺停止の救急隊活動と神経学的転帰との関連についての後方視的検討
…… 藤枝市立総合病院　救命救急センター　麻喜　幹博

MO9-3（E）　病院前心停止における偶発性低体温症の社会復帰との関連
…… 京都橘大学大学院　健康科学研究科　淺沼　範彰

MO9-4（E）　病院外心停止でのバイスタンダーによる心肺蘇生に関する検討
―発生場所および患者の性差との関連―
…… 明治国際医療大学保健医療学部　救急救命学科　福井　建皓

MO9-5（E）　救急現場におけるバイスタンダー医師との連携と課題
～実効性と法的留意点について～
…… 福岡市消防局　警防部救急課　岡村　康平

ミニオーラル 10（MO10）　16：35 ～ 17：05

「CPA2　後半」

座長　島根大学医学部附属病院　高度外傷センター　**田中　航**
岐阜県総合医療センター　救急科　**豊田　泉**

MO10-1（E）　ＣＰＡ事案における支援隊連携は蘇生アウトカムに影響するか
―７９２件の後ろ向き観察研究―
…… 湖南広域消防局　北消防署出張所　宮川　誠

MO10-2（E）　救急救命士２名乗車におけるアドレナリン投与時間の変化
…… 茨城西南広域消防本部坂東消防署　救急係／
国士舘大学防災・救急救助総合研究所　中村　哲久

MO10-3（E）　航空機内での CPA 事案に対する救急隊活動の検討
～迅速な機外搬出と多機関連携が救命に寄与した一例～
…… 福岡市消防局　博多消防署　稲川宗一郎

MO10-4（D） CPA 搬送道中での搬送先医師による DNAR 意向確認
…… 彩の国東大宮メディカルセンター 救急・集中治療科 小出 正樹

MO10-5（D） 救急外来死亡症例の死因決定プロセスの実態
…… 加古川中央市民病院 救急科 藤浪 好寿

ミニオーラル 11（MO11） 17：10 ～ 17：40

「プレホス 研修 前半」

座長 国立病院機構奈良医療センター 薬剤部 **小田 亮介**
帝京大学医学部 救急医学講座 **加納 誠也**

MO11-1 演題取り下げ

MO11-2（E） 救急活動に関する法的知識の現状と課題
…… 豊田市消防本部 南消防署 消防 1 課 平野 幾万

MO11-3（D） 脳卒中病院前救護を主軸とした PEMEC コースの提案
…… 帝京大学医学部 救急医学講座／
日本臨床救急医学会 PEMEC 検討小委員会 安心院康彦

MO11-4（D） 初期研修医の救急車同乗に対する意識調査と今後の教育に関する検討
…… 千葉市立海浜病院 救急科 石垣 佳織

MO11-5（N） フライトナースの教育ニード・学習ニードに関する調査
…… 愛知県立大学 看護学研究科 丹羽由美子

ミニオーラル 12（MO12） 17：40 ～ 18：10

「プレホス 研修 後半」

座長 札幌医科大学 附属病院薬剤部／北海道病院前・航空・災害医学講座 **稲村 広敏**
野村医院 外科・内科・消化器科 **野村 侑史**

MO12-1（N） ラピッドレスポンスカー活動における
医師・看護師の判断共有が促すチーム学習と看護師教育
…… 藤枝市立総合病院 救命救急センター 増田 喜昭

MO12-2（D） ラピッドレスポンスカー活動における省察の教育的意義
- 病院前診療の判断過程を重視した専攻医教育の試み -
…… 藤枝市立総合病院 救命救急センター 鈴木 秀聖

MO12-3（D） 重症外傷診療におけるプロトコル導入および
多職種参加型外傷シミュレーションの有用性
…… 大阪医科薬科大学 救急医学教室 武田悠莉子

MO12-4（E） 十勝地区における病院前周産期救急研修の取り組み
…… とかち広域消防局帯広消防署 救急課 永井 雄平

MO12-5（HS） 避難所設営訓練における応急手当訓練を組み込む取組み（2）
…… 川越救急クリニック 救急科 吉田 雄一

■ミニオーラル会場②（大阪国際会議場　3F　イベントホール BCD）

ミニオーラル 13（MO13）　9：00 ～ 9：30

「内因性　感染　心血管　前半」

座長　岡山赤十字病院　救急科　**有嶋　拓郎**
公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院　救急科　**浦上　雄平**

MO13-1（D）　早期の抗菌薬投与が有効であった劇症型溶連菌感染症の 1 例
…… 医療法人徳洲会　八尾徳洲会総合病院　救急総合診療科　瀧上　和也

MO13-2（D）　腰痛の診療経過中に診断された Streptococcus agalactiae による脊椎感染症の一例
…… 熊本大学病院　救急部　笹尾　駿介

MO13-3（D）　急性期 DIC スコアを満たした若年 Lemierre 症候群の 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　松田　就

MO13-4（D）　当院で経験した重症熱性血小板減少症候群 (SFTS)16 症例のまとめ
……鹿児島市立病院　新屋　俊樹

MO13-5（D）　維持透析患者の膀胱膿症の 1 例
…… 亀田総合病院　救命救急科　式場　智史

ミニオーラル 14（MO14）　9：30 ～ 10：00

「内因性　感染　心血管　後半」

座長　弘前総合医療センター　救急科　**入江　仁**
神戸市立医療センター　中央市民病院　救急科　**小松　宗**

MO14-1（D）　気腫性腎盂腎炎を契機とした遅発性感染性動脈瘤破裂の一例
…… 済生会横浜市東部病院　救急科　丸野　桃子

MO14-2（D）　仰臥位での一過性意識消失を契機に診断した肺血栓塞栓症の一例
…… 河北総合病院　救急集中治療科　陳　雨晟

MO14-3（D）　心嚢穿刺困難な A 型急性大動脈解離に伴う心停止に対し、蘇生的開胸術が有効であった一例
…… 前橋赤十字病院　集中治療科救急科　谷　昌純

MO14-4（D）　扁桃周囲膿瘍を契機に仮性動脈瘤破裂が疑われたが保存的に軽快した 1 例
…… 聖路加国際病院　救急科救命救急センター　高井　信行

MO14-5（D）　劇症型抗リン脂質抗体症候群（CAPS）による多臓器血栓症を呈した一例
…… 関西医科大学救急医学講座　救急医学科　上田　浩平

ミニオーラル 15（MO15）　10：05 ～ 10：35

「MSW　前半」

座長　トヨタ記念病院　救急科　**西川　佳友**
同志社大学　社会学部　**野村　裕美**

MO15-1（MS） 旅行中に心肺停止となった外国人傷病者に対し、社会的調整を行い国際医療搬送で帰国した一例
……社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院　患者総合支援センター　髙澤　信哉

MO15-2（MS） 熱傷患者の社会的要因と救急医療における医療ソーシャルワーカーの役割
…… 独立行政法人地域医療機能推進機構　中京病院　地域医療連携・相談室　竹野　大介

MO15-3（MS） 名前や年齢も分からないという自殺企図者にソーシャルワーク介入した１例
…… 近畿大学病院　患者支援センター　狗巻　洋平

MO15-4（MS） 当院における自殺未遂者支援（初回面談）の標準化
…… 長浜赤十字病院　医療社会事業課　西川　和典

MO15-5（D） 急性期病院における非常勤精神科医の有効性
…… 福岡県済生会二日市病院　救急科　吉山　直政

ミニオーラル 16（MO16）　10：35 ～ 11：05

「MSW　後半」

座長　東京曳舟病院　救急科　**竹村　成秀**
久留米大学病院高度救命救急センター／久留米大学医学部救急医学講座　**田代　恵太**

MO16-1（O） 自殺者の居住状況に関連する要因の検討
- 人口動態変数と自殺手段の情報を用いた探索的検討 -
…… 千葉科学大学　危機管理学部　保健医療学科／明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　村上　龍

MO16-2（D） 精神的虐待の背景がある自死症例において心停止下角膜移植を実施した一例
…… 熊本赤十字病院　第一救急科部　松田　拓也

MO16-3（E） 早期の補助換気が心停止回避に有効であった乳児揺さぶられ症候群の一例
…… 福岡市消防局　南消防署　廣田　直己

MO16-4（N） 脳死下臓器提供ドナーの尊厳を保持するケアの実態：移植コーディネーターを対象とした質問紙調査
…… 名古屋市立大学　看護学研究科　澤田　美和

MO16-5（D） カスタマーハラスメント未報告に関連する要因の検討
— 単施設全職員アンケート調査 —
…… 自衛隊中央病院　救急科　寺山　毅郎

ミニオーラル 17（MO17）　11：10 ～ 11：40

「医療安全（薬剤・中毒）　前半」

座長　小倉記念病院　薬剤部　**安藝　敬生**
札幌医科大学附属病院　薬剤部　**伊部　裕太**

MO17-1（P） 「お薬探偵」から始まる薬剤情報のバトン
…… 大阪医科薬科大学病院　薬剤部　島田　英佳

MO17-2（P） 緊急入院後の持参薬鑑別所要時間に関する実態調査
…… 新久喜総合病院　薬剤科　上本　悠介

MO17-3（P） 救急外来におけるアンデキサネット アルファ投与後の
合併症発生率に関する後方視的研究
…… 石巻赤十字病院　薬剤部　伊藤　貴亮

MO17-4（P） 救急外来常駐薬剤師が過敏反応を起こす可能性のある薬剤の
投与回避に貢献した一例
…… 京都第二赤十字病院　薬剤部　島　加奈子

MO17-5（P） 長野赤十字病院における
アンデキサネット アルファ使用症例の実態調査
…… 長野赤十字病院　薬剤部　岩田　昌紘

ミニオーラル 18（MO18）　11：40 ～ 12：10

「医療安全（薬剤・中毒）　後半」

座長　和歌山労災病院　救急集中治療部　**岩﨑　安博**
広島大学病院　薬剤部　**檜山　洋子**

MO18-1（P） 当院におけるアンデキサネット アルファのインシデント傾向を
踏まえた安全運用体制の構築
…… SUBARU 健康保険組合太田記念病院　薬剤部　濵野　翔平

MO18-2（P） ポナチニブ過量服用に対して代謝誘導目的で
リファンピシンを併用した 1 例
…… 日本医科大学多摩永山病院　薬剤部　小原衣未里

MO18-3（P） 薬剤師の介入により
高 Cl 血症から急性薬物中毒の被疑薬を特定した一例
…… いわき市医療センター　薬局　庄司　　航

MO18-4（P） 当院の一般用医薬品中毒症例における
原因薬剤の変遷と世代別特徴に関する考察
…… 京都岡本記念病院　薬剤部　門野めぐみ

MO18-5（S） 薬局薬剤師を対象とした薬物過量内服対応に関する
オンライン研修の効果
…… 名古屋市立大学薬学部 薬学科 竹内 太優

ミニオーラル 19（MO19） 15：00 ～ 15：30

「学生教育等 前半」

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**
埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科 **宮田 秀平**

MO19-1（E） 救急車同乗実習が学生の職業的アイデンティティに与える影響
―質問紙調査を用いた前後比較試験―
…… 明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科 守岡 大吾

MO19-2（E） 救急救命士養成課程における
病院連絡スキル教育プログラムの開発と評価
…… 新潟医療福祉大学医療技術学部 救急救命学科 尾﨑あかね

MO19-3（E） 寒冷環境下における雪山救助実習が救急救命士学生に与える
教育的効果
…… 日本体育大学保健医療学部 救急医療学科 藤本 賢司

MO19-4（N） 救急救命士養成課程における
手袋着脱技能修得に向けた縦断教育の効果
…… 朝日大学保健医療学部 看護学科 垣根 美幸

MO19-5（E） 段階的病院実習における
救急救命士学生の積極性の変化と変動要因の検討
…… 日本体育大学保健医療学部 救急医療学科 宇田川美南

ミニオーラル 20（MO20） 15：30 ～ 16：00

「学生教育等 後半」

座長 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 救急科 **稲田 眞治**
千里金蘭大学 看護学部 **前田 晃史**

MO20-1（E） 兵庫県における指導救命士の再教育について
…… 三田市消防本部 救急課 折戸 直樹

MO20-2（E） 救急隊員教育における生成ＡＩ活用の試み
～病院連絡能力向上の視点から～
…… 広島市消防局 東消防署警防課 福田 耕輔

MO20-3（E） 形式的な PAC から「逆算」に基づく現場管理へ
～ PCEC におけるプレアライバルコール教育の試み～
……倉敷芸術科学大学 小谷 和秀

MO20-4（P） 病院薬学実務実習における
救命処置指導の教育効果および意識変容の調査
…… 札幌徳洲会病院　薬剤部　武田　瑛司

MO20-5（D） 救命救急・防災教育における
Medical STEAM プログラムの教育効果と学生の意識変容
…… 奈良県総合医療センター　救急科　高野　啓佑

ミニオーラル 21（MO21）　16：05 ～ 16：35

「診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）前半」

座長　市立伊丹病院　救急科　**西村　勇輝**
高山赤十字病院　救急部　**吉田　隆浩**

MO21-1（E） 救急救命士の適正配置とシフト検討
―看護師の負担軽減とタスクシフトの平準化に向けて―
…… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　救急部　渡辺　永司

MO21-2（E） 病院救命士を対象とした気管挿管認定のための実習について
…… 医療法人社団蘇生会　蘇生会総合病院　救急救命科　川上　良太

MO21-3（E） 病院救命士の静脈路確保の検討
…… 岡山大学病院　救命救急科　中山　晴貴

MO21-4（E） 当院の院内救急救命士の血管内治療への参画
…… 日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　萩原　鈴香

MO21-5（E） 救急救命士が CPT に参画する有用性について
…… 長浜赤十字病院　救急救命課　山本　萌永

ミニオーラル 22（MO22）　16：35 ～ 17：05

「診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）後半」

座長　札幌医科大学医学部　救急医学講座　**岩元　悠輔**
さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　救急科　**杉山　茉祐**

MO22-1（D） 安全な病院救急車運用のための病院救急救命士教育への取り組み
…… 社会医療法人社団正志会南町田病院　救急科　西　竜一

MO22-2（E） 当院における救急救命士の教育的役割の検討
…… 市立青梅総合医療センター　救急科　増田　憲悟

MO22-3（E） 院内での新卒救急救命士教育体制と課題
…… 社会医療法人同仁会　周南記念病院　救急部　大田　倖也

MO22-4（D） 病院救急救命士の運用実態と体制構築
―救命士科独立とキャリアラダー導入による処遇改善への展望―
…… 筑波記念病院　救急科・集中治療科　長田　雄大

MO22-5（E） 病院救急救命士の部署立ち上げを 2 度経験しての知見
…… 医療法人青仁会　池田病院　新屋　秀斗

ミニオーラル 23（MO23）　17：10～18：10

「メディカルスタッフ」

座長　近畿大学病院　中央臨床検査部　**辻本　麻愉**
昭和医科大学江東豊洲病院　救急診療科　**林　宗貴**

MO23-1（CE） 救急初療室での麻酔器運用体制整備の取り組み
…… 東京慈恵会医科大学附属病院　臨床工学部　川尻　将守

MO23-2（CE） DMAT 機器の日常運用を兼ねた保守管理の取り組み
…… 奈良県立医科大学附属病院　医療技術センター臨床工学 1 係　前川　敦史

MO23-3（CE） 外傷診療における臨床工学技士の役割
…… 社会医療法人緑泉会　米盛病院　診療支援部 CE 課　中武　桃華

MO23-4（MT） 救急外来常駐の臨床検査技師が担う心エコー検査の役割
……医療法人　豊田会　刈谷豊田総合病院　臨床検査・病理技術科　鈴木　雅大

MO23-5（MT） 当院における尿中薬物検出キットによるオーバードーズの現状
…… 山形大学医学部附属病院　検査部　佐藤　直仁

MO23-6　演題取り下げ

MO23-7（MT） 当院におけるクリティカルバリュー報告履歴の分析と展望
…… 医療法人社団永生会南多摩病院　臨床検査科　田中　優太

MO23-8（D） デジタル田園健康特区における病院前超音波検査の検討
…… 岡山大学病院　地域医療 DX 推進講座　上田　浩平

MO23-9（TH） リング型創外固定術後における
足関節拘縮予防を目的とした急性期理学療法介入―症例報告―
…… 総合病院土浦協同病院　リハビリテーション部　宮阪　隼人

■ミニオーラル会場③（大阪国際会議場　3F　イベントホール BCD）

ミニオーラル 24（MO24）　9：00～9：30

「多職種研修　前半」

座長　最上町立最上病院　**森脇　義弘**
兵庫県災害医療センター　事業課　**和田　広大**

MO24-1（E） 南房総地域メディカルコントロール協議会における
周産期救急研修会の取り組みについて
…… 安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部　館山消防署／
南房総地域メディカルコントロール協議会／
国士舘大学大学院 救急システム研究科　三平　学

MO24-2（E） 教育ラダーを用いた病院救急救命士新人教育の標準化と運用課題
…… 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック
診療技術部　救急救命士科　上村　俊太

MO24-3（E） 新人救急救命士の判断過程から学ぶ
単独事故の背後に潜んだ内因性脳血管障害の一例
…… 栃木市消防本部　栃木市消防署岩舟分署　深津　佳威

MO24-4（D） 地方救命救急センターにおける院内救急救命士の教育
…… 青森県立中央病院　救命救急センター　齋藤　兄治

MO24-5（E） 病院救命士の「見える化教育」について
…… 中部徳洲会病院　看護部　森田　尚伍

ミニオーラル 25（MO25）　9：30 ～ 10：00

「多職種研修　後半」

座長　聖路加国際病院　救急科・救命救急センター　**磯川修太郎**
国士舘大学　大学院救急システム研究科　**坂梨　秀地**

MO25-1（E） 多職種が他職種を育てる教育体制とその効果
…… 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

MO25-2（D） かんぴょうを使用した輪状甲状靭帯穿刺・切開シミュレーターの開発
…… 自治医科大学医学部　救急医学講座　堀江　康貴

MO25-3（D） 重症外傷診療を支える看護師の教育体制構築への取り組み
…… 一般財団法人太田綜合病院附属　太田西ノ内病院
救命救急センター／
島根大学医学部　Acute Care Surgery 講座　松本　亮

MO25-4（R） 超音波検査技師による間接的救急診療支援
…… 大垣市民病院　医療技術部　診療検査科　市川　宏紀

MO25-5（E） 親子で学ぶ危険予知トレーニング教材の開発
…… 帝京大学福岡医療技術学部　医療技術学科　吉村　優希

ミニオーラル 26（MO26）　10：05 ～ 10：35

「診療支援　院内救命士（院外活動）前半」

座長　相澤病院　救命救急センター　救急科　**能重久太郎**
相澤病院　救命救急センター　救急科　**吉池　昭一**

MO26-1（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　第二報
…… 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

MO26-2（E） 救急救命士主導による
高齢者福祉施設入所者への早期医療介入の取り組み
…… 社会医療法人杏嶺会　一宮西病院　救急管理課　池戸　亮治

MO26-3（E） 病院救急車の運用による救急隊の負担軽減と救急搬送要請の適正化
～地域医療の原点から現点そして頂点へ～
…… 関西メディカル病院 ER センター／ EMT 科 中村 賢人

MO26-4（E） 福岡県病院救急救命士連絡協議会の活動について
…… 社会医療法人陽明会 小波瀬病院 災害医療対策室 向井 亮裕

MO26-5（D） 病院救急救命士の実態把握と地域協議体による
実装支援（業務基準共有・教育支援）
…… 福岡大学病院 救命救急センター 中村 篤雄

ミニオーラル 27（MO27） 10：35 ～ 11：05

「診療支援 院内救命士（院外活動）後半」

座長 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 **臼井 亮介**
関西医科大学総合医療センター 救命科 **玉垣 圭祐**

MO27-1（E） 地域救急医療を補う当院救急救命科の今までとこれから
……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 菅野 弘明

MO27-2（D） 脳卒中疑い患者に対する救急隊の現場滞在時間短縮に向けた
病院救急救命士の取り組みとその効果
…… 社会医療法人社団正志会南町田病院 救急科 西 竜一

MO27-3（E） 病院救急車を活用し転院搬送業務を行うことによる
消防救急車負担軽減への取り組み
…… 社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院
救急総合診療センター 村里 駿

MO27-4（E） 院内救命士の現在地と今後の展望
- 法改正後の実践整理からみた専門職としての進化 -
…… 日本赤十字社 伊勢赤十字病院 救急部 宮崎伊佐夫

MO27-5（E） 病院救命士 離職率改善に向けた取り組み
～採用後 12 年 多様化 - 専門化 - 処遇改善の 3 拍子介入による定着化～
……社会医療法人純幸会 関西メディカル病院 EMT 科／
関西メディカル病院 ER センター 平田 誠

ミニオーラル 28（MO28） 11：10 ～ 11：40

「災害・マスギャザリング 前半」

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**
大阪公立大学医学部附属病院 救命救急センター **芳竹 宏幸**

MO28-1（O） 広域医療搬送拠点での
臨時医療施設の設置状況に関する基礎的調査研究
…… 日本大学理工学部 海洋建築工学科 江川 香奈

MO28-2（D） AMAT 救急救命士隊員による災害時医療搬送体制の拡充
……正志会　平成立石病院　救急科／全日本病院協会　救急防災委員会　大桃　丈知

MO28-3（P） 能登半島地震の経験を踏まえた DMAT 隊員への
破傷風ワクチン接種体制の整備
…… 地方独立行政法人　桑名市総合医療センター　薬剤部　西川　嘉広

MO28-4（D） 大規模地震時における国際医療チーム受援体制の検証
… 国立健康危機管理研究機構（JIHS）/ 順天堂大学　DMAT 事務局　大場　次郎

MO28-5（E） 大規模災害に備えた消防団員教育
…… 岡山市消防局　岡山市西消防署　鈴木　寛也

ミニオーラル 29（MO29）　11：40 ～ 12：10

「災害・マスギャザリング　後半」

座長　社会福祉法人　京都社会事業財団　京都桂病院　薬剤科　**段林　正明**
沖縄県立中部病院　救急科　**西山　隆**

MO29-1（E） 救急隊員の安全確保と病院前活動の狭間で―クロルピクリン中毒
…… 川越地区消防局　川越中央消防署高階分署／
埼玉医科大学総合医療センター　高度救命救急センター　原田　大亮

MO29-2（E） 十勝岳噴火訓練で判明した多機関トリアージ運用の相違と課題
…… 旭川医科大学病院　救命救急センター　大滝　達也

MO29-3（D） 関越自動車道多重事故事例から考える、
傷病者搬送方針と多機関連携を考慮した本部設置に関する一考察
…… 利根中央病院　救急科・総合診療科／
国立健康危機管理研究機構危機管理・運営局 DMAT 事務局　鈴木　諭

MO29-4（E） 過疎地域で開催される
100km ウルトラマラソンの救護体制の 実態と課題
―丹後大会の活動報告―
…… 宮津与謝消防組合消防本部　宮津与謝消防署橋北分署　糸井　康隆

MO29-5（D） 災害医療人材養成プログラムの効果に関するアンケート調査
…… 熊本大学病院　災害医療教育研究センター　笠岡　俊志

ミニオーラル 30（MO30）　15：00 ～ 15：30

「診療・診療支援（ドクターカー）　前半」

座長　鳥取大学医学部　救急災害医学分野　**本間　正人**
奈良県立医科大学　救急医学／高度救命救急センター　**宮崎　敬太**

MO30-1（E） 消防機関との関係構築が
ラピッドレスポンスカー要請件数に与えた影響
…… 医療法人社団清和会笹生病院　救急調整室　村上　友規

MO30-2（E） ICT を活用した病院救急車・リフト車を含む
３台体制運用の可視化と実運用上の有用性
…… 誠馨会 新東京病院 救急科 牧山 貴明

MO30-3（E） ドクターカーと救急隊が IP 無線機を共同で使用し
情報共有における質の向上と迅速化を目指す取り組みについて
…… さくら総合病院 医療技術部 荒瀬 瑞樹

MO30-4（D） 自動胸骨圧迫器非搭載ドクターヘリにおける
内因性心肺停止症例対応の地域別実態分析
…… 福島県立医科大学医学部 救急医療学講座 反町光太朗

MO30-5（E） アナフィラキシーに対するエピネフリン投与の実証事業報告
－救急隊による早期介入の検討－
…… 弘前地区消防事務組合 消防本部警防課 今井 駿

ミニオーラル 31（MO31） 15：30 ～ 16：00

「診療・診療支援（ドクターカー） 後半」

座長 加古川中央市民病院 救急科 **藤浪 好寿**
名古屋市立大学病院 救命救急センター **舩越 拓**

MO31-1（E） 救急救命士の処置範囲拡大に係る実証事業が
地域メディカルコントロール協議会にもたらしたもの
…… 岡崎市消防本部 消防救急課 畑中 大祐

MO31-2（E） 中山間地域におけるエピペン投与実証事業の有用性についての検討
…… 備北地区消防組合消防本部 警防課救急救助係 増田 慎吾

MO31-3（E） エピペン実証隊と救急ワークステーション隊のシームレス連携
～高校生の命をつなぐ～
……秦野市消防本部 濵島 太一

MO31-4（D） 超高齢社会における終末期救急と不搬送判断の検討
―ドクターカー介入により不搬送となった 2 症例―
…… 前橋赤十字病院 集中治療科・救急科 大瀧 好美

MO31-5（D） ランデブーポイントで不整脈の有無を確認し
ドクターヘリ搬送したトリカブト中毒の 1 例
…… 福島県立医科大学医学部救急医療学講座 救急科 阪内麻里子

ミニオーラル 32（MO32）　16：05 ～ 16：35

「薬物治療関連　前半」

座長　東邦大学　薬学部　臨床薬学教室　**神原　永長**
済生会熊本病院　薬剤部　**西村　知晃**

MO32-1（P）　重症患者での血清クレアチニン・シスタチン C 複合式の有用性：
実測クレアチニンクリアランスとの比較検討
…… 札幌医科大学付属病院　薬剤部　宮尾　舞

MO32-2（P）　救急における心不全急性増悪に対して
トルバプタンを有効かつ安全に使用するための後ろ向き検討
…… 黒松内町国保くろまつないブナの森診療所　薬剤科／
勤医協中央病院　中井　慎一

MO32-3（P）　集中治療領域におけるレミフェンタニル交換時の効果減弱の報告
…… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　薬剤部　桑原　匠平

MO32-4（P）　過大腎クリアランス発現時に、レベチラセタムの最大投与量で
有効血中濃度への到達及び効果が得られた一例
…… りんくう総合医療センター　薬剤部門　小林　洋平

MO32-5（P）　ＥＲ専従薬剤師が関与した
緊急外科手術患者の抗血栓薬服用状況の実態調査
…… 医療法人徳洲会　湘南鎌倉総合病院　薬剤部　山口　明奈

ミニオーラル 33（MO33）　16：35 ～ 17：05

「薬物治療関連　後半」

座長　熊本大学病院　薬剤部　**西村　文宏**
近畿大学病院　薬剤部　**松田　智行**

MO33-1（P）　病態と薬物相互作用に立脚したワーファリン非使用患者における
重度血液凝固障害への薬学的介入
…… 宮崎大学医学部附属病院　薬剤部／
福岡大学薬学部　健康危機管理薬学研究室　森崎　愛夢

MO33-2（P）　人工呼吸器装着患者における
サルブタモール高用量投与の安全性に関する検討
…… 済生会宇都宮病院　薬剤部　笹島　弘章

MO33-3（P）　膵外分泌機能不全に対して
リパクレオン® カプセルを経管投与した 1 例
…… 大阪大学医学部附属病院　薬剤部　山上　聡子

MO33-4（P）　バンコマイシン TDM における
共通カルテフォーマット導入後の TDM 実施率と精度の調査
…… 新久喜総合病院　薬剤科　保前　優奈

MO33-5（P） 重症低Ｋ血症合併難治性不整脈に対して
大量カリウム補充で救命した１例
…… 中部徳洲会病院　薬剤部　平識　善彦

ミニオーラル 34（MO34）　17：10 ～ 17：40

「その他１　前半」

座長　神戸大学医学部附属病院　救命救急科　**高山　和之**
関東労災病院　集中治療科　**早野　大輔**

MO34-1（E） 救急搬送における搬送環境と搬送資器材が
救急隊員の身体負担に及ぼす影響
…… 新潟医療福祉大学医療技術学部　救急救命学科　外山　元

MO34-2（E） １１９番通報の一部を救急相談センターに転送する運用について
…… 東京消防庁救急部　救急医務課救急相談係　大森　達矢

MO34-3（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・病院実習後の影響～
……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　二神怜太郎

MO34-4（E） 家族背景が救急救命士養成課程の学生の
職業的アイデンティティ形成に与える影響
…… 明治国際医療大学保健医療学部　救急救命学科　上田　泰憲

MO34-5（E） 救急搬送データからみる地理的・環境要因の疾病発生への空間的影響
- 青森県弘前市を中心に -【第１報】
…… 弘前医療福祉大学短期大学部　救急救命学科　鳴海　圭佑

ミニオーラル 35（MO35）　17：40 ～ 18：10

「その他１　後半」

座長　京都橘大学　健康科学部救急救命学科　**大石　泰男**
社会医療法人石心会　川崎幸病院　救急センター　救急科　**髙橋　直樹**

MO35-1（E） ＩＰ無線を活用した救急活動支援について
…… 豊後高田市消防本部　警防課　都甲　卓樹

MO35-2（E） リスクマネジメント理論
『ＣＲＭ（クルー・リソース・マネジメント）』による
消防救急の業務再構築及び管理
…… 岡山市消防局　東消防署　田邊　祐二

MO35-3（E） プレホスピタルにおけるビデオ喉頭鏡複数機種導入の意義と課題
…… 尼崎市消防局　救急課需要対策担当　村山　佑樹

MO35-4（E） 救急現場における医療機関選定のデータ戦略
～応需傾向分析の効果と可能性～
…… 仙台市消防局 青葉消防署警防課救急係 二瓶 昌宏

MO35-5（E） マニュアルストレッチャー昇降動作時の姿勢の違いによる
身体負荷の比較：筋電図を用いた実験研究
…… 京都橘大学健康科学部 救急救命学科 黒﨑 久訓

■ミニオーラル会場④（大阪国際会議場 3F イベントホール BCD）

ミニオーラル 36（MO36） 9：00 ～ 10：00

「外因（その他）」

座長 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都 ER **石倉 宏恭**
湘南鎌倉総合病院 救急総合診療科・集中治療科 **久志本愛莉**

MO36-1（E） 災害級猛暑下の大規模イベントにおける
WBGT データに基づく日陰誘導の熱中症予防効果
…… 愛知淑徳大学健康医療科学部 救急救命学専攻／
一般財団法人 2005 年日本国際博覧会記念災害救急医療研究財団 丹羽 一晃

MO36-2（N） マラソン大会における
心停止対応後の救護者メンタルヘルスフォローシステムの構築と運用
…… 産業医科大学病院 救急・集中治療科／
産業医科大学医学教育改革推進センター／
北九州マラソン 2026 救護本部 濵田千枝美

MO36-3（E） 運動競技中における病院外心停止の発生と気象要因の関連の検討
…… 明治国際医療大学保健医療学部 救急救命学科 金川 陽亮

MO36-4（S） スポーツイベントの医療救護活動における医療コンテナの活用経験
…… 千葉大学 医学部医学科 海老名柊聖

MO36-5（D） 水平潜水により hypoxic blackout を来し、
市民プールで溺水した一例
……公立昭和病院 兒玉 尚亮

MO36-6（D） 長期尿道カテーテル使用患者における左上部尿管へのカテーテル迷入：
閉塞性腎盂腎炎・後腹膜腔血腫の一例
……社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院 救急総合診療科 柴 將人

MO36-7（D） 耳管通気療法後に発症した頸部・縦隔気腫の 1 例
…… 国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 救急科 宮内詩清音

MO36-8（D） 直腸異物に対して経肛門的に異物除去できた 1 例
…… 関西労災病院 救命救急科 竹中 祐介

MO36-9（D） 当院での熊外傷の診療経験から
…… 雄勝中央病院 脳神経外科 國塚 久法

ミニオーラル 37（MO37）　10：05 ～ 10：35

「中毒 1　前半」

座長　京都第二赤十字病院　救急科　**飯塚　亮二**
公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　救急科　**太田　友**

MO37-1（D）　CO 中毒による心筋障害に対して VA ECMO を要した症例
…… 旭川医科大学　救急医学講座　三上　直起

MO37-2（D）　致死性不整脈で心肺停止を来したマムシ咬傷 GradeV の 1 例
…… 島根大学医学部　Acute care surgery 講座／
島根大学医学部付属病院　高度外傷センター　川澄　駿

MO37-3（D）　偶発的な灯油誤飲による化学性肺炎の 1 例
……一般財団法人　永頼会　松山市民病院　救急科　小田原一哉

MO37-4（D）　組織と現場スタッフを守る違法薬物検出時の通報体制
…… （地独）堺市立病院機構　理事会　中田　康城

MO37-5（D）　健康関連情報統合データベース LIFE study を用いた気道異物による窒息の記述的研究
…… 九州大学大学院医学研究院　医療経営・管理学講座／
川崎町立病院　内科　上村　亮介

ミニオーラル 38（MO38）　10：35 ～ 11：05

「中毒 1　後半」

座長　京都府立医科大学附属病院　薬剤部　**上田　和正**
市立伊丹病院　薬剤部薬剤科　**濱名　哲大**

MO38-1（E）　山間部における一酸化炭素中毒集団災害への初動対応と現場安全管理に関する考察
…… 佐賀広域消防局　多久消防署　濱野　拓実

MO38-2（D）　アルコール多飲による重度メトホルミン関連乳酸アシドーシス（MALA）に対し、血液浄化療法が奏功した一例
…… 公益財団法人田附興風会　医学研究所北野病院　消化器内科　東　温人

MO38-3（D）　酸性洗剤の服用により重篤な化学性腸炎を来した 1 例
…… 国家公務員共済組合連合会　横浜栄共済病院　救急科　早乙女乃愛

MO38-4（P）　比較的軽症な経過をたどったコルヒチン過量内服の一例
…… 地方独立行政法人京都市立病院機構　京都市立病院　薬剤部　本多あずさ

MO38-5（D）　急性一酸化炭素中毒に対してネーザルハイフローを使用した 1 例
…… 徳島赤十字病院　救急科　南　健介

ミニオーラル 39（MO39）　11：10 ～ 11：40

「看護 1　前半」

座長　平成立石病院　救急救命士科　**家田　淳史**
北海道科学大学　保健医療学部看護学科　**石川　幸司**

MO39-1（N）　看護部所属の院内救命士教育の基盤づくり
…… 大阪けいさつ病院　ER 救命救急センター　長見　亮汰

MO39-2（N）　院内救急救命士新規採用に伴う業務設計と段階的運用構築の過程
～多職種で検討した業務整理の実際～
……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
ＥＲ・救命救急センター　西崎　雄太

MO39-3（E）　病院救命士の業務実態と診療効果
…… 聖マリアンナ医科大学病院　救命救急センター　白藤　優佳

MO39-4（N）　当院における病院救命士の役割
…… 東京警察病院　救急・集中治療科　本山　裕一

MO39-5（E）　院内急変対応における救急救命士の現状と課題
…… 医療法人徳洲会　宇治徳洲会病院　救急救命士科　正野　広輝

ミニオーラル 40（MO40）　11：40 ～ 12：10

「看護 1　後半」

座長　日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　**山﨑　直人**
大阪急性期・総合医療センター　薬局　**吉田　紗理**

MO40-1（E）　病院内救急救命士が院内急変時に業務支援で関わった一例
…… 東京医科大学病院　救命救急センター　吉澤　直也

MO40-2（N）　救急外来における認知バイアス
…… 社会医療法人財団慈泉会相澤病院　救急救命センター看護科　西牧　健吾

MO40-3（N）　重症死亡例を契機としたマムシ咬傷対応の標準化と運用
―医師・看護師協働による安全管理体制の構築―
…… 高知県立幡多けんみん病院　HCU・ER　酒井　貴章

MO40-4（N）　事例を通じて取り組んだ中山間僻地災害拠点病院外来看護部における
多数傷病者応需体制整備
…… 利根中央病院　看護部　迫田　紀穂

MO40-5（N）　院内トリアージ事後検証の実施状況と課題
…… 一般財団法人住友病院　救急センター　吉川　　静

ミニオーラル 41（MO41）　15：00 ～ 15：30

「診療支援　多職種の雑多　前半」

座長　国立病院機構北海道医療センター　救命救急センター　看護部　**斉藤　大介**
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**

MO41-1（D）　救命救急センターにおける持続可能な多職種連携を目指して
…… 春日井市民病院　救命救急センター　近藤　圭太

MO41-2（D）　地方二次病院での災害に関する多職種アンケート調査
…… 済生会中和病院　総合診療科　小延　俊文

MO41-3（E）　共通言語としての PACC コース教育が病院救急対応に与える効果
…… 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック
診療技術部　救急救命士科　加藤　敦

MO41-4（E）　救急搬送患者帰宅者に対する電話訪問の報告及び成果について
…… 名古屋徳洲会総合病院　救急救命室　古山　歩夢

MO41-5（N）　多職種協働による
緊急入院患者の窒息予防に向けた安全な食事提供体制の構築
…… 福岡大学病院　看護部　救急治療センター　野相裕美子

ミニオーラル 42（MO42）　15：30 ～ 16：00

「診療支援　多職種の雑多　後半」

座長　沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　救急・集中治療科　**外間　亮**
日本大学医学部　救急医学系救急集中治療医学分野　**細川　透**

MO42-1（HS）　救命病棟での入院時重症患者対応メディエーター（ＣＣＭ）介入と
多職種及び倫理カンファレンスにおける役割
…… 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

MO42-2（E）　三次医療機関を有さない地域における
多職種教育による搬送先選定の共通認識形成の試み
…… 川西市消防本部　南消防署　寺石　恭輔

MO42-3（E）　さらなる救命の連鎖の高みを求めて
…… 尼崎市消防局　西消防署　佐藤　雄紀

MO42-4（E）　北海道から本州への航空医療搬送
～メディカルウイングと民間航空機とを比較して
…… 医療法人徳洲会　札幌東徳洲会病院　救急センター　山﨑　藍

MO42-5（E）　消防・警察・海保・医療合同 Wet Lab Training による
多職種連携の有用性の検討
…… 大阪市消防局　水上消防署　三木　大輔

ミニオーラル 43（MO43）　16：05 ～ 16：35

「CPA3　前半」

座長　九州大学病院　救命救急センター　**賀来　典之**
仙台市消防局　救急指導課　**熊谷　毅**

MO43-1（E） ポケットマスクを用いた教職員による人工呼吸の普及啓発
…… 大阪南消防局　警備第一課　渡部　雄介

MO43-2（E） 救急救命士救急車乗車人数と傷病者予後の関連
- 多地域共同コホート研究 -
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科　木村　龍

MO43-3（E） 秋田県におけるハイパフォーマンス CPR の導入状況と
指導救命士を中心とした教育戦略
…… 横手市消防本部　横手市消防署　西分署　山田　浩貴

MO43-4（E） 救急外来到着後に導入された機械的胸骨圧迫装置の有効性
…… 日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科／
日本体育大学大学院　保健医療学研究科　遠藤信太郎

MO43-5（E） ECPR 導入に至った学内急変に対する
三重大学病院ドクターカーの機動的運用の経験
… 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／
名張市消防本部　三河内伸一郎

ミニオーラル 44（MO44）　16：35 ～ 17：05

「CPA3　後半」

座長　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　**福間　博**
社会医療法人愛仁会　高槻病院　ICU　**藤永　純一**

MO44-1（CE） 救急診療科における VV ECMO 導入の均質化を目的とした
標準化体制の構築
…… 大阪急性期・総合医療センター　臨床工学部門　古賀比奈子

MO44-2（D） 当院における Hybrid ER 導入前後の ECPR 施行症例の検討
…… 奈良県立医科大学附属病院　高度救命救急センター　伴　理紗子

MO44-3（D） インフルエンザ感染後の重症 MSSA 肺炎に対して
V-V ECMO を中心とした集学的治療で救命した 1 例
…… 聖路加国際病院　救急科・救命救急センター　近藤　優樹

MO44-4（D） VV-ECMO 回路内で血栓形成しポンプ流量が低下した一例
…… 関西労災病院　救命救急科　喜多村まゆ

MO44-5（D） Klebsiella pneumoniae 肺炎から敗血症、
たこつぼ型心筋症に至り V-A ECMO が奏功した一例
…… 関西医科大学　卒後臨床研修センター　満倉　希星

ミニオーラル 45（MO45）　17：10 ～ 17：40

「その他 2（医療経済・法倫理を含む） 前半」

座長　医学研究所北野病院 救急科　**平川 昭彦**
市立伊丹病院 看護部 ICU・救急外来・放射線科　**吉田 宏**

MO45-1（MS） 救急認定ソーシャルワーカーが入院時重症患者対応メディエーターを兼務して分かった他の診療科との相違
……SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 地域医療連携課　原 一正

MO45-2（O） 社会実装における傷病者搬送時の従来法と No Lift 法の比較検討
…… 広島国際大学 保健医療学部 救急救命学科　安田 康晴

MO45-3（D） 当院救急センターにおける不必要な採血ゼロへの挑戦
……勤医協中央病院　池田倫太朗

MO45-4（N） ER 救命救急センターにおける臨床倫理カンファレンスの実践と課題
…… 大阪けいさつ病院 ER・救命救急センター　笠原 美紀

MO45-5（D） 推定意思を尊重した緩和的抜管の倫理的意思決定
… 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 救急集中治療科　新里 盛朗

ミニオーラル 46（MO46）　17：40 ～ 18：10

「その他 2（医療経済・法倫理を含む） 後半」

座長　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**
昭和医科大学 救急災害医学講座　**中島 靖浩**

MO46-1（HS） A クリニック (仮称) の電話問合せにみる診療科の需要
…… 川越救急クリニック 救急科　吉田 雄一

MO46-2（E） クラウドファンディングを活用した病院救急車購入の取り組み
…… 河北総合病院 救急集中治療科　竹内 一貴

MO46-3（O） 月の満ち欠けにより交通事故は増えるか
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科　田久 浩志

MO46-4（D） 台湾の救急医療体制の現況と課題
…… 田附興風会医学研究所北野病院 救急科／
京都大学医学部附属病院 初期診療・救急科　王 徳雄

MO46-5 演題取り下げ

■ミニオーラル会場⑤（大阪国際会議場　3F　イベントホール BCD）

ミニオーラル 47（MO47）　9：00 ～ 9：30

「内因性　その他　前半」

座長　聖路加国際病院　救急科・救命救急センター　**宮本　颯真**
日本医科大学千葉北総病院　救命救急センター／
ショック・外傷センター　**安松比呂志**

MO47-1（D）　精神疾患の治療中に甲状腺クリーゼの診断に至った一例
…… 昭和医科大学医学部　救命救急科　町田　麻美

MO47-2（D）　特発性膀胱破裂における逆行性膀胱造影の至適施行時期の検討
…… 東京警察病院　救急・集中治療科　横山　敦士

MO47-3（D）　高浸透圧高血糖状態と急性膵炎を合併した一例
ー相反する病態を考慮した初期輸液管理ー
……筑波記念病院　村上　朔人

MO47-4（D）　急性上気道炎を誘因として両側声帯開大不全を生じた 1 例
…… 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　救急科　松本　真輝

MO47-5（D）　精神症状または意識障害を呈し
抗甲状腺抗体を測定した 114 例の検討
…… 関西医科大学総合医療センター　救急救命科　工藤　輝

ミニオーラル 48（MO48）　9：30 ～ 10：00

「内因性　その他　後半」

座長　八戸市立市民病院 救命救急センター　**佐々木雄作**
名古屋市立大学病院　救急科　**服部　友紀**

MO48-1（E）　未受診妊婦で墜落分娩の 1 例
…… 安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部　館山消防署／
国士舘大学大学院　救急システム研究科　三平　学

MO48-2（D）　偶発的所見としての気管分岐下の腫瘤性病変に対し
核医学検査で動脈瘤の診断が得られた一例
…… 埼玉医科大学病院　救急科　張　賢司

MO48-3（D）　痙攣を主訴に救急搬送された甲状腺クリーゼの 1 例
……公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　救急科　山田　夏海

MO48-4（E）　原因不明の意識障害
…… 倉敷市消防局　玉島消防署　森本　瑞樹

MO48-5（E）　浮遊性めまいで発症し搬送途上に片眼視力を消失した脳梗塞症例
…… 小千谷市消防本部　警防課　星野　紀幸

ミニオーラル 49（MO49）　10：05 ～ 10：35

「院内トリアージ　その他　前半」

座長　市立伊丹病院　ICU・救急外来・放射線科　**横尾　祐介**
浜松医療センター　救急科　**吉野　篤人**

MO49-1（E）　救急隊現場重症度判定の一致度検討　～搬送先適正化の可能性～
…… 豊田市消防本部　中消防署消防２課　大屋　悠真

MO49-2（D）　看護師の「直感」は急変予測をどう変えるか？
時間外外来における NEWS と主観評価の機械学習解析
…… 大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　舘野丈太郎

MO49-3（N）　院内トリアージにおけるタスク・シェアの課題
―トリアージ判断と責任体制の再考―
…… 福島県立医科大学大学院医学研究科　災害危機管理看護学講座　橋本真由美

MO49-4（D）　奈良県 e-MATCH 入力情報を用いた
重症転帰予測モデルの時間的外部検証
…… 奈良県立医科大学　高度救命救急センター　川井　廉之

MO49-5（E）　けいれん重積患者に対する病院前救護の重症度判断について
…… 東京消防庁救急部　救急管理課　秋山　由真

ミニオーラル 50（MO50）　10：35 ～ 11：05

「院内トリアージ　その他　後半」

座長　八戸市立市民病院　救命救急センター　**小野　文子**
国立病院機構栃木医療センター　内科　**古橋　柚莉**

MO50-1（E）　藤枝市立総合病院ラピッドレスポンスカー発足して４年
…… 藤枝市立総合病院　救急科　今井　良雄

MO50-2（E）　転院搬送中に発生した救急車事故の一例と再発防止への取り組み
……社会医療法人　敬愛会　中頭病院　救急診療部　中村　光児

MO50-3（D）　救急外来における免疫関連有害事象の単施設疫学評価
…… 大垣市民病院　臨床研修センター　原田　勇樹

MO50-4（E）　少子高齢化社会を見据えた
オホーツク PEMEC・PACC コースの普及戦略
…… 北見赤十字病院　教育研修推進室　上見　　崇

MO50-5（E）　神奈川県北・県央地区 MC における
４市合同多数傷病者対応訓練の取り組み
…… 相模原市消防局　警防部救急課／
県北・県央地区メディカルコントロール協議会　大木　俊一

ミニオーラル 51（MO51）　11：10 ～ 11：40

「救急搬送 1　前半」

座長　大阪府済生会千里病院　千里救命救急センター　**樋口　遼**
札幌市消防局　警防部救急課　**和合　匠学**

MO51-1（E）　福祉施設職員と救急隊の連携強化について
…… 久留米広域消防本部　久留米消防署　小塩　輝光

MO51-2（E）　広域管轄下における救急搬送の現状と課題
～長距離搬送が隊員に与える影響～
…… 岩内・寿都地方消防組合　岩内消防署　原田　智寿

MO51-3（D）　広島地区における夜間救急応需率向上への試み
…… 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／
広島地区病院群輪番制病院運営協議会・連絡会議合同会　廣橋　伸之

MO51-4（E）　病院連絡における“認識ギャップ”の可視化
～昼夜別に見た医療・消防間認識差の定量的検証～
…… 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター　救急科　星野　唯

MO51-5（D）　消防救急車の負担軽減にむけた当院の取り組み
…… 国立病院機構高崎総合医療センター　救急科　町田　浩志

ミニオーラル 52（MO52）　11：40 ～ 12：10

「救急搬送 1　後半」

座長　北里大学病院　救命救急・災害医療センター／
北里大学医学部救命救急医学　**對馬　崚太**
山梨県立中央病院　高度救命救急センター　**三井　太智**

MO52-1（D）　医師の働き方改革がもたらした救急搬送患者の収容と予後への影響
…… 大阪大学医学部附属病院　救命救急科　片山　祐介

MO52-2（E）　倉敷市消防局における脳卒中評価項目の検討
―観察基準項目の判別能と重症度指標としての意義―
…… 倉敷市消防局　東出張所　圓見　将

MO52-3（E）　当院における病院救急車を活用した転院搬送の現状
…… 済生会新潟県央基幹病院　救急集中治療災害部門　志田　和貴

MO52-4（D）　当院の救急搬送例からみた下り搬送の課題と展望
…… 兵庫県立はりま姫路総合医療センター　救急科　島田　雅仁

MO52-5（D）　二次救急病院における救急要請応需不可症例とその判断背景
…… 筑波記念病院　救急科／順天堂大学医学部総合診療科学講座　小森　大輝

ミニオーラル 53（MO53）　15：00 ～ 15：30

「診療支援　ER 系　前半」

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**
秋田大学医学部附属病院　救急科　**平澤　暢史**

MO53-1（D）　救急搬送増加に対する ER 運営の取り組みと応需率の変化
…… 国立病院機構大阪医療センター　ER・救命救急科　関　俊泓

MO53-2（N）　救急ホットライン受け入れ時間短縮への取り組み
～受け入れ判断プロセスの標準化による効果～
…… 奈良県総合医療センター　救急集中治療センター　ER　大川　絢

MO53-3（D）　2 施設の救急外来における医師の身体的・精神的負荷の比較検討
…… 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　森　ちひろ

MO53-4（E）　救急外来スタッフの消防救命士に対する印象と信頼感に関する調査
…… 瀬戸市消防本部　消防署／愛知医科大学大学院　高須　公介

MO53-5（E）　救急外来における注射未オーダーゼロに向けた取り組み
…… 社会医療法人蘇西厚生会　松波総合病院
診療局総合救急科　ｶﾝｶｰﾆｹﾞｻﾁﾝ

ミニオーラル 54（MO54）　15：30 ～ 16：00

「診療支援　ER 系　後半」

座長　ベルランド総合病院　急病救急部　**濱口　満英**
大阪公立大学医学部附属病院救命救急センター　**松尾　健志**

MO54-1（P）　救急外来でアドレナリン自己注射製剤の導入は可能か？
～エピペン注射液® 導入前後の比較検討～
…… 鈴鹿中央総合病院　薬剤部　九鬼　大作

MO54-2（D）　年末年始の発熱外来を核とする特別診療体制が
救急外来の診療プロセスに及ぼす影響の検討
…… 一宮西病院　総合救急部救急科　瀬尾　亮太

MO54-3（D）　救急外来での非専門医による小児頭部外傷診療の妥当性について
…… 東京都立墨東病院　救急診療科　大倉　淑寛

MO54-4（D）　内因性救急症例における椎体骨折見逃し防止策としての AI の活用
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　内田　勇

MO54-5（D）　想定外の併存疾患の経験から
ー ER での診断エラーを避けるための方策ー
…… 野崎徳洲会病院　救急センター　千代　孝夫

ミニオーラル 55（MO55）　16：05 ～ 16：35

「CPR RRS　前半」

座長　済生会横浜市東部病院　救急科　**栗山　桂一**
朝日大学　保健医療学部救急救命学科　**澤田　仁**

MO55-1（N） Rapid Response System 要請に対するフィードバックの課題と今後の展望
…… 社会医療法人緑泉会　米盛病院　看護部　山之内千絵

MO55-2（N） 専門看護師・認定看護師による RRS の起動要素の介入
～急変予兆への感度を高める支援と ViTrac の活用～
…… 神鋼記念病院　看護部　鹿島　秀明

MO55-3（N） 院内急変対応体制の現状分析と質向上に向けた再構築への検討
…… 済生会横浜市東部病院　看護部　更科　陽子

MO55-4（D） RRS 要請の「見える化」を通じた予後改善への取り組み
…… 社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院　救命救急センター　山田　法顕

MO55-5（N） A 施設における Rapid Response System での看護師の役割と実践
…… 日本赤十字社　大阪赤十字病院　救命救急センター　須田　貴之

ミニオーラル 56（MO56）　16：35 ～ 17：05

「CPR RRS　後半」

座長　国立病院機構熊本医療センター　救命救急科　**深水　浩之**
一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院　放射線部　**深谷　理人**

MO56-1（D） 当院での RRS 導入に関して
…… 川口市立医療センター　救命救急センター　直江　康孝

MO56-2（R） Rapid Response System (RRS) における診療放射線技師への教育介入の効果
……医療法人社団　愛友会　上尾中央総合病院　放射線技術科　井田　篤

MO56-3（E） 院内心肺停止におけるショック適応症例の転帰と特徴
…… 埼玉医科大学国際医療センター　救命救急科　飯島　甫

MO56-4（R） 検査台上における胸骨圧迫の質の検証
…… 彩の国東大宮メディカルセンター　放射線科　和田　樹昂

MO56-5（P） 当院におけるコードブルー時の救急カート内薬剤使用状況の検討
…… 大阪けいさつ病院　薬剤部　濵地　明衣

ミニオーラル 57（MO57）　17：10 ～ 17：40

「教育　その他　前半」

座長　順天堂大学医学部附属浦安病院　救急診療科　**関　謙太郎**
大阪府立中河内救命救急センター　看護部　**冨岡小百合**

MO57-1（N）　アプリを用いた脳梗塞初期症状認識時間の検討：
標準患者顔モデルの比較による早期受診促進の試み
…… 修文大学看護学部　看護学科　夏目恵美子

MO57-2（E）　宝塚市における PEMEC 導入と地域展開
…… 宝塚市消防本部　部隊管理室　救急課　森下　雄彦

MO57-3（S）　砂浜での熱中症対応実習が救急救命士学生にもたらす
教育的効果の検討
…… 日本体育大学保健医療学部　救急医療学科　鈴木　陽和

MO57-4（N）　無線筋電計を用いた心肺蘇生時の適切な胸骨圧迫に寄与する
筋群の解析
…… 富山大学医学部　看護学科　伊井みず穂

MO57-5（P）　北部保健所管内の幼児教育・保育施設におけるアレルギー対応の
緊急体制に関するアンケート調査
…… 大分県北部保健所　衛生課　食品衛生・薬事班　河村　聡志

ミニオーラル 58（MO58）　17：40 ～ 18：10

「教育　その他　後半」

座長　桑名市総合医療センター　救急科　**畑田　剛**
フィルタス株式会社　メディカルソリューション事業本部　**渡邊　翔太**

MO58-1（E）　臨床推論における観察・判断能力の更なる向上「極み」を目指した
救急救命士教育について
…… 伊丹市消防局　伊丹市西消防署２部救急隊　横田　幸治

MO58-2（D）　救急科専攻医を増加させた当院の救急初期研修
…… 手稲渓仁会病院　救急科　岡本　博之

MO58-3（D）　医学生から「選ばれる病院」へと変革する救急・新人教育の実践
…… ベルランド総合病院　急病救急部　濱口　満英

MO58-4（E）　短時間の Stop the Bleed 教育は止血手技を向上させるか：
スキルチェックリストを用いた教育前後比較
…… 日本体育大学保健医療学部　救急医療学科　小玉　響平

MO58-5（S）　学童期における心肺蘇生法教育「救命の連鎖リレー」の考案と普及
…… 国士舘大学体育学部　スポーツ医科学科　福島　美結

■ミニオーラル会場⑥（大阪国際会議場　3F　イベントホール BCD）

ミニオーラル 59（MO59）　9：00 ～ 9：30

「診療支援　内因性疾患　Case 報告　前半」

座長　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　救命診療科　**森　大樹**
日本赤十字社医療センター　国内医療救護部／救命救急センター　**諸江　雄太**

MO59-1（D）　蜂窩織炎として加療され急激な転帰を辿った
血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例
…… 昭和医科大学医学部　救急・災害医学講座　富田　佳賢

MO59-2（D）　尿路変更術後遠隔期に発症した
アニオンギャップ正常代謝性アシドーシスの 1 例
…… 医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院　臨床研修センター　木村　美月

MO59-3（D）　遺伝性楕円赤血球症を背景に持ち、
自発的な下腿筋内血腫を契機に診断された女性軽症血友病 A の 1 例
…… 国家公務員共済組合連合会　横浜栄共済病院　救急科　城　航平

MO59-4（E）　病院救急救命士同乗 Dr Car 出動により緊張性気胸に対し
早期治療介入が可能であった重症外傷の 1 例
…… 山梨県立中央病院　高度救命救急センター　宮坂　千理

MO59-5（D）　非特異的症状の外国人患者に対し翻訳アプリを使用した詳細な問診で
見逃しを回避した市販薬中毒の一例
…… 新都市医療研究会【関越】会　関越病院　救急科　伊勢　直輝

ミニオーラル 60（MO60）　9：30 ～ 10：00

「診療支援　内因性疾患　Case 報告　後半」

座長　国立病院機構　熊本医療センター　救命救急科　**伊東山　剛**
日本大学医学部　救急医学系救急集中治療医学分野　**佐藤　淳**

MO60-1（D）　アルコール性ケトアシドーシスに対する糖負荷後に
リフィーディング症候群を呈し無脈性心室頻拍を呈した 1 例
…… 関西医科大学附属病院　救急医学科　山本　祐生

MO60-2（D）　ANCA 関連血管炎の治療中に発症した痙攣発作の一例
…… 藤枝市立総合病院　救命救急センター　山田　貴紀

MO60-3（N）　筋萎縮性側索硬化症患者の呼吸状態悪化に、
退院後訪問をした看護師により適切に病院搬送ができた 1 症例
…… 東邦大学医療センター大森病院　看護部　山田　亨

MO60-4（E）　病院救急車運用中に同乗家族が脳出血を発症した一例
…… 社会福祉法人　同愛記念病院　救急部　堀　靖崇

MO60-5（D） 気道異物検索後に咳嗽と呼吸苦を訴え、
アレルゲン同定に至ったアナフィラキシーの 1 例
…… 足利赤十字病院 救急科 漆原直一郎

ミニオーラル 61（MO61） 10：05 ～ 10：35

「院内救命士 前半」

座長 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科 **遠山 笑里**
八戸市立市民病院 救命救急センター **吉村 有矢**

MO61-1（E） 院内急変に対する院内救急救命士の関わり方
…… 医療法人緑泉会 米盛病院 救急調整室 松門 拓茉

MO61-2（E） 病院救命士 " 始動 " 昭和医科大学病院での取り組みと今後の展望
…… 昭和医科大学病院 総合・救急診療科 佐藤 大地

MO61-3（E） 離島における院内救命士の役割と業務内容 首都圏と離島の違い
…… 沖縄県立宮古病院 救命救急科 友利 幸大

MO61-4（E） 救急救命士の教育体制、業務規程の確立に向けた基盤づくり
……社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院 救急科 田村 隆二

MO61-5（E） 救急救命士を初めて正規採用した医療機関の現状と課題
－地方公立病院救命救急センターの場合－
…… 藤枝市立総合病院 救命救急センター 鈴木 貴也

ミニオーラル 62（MO62） 10：35 ～ 11：05

「院内救命士 後半」

座長 関西医科大学総合医療センター 救命救急センター 救急医学科 **齊藤 福樹**
国士舘大学大学院 救急システム研究科 **張替喜世一**

MO62-1（E） 院内救急救命士の夜勤勤務が看護師夜勤配置に与えた影響
…… 筑波記念病院 診療技術部 救急救命士科 照沼 響

MO62-2（E） 病院救急救命士による地域貢献の可視化
―八王子市病院救急救命士連絡協議会の立ち上げと実践―
…… 一般社団法人 新井クリニック 齋藤 健吾

MO62-3（E） 当院における救急受入減少の現状と EMT 科としての今後の展望
…… 社会医療法人財団川崎幸病院 EMT 科 鈴木 裕貴

MO62-4（E） 『救命士を育てる』救急病院をめざして
～外部からの養成実習を担う救急病院の在り方～
…… 関西メディカル病院 EMT 科／
関西メディカル病院 ER センター 川畑 和也

MO62-5（E） 消防定年退職者（救急救命士）の病院勤務における役割と今後
……社会医療法人純幸会 関西メディカル病院 EMT 科 森本 幸夫

ミニオーラル 63（MO63）　11：10 ～ 11：40

「看護 2　前半」

座長　聖隷三方原病院　**大瀧　友紀**
関西医科大学総合医療センター　救急医学科　**奥畑　裕人**

MO63-1（N）　三次救急現場における 3 行提案制度の導入に対する検討
…… 大阪府立中河内救命救急センター　ICU　中下　備生

MO63-2（N）　地域唯一の総合病院において役割発揮するための救急体制の強化
…… 利根中央病院　看護部／利根中央病院　総合診療科　菅家まなみ

MO63-3（N）　内容分析に基づく
「ICU リーダー看護師の人員采配における判断基準」の作成とその活用
…… 大阪けいさつ病院　看護部　山田　君代

MO63-4（N）　救急外来における看護師の短期間講習が認知症看護に与える影響
……パナソニック健康保険組合　松下記念病院　看護部　外来　小家　沙織

MO63-5（N）　認定看護師主体の RRT 運用構築と段階的教育の効果
― リンクナース配置による急変対応力向上への取り組み ―
… 一般社団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院　救命救急センター　松崎佳小里

ミニオーラル 64（MO64）　11：40 ～ 12：10

「看護 2　後半」

座長　獨協医科大学埼玉医療センター　看護部　**石井恵利佳**
北海道科学大学　保健医療学部看護学科　**石川　幸司**

MO64-1（N）　“ ためらう RRS” から “ 迷わず呼べる RRS” へ
～可視化と人的アプローチによる多面的介入の取り組み～
…… 奈良県総合医療センター　救命救急センター　大角　　侑

MO64-2（N）　CNS-FACE Ⅱ導入による面会制限に対する看護師の不安軽減への効果
…… 独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院　看護部　西村　エリ

MO64-3（N）　入院時重症患者対応メディエーターと看護管理者が連携した
多職種家族支援チームの構築とその効果
…… 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院　看護部　加藤　智子

MO64-4（O）　救急搬送された患者家族が適応に向かうプロセスに関する事例研究
…… 大分大学医学部　看護学科　佐藤昂太朗

MO64-5（N）　救急看護師による家族への接触所要時間の現状調査
～ HERS 症例に焦点をあてて～
…… 医療法人徳洲会　札幌東徳洲会病院　救急外来　杉山　佑基

ミニオーラル 65（MO65）　15：00 ～ 15：30

「CPR 等　研修　前半」

座長　嬉野医療センター　救命救急センター　救急科　**藤原　紳祐**
公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　救急科　**山下　貴弘**

MO65-1（D） メディカルラリー参加がもたらす
病院前診療の現場での救急隊との連携への効果について
…… 公立豊岡病院　但馬救命救急センター　救急集中治療科　北島　大悟

MO65-2（D） さぬきメディカルラリーの多面的効果の検討
～アンケート調査結果から～
…… 香川県立中央病院　救急科　乙宗佳奈子

MO65-3（N） A 地域の学校現場における医療緊急事態を想定した
シミュレーション研修の取り組み　～第 2 報～
…… 社会医療法人生長会　阪南市民病院　HCU 病棟・救急外来　西岡　幾代

MO65-4（E） オンライン救急活動事例症例検討会の有用性と課題について
～ PDCA サイクルによる改善を目指して～
…… 泉州南消防組合泉州南広域消防本部　警防部救急課／
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　横田　貴大

MO65-5（D） 映像通報システム（ライブ 119）は小学生でも使用できるか？
…… 大阪府済生会千里病院　千里救命救急センター　伊藤　裕介

ミニオーラル 66（MO66）　15：30 ～ 16：00

「CPR 等　研修　後半」

座長　総合大雄会病院　救急科　**丹野　翔五**
ちば北西部消防指令センター　**豊田　信之**

MO66-1（E） 自作したカプノメーターに係る教育教材と研修について
…… 埼玉西部消防局　警防部救急課　瀬沼　耕一

MO66-2（E） インストラクショナルデザインで設計した
歯科系学会併設 BLS コースの教育効果
…… 豊田市消防本部　足助消防署／
熊本大学教授システム学教育実践力開発拠点／
一般社団法人日本救急救命士会　大石　　奨

MO66-3（E） PACC コースの教育的有用性と課題：受講者アンケートに基づく検討
…… 日本救急システム株式会社　勝浦救急事業部　大谷　浩史

MO66-4（E） 産科救急への不安払拭を目的とした池田市救急救命士主体による
新生児蘇生法病院前コース開催の取り組み
…… 池田市消防本部　第 3 警備課　救急担当　矢島　海斗

MO66-5（E） 宮城県消防学校における胸骨圧迫の有効な指導法の検討
…… 宮城県消防学校　宮城県消防学校　庄子　　稔

ミニオーラル 67（MO67）　16：05 ～ 16：35

「CT.angio　前半」

座長　久留米大学病院　高度救命救急センター　**金苗　幹典**
川崎医科大学附属病院　中央放射線部　**黒住　　晃**

MO67-1（R）　Angiography および IVR における高線量被ばくの傾向と対策
…… 上尾中央総合病院　放射線技術科　佐々木　健

MO67-2（R）　血栓回収療法支援画像になり得た
proton density weighted image(PDWI) の自験例
…… 大垣市民病院　画像部　診療検査科　高橋　佑典

MO67-3（R）　外傷画像診断トレーニングシートの作成とその有用性について
…… 国立病院機構　相模原病院　放射線科　大山　采夏

MO67-4（R）　SD マップを用いた頭部 CT におけるノイズの空間分布評価：
固定方法の違いによる比較検討
…… 福島県立医科大学　保健科学部　診療放射線科学科　田代　雅実

MO67-5（R）　外傷全身 CT における calibration FOV が解像特性に及ぼす影響
…… 大阪急性期・総合医療センター　医療技術部放射線部門　三浦　洋平

ミニオーラル 68（MO68）　16：35 ～ 17：05

「CT.angio　後半」

座長　東京女子医科大学附属八千代医療センター　画像検査室　**白鳥　陽子**
順天堂大学医学部附属浦安病院　救急診療科　**末吉孝一郎**

MO68-1（R）　外傷 CT における挙上困難時にどう対応するか
～空気枕を用いた画質改善の検討～
…… 医療法人徳洲会　仙台徳洲会病院　放射線科　菅原　　諭

MO68-2（R）　救急外来における CT 搬送タスクシフトの検討
…… 藤田医科大学病院　放射線部　鉞　　時貞

MO68-3（R）　Photon-counting detector CT における
上肢下垂位アーチファクトに対する管電圧と仮想単色 X 線画像の影響
…… 東海大学医学部付属病院　診療技術部　放射線技術科　片山　拓人

MO68-4（R）　STAT 画像所見報告に関する診療放射線技師向け CT 画像読影
初期教育プログラム導入 3 年間の育成状況と課題
…… 医療法人徳洲会仙台徳洲会病院　放射線科　渡部　桃子

MO68-5（R）　亀田総合病院における STAT 報告の改訂による変化と傾向
…… 亀田メディカルセンター　画像診断室　大浦　駿介

ミニオーラル 69（MO69）　17：10 ～ 17：55

「熱傷　環境障害」

座長　さいたま赤十字病院　高度救命救急センター　**田口　茂正**
大阪公立大学医学部附属病院救命救急センター　**松尾　健志**

MO69-1（D）　当院における高齢者低体温症例の後方視的検討
…… 関西医科大学附属病院　救急医学科　中村　佳裕

MO69-2（D）　初期労作性熱中症（EHI）における
横紋筋融解症 (ERM) 合併症例に関する臨床的特徴
…… 警察共済組合兵庫県支部診療所芦屋分室　内科　井上　聡子

MO69-3（N）　労作性熱中症（EHI）発症後の急性腎障害（AKI）早期発見のための
臨床指標の検討
…… 近畿管区警察学校　庶務課　東　珠己

MO69-4（D）　車内閉じ込めにより致死的経過をたどった
認知症高齢女性の熱中症の 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

MO69-5（D）　低体温症例は来院時に予後予測が可能か
…… 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

MO69-6（D）　乾燥剤に含まれた生石灰の誤食により
喉頭浮腫を生じ気管挿管を要した一例
…… 群馬大学医学部　救急科　尾花　裕太

MO69-7（D）　業務用強アルカリ性洗剤の誤飲により喉頭浮腫を来し
緊急気道確保を要した一例
…… 一宮西病院　救急科　橘　大仁

7月18日（土）

■第1会場（大阪国際会議場　5F　メインホール）

パネルディスカッション22（PD22）　8：30～10：00

「多職種で考えるリアル大量出血 ～相互理解による明日からの調和～」

座長　泉大津急性期メディカルセンター　臨床検査室　**三平　りさ**
大阪府立中河内救命救急センター　**松浦　裕司**

PD22-1（MT） 安全な輸血業務
…… 泉大津急性期メディカルセンター　臨床検査室　三平　りさ

PD22-2（N） 「危機的出血オーダーしましたか？」と言えるスタッフを増やしたい
-MTP対応におけるチーム機能の質改善-
…… 長崎大学病院　高度救命救急センター　看護部　宮田　佳之

PD22-3（D） 救急医の視点からみた大量出血への対応と今後の課題
…… 東北大学　高度救命救急センター　伊藤　優太

PD22-4（D） 産科領域の大量出血に対する産科医の考え方について
…… 市立東大阪医療センター　産婦人科　前中　隆秀

PD22-5（MT） 大量輸血時における検査室の対応
…… 大阪府立中河内救命救急センター　検査室　塩山愛加里

教育講演2（EL2）　10：10～11：10

座長　久留米大学病院　臨床検査部　中央手術室担当　**牟田　誠矢**
国家公務員共済組合連合会枚方公済病院　検査科　**薮　圭介**

EL2（D） 検査所見が命を救う
～循環器救急医から臨床検査技師に伝えたいメッセージ～
久留米大学　心臓・血管内科／
久留米大学病院　高度救命救急センター　CCU　**大塚　麻樹**

特別講演2（SL2）　11：20～12：20

座長　日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急科　**井上　潤一**

SL2 ラグビーの実践知から学ぶリーダーシップ
～フィールドでチームを動かす三拍子～
株式会社HiRAKU代表取締役／元ラグビー日本代表キャプテン　**廣瀬　俊朗**

ランチョンセミナー 7（LS7）　12：30 ～ 13：30

座長　りんくう総合医療センター　大阪府泉州救急救命センター　**中尾　彰太**

LS7　**脊髄損傷に対する早期手術＋再生医療を用いた治療戦略**

埼玉医科大学総合医療センター　高度救命救急センター　**井口　浩一**

共催：ニプロ株式会社

シンポジウム 19（SY19）　13：50 ～ 15：20

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応～ DNAR 家で最期か病院で最期かの選択～」

座長　独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　ICU　**真弓　俊彦**

大阪市消防局　救急部　救急課　**村橋　咲子**

SY19-1（D）　**救急は ACP のゴールなのか？それともスタートか？**
～ DNAR 事例から考える実装の現在地～
…… 北海道大学大学院医学研究院　侵襲制御医学分野救急医学教室　和田　剛志

SY19-2（N）　**急変時に DNAR は決められるのか**
～急性期病院から地域へつなぐ ACP 体制の検討～
…… 独立地方行政法人りんくう総合医療センター　看護局
急性期ケア推進室　山田　友子

SY19-3（D）　**救命救急センターにおける ACP 可視化システムの導入と課題**
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　中西　泰造

SY19-4（D）　**救命救急センターに搬送された超高齢者の転帰と意思決定**
～搬送後 DNAR 決定の実態～
…… 昭和医科大学　医学部　救急災害医学講座　井上　　元

SY19-5（D）　**DNAR 事案における現場意思決定とドクターカーの役割**
…… 鹿児島市立病院　救命救急センター　高間　辰雄

パネルディスカッション 23（PD23）　15：30 ～ 17：00

「転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について　～救急車の適正利用のために～」

座長　筑波大学医学医療系　**武田　多一**

大阪市消防局　救急部　救急課　**山尾　伸平**

PD23-1（E）　**消防救急での転院搬送抑制の鍵は？**
～病院救命士組織体制強化が重要～
……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／
太田西ノ内病院　救命救急センター　腹子　歩夢

PD23-2（D） 重症急性大動脈解離の転院搬送経験から考える救急搬送有料化の課題
…… 昭和医科大学藤が丘病院 救命救急科 柿 佑樹

PD23-3（D） 選定療養費徴収開始後の経過と当地域における課題
～選定療養費徴収未実施症例の検討～
…… 松阪中央総合病院 救命救急センター 谷口健太郎

PD23-4（D） 救急搬送有料化の前に解消すべき構造上の間隙
～病院救急車による下り搬送促進と消防負担軽減の実証～
…… 医療法人社団永生会南多摩病院 救急災害科／
国士舘大学大学院 救急システム研究科 加藤 宏

PD23-5（E） 病院救命士主体の病院救急車の活用と消防転院搬送数の変化
～院内資源活用による地域救急への影響の検討～
…… 医療法人徳洲会大和徳洲会病院 看護部 救急外来 重田 光貴

■第 2 会場（大阪国際会議場 5F 小ホール）

パネルディスカッション 24（PD24） 8：30 ～ 10：00

「Rapid response system の教育とその効果・課題」

座長 帝京大学シミュレーション教育研究センター **川原千香子**
聖マリアンナ医科大学病院 救急医学 **谷井 梨美**

PD24-1（D） 「Rapid Response System 起動要素研修コース」について
…… 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座 武田 聡

PD24-2（D） 振り返りを教育に変える：
三拍子を可視化する当院 RRS のデータ駆動型 CQI
…… 済生会宇都宮病院 救急・集中治療科 栃木県救命救急センター 藤田 健亮

PD24-3（D） Rapid Response System を通じた院内教育—3 拍子への挑戦—
…… 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 木口 雄之

PD24-4（D） RRS の “ 量 ” から “ 質 ” へ：NEWS を用いた教育介入の実践
…… 松江赤十字病院 救急部 田邊 翔太

PD24-5（D） RRS 起動要素研修コースの全国展開への取り組み
…… 東京慈恵会医科大学附属柏病院 麻酔部 鹿瀬 陽一

PD24-6（TH） Rapid response system 新時代のビジョン（続報）
-RRS の教育と患者・家族の RRS 起動について
…… 北里大学病院 集中治療センター RST・RRT 室／
日本臨床救急医学会 患者安全検討推進委員会 小池 朋孝

教育講演 3（EL3）　10：30 ～ 11：30

座長　公益社団法人大阪府看護協会　弘川　摩子

EL3（N）　救急医療の未来を拓く ― 救急看護師に期待される役割と展望
大阪公立大学　看護学研究科　北村　愛子

シンポジウム 20（SY20）　13：50 ～ 15：20

「ジェンダーフリーな職場環境づくりーみんなで考えようワークライフバランスー」

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
湘南医療大学　保健医療学部　看護学科　山勢　善江

SY20-1（D）　育児と最前線医療の両立に向けた環境整備の検討
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　國分　佑紀

SY20-2（N）　男性看護師の経験から考える
救急医療におけるジェンダーとワーク・ライフバランス
…… 園田学園大学　人間健康学部　人間看護学科　寺澤　誠人

SY20-3（E）　誰もが安心して続けられる職場をめざして
……大阪市消防局　救急部　救急課　救急指導担当　山口　佳恵

SY20-4（P）　子育て中の女性薬剤師が病棟業務を行うための課題と展望
―ICU・救命救急センターでの経験を通して―
…… 大阪大学医学部附属病院　薬剤部　山上　聡子

SY20-5（R）　誰もが活躍できる職場環境づくりを目指して
…… 大阪急性期・総合医療センター　医療技術部　放射線部門　富田彩友己

シンポジウム 21（SY21）　15：30 ～ 17：00

「言えない時代の新人育成をどうする？～次世代の救急医療人を育てる新しい視点～」

座長　大阪急性期・総合医療センター　臨床検査科　小倉　裕司
明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　原　貴大

SY21-1（D）　言えない時代の新人育成をどうする？
～次世代の救急医療人を育てる新しい視点～当科での取り組み
…… 群馬大学大学院医学系研究科　救急医学　大嶋　清宏

SY21-2（D）　富山県立中央病院救命救急センターにおける
初期臨床研修医の教育の変化～過去・現在・未来～
…… 富山県立中央病院　救命救急センター　大鋸　立邦

SY21-3（D）　「厳しさ」を「構造」へ：
感情と AI 分析を統合した MYA モデルによる新人教育の提言
…… 京都山城総合医療センター　救急部・麻酔科　平山　敬浩

SY21-4（E） 心理的安全性を基盤とした救急隊内連携改善の実践
— TeamSTEPPS を活用した地方消防での取り組み —
…… 檜山広域行政組合 上ノ国消防署／
北海道周生期医療救急支援の会 (HOPPIE) 石田 泰敬

SY21-5（E） 言えない時代の指導者育成と学生保護を両立する教育モデル
…… 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

■第 3 会場（大阪国際会議場 10F 会議室 1003）

ハイライトセッション 4（HS4） 8：30 ～ 9：30

「院内救命士 1」
座長 県立広島病院 救命救急センター **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**

HS4-1（E） 独自の教育ラダー作成による院内救命士教育体制の構築
…… 堺市立総合医療センター 救急救命技術科／
堺市立総合医療センター 救命救急科 西村 昌秀

HS4-2（E） 医学生教育における院内救急救命士の参画とタスクシフトの効果
…… 北海道大学病院 医療技術部 臨床工学 / 救急救命部門 田畑 慶多

HS4-3（E） 救急外来における院内救急救命士のタスクシフト・シェアの実践
—初期研修医へのアンケートによる効果検証
…… 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

HS4-4（D） 病院救命士が定着するには
医療機関と病院救命士双方の共闘が必要である
…… 勤医協中央病院 救急センター 田口 大

HS4-5 演題取り下げ

HS4-6（E） 病院救急救命士の教育 3 段階モデル
（院内研修・病院前業務・特定行為認定）と院外活動の課題
…… 島根大学医学部附属病院 高度外傷センター 日野 哲弥

パネルディスカッション 25（PD25） 9：40 ～ 11：10

「つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン－ medication reconciliation の 3 拍子－」
座長 大阪公立大学医学部附属病院 薬剤部 **川口 博資**
さいたま赤十字病院 高度救命救急センター **清田 和也**

PD25-1（P） 救急医療におけるケア移行時の薬剤情報連携
— 全国急性期施設調査から考える「評価」をつなぐ視点 —
…… 広島大学病院 薬剤部 吉川 博

PD25-2（P） 救急薬剤師が主導する
BPMH/Med Rec/MR 導入と地域連携の取り組み
…… 済生会熊本病院　薬剤部　柴田　啓智

PD25-3（P） 地域の三次救急医療機関における救急から退院後までの
薬剤管理サマリーを活用した薬剤情報共有の実践
…… 福岡県済生会福岡総合病院　薬剤部　塚本　裕貴

PD25-4（P） 薬剤情報連携に対して病院薬剤師のできること：3症例の報告
…… 大阪公立大学医学部附属病院　薬剤部　松井　統哉

PD25-5（MS） 救命センター MSW がつなぐ薬剤情報のバトン
―医療 DX の活用と薬剤師との協働による実践報告―
…… 大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　福森　優司

ランチョンセミナー 8（LS8）　12：30 ～ 13：30

「救急医療の未来を支える 2 つの鍵：省力化搬送 × High Performance Resuscitation」

座長　関西医科大学　救急医学講座　**梶野健太郎**

LS8-1 救急搬送の Safety Innovation
もっと Smart に - Technology がもたらす医療従事者の
負担軽減と患者安全
国士舘大学　救急システム研究科　**田中　秀治**

LS8-2 Peri-shock pause time を最小限にする救急現場活動
明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　**原　貴大**

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 26（PD26）　13：50 ～ 15：20

「現場のニーズに応える異常値報告とは」

座長　イムス横浜東戸塚総合リハビリテーション病院　検査科　**荒井　利章**
浜松医科大学医学部　腫瘍病理学講座　**酒井　康弘**

PD26-1（MT） 異常値結果報告　～本当に必要な結果報告とは～
…… 鹿児島大学病院　検査部　中村　政敏

PD26-2（MT） 凝固検査の異常値報告－臨床検査技師が考慮すべき背景要因とは－
…… 京都大学医学部附属病院　検査部　大前　星佳

PD26-3（D） 多くの救急医は「溶血」の重症性に気が付いていない
…… 大阪大学医学部附属病院　救命救急科　梅村　穣

PD26-4（MT） 臨床推論に基づく異常値報告から
自ら次への行動が出来る臨床検査技師とは
…… 医療法人徳洲会名古屋徳洲会総合病院　検査科　河井　伸午

PD26-5（D） 救急医療はチーム医療　臨床検査技師に求められるもの
…… 藤田医科大学　救急総合内科　渡瀬　剛人

シンポジウム 22（SY22）　15：30 ～ 17：00

「くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記」

座長　京都第二赤十字病院　薬剤部　**川島　裕明**
八戸市立市民病院　救命救急センター　**吉村　有矢**

SY22-1（D） 感染症等危機対応医薬品（MCM）の確保に関する
厚生労働省の取り組みについて
…… 厚生労働省　健康・生活衛生局　感染症対策課　小谷　聡司

SY22-2（D） 沈降破傷風トキソイド出荷停止に対する当院の対応からみた課題
…… 兵庫県立西宮病院　救命救急センター　中川　雄公

SY22-3（P） 破傷風トキソイド、フェンタニル供給不足時の取り組み
…… 京都第一赤十字病院　薬剤部　柏原　陽平

SY22-4（P） フェンタニル供給制限下における
レミフェンタニル導入の当センターの取り組み
……地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター　薬局　片山　侑紀

SY22-5（P） くすりの供給不足時代における救急診療継続戦略 - 薬剤科の取り組み
…… 堺市立総合医療センター　薬剤科　山本　弘平

■第 4 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1001）

ハイライトセッション 5（HS5）　8：30 ～ 9：30

「院外心停止」

座長　Support Book 研究会　**大河原治平**
大阪公立大学　医学研究科　救急医学　**西村　哲郎**

HS5-1（TH） 愛知県内のコミュニティバスにおける AED 設置状況について
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科　西村　博章

HS5-2（E） Jr メディカルラリーによる救急啓発の多角的効果
…… 蓮田市消防本部　消防総務課　茅野　俊幸

HS5-3（E） 救急隊員の CPR の質改善システム構築における課題
～ HP-CPR コース受講者アンケートからの示唆～
…… 白山野々市広域消防本部　鶴来消防署　髙田　康平

HS5-4（E） 救急要請時の通報者による通報前 CPA 認知に係る分析
～口頭指導及びバイスタンダー CPR 改善施策の検討～
…… 泉州南消防組合泉州南広域消防本部　警防部指令課　木村　信広

HS5-5　演題取り下げ

HS5-6（D）　心肺蘇生後の高次脳機能障害に対し、長期にわたる
包括的リハビリテーションにより社会復帰可能となった一例
…… 洛和会音羽リハビリテーション病院　内科　福山　香詠

パネルディスカッション 27（PD27）　9：40 ～ 11：10

「救急救命士の教育体制の現状と課題」

座長　明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　**上久保　敦**
大阪市消防局　救急部　救急課　**武本　泰典**

PD27-1（E）　当院における病院救命士認定制度の構築
…… 地方独立行政法人りんくう総合医療センター　救命初療／手術室　西原　帆風

PD27-2（D）　三重県における指導救命士制度は充実したか - 未だ道半ばか
…… 日本赤十字社伊勢赤十字病院　救命救急センター　災害医療部／
三重県救急搬送医療連携協議会　メディカルコントロール専門部会　説田　守道

PD27-3（E）　当院における病院救命士教育体制の構造化と進捗可視化の取り組み
～到達基準明確化と進捗共有体制の構築～
…… 医療法人徳洲会大和徳洲会病院　看護部　救急外来　楳座　憲正

PD27-4（D）　民間救命士の教育体制再考～個人の管理からシステムの管理へ～
…… 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

PD27-5（E）　指導救命士が消防署で活躍する屋根瓦式教育体制の構築
…… 堺市消防局　救急部　救急ワークステーション　阪井　　雅

PD27-6（D）　我が国における救急救命士の教育の歴史とこれからの将来像
…… 全国救急救命士教育施設協議会　代表理事　田中　秀治

パネルディスカッション 28（PD28）　13：50 ～ 15：20

「小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題」

座長　国立成育医療研究センター　救急診療部　**天笠　俊介**
信州大学医学部　救急集中治療医学教室　**問田　千晶**

PD28-1（D）　全国消防本部アンケート調査から見えた
小児緊急度判定基準の現状と課題
…… 日本臨床救急医学会　小児救急員会　余湖　直紀

PD28-2（D）　全国ウツタイン統計データによる小児特定行為に関する調査報告
…… 九州大学病院　救命救急センター／
日本臨床救急医学会　小児救急委員会　河野　　淳

PD28-3（D）　小児救急搬送と特定行為の実施状況：
地方消防本部における 10 年間の後方視的調査
…… 長野県立こども病院　小児集中治療科　田中　大貴

PD28-4（D） 救急救命士の処置範囲の拡大：
アナフィラキシーに対するエピペンの実証事業について
……救急振興財団救急救命東京研修所／
厚生労働科学研究「救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究」
研究班　田邉　晴山

PD28-5（E） 救急救命士養成教育（民間）における小児科領域教育の現状と課題
…… 愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科
救急救命学専攻　福岡　範恭

PD28-6（D） 小児病院前救護トレーニングコース PPMEC の現状と
課題・今後の展望
…… 兵庫県立尼崎総合医療センター　小児救急集中治療科　山上　雄司

PD28-7（E） 岡山大学病院における病院救命士の小児救急教育体制
…… 岡山大学病院　救命救急科　佐々木史哉

パネルディスカッション 29（PD29）　15：30 ～ 17：00

「高齢者救急・救急終末期における看護師の役割」

座長　医療法人久仁会宇都宮病院　看護部　**芝田　里花**
大阪医科薬科大学病院　看護部　**八尾みどり**

PD29-1（N） 慢性疾患を有する独居高齢者の繰り返す救急要請の 1 事例における
背景要因の探索と看護職への期待
……広島大学大学院医系科学研究科／
にじのはな株式会社　にじのはな在宅看護センター　井村　春香

PD29-2（N） 救急外来における理想と現実の狭間で実践する
終末期患者・家族への意思決定支援
…… 高知医療センター　救急外来・中央診療　岡林　志穂

PD29-3（N） 救命の限界と家族の願いの狭間で揺れる意思決定支援
―突然の別れに直面する家族への看護介入と倫理的葛藤―
…… 地方独立行政法人東京都立墨東病院　看護部　鈴木　寛代

PD29-4（N） 救急終末期における家族の代理意思決定支援と看護師の役割
…… 山口大学大学院医学系研究科　臨床看護学講座　山本小奈実

PD29-5（N） 三次救急医療における患者・家族との共同意思決定
（shared decision making:SDM）と看護師の役割
…… 岡山大学病院　入院棟西 3 階　EICU　三橋　乙矢

■第 5 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1002）

ハイライトセッション 6（HS6）　8：30 ～ 9：30

「少子高齢化社会」

座長　国士舘大学大学院　救急システム研究科　**喜熨斗智也**
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　**松岡　哲也**

HS6-1（D）　社会実装された動画救急通報 (Live119) の実態
…… 日本医科大学　千葉北総病院　救命救急センター／
日本医科大学　救急医学教室　本村　友一

HS6-2（O）　ひとり親世帯における救急搬送要請の特徴
…… 神戸大学経済学部　経済学科　山岡　　淳

HS6-3（D）　まごころネット八王子の空床情報共有システム
「まごころベッド」の実証報告
…… 医療法人社団永生会南多摩病院　救急科　登坂　直規

HS6-4（D）　いま一度「救急搬送患者の初診時傷病程度」の " 定義再考 " を
…… 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　救急科　太田　　友

HS6-5（D）　エビデンスに基づく「Less is more」による持続的な救急医療の構築
…… 獨協医科大学埼玉医療センター　救急医療科　河間　俊成

HS6-6（D）　救急クリニックを基盤とした少子高齢化時代の
持続可能な救急医療モデル
…… 松岡救急クリニック　救急科　松岡　良典

シンポジウム 23（SY23）　9：40 ～ 11：10

「日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―」

座長　大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**酒井　智彦**
大阪市消防局　救急部　救急課　**橋口　順一**

SY23-1（N）　多職種で " 共通判断 " を育てるシミュレーション教育
日常と非日常をつなぐラリー型チーム医療教育モデル
…… 医療法人徳洲会宇治徳洲会病院　高度救命救急センター　山口　高巧

SY23-2（D）　大阪府における被ばく医療人材育成 e ラーニングの実践
…… 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター　ER・救命救急科　下野圭一郎

SY23-3（D）　倒壊建物からの救助医療を「非日常」にしない
―消防団から災害医療チームまでを繋ぐ体系的教育の構築―
…… 日本医科大学多摩永山病院　救命救急科／
国際緊急援助隊　救助チーム医療班／
日本医科大学　救急医学教室　阪本　太吾

SY23-4（E） CBRNE 災害に係る研修会について
～「千葉連携」を通じた関係機関連携の広がり～
…… 千葉市消防局　警防部　警防課　小林　純也

SY23-5（D） 地域協働に基づく災害初動連携体制の実装
―泉佐野保健所災害時保健医療体制構築ワーキングの取り組み―
…… りんくう総合医療センター　危機管理室・救命診療科　成田麻衣子

SY23-6（D） 常と非日常をつなぐ自衛隊医官の役割
― 救急医のミッドキャリアとしての公募医官制度 ―
…… 自衛隊中央病院　リハビリテーション科・救急科　永田　高志

シンポジウム 24（SY24）　13：50 ～ 15：20

「急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性」

座長　公立陶生病院　臨床工学部　**春田　良雄**
山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　**藤田　基**

SY24-1（CE） 重症一酸化炭素中毒に対する第 2 種高気圧酸素治療の現状と課題
…… 東北大学病院　診療技術部　臨床工学部門　菱田　良介

SY24-2（CE） 間歇型一酸化炭素中毒に対する高気圧酸素療法の経験
…… 医療法人徳洲会松原徳洲会病院　臨床工学科　石村　仁志

SY24-3（D） 第 2 種 HBO 装置を有する高度救命救急センターにおける
一酸化炭素中毒治療
…… 鳥取大学医学部附属病院　高度救命救急センター　吉岡　早戸

SY24-4（D） 急性一酸化炭素中毒に対する
高気圧酸素治療回数決定におけるトロポニン T 活用
…… 京都大学医学部附属病院　初期診療救急科　杉本　悠

SY24-5（D） 急性 CO 中毒 HBOT の提供体制：自施設実施の限界
…… 聖路加国際病院　救急科・救命救急センター　大谷　典生

SY24-6（D） 急性一酸化炭素中毒への
高気圧酸素治療のエキスパートコンセンサスの構築
…… 山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　藤田　基

シンポジウム 25（SY25）　15：30 ～ 17：00

「救急現場と病院をつなぐ“社会的救命”の実践
～救急隊と MSW の連携が生み出す支援のかたち～」

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**
大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　**福森　優司**

SY25-1（E） 「社会的救命」のためのアセスメントシートの開発
－救急隊と MSW の連携における成果と課題－
…… 大阪市消防局　水上消防署　三木　大輔

SY25-2（MS） 病院前情報を起点とした社会的救命連携モデルの構築と有用性の検討
…… 国立病院機構大阪医療センター　医療福祉相談室　太田　裕子

SY25-3（E） 救急現場からはじめる社会的救命
…… 小豆地区消防本部　消防防災課　山本　翔

SY25-4（MS） 小豆島の救急医療と福祉～ ESW として～
…… 小豆島中央病院　地域連携室　谷　峰穂

SY25-5（MS） 救命救急センターにおける ESW の社会的救命に対する取り組み
～救急救命士との連携を通じて～
…… 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

SY25-6（D） 救急隊と MSW と ER スタッフの連携によって、
頻回の救急要請は抑制できる
…… トヨタ記念病院　救急科　西川　佳友

■第 6 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1004）

パネルディスカッション 30（PD30）　8：30 ～ 10：00

「救急医療におけるエビデンス定着への挑戦 —“ 橋渡し救急ナース ” の取り組みと多職種の視点」

座長　大阪医科薬科大学　看護学部　看護学科　**赤崎　芙美**
令和健康科学大学　看護学部　看護学科　**増山　純二**

PD30-1（N） エビデンスを現場に “ 橋渡しする看護師 ” とは
～スタッフの共感を得て組織文化を変えるプロセス
…… 大阪医科薬科大学　看護学部　看護学科　赤崎　芙美

PD30-2（N） 臨床現場におけるエビデンス定着への道のり
～実体験を通して専門看護師の視点から～
…… 医療法人社団顕鐘会神戸百年記念病院　救急部　山本　克英

PD30-3（N） エビデンスを実践へ橋渡しする看護師の役割
— 多職種協働による知識翻訳の実際 —
…… 東京女子医科大学病院　看護部　山崎　千草

PD30-4（N） 救急・クリティカルケアにおける看護実践を問い直す
— エビデンスと実践をつなぐ学びの場づくり —
…… 大阪医科薬科大学病院　看護部　八尾みどり

PD30-5（CE） 専門知識はどのように現場で共有されるのか
- 臨床工学技士の立場から見た橋渡しナースへの期待 -
…… 独立行政法人国立病院機機構名古屋医療センター　臨床工学部　髙木　淳志

□演 7（O7）　10：10 ～ 11：10

「薬剤師」

座長　大分市医師会立アルメイダ病院　薬剤部　**有松麻友香**
東北大学病院　薬剤部　**千葉　僚**

O7-1（P）　SSRI との薬物相互作用に着目した救急病棟薬剤師の介入により MRSA 感染症治療が適正化した一例
…… 東北大学病院　薬剤部　千葉　僚

O7-2（P）　持続的血液濾過透析施行中のバンコマイシンクリアランス評価方法の検討
…… 千葉大学医学部附属病院　薬剤部　鈴木　達也

O7-3（P）　インターネット購入によるトリカブト中毒の 1 例 ～実際の販売元から購入した成分分析～
…… 日本医科大学多摩永山病院　薬剤部／明治薬科大学　治療評価学／明治薬科大学　臨床漢方／日本医科大学多摩永山病院　救命救急科　渡辺　圭

O7-4（P）　外傷性頸髄損傷に合併したハエ症に対するイベルメクチン適応外使用の 1 例
…… 近畿大学病院　薬剤部　天羽　一騎

O7-5（P）　ER 専任薬剤師の介入による抗凝固薬拮抗薬の Door-to-Treat Time の短縮効果の検討
…… 聖マリアンナ医科大学病院　薬剤部　宿谷　光則

O7-6（P）　SGLT2 阻害薬による正常血糖糖尿病ケトアシドーシス (euDKA) に対し、薬剤師の介入が早期診断に寄与した一例
…… 地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館　薬剤部　八頭司正稔

O7-7（P）　ER 薬剤師介入及び在庫導入によるアンデキサネットアルファ投与開始時間への影響
…… 札幌東徳洲会病院　薬剤部　成田　拓弥

O7-8（P）　薬剤師による救急病棟入院患者に対する 24 時間体制の服薬歴確認の有用性
…… 医療法人社団洛和会　洛和会音羽病院　薬剤部　岩内　大佑

シンポジウム 26（SY26）　13：50 ～ 14：50

「医療関連機器褥瘡発生ゼロに挑む！　～多職種で取り組む命を救うスキンケア～」

座長　医療法人幸優会訪問看護ステーション Pono　看護部　**志村　知子**
大阪市立総合医療センター　救命救急センター　**福家　顕宏**

SY26-1（N）　救急医療における MDRPU 予防の実践と課題
…… 大阪急性期・総合医療センター　看護部　救急病棟　大口　理恵

SY26-2（N）　特定看護師と管理者の立場から取り組む MDRPU 予防の推進
…… 関西医科大学総合医療センター　看護部　上田奈緒美

SY26-3（N） 小児専門病院における医療関連機器褥瘡予防
―救命と同時に傷を残さない医療を目指して―
…… 地方独立行政法人静岡県立病院静岡県立こども病院 看護部 中村 雅恵

SY26-4（N） 医療関連機器褥瘡の発生事例から考える看護管理者としての取り組み
…… 近畿大学病院 看護部 救命救急センター 村上 香織

パネルディスカッション 31（PD31） 15：30 ～ 17：00

「救急現場デビュー：若手 CE が乗り越えた初めての“非常時”」

座長 東京慈恵会医科大学附属柏病院 臨床工学部 **石井 宣大**
一般財団法人永頼会松山市民病院 臨床教育室 **永渕 克弥**

PD31-1（CE） 言葉が出ない瞬間から：若手 CE の初動対応と踏み出すきっかけ
…… 埼玉医科大学総合医療センター 臨床工学部 塩原 結衣

PD31-2（CE） 若手 CE が学んだ初動対応の実情
…… 東京慈恵会医科大学附属柏病院 臨床工学部 富樫 玲奈

PD31-3（CE） 単独当直体制下における ECMO 初動対応の経験
…… 公立陶生病院 臨床工学部 臨床工学室 安江 優希

PD31-4（CE） 当院の体制から経験した救急対応
…… JA 愛知厚生連豊田厚生病院 臨床工学室 菅森 歩

PD31-5（CE） 補助循環の緊急導入を経験して見えた課題
…… 大阪急性期・総合医療センター 臨床工学部門 川端 輝

PD31-6（CE） VA-ECMO 導入時の低灌流、
人工肺内圧上昇への ME の気づきによる迅速かつ安全な回路交換
…… 市立函館病院 臨床工学科 菊池 晴斗

■第 7 会場（大阪国際会議場 10F 会議室 1005）

シンポジウム 27（SY27） 8：30 ～ 10：00

「ER における医療ソーシャルワーカーの役割
～治療だけでは終わらない 社会的課題へのアプローチ～」

座長 トヨタ自動車株式会社 トヨタ記念病院
患者支援センター 医療社会福祉グループ **浅野正友輝**
大阪大学医学部附属病院 救命救急科 **梅村 穣**

SY27-1（MS） ER における MSW の実践報告 ～社会的課題に対する支援の現状～
…… トヨタ記念病院 患者支援センター 医療社会福祉グループ 吉田裕美子

SY27-2（MS） 救急外来における MSW の早期介入体制の構築
～社会的救命の入り口を担う実践～
…… 市立東大阪医療センター 地域医療連携室 上中 千晶

SY27-3（MS） 限りある時間の中でのソーシャルワークの取り組み
～三次救急医療機関のソーシャルワーカーの実践～
……独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター
患者サポートセンター　髙橋　紀貴

SY27-4（MS） 大学病院の救命救急センターにおける MSW の多層的役割
…… 京都大学医学部附属病院　地域ネットワーク医療部　小椋奈津子

SY27-5（MS） 2 次救急現場における短期型支援の実践報告
…… JCHO 東京山手メディカルセンター　医療総合支援部　柳田　千尋

□演 8（O8）　10：10 ～ 11：10

「(ドクターカー) 診療・診療支援」

座長　防衛医科大学校　外傷研究部門　**青木　誠**
和歌山県立医科大学　救急集中治療医学講座　**柴田　尚明**

O8-1（E） 病院前情報から敗血症性ショックを疑うための探索的検討
…… 東京消防庁　救急部　救急管理課／
杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター　小笠原崇将

O8-2（D） 寒冷地での都市型捜索救助現場における加温輸液方法の検討
…… 都立広尾病院　総合救急診療科　城川　雅光

O8-3（E） 救急車出動途上ヒヤリハット事例における環境条件と事故発生の検討
…… 日本医科大学付属病院　救命救急科　髙橋　健

O8-4（E） 救急救命士の処置範囲拡大実証事業介入期間中、
訪日外客に自己注射が可能なアドレナリン製剤を投与した一例
…… 東京消防庁救急部　救急指導課　櫛引　健史

O8-5（E） 救急支援システム「smart119」を活用した
ドクターカー要請時情報共有
…… 太田西ノ内病院　救命救急センター／
総合南東北病院　救命救急科　腹子　歩夢

O8-6（D） ドクターヘリによる緊急外来搬送が救命に寄与した
心タンポナーデの 1 例と当県における搬送症例の検討
…… 前橋赤十字病院　集中治療科・救急科　水野　雄太

O8-7（D） Undertriage により Trauma Team Activation（TTA）宣言が
遅延した銃創の 1 例
…… 山梨県立中央病院　救急科　土屋　翔平

O8-8（E） MC 医師監修のもと指導救命士を活用した実習体制の構築について
～エピペン対象拡大に関する実証事業～
…… 泉州南消防組合泉州南広域消防本部　警防部救急課　向井　秀之

□演９（O9）　13：50 ～ 14：50

「CPA」

座長　高槻病院　救急科　**秋元　寛**
島根大学医学部附属病院　高度外傷センター　**安藤　彰俊**

O9-1（E）　院外心停止患者転帰における人口高齢化の若年者への波及効果：横断的マルチレベル研究
…… 日本救急システム株式会社　勝浦救急事業部　大谷　浩史

O9-2（E）　病院外心停止に対する二次救命処置の活動方針変更と傷病者予後の関連 - 船橋市を対象にしたコホート研究
…… 船橋市消防局　船橋市消防局／国士舘大学大学院　救急システム研究科　伊藤　悟

O9-3（O）　公共施設職員が院外心停止予後に及ぼす効果：傾向スコア重み付けおよび機械学習による効果異質性の定量化
…… 明治国際医療大学　救急救命学講座／和歌山県立医科大学医学薬学総合研究科　救急・集中治療医学講座　久保　敦士

O9-4（E）　熊本市消防局におけるアドレナリン投与プロトコル改定の効果検証
…… 熊本市消防局　警防部救急課　池松　慎吾

O9-5（E）　偶発性低体温患者に対する特定行為と社会復帰の関連 ～救急隊による処置の後ろ向き研究～
…… 札幌市消防局　警防部救急課　小野寺政幸

O9-6（D）　窒息による院外心停止における病院前自己心拍再開と低灌流時間が転帰に及ぼす影響
…… 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

O9-7（D）　機械的胸骨圧迫中の毛細血管血流観察 ～毛細血管血流スコープは末梢循環評価に寄与するか？～
…… 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　飯島　章子

O9-8（N）　多職種連携による ECPR プロトコル構築と DTET 短縮への寄与
…… 東京慈恵会医科大学附属柏病院　看護部　代々城千代子

■第 8 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1006-1007）

教育講演 4（EL4）　8：30 ～ 9：30

「PEMEC インストラクターの心得」

座長　関西労災病院　救命救急科　**高松　純平**
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科
救急救命学専攻　**福岡　範恭**

EL4-1（D）
関西労災病院　救命救急科　**高松　純平**

EL4-2（E）
愛知淑徳大学　健康医療科学部　スポーツ・健康医科学科
救急救命学専攻　**福岡　範恭**

EL4-3（D）
山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　**藤田　基**

EL4-4（E）
下関市消防局　情報指令課　**長岡　敏信**

パネルディスカッション 32（PD32）　9：40 ～ 10：40

「救急外来における重症患者の安全な体位変換・移動：
多職種協働による実践的アプローチ」

座長　大阪大学医学部附属病院　救命救急科　**入澤　太郎**
北播磨総合医療センター　臨床工学室　**小松　義輝**

PD32-1（N） 当院における腹臥位療法のお作法
～声をそろえると、安全がそろう～
…… 徳島赤十字病院　看護部　江﨑　留奈

PD32-2（TH） 理学療法士の視点からみた医療者と患者にとって
安全かつ効果的な体位変換について
…… 大阪急性期・総合医療センター　医療技術部　セラピスト部門　高尾　弘志

PD32-3（CE） 医療機器を装着した患者の移動や
体位変換時の臨床工学技士の視点について
…… 森ノ宮医療大学　医療技術学部　臨床工学科　藤江　建朗

PD32-4（CE） 重症患者の安全な体位変換・移動における臨床工学技士の役割
…… 森ノ宮医療大学　医療技術学部　臨床工学科　中村　有希

併設コース　10：50 ～ 12：20

「ICLS ブラッシュアップセミナー『G2025 に合わせた ICLS の指導内容について』」

座長　埼玉医科大学病院　救急科　髙平　修二
岩手県立中部病院　外科・災害医療科・救急医療科　邑田　悟

ICLS-1（D）　BLS の指導内容
…… 健和会大手町病院　救急科／救急救命九州研修所　畑中　哲生

ICLS-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　ICU　真弓　俊彦

ICLS-3（D）　ICLS コースのための JRC 蘇生ガイドライン 2025 EIT 改定ポイント
…… 中濃厚生病院　救命救急センター　名知　祥

ICLS-4（D）　国際蘇生ガイドライン 2025 に合わせた ICLS の指導内容について
―ILCOR CoSTR 2025 および JRC GL2025 を踏まえた
教育戦略の再構築―
…… 横浜市立大学　医学部　救急医学教室　小川　史洋

ICLS-5（E）　ICLS コース事前学習用資料動画撮影における救急救命士の役割
……埼玉医科大学病院　足助　和真

ICLS-6（D）　ここが変わる第 6 版！参考文献も読んでみよう
～ ICLS コースガイドブック編集秘話～
…… 旭川医科大学　救急医学講座　丹保亜希仁

パネルディスカッション 33（PD33）　13：50 ～ 14：50

「『災害対応における常設型専従対応室は医療に必要か？』
～行政・消防の危機管理室の実態から学ぶ、医療における設置の利点と課題～」

座長　神戸赤十字病院　放射線科部　中田　正明
国立健康危機管理研究機構ＤＭＡＴ事務局　松田　宏樹

PD33-1（O）　平時における危機管理室の役割
…… 大阪市危機管理室　危機管理課　木村　賢次

PD33-2（D）　大阪府における災害時の医療提供体制について
……大阪府　健康医療部　保健医療室　医療・感染症対策課　信藤　麻友

PD33-3（N）　備え（BCP）を運用（BCM）へ繋ぐための専従人材の創出
～災害対応 first ペンギンとしての実践から ～
…… 大阪急性期・総合医療センター　災害対策室　仲桝　哲

PD33-4（D）　オールハザードに対応する病院危機管理室の構築
― 多機関連携を基盤とした持続的危機管理体制 ―
…… りんくう総合医療センター　危機管理室　成田麻衣子

PD33-5（D）　地域中核病院における「災害対策準備室」設置の利点と課題
…… 信州大学医学部　救急集中治療医学　今村　浩

シンポジウム 28（SY28）　14：55 ～ 15：55

「学校での救命教育の課題と未来」

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**
東京科学大学病院　救命救急センター　**藤江　聡**

SY28-1（D）　医療者が主導する学校における心肺蘇生教育の社会実装
～ KURUME MODEL の挑戦～
…… 久留米大学　心臓・血管内科／
久留米大学病院　高度救命救急センター　CCU　大塚　麻樹

SY28-2（O）　学校内心肺停止事例における心理的影響と支援の検討
―養護教諭の体験を通して―
…… 学校法人滝学園滝中学校滝高等学校　養護教諭　加藤　晃子

SY28-3（O）　子ども達の命を守るために―遺族の立場から学校救命教育に望こと―
…… 株式会社　松前木材店　専務取締役　前重　壽郎

SY28-4（O）　教員養成学部発・幼稚園から大学までの救命講習実践：
医学部なき大学における講師養成と全学展開への試み
…… 埼玉大学　教育学部　関　由起子

SY28-5（O）　ASUKA モデルと小学校からの救命教育の推進
～　学校の危機管理及び救命教育の現状と課題　～
…… 公益財団法人日本 AED 財団理事 /
元さいたま市教育委員会教育長　桐淵　博

パネルディスカッション 34（PD34）　16：00 ～ 17：00

「臨床救急 IPE セッション　―この症例を各職種はどう対応する？―」

座長　森ノ宮医療大学　医療技術学部　臨床工学科　**藤江　建朗**
大阪国際メデイカル＆サイエンスセンター
大阪警察病院　ER・救命救急センター　**水島　靖明**

PD34-1（N）　看護師の耳は地獄耳！？　拾い上げる看護
～　断片情報からチーム医療を起動する ICU へ～
…… 徳島赤十字病院　看護部　江﨑　留奈

PD34-2（MT）　救急臨床検査技師の目線
…… 京都桂病院　検査科　横山　健輔

PD34-3（R）　診療放射線技師の一人前とは？（救急領域における急性冠症候群編）
…… 大阪大学医学部附属病院　医療技術部　放射線部門／
大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　渡邊　朋哉

PD34-4（CE）　救急外来での臨床工学技士の役割
…… 北播磨総合医療センター　診療支援部　臨床工学室　小松　義輝

PD34-5（TH）　急性心筋梗塞患者の CCU 入室後のリハビリテーションと多職種連携
…… 大阪急性期・総合医療センター　リハビリテーション科　竹井　英人

■第 9 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1008）

パネルディスカッション 35（PD35）　8：30 ～ 10：00

「救命救急センターの医療機器管理はできている？」

座長　東北大学病院　診療技術部　臨床工学部門　**小笠原亮太**
公立陶生病院　臨床工学部　**春田　良雄**

PD35-1（CE） 救命救急センターの医療機器管理は十分か
— 臨床工学技士の役割と体制整備の課題 —
…… 公益社団法人日本臨床工学技士会　常任理事　木村　政義

PD35-2（CE） 救急外来における高度医療機器トラブル即応体制の構築
— 高度救命救急センター常駐臨床工学技士の役割 —
…… 岡山大学病院　臨床工学センター　岡田　真澄

PD35-3（CE） 東京慈恵会医科大学附属病院救命救急センターにおける
医療機器管理の現状と課題
…… 東京慈恵会医科大学附属病院　臨床工学部　川尻　将守

PD35-4（CE） 当院救急外来における医療機器管理の課題と
医療 DX を活用した管理体制改善の検討
…… 市立ひらかた病院　診療局麻酔科　臨床工学技士室　竹下　太郎

PD35-5（CE） 救命救急センターにおける医療機器管理体制の理想と現実
…… 公立陶生病院　臨床工学部　樋口　知之

ハイライトセッション 7（HS7）　10：10 ～ 11：10

「院内救命士 2」

座長　日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院　救急科　**稲田　眞治**
東京女子医科大学附属足立医療センター　救命救急センター
救急医療科　**岩﨑　恵**

HS7-1（D） 病院救命士は大学病院において必要な職種である！
…… 滋賀医科大学医学部　救急集中治療医学／
滋賀医科大学医学部附属病院　救急・集中治療部　塩見　直人

HS7-2（E） 病院救急救命士の搬送業務への取り組みと特定行為認定制度の課題
…… 医療法人徳洲会　神戸徳洲会病院　救急救命士科　秋田健太郎

HS7-3（E） 病院救命士の専門性確立とキャリアパスの提言：
大学院教育を活用した認定制度と救命士版ダブルボードの構想
…… 昭和医科大学病院　総合・救急診療科／
東京医科大学　基礎社会医学系　法医学分野　佐藤　大地

HS7-4（D） 医療機関に所属する救命士が行う特定行為の研修・認定は
誰が担うべきか ～兵庫県における現状を中心に～
…… 兵庫県災害医療センター　救急科／兵庫県 MC 協議会　石原　諭

HS7-5（D） 医療機関に所属する救急救命士の気管挿管実施認定に向けた
長崎県の取り組み
…… 佐世保市総合医療センター 救急集中治療科 平尾 朋仁

HS7-6（E） 病院救急救命士の教育体制の模索
～滋賀県内の病院救急救命士団体を設立してみて～
…… 長浜赤十字病院 救急科部救急救命課 谷村 仁志

ランチョンセミナー 9（LS9） 12：30 ～ 13：30

座長 独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター **一ノ瀬嘉明**

LS9 急性期外傷診療における人と AI の
コラボレーションによる画像診断最前線
～ AI の活用ポイントと人が担い続けるべき役割～
地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター **岡田 直己**

共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

パネルディスカッション 36（PD36） 13：50 ～ 15：20

「重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）」

座長 東京慈恵会医科大学附属柏病院 臨床工学部 **石井 宣大**
大阪市立総合医療センター 救命救急センター **林下 浩士**

PD36-1（CE） 当院の体外循環式心肺蘇生法における臨床工学技士の役割
…… 済生会熊本病院 臨床工学部門 西別府飛鳥

PD36-2（CE） 救命医療における臨床工学技士としての関わり
－ ECMO・血液浄化を通じた治療参画 －
…… 日本大学病院 臨床工学室 山中 光昭

PD36-3（CE） 急性期医療の臨床工学技士の役割と責務～原点から頂点、その先へ～
…… 東京医科大学病院 臨床工学部 上岡 晃一

PD36-4（CE） 多量カフェイン摂取による急性中毒の 2 症例
-- 治療経過と臨床工学技士の関与 --
…… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 臨床工学科 開 正宏

PD36-5（D） 失神を繰り返す特発性血小板減少性紫斑病患者の治療経験
…… 関西医科大学総合医療センター 脳神経外科 岩瀬 正顕

PD36-6（D） 統合オミクスと AI 解析による敗血症サブタイプ同定と個別化治療戦略
…… 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 松本 寿健

日本救急撮影技師認定機構　指定講習会（JERT）　15：30 ～ 16：30

座長　国立病院機構盛岡医療センター　放射線科　**高橋　大樹**

JERT（R）　臨床に活かす救急画像所見クイズ：
見落としを防ぐための視点とアプローチ
一宮市立市民病院　放射線技術室　**山田　晃弘**

■第 10 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1009）

シンポジウム 29（SY29）　8：30 ～ 10：00

「外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ」

座長　済生会横浜市東部病院　放射線部　**稲垣　直之**
島根大学医学部附属病院　高度外傷センター　**比良　英司**

SY29-1（R）　老兵が伝えておきたい救急領域の一般撮影技術
…… 社会医療法人財団大和会武蔵村山病院　放射線室　森　剛

SY29-2（R）　外傷診療における CT 画像診断・支援の実際
…… りんくう総合医療センター　診療支援局　放射線部門　藤村　一郎

SY29-3（R）　外傷に対する IVR での画像支援と当院の運用・取り組み
…… 東北大学病院　診療技術部　放射線部門　羽鳥　伸哉

SY29-4（R）　ハイブリッド ER における診療放射線技師の役割と
外傷診療の質向上への取り組み
…… 島根大学医学部附属病院　放射線部　金山　秀和

SY29-5（D）　外傷診療における Hybrid ER での術前 CT の有用性の検討
……大阪急性期・総合医療センター　竹原　千夏

ハイライトセッション 8（HS8）　10：10 ～ 11：00

「多職種連携」

座長　熊本大学病院　薬剤部　**城野　博史**
大阪府済生会千里病院　千里救命救急センター　**林　靖之**

HS8-1（E）　幸帽児施設外分娩例からみた
救急救命士初期対応と産科・小児科側との連携における課題
…… 弘前地区消防事務組合　東消防署北分署　相馬進之介

HS8-2（CE）　急ぐ救急現場にて臨床工学技士が役に立てること
…… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院　臨床工学科　開　正宏

HS8-3（CE）　救急医療における臨床工学技士の可能性～存在感が増している !? ～
…… 兵庫県立こども病院　診療部　安達　一眞

HS8-4（D） 脳ヘルニアを呈していたが Hybrid ER system 内での
多職種連携により救命した急性硬膜下血腫の一例
…… 札幌東徳洲会病院 脳神経外科／
旭川医科大学 脳神経外科学講座 高橋 未来

HS8-5（MS） 死後の尊厳に配慮した支援
…… SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 地域医療連携課 原 一正

ランチョンセミナー 10（LS10） 12：30 ～ 13：30

「救急 ICU における医師×薬剤師の連携 - レミフェンタニルによる安全な鎮痛管理を考える -」

座長 日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部 **今井 徹**

LS10-1 セミクローズド ICU でレミフェンタニルに安全に移行するために
岐阜大学大学院 医学系研究科 救急・災害医学分野 **北川雄一郎**

LS10-2 救命救急センターにおけるレミフェンタニル導入
～薬剤師としての関わり～
大阪急性期・総合医療センター 薬局 **綛谷 哲也**

共催：丸石製薬株式会社

パネルディスカッション 37（PD37） 15：30 ～ 17：00

「G2025 を踏まえたバイスタンダーサポート体制」

座長 中濃厚生病院 救命救急センター **名知 祥**
広島市消防局 西消防署 **松永 真雄**

PD37-1（D） JRC 蘇生ガイドライン 2025 におけるバイスタンダーサポート体制
…… 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

PD37-2（E） バイスタンダーのサポートについて～相談内容からの考察～
…… 小牧市消防本部 尾張中北消防指令センター 田島 典夫

PD37-3（O） 救命講習と実際の救命現場のギャップ
～バイスタンダー体験からの提言～
…… 日本 AED 財団 長野 庄貴

PD37-4（D） バイスタンダーの心的サポートのための教育者および
周囲の人向けの冊子制作と展開のための課題
…… 千葉市立海浜病院 救急科／
NPO 法人ちば救命・AED 普及研究会 本間 洋輔

PD37-5（E） 救命講習におけるバイスタンダーの心的ストレスに対する
教育の効果検証
…… 広島市消防局 中消防署 勇 将太郎

PD37-6（O） バイスタンダーサポート体制の構築に向けた大阪市消防局の取組
～誰もが安心して救命活動を行える社会へ～
…… 大阪市消防局　救急部　塩谷　壮史

PD37-7（E） 応急手当後のバイスタンダーの心身の反応と支援に関する検討
…… 奈良市消防局　救急課　川﨑　知美

PD37-8（E） 「大津市消防局バイスタンダーサポート事業」の立ち上げについて
…… 大津市消防局　警防課　救急高度化推進室　今井　徳彦

■第 11 会場（大阪国際会議場　3F　イベントホール E）

パネルディスカッション 38（PD38）　8：30 ～ 10：00

「持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
― 院内連携・地域連携・人材育成の三拍子」

座長　埼玉医科大学総合医療センター　外傷センター　**井口　浩一**
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　**中尾　彰太**

PD38-1（D） Subspecialty 救急医を軸とした持続可能な救急整形外傷診療体制
―症例集積と機能回復の両立―
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　中堀　泰賢

PD38-2（D） 救命救急科と整形外科の融合が支える持続可能な
救急整形外傷診療体制
…… 堺市立総合医療センター　救命救急科　川本　匡規

PD38-3（D） 大腿骨近位部骨折に対するチーム治療
―多職種・多診療科連携による早期手術と二次骨折予防の取り組み―
…… 山梨県立中央病院　整形外科　江口　英人

PD38-4（D） 救命救急センターへの整形外傷チーム参入　～広島大学での試み～
…… 広島大学病院　整形外傷講座　大饗　和憲

PD38-5（D） 持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
～ 10 年以上に渡る当センターでの取り組み～
…… 埼玉医科大学総合医療センター　高度救命救急センター
外傷センター　森井　北斗

PD38-6（N） 持続可能な整形外傷診療を支える院内連携
―特定看護師の継続的介在―
…… 埼玉医科大学総合医療センター　高度救命救急センター　久保田美樹

ハイライトセッション 9（HS9）　10：10 ～ 11：10

「救急外来」

座長　日本赤十字九州国際看護大学　看護学科　成人看護学（急性期）　**苑田　裕樹**
山口大学医学部附属病院　先進救急医療センター　**鶴田　良介**

HS9-1（D）　発熱患者のトリアージにおける CRT 測定の有用性
…… 手稲渓仁会病院　救命救急センター　大西　新介

HS9-2（D）　病院前 NEWS は救急外来トリアージを補完し得るか？
…… 松江赤十字病院　救急部　田邊　翔太

HS9-3（N）　救急外来における静脈内アクセス困難例に対する
エコーガイド下末梢静脈カテーテル留置の有用性
…… 社会医療法人きつこう会　多根総合病院　救急科　安武　穂高

HS9-4（MT）　救急外来における臨床検査技師常駐体制の維持を困難にする要因
…… 春日井市民病院　臨床検査技術室　佐藤　由佳

HS9-5（MT）　救急外来参画における臨床検査技師の課題と実践
～当院の経験から～
…… 医療法人豊田会　刈谷豊田総合病院　臨床検査・病理技術科　磯部　勇太

HS9-6（CE）　臨床工学技士に求められる動きと伝え方
…… 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター　臨床工学部　青木　宏介

ランチョンセミナー 11（LS11）　12：30 ～ 13：30

座長　関西医科大学　医学部　救急医学講座　**中森　靖**

LS11　救急 AI 最前線：院内業務を効率化する AI の開発と実装
株式会社 MeDiCU　**木下　喬弘**

共催：株式会社 MeDiCU

シンポジウム 30（SY30）　13：50 ～ 15：20

「国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える」

座長　大阪大学　救急医学　**織田　順**
横浜市立大学　救急医学 / 高度救命救急センター　**竹内　一郎**

SY30-1（O）　2025 年大阪・関西万博における医療救護体制の構築と運用評価
…… 大阪市消防局（令和 7 年度まで、公益社団法人 2025 年
日本国際博覧会協会に出向）　太田　真司

SY30-2（D）　万博医療体制におけるヒト、モノ、場所、システムの最適化を探る
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　藤見　聡

SY30-3（O） 大阪・関西万博の医療救護体制における
救護隊管理社員の役割について
…… 株式会社メディカル・コンシェルジュ　グランフロント大阪支社　西野　舜平

SY30-4（D） 大阪・関西万博における TSAT 派遣の現状と課題
…… 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　比良　英司

SY30-5（D） GREEN × EXPO 2027 医療救護体制の構築
―横浜の蘇生率向上の成果を世界一安全なイベントへ―
…… 横浜市立大学　救急医学 / 高度救命救急センター　竹内　一郎

パネルディスカッション 39（PD39）　15：30 ～ 17：00

「都市部と地方での救急需要の違いと対応策」

座長　市立函館病院　救命救急センター　**武山　佳洋**
大阪市消防局　高度専門教育訓練センター　**山田　武志**

PD39-1（D） 都市部における病院救急救命士による救急搬送業務への取り組み
…… 医療法人医誠会医誠会国際総合病院　救急科　有元　秀樹

PD39-2（D） 地方での地域唯一の救命救急センターの役割とは？
ー受け入れ患者の検討からー
…… 飯塚病院　救急科　山田　哲久

PD39-3（D） 地方の救急医療を支える病院前救急診療と
重複要請応需率向上への取り組み
…… 公立豊岡病院　但馬救命救急センター　救急集中治療科　永嶋　　太

PD39-4（D） 本邦におけるドクターヘリに関する国際的エビデンスの整理：
スコーピングレビュー
……大阪大学医学部附属病院　中尾俊一郎

PD39-5（D） 過疎・広域分散地域における救急医療体制の再構築
…… 秋田大学医学部附属病院　高度救命救急センター　救急科　奥山　　学

■第 12 会場（大阪国際会議場　3F　イベントホール A）

パネルディスカッション 40（PD40）　8：30 ～ 10：00

「消防救命士の再教育（病院実習）の工夫」

座長　長野赤十字病院　救命救急センター　**岩下　具美**
戸田中央メディカルケアグループ　医療災害特別顧問　**野口　英一**

PD40-1（E）　消防救命士再教育担当は病院救命士が担う
～互いを理解しあうホットライン教育～
……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／太田西ノ内病院　救命救急センター　腹子　歩夢

PD40-2（D）　消防機関と医療機関をつなぐ生涯教育：
救急ワークステーションと連携した病院実習
…… 堺市立総合医療センター　救命救急センター／
堺地域メディカルコントロール協議会　森田　正則

PD40-3（D）　「病院実習」を“初めて”、“多職種”で見直す
…… 長浜赤十字病院　救急科　中村　誠昌

PD40-4（E）　救急救命士の病院実習における臨床教育体制の拡充
…… 岡崎市消防本部　中消防署本署救急係　佐々木秀志

PD40-5（E）　小児救急に特化した病院実習
～オーダーメード型病院実習の可能性～
……秦野市消防本部　大野　治

PD40-6（D）　当院における消防救命士病院実習～ 3 拍子で行う～
…… 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院　救命救急センター　安藤　雅樹

PD40-7（D）　再教育が地域救急を動かす
―200 名超の実習生で実現した 24 時間ドクターカー体制―
…… 山梨県立中央病院　高度救命救急センター　岩瀬　史明

PD40-8（D）　「教えられる側」から「学び続ける専門職」へ
―病院実習を起点とした救急救命士継続教育の設計―
…… 済生会宇都宮病院　救急・集中治療科　木本　慧

ハイライトセッション 10（HS10）　10：10 ～ 11：10

「周産期救急」

座長　名古屋市立大学大学院医学研究科　麻酔科学・集中治療医学分野　**牧野　佑斗**
日本赤十字社医療センター　救命救急センター・救急科　**山下　智幸**

HS10-1（D）　設置主体の異なる地域の中核医療機関間における
周産期救急に係る連携体制構築について
…… 市立東大阪医療センター　産婦人科　前中　隆秀

HS10-2（E） さっぽろ連携中枢都市圏事業による周産期救急教育の普及と持続可能な指導者養成体制の構築
……北海道周生期医療救急支援の会　澁谷　勝之

HS10-3（D） 産婦人科救急：40 年目に入った「大阪府産婦人科診療相互援助システム (OGCS)」から得られる運用のヒント
…… 大阪大学　救急医学　大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター　織田　順

HS10-4（D） 大阪の周産期・母体救命医療体制（OGCS）：有事における既存医療体制の活用 / 運用例から
…… りんくう総合医療センター　産婦人科　古谷毅一郎

HS10-5（D） 重度産後出血に対するリスク評価：血小板数 10 万以下が示す侵襲的処置の必要性と一次施設での活用可能性
…… 大阪医科薬科大学　救急診療科　久宗　遼

HS10-6（E） 千葉市内における周産期救急医療協力体制の確立と効果について
…… 千葉市消防局　警防部救急課　竹内　裕一

ランチョンセミナー 12（LS12）　12：30 ～ 13：30

座長　大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター／大阪大学大学院医学系研究科　救急医学　**織田　順**

LS12 繋ぎと舫（もやい）を目指した救急受診前相談の体系化の軌跡とDX を基盤とした近未来
社会医療法人社団正志会　救急災害医療連携・DX 推進部門／横浜市立大学大学院医学研究科　救急医学／福島県立医科大学／東洋大学情報連携学部（INIAD）　**森村　尚登**

共催：NEC ネッツエスアイ株式会社／バーズ・ビュー株式会社

シンポジウム 31（SY31）　13：50 ～ 15：20

「看護師の力で院内急変を防ぐ！～看護師が活躍する Rapid Response System の構築～」

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急病棟　**金山　悠**
帝京大学　シミュレーション教育研究センター　**川原千香子**

SY31-1（N） 看護師が主体的に介入していく RRS の構築を目指して
…… 大阪急性期・総合医療センター　ICU/CCU/SCU　岸本　吉登

SY31-2（N） RRS 要請ゼロからの再構築
- 呼吸回数測定への介入と看護師ラウンドの効果 -
…… 医療法人社団永生会南多摩病院　看護部　大竹茉祐子

SY31-3（N） 病棟ラウンド時に相談された RRS 非要請患者の特徴と
急変リスク因子の検討
…… 大阪市立総合医療センター 看護部 西峯 育枝

SY31-4（N） 専門・認定看護師主導による急変予防ワーキング活動が
中堅看護師の急変予防実践と成長に与える影響
…… 地方独立行政法人りんくう総合医療センター 看護局
急性期ケア推進室 二藤真理子

SY31-5（N） 看護師主体の院内急変減少を目指した RRS
～ RRT の軌跡～
…… 公益財団法人筑波メディカルセンター病院 看護部 内田 里実

パネルディスカッション 41（PD41） 15：30 ～ 17：00

「RRS/ 院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦」

座長 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 **木口 雄之**
聖マリアンナ医科大学 救急医学 **藤谷 茂樹**

PD41-1（D） 院内心停止に対する ILCOR10 ステップの概要と意義
…… 京都府立医科大学 救急医療学教室 松山 匡

PD41-2（D） 多職種による院内急変コール全例レビューは神経予後を改善し得るか
…… 宝塚市立病院 救急科 桑原 正篤

PD41-3（D） 小児の院内心停止防止と患者安全向上のための、
RRS/PEWS 導入の前提となるアラーム・ビジランス向上の検討
…… 聖マリアンナ医科大学 小児科学講座 清水 直樹

PD41-4（N） 標準化された記録様式を用いた当院の取り組み
ー院内心停止の実態把握を目指してー
……大阪急性期・総合医療センター 金山 悠

PD41-5（N） ダッシュボードを用いた Rapid Response System による
院内急変対応と質改善の取り組み
…… 聖マリアンナ医科大学 診療看護師技術部 小船 千尋

■ミニオーラル会場①（大阪国際会議場 3F イベントホール BCD）

ミニオーラル 70（MO70） 8：30 ～ 9：30

「診療支援 AED BLS 普及」

座長 三井記念病院 臨床検査部 **髙橋 貴行**
久留米大学病院 高度救命救急センター **山下 典雄**

MO70-1（E） 自然水域で発生した院外心停止における AED 到達状況の実態
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科 阿部 和

MO70-2（E） 解析・充電中の胸骨圧迫継続機能を有する AED が
胸骨圧迫中断時間に与える影響
…… 白山野々市広域消防本部 鶴来消防署 米田 宏希

MO70-3（E） A 市における院外心停止発生地点と AED 配置の地理的分析
…… 弘前医療福祉大学短期大学部 救急救命学科 中川 貴仁

MO70-4（E） 大学構内におけるコードブルーシステム構築の取り組み
—AED 適正配置と新入生への PUSH 講習を中心に—
…… 京都橘大学大学院 健康科学研究科 関根 和弘

MO70-5（E） 住宅で発生した院外心停止における居住階層と AED 到達の実態
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科 板垣 和真

MO70-6（E） 「まちかど AED」片道搬送による機動力が救命に寄与した心停止症例
…… 堺市消防局救急部 救急課 髙田 豪士

MO70-7（E） AED 登録情報の不一致からみた情報管理の課題
…… 堺市消防局 総務部総務課／新潟医療福祉大学大学院
医療福祉研究科保健学専攻救急救命学分野 堀 英治

MO70-8（D） スキー・スノーボード外傷は防げるか：
JAPOW 時代の山形県スキー場における外傷発生要因の検討
…… 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座／
国士舘大学 防災・救急救助総合研究所 田中 翔大

MO70-9（N） 海水浴場救護所における看護師の実践：
医師不在環境での判断と対応の実際
…… 金沢医科大学病院 看護部 藤野 泰佑

ミニオーラル 71（MO71） 9：35 ～ 10：15

「外傷 2 前半」

座長 北里大学 医学部 救命救急医学 **大井真里奈**
島根大学医学部附属病院 高度外傷センター **室野井智博**

MO71-1（D） 頭蓋底骨折に伴う頸静脈孔症候群による両側声帯麻痺で
気管切開を要した 1 例
…… 相澤病院 救急科 杉本 龍

MO71-2（D） CV ポート断裂・心腔内迷入に対し経カテーテル的回収を施行した
多発外傷の 1 例
…… 前橋赤十字病院 集中治療科・救急科 萩尾 文香

MO71-3（D） 大動脈損傷を合併した胸椎脱臼骨折の整復操作を契機に
難治性神経原性ショックを呈した一例
…… 済生会宇都宮病院 救急・集中治療科 寺島 良

MO71-4（D） 交通外傷に起因した非骨傷性内頸動脈解離による脳梗塞の 1 例
…… 昭和医科大学 救急・災害医学講座 須郷加奈子

MO71-5（D） 転落外傷による単独性眼球破裂に対し，
複数回転院後に手術を要した 1 例
…… 昭和医科大学 藤が丘病院 救命救急科／
昭和医科大学 救急・災害医学講座 横山 貴久

MO71-6（D） 縊首症例での救急隊による頸椎固定の必要性
…… 大阪急性期・総合医療センター 救急科 竹川 雅人

ミニオーラル 72（MO72） 10：15 ～ 10：45

「外傷 2 後半」

座長 弘前医療福祉大学大学院 地域健康支援学研究科 **大場 義史**
東京慈恵会医科大学附属柏病院 救命救急センター 救急部 **並木 宏也**

MO72-1（D） 棒高跳び中の腹部外傷により
右腎損傷（JAST Ⅲ bH2 型）をきたした若年女性例
……鹿児島市立病院 油木田瑛介

MO72-2（D） 大腿骨転子部骨折術後に発症した仮性動脈瘤に対する
経カテーテル動脈塞栓術の 1 例
…… 琉球大学病院 救命救急センター 大内 久実

MO72-3（D） イカ釣り集魚灯に誘引されたカジキ跳躍による腰部穿通外傷の 1 例
…… 鳥取県立中央病院 救急集中治療科 山根 尚真

MO72-4（E） 加害において警察官が発砲した銃創の一例
…… 砺波地域消防組合消防本部 砺波消防署 田辺 裕介

MO72-5（D） 膝窩動脈損傷を伴った低速度膝関節脱臼の一例
…… 昭和医科大学医学部 救急・災害医学講座 湯浅 友樹

■ミニオーラル会場②（大阪国際会議場 3F イベントホール BCD）

ミニオーラル 73（MO73） 8：30 ～ 9：00

「救急搬送 2 前半」

座長 岡山大学病院 高度救命救急センター **小﨑 吉訓**
松戸市立総合医療センター 臨床検査科 **森本 文雄**

MO73-1（D） 奈良医大 ER に搬送後 3 日以内に死亡となった症例の後向き検討
…… 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

MO73-2（N） 鹿児島県離島搬送における民間救急ヘリコプター導入の質改善評価：
大腿骨近位部骨折に対する早期手術
…… 社会医療法人緑泉会 米盛病院 看護部／
帝京大学 大学院 公衆衛生学研究科 山之内千絵

MO73-3（D） 分娩関連トラブルが明らかでないスーパー母体搬送の臨床像と時間分析
…… 昭和医科大学医学部 救急災害医学講座 永樂 学

MO73-4（E） 自損疑い傷病者搬送における地域連携を基盤とした自殺対策検討会の効果
…… 新居浜市消防本部 南消防署消防課 徳田 雅之

MO73-5（E） 19歳の女性が、食物アレルギーによるショック状態になり、救急隊員がエピペン投与を実施した症例
…… 箱根町消防本部 警備第1課救急係 髙辻福太郎

ミニオーラル74（MO74） 9：00～9：30

「救急搬送2 後半」

座長 社会福祉法人恩賜財団 済生会滋賀県病院 薬剤部 **梅原せいら**
八尾徳洲会総合病院 救急科 **村尾 佳則**

MO74-1（N） 救急外来受診時から始める福祉的支援
—救急外来と医療福祉支援センターとの連携体制構築と実践—
…… 浜松医科大学医学部附属病院 看護部 鈴木 陽介

MO74-2（D） 重症在留外国人患者に対する“社会的救命”の実践
…… 関西医科大学総合医療センター 救急医学科 市橋 雅斗

MO74-3（S） 軽量救助者による胸骨圧迫の検証
…… 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 救急救命学科 青木 楓

MO74-4（E） 気管切開孔を有する傷病者の心肺停止時における気道確保の課題
…… 鳥取県東部広域行政管理組合 消防局 田中 太郎

MO74-5（E） 心肺蘇生を望まない傷病者の救急要請と先行事例からの検証について
…… 豊田市消防本部 足助消防署 小島 正大

ミニオーラル75（MO75） 9：35～10：15

「中毒2 前半」

座長 山梨大学医学部附属病院 薬剤部 **内田 淳**
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 救命診療科 **大谷 翔一**

MO75-1（O） 新規薬剤であるダリドレキサントの迅速な定性定量と救急・薬剤部・法医学連携
…… 東邦大学医学部 法医学講座 長谷川智華

MO75-2（P） 救急領域における希少解毒薬迅速供給体制の構築
…… 前橋赤十字病院 薬剤部 髙麗 貴史

MO75-3（D） 内因性急死としての遺体返還後に薬物中毒死と判明した1剖検例
…… 旭川医科大学 法医科学講座／旭川医科大学救急医学講座 難波 亮

MO75-4（N） 多職種の連携により血中濃度を追跡し得た銀杏中毒の1例
…… 名古屋市立大学病院 看護部 谷下澤隆太郎

MO75-5（D） 特異的な臨床症状をきたしていたシガテラ中毒の一例
…… 沖縄県立宮古病院 救急科 酒井 俊輔

MO75-6（D） 感染症を合併した急性バルプロ酸中毒に対しメロペネムを用いた 1 例
…… 昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座 臼井 彩夏

ミニオーラル 76（MO76） 10：15 ～ 10：45

「中毒 2 後半」

座長 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター **斉藤 徳子**
大阪府済生会野江病院 薬剤科 **村瀬 大翔**

MO76-1（D） 上気道異物による窒息・縦隔気腫の 1 例
…… 神戸市立医療センター中央市民病院 救命救急センター 木村 星斗

MO76-2（D） 気管支鏡による動的気道評価が有用だった、
洗剤誤嚥後に可逆性の気管軟化を呈した 1 例
…… 社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院 上地 完和

MO76-3（D） 致死量のエチレングリコール中毒に対し血液透析単独で救命し得た 1 例
…… 海老名総合病院 救急集中治療科 箕浦 安祐

MO76-4（CE） 薬物中毒に対する血液浄化療法の検討
…… 大阪急性期・総合医療センター 医療技術部 臨床工学室 大谷 旨輝

MO76-5（P） 急性薬物中毒患者に対して病院間薬薬連携により対応できた一例
…… NHO 高崎総合医療センター 薬剤部 及川 瞬

■ミニオーラル会場③（大阪国際会議場 3F イベントホール BCD）

ミニオーラル 77（MO77） 8：30 ～ 9：30

「診療支援 救急の ICT × VR」

座長 順天堂大学医学部附属浦安病院 救急診療科 **三浦 悠介**
済生会福岡総合病院 救命救急センター **柳瀬 豪**

MO77-1（D） 変われない現場に寄り添う DX 戦略
―救急医療における AI 導入の実践と課題
…… 札幌徳洲会病院 救急科 平山 傑

MO77-2（D） 民間病院群における医療 DX 停滞要因の検討（第二報）
…… 南町田病院 救急科／
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

MO77-3（E） 消防職員を対象としたVR教材の教育的有用性に関する検討
—自由記載の共起ネットワーク分析—
…… 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　原田　諭

MO77-4（D） ウェアラブルデバイスを用いた救急センター看護師の
身体的・精神的負荷の可視化
…… 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

MO77-5（D） 救急医療における生成AIを用いた紹介状作成とその実用性評価
…… 京都大学医学部附属病院　初期診療・救急科　井上　京

MO77-6（D） 大規模言語モデルは非構造化テキストデータベースから対象症例を
どこまで正確に拾えるか：多モデル性能比較
…… 聖路加国際病院／日本医科大学　救急医学教室　中西　初実

MO77-7（E） スマートウォッチを活用した救急活動の記録と管理について
…… 湖南広域消防局　中消防署　安全救急係　中島　和洋

MO77-8（D） 救急搬送記録を用いたAI鑑別診断の精度評価
…… 京都大学医学部附属病院　初期診療・救急科　篠塚　健

MO77-9（E） マイナンバーカードを活用した救急業務に関する調査
…… 京都橘大学健康科学部　救急救命学科／
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　三芳　智伸

ミニオーラル78（MO78）　9：35～10：15

「薬剤師業務　前半」

座長　国立健康危機管理研究機構　危機管理・運営局　DMAT事務局　**荒木　朋貴**
広島大学病院　薬剤部　**小澤　智紀**

MO78-1（P） 免疫チェックポイント阻害薬使用患者の救急外来受診歴と
その受診理由に関する実態調査
…… 北陸大学薬学部　薬学科　澁谷侑季奈

MO78-2（P） 救急外来における急性期虚血性脳血管障害患者への
薬剤師の関わりと有用性
……医療法人財団　康生会　武田病院　薬局　小西　梓

MO78-3（P） 道北地方病院の救命救急センターで薬剤師業務拡大に向けた実態調査
…… 旭川赤十字病院　薬剤科　田村研太郎

MO78-4（P） 救急外来における救急搬入患者の薬剤情報源に関する実態調査
…… 福岡徳洲会病院　薬剤部　川前　隆一

MO78-5（P） 導入期における救急外来薬剤師業務の実態調査
…… 伊勢赤十字病院　薬剤部　淵田悠一郎

MO78-6（P） 救急外来から業務応援要請があった際の
薬剤師の行動に関する現状調査
…… 医療法人徳洲会大垣徳洲会病院　薬剤部　細野亜由美

ミニオーラル 79（MO79）　10：15 ～ 10：45

「薬剤師業務　後半」

座長　愛知医科大学病院　薬剤部　**安川乃里子**
長崎大学病院　薬剤部　**若杉　和美**

MO79-1（P）　救急外来における薬剤師の業務について
…… 新小文字病院　薬剤科　原　知斉

MO79-2（P）　日本版 MRC-ICU スコアを作成するための取り組み
…… 大阪公立大学医学部附属病院　薬剤部　萬井　美咲

MO79-3（P）　カフェインの関与が疑われた低 K 血症に対する薬剤師介入の一例
…… 川崎幸病院薬剤部　薬剤科　寺林　晃輝

MO79-4（P）　ICU 病棟での薬剤師の取り組み
……公益社団法人　北海道勤労者医療協会　勤医協中央病院　薬剤部　木村　歩美

MO79-5（P）　ニトログリセリン耐性より処方変更となった 1 症例
…… くまもと県北病院　薬剤部　西　正浩

■ミニオーラル会場④（大阪国際会議場　3F　イベントホール BCD）

ミニオーラル 80（MO80）　8：30 ～ 9：30

「副作用　有害事象報告」

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　**神谷　侑画**
岐阜薬科大学　実践薬学研究推進センター　**鈴木　景子**

MO80-1（P）　脳動脈瘤によるクモ膜下出血に対するクラゾセンタン投与中に
喉頭浮腫を来し再挿管を要した 1 症例
…… 国際医療福祉大学成田病院　薬剤部　菅井　一真

MO80-2（P）　救急外来での薬剤師介入によるメトトレキサート中毒の早期発見と
治療につながった一例
…… 武蔵野赤十字病院　薬剤部　北島　健士

MO80-3（P）　悪性症候群に対するダントリウム投与により
異常低血圧をきたした 1 症例
…… 小倉記念病院　薬剤部　安藝　敬生

MO80-4（P）　抗がん剤治療後の摂食不良を契機に代謝性ケトアシドーシスが疑われた
SGLT2 阻害薬内服中担がん患者の一例
…… 川崎幸病院　薬剤部　佐藤　優衣

MO80-5（P）　ミダゾラムによる薬剤熱が疑われた 1 例
…… JA 愛知厚生連豊田厚生病院　薬剤部　岩田　卓也

MO80-6（P）　術後早期に発症したジスチグミン投与中の
コリン作動性クリーゼの 1 例
…… 板橋中央総合病院　薬剤部　荒木　淳一

MO80-7（P） SGLT2 阻害薬内服患者における代謝性アシドーシス症例の臨床的特徴と薬剤師介入の検討
…… 社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 薬剤部 米内 洸

MO80-8（P） 医薬品副作用データベースを用いたアンデキサネットアルファ投与後の血栓性有害事象の発現時期に関する検討
…… 島根大学医学部附属病院 薬剤部／島根大学医学部 Acute Care Surgery 講座 中島 瑠南

MO80-9（P） 抗精神病薬クエチアピン内服によりノルアドレナリンに抵抗性を示しショック離脱が遷延した Urosepsis の一例
…… 鶴岡市立荘内病院 診療部薬局 渡部 秀

ミニオーラル 81（MO81） 9：35 ～ 10：15

「研究 前半」

座長 順天堂大学浦安病院 高度救命救急センター 救急診療科 **石原 唯史**
飯塚市立病院救急科 **国武 和也**

MO81-1（E） 東京都における電動キックボード関連傷害と自転車・オートバイ傷害の比較研究
…… 東京消防庁 救急部救急管理課 浅井 洋二

MO81-2（D） 機械学習を用いた非侵襲的陽圧換気療法の失敗予測モデルの構築
…… 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 村尾 修平

MO81-3（E） 地理空間における傷病者の発生傾向の分析
- 熊本市の救急搬送記録を用いた空間的自己相関の分析 -
…… 熊本市消防局 西消防署／国士舘大学大学院救急システム科 榎 健斗

MO81-4（E） ラリンゲルチューブサクション（LTS-D）挿入時の咽頭後壁における圧負荷の定量評価
…… 京都橘大学 健康科学部 救急救命学科 野口佐弥香

MO81-5（E） プレホスピタルケアにおける敗血症スコアの考案
…… 松江市消防本部 北消防署消防課救急 1 係 飯島 知央

MO81-6（E） 脳卒中 S 選定の有効性と課題の調査について
…… 東京消防庁 救急管理課 紺野 岳之

ミニオーラル 82（MO82） 10：15 ～ 10：45

「研究 後半」

座長 順天堂大学浦安病院 高度救命救急センター 救急診療科 **石原 唯史**
聖路加国際病院 救急科・救命救急センター **遠矢 希**

MO82-1（E） ST 上昇型心筋梗塞の心筋虚血時間短縮に向け救急隊にできること
～飛騨地域における単一施設での検討から～
…… 高山市消防本部 警防課 岡田 竜熙

MO82-2（E） 救急隊員における勤務時間帯別ストレス反応の差異
—唾液アミラーゼ活性による客観的評価—
…… 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 救急救命学科 坂口 英児

MO82-3（E） 早期のブドウ糖投与と意識レベル改善の関連
…… 湖南広域消防局 中消防署 橋本 優亮

MO82-4（E） 二次救急搬送における救急車利用の患者視点の実態
…… 名古屋記念病院 救急救命士科 杉浦 宏亮

MO82-5（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
…… 八尾徳洲会総合病院 臨床工学科 尾﨑 大輝

■ミニオーラル会場⑤（大阪国際会議場 3F イベントホール BCD）

ミニオーラル 83（MO83） 8：30 ～ 9：30

「診療支援 院内救命士 消防救命士」

座長 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**
京都九条病院 高度救急集中治療センター **福田 龍将**

MO83-1（N） 医療機関に所属する救急救命士の再教育の現状について
…… 国士舘大学大学院 救急システム研究科 髙橋 葉子

MO83-2（E） 医療の流れをつなぐ救急救命士を育てる多職種連携教育
…… 帝京大学医療技術学部 スポーツ医療学科救急救命士コース 菊川 忠臣

MO83-3（E） 病院勤務の救急救命士による薬物療法支援に関する実態調査
…… 京都橘大学 健康科学部 救急救命学科 齋藤 汐海

MO83-4（N） 離島病院における救急救命士活用の可能性
…… 沖縄県立宮古病院 救急科 喜納 誠

MO83-5（E） 院内救急救命士によるカルテ記入が検査開始時間、
医師の業務に与える影響の評価
…… 淀川キリスト教病院 救急科 女川 陽生

MO83-6（E） 傷病者搬送方法別の救急隊員の身体負担の比較検討
—救急活動時の傷病者搬送の現状全国アンケート調査から—
…… 広島国際大学保健医療学部 救急救命学科 江川 健太

MO83-7（E） 傷病者の移乗・搬送における従来法と No Lift 法の比較
…… 広島国際大学保健医療学部 救急救命学科 江川 健太

MO83-8（D） Medical Control 直導入による救急医業務のタスクシェア効果の検討
…… 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 蛯原 健

MO83-9（E） 日勤救急隊の増隊が救急現場到着時間の短縮と
救急ワークステーションに与える影響
…… 松山市消防局 救急課 中村 太一

ミニオーラル 84（MO84）　9：35 ～ 10：15

「薬剤師 その他　前半」

座長　関西医科大学総合医療センター　救急医学科　**金山　周史**
済生会熊本病院　薬剤部　**森　祐也**

MO84-1（P） 精神科病院における IT-BCP 発動時の
外来診療継続に向けた薬歴参照方法と薬剤師業務の検証
…… 大阪府立病院機構　大阪精神医療センター　薬局　藤江　直輝

MO84-2（P） 大規模医療連携訓練より見えた課題
～被災した側の立場から災害薬事について考える～
…… 武蔵野赤十字病院　薬剤部　松木　美幸

MO84-3（P） 救急医療領域の薬剤師教育と習得度に関するアンケート調査
…… 福岡徳洲会病院　薬剤部　矢野　洋平

MO84-4（P） 薬剤部内災害訓練の実施とその教育的効果の検討
…… 済生会福岡総合病院　薬剤部　黒岩信太郎

MO84-5（P） 薬剤師による血清ナトリウム補正速度のモニタリングが
浸透圧性脱髄症候群の回避に寄与した一例
…… 医療法人徳洲会　東京西徳洲会病院　薬剤部　川田　裕己

MO84-6（P） 当院におけるアンデキサネットアルファの使用調査および
救命救急センター担当薬剤師による介入効果の検証
…… 帝京大学医学部附属病院　薬剤部　桑原　達朗

ミニオーラル 85（MO85）　10：15 ～ 10：55

「薬剤師 その他　後半」

座長　広島大学病院　薬剤部　**檜山　洋子**
堺市立総合医療センター　薬剤科　**藤本　和也**

MO85-1（P） 急性期病棟多職種ラウンドにおける薬剤師の役割
…… 徳島赤十字病院　薬剤部　宮守　佑次

MO85-2（P） 複数アレルギーのある敗血症性ショックに対して
薬剤師と管理栄養士が協働した 1 症例
…… 福山市民病院　薬剤科　前原　健司

MO85-3（P） 薬剤師主導による
集中治療室患者の排便管理プロトコル導入とその評価
…… 医療法人徳洲会　中部徳洲会病院　薬剤部　下村　周嗣

MO85-4（P） 救急外来における内服抗菌薬処方の現状評価からの薬剤師による
抗菌薬適正使用支援の課題探索
……地方独立行政法人　長野市民病院　薬剤部　薬剤科　金子　泰也

MO85-5（P） 高度治療ケアユニットにおける AST 専従薬剤師の介入実態調査
…… 東京都立多摩南部地域病院　薬剤科　島谷　佳見

MO85-6（P） 当院におけるファビピラビル処方時の課題と運用について
…… 順天堂大学医学部附属静岡病院　薬剤科　垣沼　智之

ミニオーラル 86（MO86）　13：50 ～ 14：50

「新しい技術　診療支援」

座長　香川県立中央病院　救急科　**佐々木和浩**
京都大学大学院医学研究科　初期診療・救急医学　**柚木　知之**

MO86-1（D） 埼玉県が始めた「夜間小児初期救急受入体制整備事業」に参加して
…… 川越救急クリニック　救急科　上原　　淳

MO86-2（E） 救急現場における生成 AI を活用して作成した
消耗品在庫管理システムの導入と導入後アンケート調査報告
…… 生駒市消防本部　消防署　渡部　　創

MO86-3 演題取り下げ

MO86-4（E） 生成 AI を活用した救急シミュレーション教育支援システムの構築
…… 足利市消防本部　中央消防署西分署　神谷　一樹

MO86-5（HS） 当院歯科口腔外科に搬送された顔面外傷患者の症例からみる
歯科救急医療の現状と課題
…… 川越救急クリニック　歯科口腔外科　醍醐　一也

MO86-6（D） 小児熱性けいれんにおける補助換気必要性の関連因子の検討
…… 昭和医科大学　救命救急科　島田　拓哉

MO86-7（D） 心電図異常が見落とされた急性心筋梗塞の 1 例を経験して
…… 昭和医科大学横浜市北部病院　救急センター　加藤　晶人

MO86-8（N） 救急搬送中における呼吸困難傷病者に対する補助換気の有効性の検討
…… 帝京大学医療技術学部　スポーツ医療学科救急救命士コース　酒本　瑞姫

MO86-9（D） 救急病棟における水道蛇口フィルター導入前後の環境培養評価
…… 大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　中堀　泰賢

ミニオーラル 87（MO87）　14：55 ～ 15：55

「ハイブリッド ER　タスクシェア」

座長　埼玉医科大学国際医療センター　救命救急センター　救急医学科　**加地　正人**
東京都立広尾病院　救命救急センター／ゆみのハートクリニック　**橋　　朋絵**

MO87-1（R） Hybrid ER 治療に向けた時間短縮の試み～ Time is Life ～
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　中央放射線部　島田　和樹

MO87-2（R） Hybrid ER における急性期脳梗塞に対する
血栓回収術の頭部固定方法の評価
…… 自治医科大学附属さいたま医療センター　中央放射線部　田辺　利彰

MO87-3（R） Hybrid-ER における
スカウトレス CT 頭部画像の再構成条件に関する検討
…… 医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 放射線科 舟橋 慶将

MO87-4（R） 当院の外傷におけるバックボードの有無が
胸部・骨盤ポータブル撮影の線量指標に与える影響
…… 東海大学医学部付属病院 放射線技術科 會田 直史

MO87-5（R） 血管撮影室での緊急検査を支えるタスクシフトの効果
…… 岐阜県立多治見病院 中央放射線部 鈴木 康介

MO87-6（R） 診療放射線技師の救急外来常駐が
救急 MRI 検査の TAT(Turn Around Time) へ及ぼす影響
…… 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

MO87-7（E） ケアミックス病院における救急外来のタスクシフト・タスクシェア
…… JA 静岡厚生連静岡厚生病院 救急科 宮浦 直美

MO87-8（E） 中山間地域における病院救命士の在宅急変対応と
ＡＣＰ反映の検討　在宅医療を担う慢性期多機能病院の実践
…… 社会医療法人仁寿会加藤病院 診療科 小田原愛奈

MO87-9（N） 低リン血症に対する当院救命救急科診療看護師（ＮＰ）の取り組み
…… 関西労災病院 救命救急科 伏見 聖子

■ミニオーラル会場⑥（大阪国際会議場　3F　イベントホール BCD）

ミニオーラル 88（MO88）　8：30 ～ 9：30

「診療支援　その他」

座長　京都九条病院 救急科 **松井 晃大**
泉大津急性期メディカルセンター 集中治療センター **山本 啓雅**

MO88-1（E） Wi-Fi センシング見守りシステムと民間救急救命士の連携による
地域見守りモデルの実証研究
…… フィルタス株式会社 営業企画本部 三輪 琴未

MO88-2（N） 一部セル方式看護導入による業務改善の実感と医療の質への影響
…… 社会医療法人緑泉会 米盛病院 看護部 本松 風夏

MO88-3（D） 軽度低体温を主訴に搬送された急性心筋梗塞の 1 例
…… 昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座 下崎 優花

MO88-4（R） 救急 CT 検査の迅速化に向けた工程別所要時間の解析
…… 藤田医科大学病院 放射線部 富村 武司

MO88-5（R） 経橈骨動脈脳血管内治療
（Trans Radial Neuro intervention：TRN ）における環境構築の工夫
…… 医療法人徳洲会 大垣徳洲会病院 放射線科 西田 宗生

MO88-6（S） 口頭指導文言と病院外心停止傷病者の呼吸判断精度の関連
－拡張現実を用いたシミュレーション研究
…… 中央大学理工学部 人間総合理工学科 永野 江里

MO88-7（R） 消化管出血疑いの患者に対し事前に情報収集をしていたら
適切な画像検査を行えていた可能性があった一例
…… 横浜市立みなと赤十字病院 放射線科部 大井 基弘

MO88-8（E） 二次医療機関での当院における院内救急救命士の活動報告と展望
…… 済生会泉尾病院 外来 中条 誠

MO88-9（E） 埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会
指令係員による口頭指導講習会の現状と課題
…… 三郷市消防本部 消防１課 小川 晃一

ミニオーラル 89（MO89） 9：35 ～ 10：35

「診療支援 多職種」

座長 ベルランド総合病院 急病救急部 **福田 隆人**
島根県立中央病院 救命救急科 **山森 祐治**

MO89-1（D） 救急車頻回要請事案に多組織多職種連携が奏功した一例
……勤医協中央病院 秋山 美玲

MO89-2（R） 機械的血栓回収療法における院内プロトコル導入による効果の検証
…… 市立釧路総合病院 医療技術部放射線技術科 加城 雄平

MO89-3（N） 急性期脳卒中患者対応の Code 化
～ Door to CT 時間を短縮できた Code ELVO 導入の成果～
…… 医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 救命救急センター 田之口 剛

MO89-4（D） ミッドラインカテーテル留置により、
早期退院とかかりつけ外来治療で治療を完遂した感染性嚢胞治療の 1 例
…… 加古川中央市民病院 救急科 角谷 香保

MO89-5（P） ICU 看護師を対象とした薬剤師記録の可視化に関するアンケート調査
…… 独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院 薬剤部 武宮 陽道

MO89-6（N） 診療看護師 (NP) 主導の多職種 CCOT ラウンドの構築
ー異常の早期発見と機能予後を見据えた介入の試みー
……社会医療法人 緑泉会 米盛病院 診療特定行為看護師管理課 王子野 豊

MO89-7（O） 多職種と連携 , 協働して , 気管切開の閉鎖に至った
有機リン中毒の 1 例
…… 国際医療福祉大学成田病院 救急 三浦真由子

MO89-8（E） 救助現場で医師が使用する薬剤特性を理解し、
適切な救助活動に繋げるために～薬剤勉強会の開催を通して～
…… 鳥取県西部広域行政管理組合消防局 米子消防署 河本健太郎

MO89-9（TH） 電撃傷に対するチーム医療の介入例
…… 徳島赤十字病院 精神科 高芝 朋子

MO89-10（MT） 認定救急検査技師としての経験を災害医療研修に活かす
初期診療以外で救急医療と関わる検査技師の可能性
…… 昭和医科大学江東豊洲病院 臨床検査室 平山 淑子

ミニオーラル 90（MO90）　13：50 ～ 14：50

「診療支援　CPR　BLS」

座長　市立伊丹病院　救急科　**西村　勇輝**
みさと健和病院　救急総合内科　**山田浩二郎**

MO90-1（E） 日本版ハイパフォーマンス CPR アドバンスコース開発とその課題
…… 明治国際医療大学保健医療学部　救急救命学科　原　貴大

MO90-2（S） 大学生主導の救命講習がもたらす受講者の意識変化とその課題
…… 京都橘大学健康科学部　救急救命学科　三村　優斗

MO90-3（E） BLS 講習が与える心理的変化と受講者特性の関係性
…… 国士舘大学大学院　救急システム研究科　針谷　拓

MO90-4（E） 市民 BLS 講習拡大と市民 CPR 実施率の推移に関する地域時系列比較
…… 尼崎市消防局　救急課需要対策担当　村山　佑樹

MO90-5（N） 5 歳児の BLS 体験が保護者の実施意欲に与える影響
—親子参加型講習会による相乗効果の検討—
…… 埼玉大学　教育学部　関　由起子

MO90-6（E） 救命講習等受講者アンケートからみた受講者の実態と課題
…… 岡山市消防局　北消防署　藤澤　紀典

MO90-7（S） 応急手当普及員資格を持つ大学生が地域で行う救命講習の取り組みと成果
…… 京都橘大学健康科学部　救急救命学科　鈴木　啓太

MO90-8（S） 非医療従事者レスポンダーとは何か
—法的責任の有無によるバイスタンダーとの棲み分け—
…… 神戸学院大学現代社会学部　社会防災学科　大川　昂征

MO90-9（D） 胸骨圧迫に合併した心タンポナーデの一例
…… 大阪公立大学医学部附属病院　救命救急センター　本庄　竜士

ミニオーラル 91（MO91）　14：55 ～ 15：40

「心肺停止　その他」

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　**萩原　裕也**
鳥取県立中央病院　救急集中治療科　**和田　大和**

MO91-1（E） 院外心停止した成人左冠動脈肺動脈起始症の蘇生例とその長期予後
…… 岸和田市消防本部　消防署　春木分署　一ノ瀬佳彦

MO91-2（D） 心停止後症候群患者の体温維持療法後の体温変動の特徴
…… 八戸市立市民病院　救命救急センター　貫和　亮太

MO91-3（D） 心肺停止傷病者における DNAR の現状調査：前向き観察研究
…… 筑波大学附属病院　救急・集中治療科　坂本　彩香

MO91-4（D） 院内心停止に伴う転倒により脊髄損傷をきたした一例
…… 昭和医科大学　医学部　救急・災害医学講座　木本　志帆

MO91-5（D） 蘇生に失敗した CPA 症例も病棟で死亡確認する試み
…… 岡山赤十字病院　救急科　有嶋　拓郎

MO91-6（D） 北海道における施設外分娩リスク分析に基づく
病院前周産期救急教育の実践
…… 北海道大学病院　産婦人科　齊藤　良玄

MO91-7（N） 配偶者（看護師）による家庭支援が
女性医師のキャリア継続と救急リソース確保に与える影響
…… 金沢医科大学病院　看護部　藤野　泰佑

オンデマンド

■オンデマンド

専門医共通講習 1（BC1）：感染対策

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

BC1（D）　**病院での多剤耐性菌感染の集団発生を防ぐための標準予防策強化対策**

大阪急性期・総合医療センター　感染制御室
（兼　総合内科・感染症科）　**大場雄一郎**

専門医共通講習 2（BC2）：医療倫理

座長　社会医療法人社団正志会救急災害医療連携・DX 推進部門　**森村　尚登**

BC2（N）　**医療倫理～多様な価値へのチームによる対応～**

公益社団法人日本看護協会　**淺香えみ子**

専門医共通講習 3（BC3）：医療安全

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**

BC3（D）　**医療安全の歴史は 1999 年から始まった**
～救急医療における患者安全：歴史から学び，チームで守る～

大阪医科薬科大学病院　医療安全推進室　**新田　雅彦**

専門医共通講習 4（BC4）：医療制度と法律

座長　社会医療法人生長会泉州地区救急・集中治療統括センター　**溝端　康光**

BC4（O）　**離婚後の共同親権導入による小児救急医療現場への影響**

桃山学院大学　法学部　**永水　裕子**

救急科領域講習 1（COL1）：中毒

座長　兵庫県災害医療センター　**石原　諭**

COL1（D）　Health Security と中毒：国内外の情勢と化学物質の動向

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**

救急科領域講習 2（COL2）：外傷

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**

COL2（D）　重症外傷診療におけるチームワーク　- 理論的背景から実践まで -

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　**中尾　彰太**

救急科領域講習 3（COL3）：敗血症

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**

COL3（D）　日本版敗血症診療ガイドラインの現在地と将来展望

大阪医科薬科大学　救急医学　**山川　一馬**

救急科領域講習 4（COL4）：災害

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**

COL4（D）　災害対応に必要な CSCA 確立の本質

国立健康危機管理研究機構ＤＭＡＴ事務局　**松田　宏樹**

救急科領域講習 5（COL5）：熱傷

座長　日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急センター　**井上　潤一**

COL5（D）　熱傷診療の NEW・ABC

筑波大学医学医療系　救急・集中治療医学　**井上　貴昭**

第 29 回日本臨床救急医学会総会・学術集会

抄　　録

- 会長講演 …… 347
- 特別講演 …… 348
- 教育講演 …… 350
- 専門医共通講習 …… 354
- 救急科領域講習 …… 358
- 日本救急撮影技師認定機構　指定講習会 …… 363
- 特別企画 …… 364
- 先行シンポジウム …… 365
- シンポジウム …… 367
- パネルディスカッション …… 407
- Pros and Cons …… 466
- ハイライトセッション …… 469
- 併設コース …… 484

探そう救急医療の三拍子
－現点から原点へ、そして頂点をめざす－



○藤見 聡[1]
[1]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

普通の臨床医を志して医学部に入り、卒後に救急医療を選び、気がつけば35年が経過し、本学術集会の大会長として語る機会を得て、救急医としての歩みを振り返る好機となりました。私が考える救急医療の醍醐味は、治療のある一点を境に病態が加速度的に改善する瞬間、いわば「スイッチが入る」感覚を実感できる点です。本学術集会では、そのスイッチを「三拍子」として表現しました。

私が約20年勤務する大阪急性期・総合医療センターは70年、救急診療科は50年の歴史を有し、その歩みをたどる中で、救急医療の原点ともいえる診療姿勢や働き方に数多く触れる機会を得ました。現代のエビデンスに基づく（であろう）医療は理にかなっている一方で、修羅場での決断には独創性と覚悟が求められます。その原動力となるのは、文献やデバイスだけでなく、諸先輩の経験談や現場での試行錯誤であり、それこそが私自身の医師としての原点から現点になったと思います。

生成AIが急速に普及し、知識は容易に得られる時代となりました。しかし救急医療における最終的な決断を後押しするものは、過去の患者さんの経過が示した自身の経験であると思っています。原点を見つめ直し、現点を自覚し、その先の頂点を目指す。本学術集会が、次世代の皆さんの救急医療を考える一助となれば幸いです。

【職歴】
平成3年6月　大阪大学医学部附属病院特殊救急部
平成4年7月　国立東静病院外科
平成5年4月　国立駿河療養所外科
平成6年6月　沖縄県立那覇病院外科
平成8年6月　市立枚方市民病院外科
平成9年6月　兵庫県立西宮病院　救急医療センター
平成11年6月 医療法人緑風会病院外科
平成11年9月 大阪大学医学部附属病院救命救急センター
平成15年6月 Brigham and Women's Hospital/ Harvard Medical School研究員
平成18年4月 市立堺病院外科
平成20年4月 大阪急性期・総合医療センター救急診療科　現在に至る

■特別講演１（SL1）

混迷の時代のリーダーへ
～橋下流意思決定術とチームを動かす三拍子～



○橋下 徹[1]
[1]弁護士法人橋下綜合法律事務所

38歳で大阪府知事に就任、その後大阪市長、国政政党代表などを歴任。
平成27年12月に政界引退し、現在はTV番組出演や講演、執筆活動等多方面で活動中。
【プロフィール】
1969年生まれ 東京都渋谷区出身
大阪府立北野高等学校 卒業
早稲田大学政治経済学部 卒業
1997年 弁護士登録
1998年 橋下綜合法律事務所 開設
2008年 第52代（民選17代）大阪府知事就任（当時38歳）
2009年 世界経済フォーラム（ダボス会議）のYoung Global Leaders
の1人に選出された。
2010年 地域政党大阪維新の会設立（2012年には国政政党・日本維新の会設立）
2011年 第19代大阪市長就任。知事経験者が政令市長に就任したのは史上初。
2015年 大阪市長任期満了・政界引退
家族は妻、七人の子（三男、四女）

ラグビーの実践知から学ぶリーダーシップ
～フィールドでチームを動かす三拍子～



○廣瀬 俊朗[1]
[1]株式会社HiRAKU代表取締役／元ラグビー日本代表キャプテン

1981年生まれ、大阪府吹田市出身。5歳からラグビーを始め、大阪府立北野高校、慶應義塾大学、東芝ブレイブルーパスでプレー。
東芝ではキャプテンとして日本一を達成した。2007年には日本代表選手に選出され、2012年から2年間はキャプテンを務めた。
現役引退後、MBAを取得。ラグビー W杯2019では国歌・アンセムを歌い各国の選手とファンをおもてなしする「Scrum Unison」や、ドラマ「ノーサイド・ゲーム」への出演で大会を盛り上げた。
同2019年、株式会社HiRAKU設立。
現在は、スポーツの普及だけでなく、教育・食・健康に関する活動や、国内外の地域との共創に重点をおいたプロジェクトにも取り組み、全ての人にひらけた学びや挑戦を支援する場づくりを目指している。
2023年2月、神奈川県鎌倉市に発酵食品を取り入れたカフェ『CAFE STAND BLOSSOM ～ KAMAKURA ～』をオープン。
2026年3月に葉山に拠点を移し、食をきっかけに人と人とがつながる新たな場づくりを進めている。

特定非営利活動法人One Rugby会長
一般社団法人WAZIWAZI代表理事
一般社団法人スポーツを止めるな共同代表理事
一般社団法人アポロプロジェクト専務理事
認定特定非営利活動法人CLOUDY理事
一般社団法人 日本車いすラグビー連盟副理事長

救急車　滴が走り流れ出す　命をつなぐ薬のお話
～すべての職種にささってほしい薬剤師からの便箋～

○柴田 啓智[1]
[1]済生会熊本病院 薬剤部

救急車のなかで始まる輸液の一滴は、患者の体へ静かに流れ込み、救命の未来へ向かって道をひらいていきます。その一滴から始まる薬物療法を、救急車、初療室、そして集中治療室へとつなぎながら、薬剤の効き方をどのように見立て、どのように調整していくのか、みなさんは意識せずともそのような感覚で医療に向き合っているのだと思います。

救急の現場では、尿量の変化やむくみ、循環の揺らぎといった小さな兆候が、薬の効果を大きく左右します。初療室では、限られた時間の中で“効きすぎる”リスクと“効かない”リスクのあいだを見極める判断が求められます。集中治療室では、刻々と変化する病態生理に寄り添いながら、透析などの機器による支援を考慮しつつ，薬の投与設計を丁寧に組み直していきます。これらは薬剤師だけの営みではなく、救急救命士、看護師、医師がそれぞれの立場で関わり合う、チーム医療そのものです。

本講演では、輸液からはじまる薬の行方をどのように読み解くかを示し、救急から集中治療まで一貫した薬の考え方をお伝えします。すべての職種の方々が、患者さんの命の流れを支えるための軸を持ち帰っていただけることを願っています。

【略歴】
・学歴
2002年　熊本大学薬学部　卒業
2004年　熊本大学大学院薬学研究科博士前期課程臨床薬学専攻　修了
2017年　熊本大学大学院薬学教育部博士課程　修了
・職歴
2004年　済生会熊本病院薬剤部　入職
2013年　済生会熊本病院薬剤部　主任
2020年　済生会熊本病院薬剤部　薬剤管理指導室長
2023年　済生会熊本病院薬剤部　調剤室長
2026年　済生会熊本病院薬剤部　部長代行
・資格
日本臨床救急医学会評議員・救急専門薬剤師
日本集中治療医学会評議員・集中治療専門薬剤師
日本医療薬学会代議員・医療薬学指導薬剤師
日本臨床薬理学会指導薬剤師

検査所見が命を救う
～循環器救急医から臨床検査技師に伝えたいメッセージ～

○大塚 麻樹[1]
[1]久留米大学 心臓・血管内科/久留米大学病院 高度救命救急センター CCU

循環器救急の現場では、診断と治療の判断が分単位で求められる。急性冠症候群や心筋炎などを鑑別しながら心原性ショックを制圧するストラテジーを迅速に組み立てることができなければ、救命につながらない。臨床検査は単なる数値ではなく、患者の生命を左右する重要な手がかりであり、病態の理解や治療方針の決定に大きく寄与する。本講演では、当院高度救命救急センターCCUにおける循環器救急診療の実際を紹介しながら、臨床検査が果たす役割について概説する。急性冠症候群や劇症型心筋炎などの重症循環不全に対する診療、IABP、ECMO、Impella などの機械的循環補助装置、体外循環式心肺蘇生（ECPR）、さらには心停止後症候群に対する全身管理や神経学的予後評価など、循環器救急のさまざまな場面を取り上げる。循環器救急医の立場から、臨床検査技師との連携が患者の救命につながることを共有し、日常業務の中で検査が持つ臨床的意義を再確認する機会としたい。

大塚　麻樹（おおつか　まき）
【略歴】
大分医科大学（現　大分大学）医学部医学科卒業
大分医科大学医学部　第二内科
2004年　久留米大学医学部　内科学講座　心臓・血管内科部門　助教
2012年　久留米大学　医学博士　学位取得
2014年　久留米大学高度救命救急センター　CCU
2018年　久留米大学高度救命救急センター　CCU　副主任
2021年　久留米大学高度救命救急センター　講師

【所属学会・役職】 日本内科学会　日本循環器学会　日本心不全学会　日本救急医学会　日本集中治療医学会　日本蘇生学会　福岡救急医学会　日本疫学会　久留米市救急医療協議会委員　筑後地域救急業務メディカルコントロール協議会検証委員　大阪ライフサポート協会　日本性差医学・医療学会　筑後久留米PUSH代表

救急医療の未来を拓く
― 救急看護師に期待される役割と展望

○北村 愛子[1]
[1]大阪公立大学 看護学研究科

救急医療の未来は、高齢化の進行、感染症の拡大、災害の増加といった社会的変化を背景に、これまで以上に高度かつ迅速な対応が求められている。その中核を担う救急看護師には、単に処置を補助する役割にとどまらず、患者の身体的・精神的・社会的背景を総合的に捉え、的確に判断する力が必要である。

特に、トリアージや急変時の対応では、限られた時間の中で患者の状態を的確に把握し、優先順位を判断したうえで適切なケアを提供する能力が不可欠である。また、AIや医療テクノロジーの活用によって診療支援が進展する一方で、最終的な意思決定には、人間への深い理解に基づく臨床判断がますます重要になると考えられる。

さらに、救急看護師には、多職種と連携しながらチーム医療を円滑に進める調整役としての役割も求められる。加えて、患者や家族の意思を尊重し、その人らしい生き方や生活を支える視点をもって関わることも重要である。

今後、救急看護師は高度な専門性と倫理観を兼ね備え、「いのち」と「生活」を支える存在として、その役割を一層拡大していくと考えられる。救急医療の質を高め、未来を切り拓くうえで、救急看護師の存在はますます重要になると考える。

【略歴】
大阪府立大学大学院看護研究科 博士前期課程　修了後、
地方独立行政法人　りんくう総合医療センター（ICU/CCU）勤務し
2005年　クリティカルケア（現：急性重症患者）看護専門看護師取得
　以降、専門看護師として急性期ケア推進室で勤務
2011年　大阪府立泉州救命救急センター 看護部 総看護師長
2013年　合併によりりんくう総合医療センター看護局次長
2015年　大阪府立大学大学院　看護学研究科教員（急性看護学教授）
2022年　大阪公立大学大学院（同大学名称変更）にて勤務
2023年　神戸市立看護大学大学院　博士後期課程修了
現在に至る

PEMECインストラクターの心得

○高松 純平[1]
[1]関西労災病院 救命救急科

○福岡 範恭[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 救急救命学専攻

○藤田 基[1]
[1]山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター

○長岡 敏信[1]
[1]下関市消防局 情報指令課

すでに皆様には多くのコースを開催していただいておりますが、コースの中でインストラクションに迷われることもあると思います。皆様が開催されるコースのインストラクションのヒントになるようなものが、本セッションで提供できたらと考えております。是非、皆様お誘い合わせの上ご参加ください！

病院での多剤耐性菌感染の集団発生を防ぐための標準予防策強化対策

○大場 雄一郎[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 感染制御室（兼 総合内科・感染症科）

救命救急センターは、救急重症例に対して集中治療管理と侵襲的治療を行う診療の特性上、多剤耐性菌の院内感染およびそのアウトブレイクを起こすリスクのある部門である。当センターでは2025年12月に救命救急センター病棟に入室歴のある入院患者で多剤耐性菌が水平伝播したアウトブレイク事例を経験し、これに対する院内感染対策を実施した。多剤耐性菌が院内感染集団発生を起こす背景には、気づかないうちに入院患者や病院環境にその起因菌が定着し他の患者に広がるプロセスがあると考えられる。それを根本的に防ぐためには、平時から行うべき標準予防策を見直し強化することが不可欠であり、そのために感染制御部門が現場の職員に対して標準予防策の教育活動を行う必要がある。特に質の高い標準予防策を日常的に継続できるレベルを目指すためには、現場の職員が当事者意識をもって標準予防策の意味を理解し、効果的なトレーニングを行うことが求められる。今回の講習会では、他施設の救急診療部門の感染対策教育に活用できるよう、当センターの救命救急センターの医療職員に対して行った標準予防策のトレーニングを提示するので、これを参考にして頂きたい。

【略歴】
2000年大阪大学医学部卒業．大阪大学医学部附属病院での内科系初期研修，大阪府下の公立病院での呼吸器内科後期研修を経て，2004年から大阪府立急性期・総合医療センターの内科・呼吸器内科で医員として勤務．2009年より神戸大学病院感染症内科にて感染症専門医フェローシップで3年間のトレーニングを修了．
2012年から大阪急性期・総合医療センターに戻り，総合内科と感染制御室を開設し，各々診療主任・部長代理および感染制御室長に着任．2016年より総合内科（2023年より総合内科・感染症科標榜）部長に着任し現在に至る．
専門領域：感染症全般，HIV感染症，渡航関連感染症，院内感染対策，総合内科
日本内科学会総合内科専門医．日本感染症学会専門医．熱帯医学衛生学ディプロマ（修士）．

医療倫理～多様な価値へのチームによる対応～

○淺香 えみ子[1]
[1]公益社団法人日本看護協会

医療提供の背景が大きく変わるなかで、救急医療へのニーズも変化しています。その中で、人々の生活・生命のゲートキーパーとして機能する救急医療の場面では、多様な価値に基づく事象への対応が求められます。

救急医療の場面における医療倫理の活用にむけ、医療倫理の基本をおさえた上で、患者や家族および医療者の意思決定支援およびチーム医療で求められるリーダーシップなどの幾つかの側面から医療倫理の考え方を扱います。

【略歴】
学歴
1987年　看護師免許取得
2005年　東京女子医科大学大学院看護学研究科修士課程修了（看護学）
2019年　富山大学医学薬学教育部生命臨床医学専攻博士課程修了（医学）
職歴
1987年　獨協医科大学埼玉医療センター
2020年　東京医科歯科大学医学部附属病院　副院長／看護部長
2025年　公益社団法人日本看護協会　常任理事
資格
救急看護認定看護師／認定看護管理者
学会
日本救急看護学会代表理事
日本医療教授システム学会副代表理事
日本看護管理学会理事
日本救急医学会関東地方会常任幹事
その他

医療安全の歴史は1999年から始まった ～救急医療における患者安全：歴史から学び，チームで守る～

○新田 雅彦[1]
[1]大阪医科薬科大学病院 医療安全推進室

医療安全の黎明は1999年とされる。当時、医療者の誤認により、大学病院における手術室での患者取り違えや、都立病院での静脈路ロック時の消毒液誤投与による死亡事例など、重大な過誤が相次いで発生し、社会的に大きな問題となった。これを契機に2000年代初頭より医療安全管理体制の整備が義務化され、個人の注意に依存したリスク管理から組織的リスクマネジメントへと転換した。その後も事例の検証と再発防止の取り組みが重ねられ、現在の医療安全管理体制が構築されてきた。

加えて、医療安全の考え方は、エラーの発生に着目したSafety Iから、日常診療において「うまくいっていること」に着目するSafety IIへと発展している。このような変遷の中で、ノンテクニカルスキルやチーム医療、心理的安全性の重要性が強調され、職種間のコミュニケーションと連携の質が患者安全に直結することが明らかとなっている。

本講演では、医療安全の歴史とアプローチの変遷を概観し、救急外来、集中治療部門、手術室などリスクの高い領域の事例を共有する。さらに、医療事故調査制度の再発防止提言も踏まえ、安全なチーム医療の実践について参加者とともに考える。

【略歴】
1992年　大阪医科大学　医学部　卒業
1992年　大阪医科大学附属病院にて臨床研修開始（小児科）
1994年　大阪医科大学大学院医学研究科博士課程
2003年　国立成育医療センター　手術集中治療部　レジデント
2004年　八尾徳洲会総合病院　小児科　部長
2005年　大阪医科大学　小児科学教室　助手
2008年　大阪医科大学　救急医学教室　講師
2019年　大阪医科大学附属病院　医療安全推進室　副室長
2020年　大阪医科大学附属病院　医療安全推進室　室長
2021年　大阪医科薬科大学病院　医療安全推進室　室長
　　大阪医科薬科大学　特別職務担当教員 准教授
2025年　大阪医科薬科大学　特別職務担当教員 教授
現在に至る

【役職等】
日本蘇生協議会 理事，
日本医療安全学会 代議員，広報委員会 委員，
日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会 ジャーナル企画部会 委員，
日本小児科学会 代議員，
日本小児救急医学会 評議員，小児心肺蘇生委員会 委員長，医療安全委員会 委員，
臨床救急医学会　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委員，
大阪小児科学会 運営委員，JPLS委員会 委員，
大阪小児科医会 理事，救急委員会 委員長，
大阪府医師会 救急災害医療部 委員，小児救急医療検討委員会 委員長，
大阪府災害医療コーディネーター，大阪府災害時小児周産期リエゾン

離婚後の共同親権導入による小児救急医療現場への影響

○永水 裕子[1]
[1]桃山学院大学 法学部

2024年5月17日に、父母の離婚後の子の養育に関する「民法等の一部を改正する法律」（「改正民法」）が成立し、2025年4月1日に施行された。婚姻外においても共同親権を認める改正民法が施行された今、子に必要な診断や治療を行うために救急医療機関は現場においてどのように対応すべきかを理解しておく必要がある。そこで、本講習は子の医療実施における親の同意取得の問題に焦点をあて、改正民法および日本小児科学会が（2026年2月の段階において）作成中のマニュアルについて解説を行う。

本講習の中心は、子の医療をめぐる親権者の同意について、双方の同意が必要な場合と片方の同意で足りる場合に関する整理と解説である。親権行使に関する新規定（824条の2）によれば、共同親権の場合には、親権の共同行使がなされるが、①他の一方が親権を行うことができないとき（同条第1項2号）、②子の利益のため急迫の事情があるとき（同3号）、③監護及び教育に関する日常の行為に係る親権の行使（同条2項）のときには一方親権者が親権を単独行使できる。上記規定の説明と子の医療の場面への適用については本講習で詳述する。

【略歴】
2004年上智大学法学研究科博士後期課程単位取得満期退学（修士（法学））。専門は民法及び医事法。2006年に桃山学院大学法学部専任講師、2009年に桃山学院大学法学部准教授、2015年より現職。
【主要著書】
『子どもの医療と法（第2版）』/共著/2012年/尚学社
『子どもの医療と生命倫理（第2版）』/共編著/2012年/法政大学出版
『シリーズ生命倫理学　周産期・新生児・小児医療』/共著/2012年12月/丸善出版
『小児医療と医事法』/共著/2016年/信山社
『子どもの法定年齢の比較法研究』/共著/2017年/成文堂
【主要論文】
「未成年者の治療決定権と親の権利との関係―アメリカにおける議論を素材として―」/単著/2010年/桃山法学15号
「医療ネグレクト―同意能力のない未成年者に対する医療行為への同意権の根拠についての―考察」/単著/2013年/桃山法学20・21号
「胎児の法的地位の再考―胎児治療や人工子宮の開発を契機として」/単著/2024年/桃山法学40号
「子どもの治療決定と親権―民法改正を契機として」/単著/2025年/桃山法学42号

Health Securityと中毒：国内外の情勢と化学物質の動向

○大西 光雄[1]
[1]国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター

Health Securityという用語は健康危機管理を考える際にしばしば使われるが、原因が自然発生か人為的かに関わらず“健康に対するあらゆる脅威に対応するための予防・準備、覚知・分析、対応・復旧、事後検証などの一連の取り組み”を指すことが多い。本領域講習では国内外の化学物質が関連する過去の事故や事件における、覚知や対応、復旧における課題を振り返り、その中から得られた知見を共有し、今後の予防・準備に資することを目指したい。また、ハザードに対する米国や英国の体制を紹介し、各地域のリスクアセスメントに応じたヘルスセキュリティへの取り組みについて共有する。様々な流通経路が存在し、隠語や記号で情報交換される薬物の現状を考察し、海外で話題となっている化学物質（例：カルフェンタニル、キャプタゴン、クラトムなど）に関して日本でも想定しなければならない可能性がある化学物質として、その流行の地域性に関する話題やToxicovigilanceやInfoveillanceを概説する。さらには本邦未承認の解毒拮抗薬に関する情報についても触れる予定である。

重症外傷診療におけるチームワーク
- 理論的背景から実践まで -

○中尾 彰太[1]
[1]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

重症外傷診療においてチームワークの重要性は広く認識されているが、その内容は経験則として語られることが多く、何がチームワークを支えているのかを理論的に整理する機会は必ずしも多くない。その結果、現場では「連携が重要」「チームで対応する」といった共通認識はあっても、具体的に何を共有し、どのように判断を進めるべきかは暗黙知に委ねられがちである。重症外傷診療の現場では、限られた情報と時間制約の中で、多職種が同時並行に評価、判断、処置を行う必要があり、こうした状況ではチームワークのあり方が診療の安全性や質に直結する。本講演では、重症外傷診療におけるチームワークの中身を構成要素に分けて整理し、それぞれがどのような役割を果たしているのかを理論的な視点から概説する。その上で、Japan Expert Trauma Evaluation and Care（JETEC）や Surgical Strategy and Treatment for Trauma（SSTT）といった教育コースで示されている実践を一例として取り上げ、理論と実際の診療行動がどのように結びついているのかを考察する。さらに、これらの考え方が日常診療においてチームの機能と診療の再現性につながる理由を整理し、理解を深める視点を提供したい。

【略歴】
中尾彰太
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　センター長
学歴
2001年　大阪大学卒業
職歴
2001年　大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター　研修医
大阪府立千里救命救急センター（現　済生会千里病院　千里救命救急センター）、市立堺病院（現　堺市立総合医療センター）外科などでの研修を経て、
2009年　大阪府立泉州救命救急センター（現　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）副医長
2013年　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　医長
2017年　同　副所長
2019年　現職
学会等（抜粋）
日本救急医学会　指導医・専門医・評議員
日本外傷学会　専門医・評議員
日本臨床救急医学会　評議員
JETECインストラクター
SSTT サージカルインストラクター

日本版敗血症診療ガイドラインの現在地と将来展望

○山川 一馬[1]
[1]大阪医科薬科大学 救急医学

敗血症は依然として救急・集中治療領域における主要な死亡原因であり、早期診断と適切な初期治療が予後を規定する。日本版敗血症診療ガイドライン（J-SSCG）は、GRADE手法に基づき体系的にエビデンスを統合し、本邦の医療環境に即した推奨を提示してきた。

本講習では、最新改訂の構造と主要な推奨の変遷を概説するとともに、初期蘇生、抗菌薬適正使用、循環管理、凝固異常への対応など実臨床上の重要論点を整理する。具体的には、敗血症性ショックに対する早期輸液蘇生の目標設定、乳酸値を指標とした再評価、適切な培養採取後の広域抗菌薬の迅速投与とデエスカレーション戦略、ノルアドレナリンを第一選択とする昇圧療法、DIC合併例における抗凝固療法の位置づけなど、推奨の背景となるエビデンスと臨床判断の実際を解説する。さらに、リアルワールドデータの活用、表現型分類に基づく層別化治療、AIを用いた意思決定支援、Living Guideline化など、今後の診療体系の進化について展望する。

ガイドラインを単なる推奨集としてではなく、継続的に更新される知識基盤として再定義し、救急現場における質の高い標準化医療の実装と個別化医療の両立を考察する。

【略歴】
2003年、北海道大学医学部卒業。大阪大学特殊救急部に入局し、大学病院および基幹病院において救急・外傷診療に従事。大阪大学大学院医学研究科博士課程を修了し、博士（医学）を取得。その後、Harvard Medical School関連施設にて研修を行い、帰国後は大阪急性期・総合医療センターを経て、2020年より大阪医科薬科大学救急医学准教授。救急医療、敗血症、凝固異常を主な研究領域とし、関連学会活動にも携わっている。

災害対応に必要なCSCA確立の本質

○松田 宏樹[1]
[1]国立健康危機管理研究機構DMAT事務局

災害対応の本質は、「需要」と「資源」の不均衡にある。医療需要が急増し、医療提供能力が相対的に不足する状況下では、限られた資源をいかに効率的に運用するかが中核課題となる。その前提として不可欠なのが、明確な指揮系統と役割分担を備えた医療の組織化である。指揮系統が確立されなければ資源配分の優先順位は定まらず、集団最適を志向した意思決定は成立しない。そして、その指揮の正当性を担保する根拠が、需要と資源量を可視化する情報集約である。状況を正確に把握できなければ、適切な資源投入はあり得ない。本講演では、CSCA（Command and Control, Safety, Communication, Assessment）確立の本質を、被災地域の病院と地域それぞれの立場から再確認し、災害対応に対する深層理解につなげることを目的としたい。

松田宏樹
【略歴】
2003年　広島大学医学部医学科卒業
2003年　大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター入局
2004年　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科
2005年　沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　外科
2007年　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科
2019年　国立病院機構本部　DMAT事務局
2025年　国立健康危機管理研究機構　DMAT事務局

主な災害対応
東日本大震災
熊本地震
ダイアモンドプリンセス号対応
厚生労働省　新型コロナウイルス対策推進本部　参与
能登半島地震

熱傷診療のNEW・ABC

○井上 貴昭[1]
[1]筑波大学医学医療系 救急・集中治療医学

重症熱傷患者に対する初期治療は、各種治療デバイスが進歩した現在においても、なお困難を伴う。重症例は一施設あたりの経験数が限られるため、救急医・集中治療医にとって依然として挑戦的な領域である。初期の生体徴候の安定化に始まり、感染対策、栄養管理、せん妄対策、社会復帰を見据えたリハビリテーションに至るまで、その管理は多岐にわたり、まさに“King of Intensive Care”と称される。一方、外科治療も救命、感染制御、機能再建、整容改善など多面的な役割を担い、“Queen of Reconstructive Surgery”といえる。この『KING & QUEEN』の名にふさわしい熱傷診療について、本邦では2021年公表の熱傷診療ガイドライン改訂第3版および、2011年開始・2023年全面改訂の熱傷入院患者レジストリーに約27,000例が集積され、診療の現状が明らかとなっている。本講演では、これらのエビデンスに基づくABC管理を中心に、新たな知見と最新の局所治療の動向を概説する。

【略歴】
氏　　名：井上　貴昭(いのうえ　よしあき)
所　　属：筑波大学医学医療系救急・集中治療医学
役　　職：教授
略　　歴：
1993年　筑波大学医学専門学群卒
1993年　大阪大学医学部附属病院特殊救急部医員（研修医）
1994年　国立水戸病院外科（レジデント）
1998年　大阪府立病院救急診療科（技術吏員/診療主任）
2001年　大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター（医員）
2005年　Dep. of Surgery, Univ. of California San Diego（visiting scholar）
2007年　Dep. of Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Univ. (Postdoctoral Fellow)
2008年　順天堂大学医学部附属浦安病院救急診療科（先任准教授）
2016年～筑波大学医学医療系救急・集中治療医学　教授

臨床に活かす救急画像所見クイズ：見落としを防ぐための視点とアプローチ

○山田 晃弘[1]
[1]一宮市立市民病院 放射線技術室

今回『できるかな⁉救急画像所見クイズ（診療放射線技師向け）』という企画でクイズの解説を務めさせていただきます。クイズには皆様が普段当直中に遭遇する疾患やSTAT画像所見などがあります。こういったSTAT画像所見を見つけた際には、すぐに主治医に報告しなければならず、今はタスクシフトの観点からも私たち診療放射線技師に求められており、現在は多くの施設で行われてきていると思われます。

私たち診療放射線技師は撮影技術の専門である一方で、画像の専門でもあります。ただし私たちは診断を行うわけではありません。診断はあくまでも医師です。そのために命に関わる危険なサインを見逃さずに根拠をもとに医師へ進言する必要があると思います。またMPRやMIPやMinip、VRなど画像処理を駆使して医師へわかりやすい画像の提供することも重要な役割と感じています。

本日はクイズから解るポイントや危険なサインなどを私なりに解説できたらと思います。クイズ形式なのでお気軽に、そして楽しく学べたらと思いますので当日会場で宜しくお願いいたします。

４学会合同ガイドラインはどのように倫理的ジレンマに対応しようとしているのか

○舩越 拓[1]，石上 雄一郎[2]
[1]名古屋市立大学病院 救命救急センター，[2]飯塚病院 連携医療・緩和ケア科

今回、「救急集中治療領域における生命維持治療の中止差し控えに関する4学会合同ガイドライン」（以下４学会合同ガイドライン）の原案が公開された（抄録執筆時点でパブリックコメント募集終了）。あえて「終末期」を定義しないことなど、生命維持治療の中止・差し控えをめぐる意思決定のプロセスをより実践的に説明している。本ガイドラインの特徴は、治療の可否を一律に示すことではなく、患者の価値観、ACPの内容、推定意思、家族等の理解と受容、予後予測の不確実性、生活・人生の質、社会的背景を統合しながら、医療・ケアチームが臨床倫理的検討と共同意思決定（SDM）を反復し、患者にとっての最善を模索する点にある。

本セッションでは、4学会合同ガイドラインの改訂ポイントを整理する。具体的には、終末期の定義を置かないことの臨床的・倫理的含意、厚労省プロセスガイドラインに沿ったSDM、生命維持治療の終了／差し控え後に求められる早期からの基本的緩和ケア、について概説し、症例ベースで、実際にどのように話し合い、どのように家族を支えるのかを提示する。

生命維持治療の終了／差し控えは治療の縮小そのものを目的とするものではなく、患者にとって最善の治療・ケアのゴールを再設定し、その後も苦痛緩和、意思決定支援、心理社会的支援を継続するプロセスの構築である。本セッションでは、フロアとの討議も交えながら、救急医療・集中治療に携わる医療者が、法的・倫理的・社会的妥当性を踏まえつつ、責任あるかたちで生命維持治療の終了／差し控えを実践することを目指す。

全国の救急隊の搬送にかかわる 身体的・心的負荷の現場と今後の改善策を議論する　2025年調査報告

日本臨床救急医学会救急活動時の救急隊の活動向上に向けた検討委員会：
田中 秀治、遠藤 太、和合 匠学、髙橋 宣明、木下 哲男、細田 優子、濵 亮太郎、上村 潤也、松永 真雄、宮地 利幸
同 救急隊活動におけるパフォーマンス向上検討小委員会：
田中 秀治、田邊 晴山、木村 和巳、谷口 泰規、小林 菜々、月ヶ瀬 和利、植田 広樹、匂坂 量、坂梨 秀地、中川 洸志

演題番号　PSY-1（E）　2025年調査報告1　消防機関への調査結果

○木下 哲男[1]
[1]大阪市消防局 救急部

演題番号　PSY-2（E）　2025年調査報告2　救急隊員個人への調査結果

○濵 亮太郎[1]
[1]京都市消防局 警防部 救急課

演題番号　PSY-4（E）　2025年調査報告3　救急隊員の身体的・心理的負荷に関する検討結果

○中川 洸志[1]
[1]国士舘大学体育学部 スポーツ医科学科

演題番号　PSY-5（E）　2025年調査報告4　救急隊員の負担と今後の改善策

○坂梨 秀地[1]
[1]国士舘大学体育学部 スポーツ医科学科

背景と目的：本調査は、救急活動時の救急隊の活動向上に向けた検討委員会が2023年に実施した第1回全国調査から約2年後の2025年に行われたもので、救急隊員が抱える身体的・心理的負担の現状がどの程度改善されたかを検証するとともに、救急需要増加や働き方改革など社会環境の変化に伴う新たな課題を抽出し、今後の政策提言につなげることを目的とした。

方法：調査方法は前回と同様、全国消防長会の協力のもと消防本部と救急隊員個人を対象としたWEBアンケート形式で実施された。全国消防本部724か所中584本部から回答（回答率80.6％）、救急隊員計15,811名から回答を得た。消防本部調査では、職員構成、負担軽減策、救急需要対策、復帰支援プログラム、資器材導入希望などを把握した。一方、救急隊員調査では、勤務形態、身体的・心理的負担、勤務体制、再任用、日勤救急隊への希望、資器材ニーズなどを詳細に収集した。

結果：消防本部へのアンケートの主要な結果：回答を得た584消防本部(全体の80.6％)の職員構成は、救急隊員の所属数が200名以上が175本部であった。女性消防吏員は微増傾向にあり（1～5人）が所属する消防本部が323本部、女性救急隊員（1～10人所属）が428消防本部となった。退職後の再任用救急隊員雇用しているのはわずか100本部であった。負担軽減策としては、「編成人数の拡大」「ジョブローテーション」「日勤救急隊の導入」「活動上限の設定」「休憩・睡眠時間の確保」などが一定程度導入されていたが、「特に行っていない」と回答した本部も存在し、これは地域差が大きいことが示された。救急需要増加への対応では、「救急相談ダイヤル（#7119等）」「コールトリアージ」「転院搬送ガイドライン」「医療機関・介護施設への説明会」「市民啓発」などが広く導入されていた。一方、頻回要請者対応や不搬送基準の策定など高度な施策は地域差が大きかった。復帰支援プログラムについては、「対象者全員導入」「希望者のみ導入」「検討中」「導入予定なし」と回答が分かれ、全国的な統一は十分に進んでいない。資器材導入希望では、自動式心マッサージ機や電動ストレッチャーなど身体的負担軽減に直結する資器材が強く求められていた。一方でこれまでの施策でこれらの機材を導入している本部も増えてきていた。

救急隊員個人へのアンケートの主要な結果

回答を得た15811名の救急隊員の年齢構成は男性90％で20～50代を中心に幅広く、在任期間は「5～10年」「10～19年」の中堅層が最も多かった。勤務形態は隔日勤務が主流で、日勤救急隊は少数であった。兼任救急隊員が約62％を占め、都市部で多い専任隊員も全体の32％存在した。

救急隊員への身体的負担は、全体の約75％が「負担を感じる」と回答し、痛みの部位は腰部が52％と最も多く、肩・背部が25％と続いた。仮眠時間は3時間以上が65％で最も多く、「2時間以上3時間未満」が27％、2時間未満が8％と

断続的な睡眠しか確保できていない隊員が多数を占めた。活動別では、重症傷病者対応で54.5％が身体的負担が高く、頻回要請者対応でも高い負担あることが判明した。

心理的負担では、医療機関との調整・コミュニケーションにおけるストレスに「中程度～強い負担」を感じる隊員が約64％に達していた。特に「応需決定までの時間」「病院側からの条件提示」「搬送後のクレーム対応」が救急隊への大きな負担となっていた。傷病者の重症度別では、重症患者対応で心理的負担が最も高く、軽症患者対応では低い傾向が見られた。すでに再任用されている救急隊員では58％が継続を希望していた。また現役の救急隊員の再任用への志望調査では「再任用を望まない」が44％を占めており、次いで「日勤であれば従事したい」が23.2％であった。高齢となった救急隊員は夜勤のない勤務形態の柔軟な変化を望んでおり、今後の人材育成に重要な要素であることが示された。資器材導入希望では、自動式心マッサージ機と電動ストレッチャーなど現場の身体的負担軽減へのニーズが明確に示された。

考察：本調査により、救急隊員の活動による身体的・心理的負担は依然として大きく、特に重症患者対応や頻回要請者対応、そして医療機関との入院調整などが負担要因であることが再確認された。、2023年調査と比較すると一部改善傾向は見られるものの、負担構造は大きく変わっていない。今後の重点課題として以下の5点が挙げられる1．全国的な標準施策の整備による負担軽減 休憩・睡眠時間確保、活動上限設定などの施策を全国で均質化する必要がある。2．医療機関との連携強化 応需決定までの時間短縮、情報伝達の標準化、条件調整の簡素などの双方の負担軽減化が急務である。３．資器材整備の推進 自動式心マッサージ機や電動ストレッチャーなどに代表される、身体的負担軽減に直結する機器の全国への計画的導入が待たれる。４．市民啓発の強化 適正要請行動の定着に向け、救急相談ダイヤルやコールトリアージの普及、重症度・緊急度なでの判断の市民教育の普及が必要である。５．勤務制度の柔軟化と再任用制度の充実 日勤救急隊の導入拡大や再認証やフレックスタイムなど柔軟な勤務形態が求められていること、全国消防本部において救急隊員の健康保持と人材確保に直結する取り組みを感が手行くべきである。

結語：本調査は、救急隊員の負担軽減と救急活動の質向上に向けた重要な基盤資料であり、消防本部・行政・学会が協働して改善策を進めていく必要性を示すことができた。特に今後の救急隊の勤務形態の柔軟化、資器材整備、医療機関連携の改善は喫緊の課題であり、救急医療体制の持続可能性を高めるための施策として重要である。

謝辞：調査にご協力頂いた全国の救急隊員・消防本部・全国消防長会の皆様にこの場を借りて感謝を申し上げます

演題番号　PSY-3（E）　救急隊員の健康不安の実態調査～全救ＮＥＴの電子アンケート調査からの考察～

○大野 和史[1,4]，三木 大輔[2,4]，高山 祐輔[3,4]
[1]豊後高田市消防本部 警防課，[2]大阪ＥＭＳ研究会，[3]帝京大学，[4]全国救急救命ネットワーク

背景 近年、高齢化や気温上昇に伴い、救急需要が増大し、出動件数の増加や活動時間の延伸などにより、救急隊員の健康問題が懸念される。全国救急救命ネットワーク(全救ＮＥＴ)が「救急隊員の健康不安」をテーマに開催した研修会でも、切実な意見が多く挙がった。目的 救急隊員が抱える健康不安について調査し、課題を明らかにすること。対象と方法 2024年2月~3月、全救ＮＥＴ会員(個人290名、9団体)に電子アンケート調査を実施した。結果 221名(32都道府県)回答を得た。救急業務で健康不安を感じている隊員は175名(79.2%)で、睡眠不足や過度な疲労による自律神経の乱れ、夜間出動中の動悸など具体的な意見も挙がった。労務管理は70.1%が満足していない一方、70.6%は業務にやりがいを感じていると回答した。考察・結論 救急隊員は24時間勤務の中で十分な休憩が取れないまま立て続けに出動するなど、心身の健康を損ないやすい過酷な状況にある。労務管理がなかなか改善されない閉塞感がある一方、強い使命感で業務が維持されている。救急隊員の健康問題は市民の安全にも直結することから、日勤救急隊の設置や人員交代制勤務などの対策を組織として推進する必要がある。

気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-1（O）

○肱岡 靖明[1]
[1]国立環境研究所 気候変動適応センター

日本における気候変動適応への取組

世界気象機関によると、2025年は史上3位以内に入る高温の年であり、その全球平均気温は産業革命以前の水準と比較して1.44℃高かった。そして、この高温は世界各地で異常気象を引き起こした。日本国内でも、2025年の夏は統計開始以降最も高温となった。全国延べ30地点で40℃以上の日最高気温が観測された他、5月から5か月間の熱中症による救急搬送人数は初の10万人超えとなった。このような近年の高温は、農作物や生態系、観光や文化にも大きな影響を及ぼしている。　気候変動対策は、地球温暖化の原因である温室効果ガスの排出量を削減する「緩和策」と、気候変動の影響を回避・軽減し、命や財産を守る「適応策」に分けられる。日本では、2018年12月に「気候変動適応法」が施行され、大きく４つの柱（適応の総合的推進、情報基盤の整備、地域での適応の強化、適応の国際展開等）が示されている。同法は、熱中症対策を一層推進するために2023年４月に改正され、2024年４月から全面施行された。　直面している気候リスクへの適応を進めつつ、1.5℃目標の達成に向け、勝負の10年としてさらに気候対策を加速させることが求められている。

気気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-2（D）

○神田 潤[1]
[1]日本医科大学武蔵小杉病院 集中治療科

ファン付き作業服の課題とその克服に向けた取り組み

熱中症診療ガイドライン2024の発表以降、死亡者数（概算）（2024年:2,098人→2025年:1,521人、以下同）と死亡率（死亡者数/死亡＋重症搬送者数）（91.2%→65.1%）は減少に転じている。その一方で、2025年に改正労働安全衛生規則により熱中症予防措置の義務化がされたものの、搬送数は総数（97,578人→100,510人、以下同）、死亡＋重症（2,298人→2,334人）ともに上昇傾向が継続している。厚生労働省「職場における熱中症防止対策に係る検討会」では、「ファン付き作業服については、その性能の評価が必要である」「身体冷却機能付き衣服のみでは熱中症防止は困難であり、他対策との併用が望ましい」と報告書・ガイドラインに明記された。先行研究でも、従来のファン付き作業服はWBGT30℃以下では有効性が示されているが、WBGT30℃以上では効果が限定的であることが指摘されており、従来型ファン付き作業服の課題を克服することは、熱中症予防の一つの方策と考えられる。本シンポジウムでは、暑熱環境下における個人防護装備の新たな設計の考え方について検討を行ったので報告する。

気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-3（D）

○永田 高志[1]
[1]自衛隊中央病院 リハビリテーション科

自衛隊における熱中症対策ハンドブックについて

日本の平均気温は過去100年で1.4℃上昇し、Intergovernmental Panel on Climate Change（IPCC）は今世紀末までに地球平均気温が2.4 ～ 4.4℃上昇すると報告している。気温上昇に伴い熱中症患者は増加傾向にあり、自衛隊においても暑熱環境下での高強度活動や装備上の制約といった特有の要因から、労作性熱中症のリスクが高まっている。数年に一度、死亡事例も発生し、諸外国軍で指摘される「tragedy loop」と同様の課題が存在する。自衛隊中央病院は平成30年より「暑熱環境での訓練における労作性熱中症予防及び治療に関する研究」を開始し、令和5年からは陸上自衛隊化学学校、防衛医科大学校と共同研究体制を構築した。本書はこれらの知見と米軍等の最新ガイドラインを踏まえ、自衛隊の任務特性に即した予防・治療法を提示し、適切なリスク管理と初期対応の徹底により悲劇の再発防止を目指すものである。特徴としては暑熱順化そして積極的なクーリングについて述べていることである。

気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-4（D）

○沢本 圭悟[1,2]，上村 修二[1,2,3]，久保田 雄策[1]，守田 晴輝[1]，能戸 麻莉奈[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]札幌医科大学 医学部 医療安全・病院管理学講座

「落ち着いて深呼吸して」は正しい処置か。
—暑熱環境下でのマラソン救護において過換気が意味するところ—

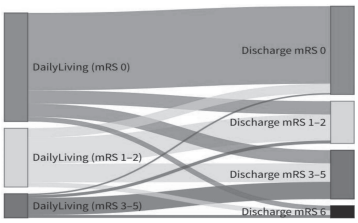
【背景】マラソン大会ゴール後の救護現場では過換気を呈する傷病者が少なからず発生する。そういった傷病者に対しては精神面の安定化を中心とした安静加療のみでは改善に乏しいことが多い。【目的】暑熱環境下でのマラソン大会のゴール後の過換気の病態を検討すること。【方法】最高気温26.4℃、最高WBGT25.1℃を記録した北海道マラソン2025において、2度以上の熱中症と診断されてゴール救護所に搬送され輸液を実施した27例を対象とした。静脈路確保時の血液検体を血液ガス分析装置で測定を実施し、pCO_2と各種検査結果との関係を調査した。【結果】測定結果を中央値で示す。pH 7.445、pCO_2 36.5 mmHg、BE 0.9 mmol/L、Lac 3.38 mmol/Lで、乳酸値が高いにも関わらず軽度の混合性アルカローシスを認めた。また、Hb 15.9 g/dL、Ht 47.0 %、Na 145.0 mmol/Lで、著しい高張性脱水を認めた。pCO_2とLacについて、ピアソンの積率相関係数を用いて解析したところ、有意な負の相関（r = -0.738、p ＜ 0.001）を認めた。【結語】暑熱環境下のマラソン救護現場における過換気は、精神症状ではなく乳酸値上昇を反映する徴候として捉えるべきであり、早期の医療介入が望ましい。

気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-5（D）

○鈴木 悠也[1]，佐藤 佳澄[2]，岡田 遥平[3,4]，神田 潤[4,5]，横堀 將司[4,6]，奥山 学[2]，中永 士師明[2]
[1]秋田大学医学部付属病院 高度救命救急センター，[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]国立シンガポール大学 Duke-NUS Medical School，[4]日本救急医学会、熱中症低体温症委員会，[5]日本医科大学武蔵小杉病院救命救急科，[6]日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野

熱中症患者の入院前modified Rankin Scaleと退院時機能転帰の推移：JAAM Heatstroke Study 2017-2021

背景熱中症は暑熱曝露による体温調節破綻で発症する急性疾患である。本邦では高齢化に伴い機能低下を有する患者が増加しているが、発症前機能状態と退院時機能転帰の関連は十分に検討されていない。方法と結果本研究はJAAM Heatstroke Study（2017-2021年）に基づく全国多施設前向き観察研究の二次解析である。成人入院例2452例を対象とした。年齢中央値73歳（IQR 57-83）、男性70％だった。発症前mRSを0、1-2、3-5に分類し、退院時mRS（0、1-2、3-5、6）への推移を評価した。発症前modified Rankin Scale（mRS）0群の71％はmRS0で退院したが、29％は機能低下または死亡を認めた。退院時mRS3以上または死亡の割合は、mRS0群16％、mRS1-2群40％、mRS3-5群82％であり、発症前mRSが高いほど不良転帰が増加した。結語発症前の日常生活機能は熱中症患者の退院時機能転帰を予測する重要な指標となり得る可能性が示唆された。



気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-6（E）

○高橋 治花[1]，岡田 遥平[2]，Marcus Ong[2]，Gayathri Nadarajan[2]，Aruna Gimkala[3]，G.V. Ramana Rao[3]
[1]日本体育大学大学院 保健医療学研究科，[2]Duke-NUS Medical School，[3]EMRI Green Health Services

気候変動下における疫学的特徴と病院前適応戦略の検討 ― インド・テランガーナ州の事例から

背景: 本発表は、国外インドにおける熱関連疾患の臨床的・疫学的特徴を明らかにするとともに、病院前冷却介入モデルCarbon Coolの導入試行および現地救急隊への横断的調査を通じて、その実装可能性と持続的運用に向けた課題を検討することを目的とした。内容: テランガーナ州EMRI救急搬送サービスの病院前データベースを用いた熱中症の観察研究を実施した。患者485例を解析対象とした。年齢中央値は45歳（IQR 35-57）であった。症例の75.9％は都市部で発生し、75.1％は日中に集中していた。病院前冷却処置は48.7％に実施されていたが、実施にはばらつきがみられた。これらの疫学的特徴を踏まえ、簡便・低コストの冷却介入、標準化プロトコルおよび教育プログラムを含むCarbon Coolの導入を試行し、導入前後で冷却実施率および対応の均質化に改善傾向を認めた。また、現地救急隊を対象とした横断的調査では、資源不足や教育機会の格差が課題として挙げられ、制度的支援と地域社会の積極的関与が不可欠であることが示唆された。まとめ: 病院前対応の強化、資源制約下における効率的な冷却戦略の構築、そして持続可能性を考慮した実装のあり方について議論する。

気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-7（D）

○石澤 嶺[1]，岡田 遥平[2]，金子 仁[1]，清水 敬樹[1]，神田 潤[3]，本間 宙[4]，横堀 將司[5]
[1]東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科，[2]Duke NUS Medical School Health Services and Systems Research，[3]日本医科大学 武蔵小杉病院 救命救急科，[4]東京医科大学 救急・災害医学分野，[5]日本医科大学 救急医学分野

熱中症患者における来院時C-reactive protein値と菌血症との関連

【背景】熱中症の原因及び結果として菌血症を来たしうるがその疫学に関しては不明な点が多い。【目的】熱中症患者において救急外来受診時のC-reactive protein（CRP）値と菌血症との関連を検討する。【方法】日本救急医学会主導の熱中症・低体温症レジストリ（2020-2021年度）を用い後ろ向き観察研究を行った。救急外来到着時のCRPを曝露因子、到着時血液培養による菌血症を主要転帰とした。欠測値はランダムフォレスト法で補完しCRPを3群（<3、3-<10、≥10 mg/dL）に分類して多変量ロジスティック回帰分析を行った。感度分析としてrestricted cubic spline解析を実施した。【結果】解析対象は1,614例で年齢の中央値は74歳、女性が30.6%であった。CRP＜3 mg/dL 1,365例、3-＜10 mg/dL 164例、≥10 mg/dL 85例であった。CRP＜3 mg/dLを基準とすると調整オッズ比は3-＜10 mg/dL群で2.92（95%CI 1.71-4.96）、≥10 mg/dL群で8.58（4.88-15.09）であり、CRP上昇に伴い菌血症のオッズは段階的に増加した。restricted cubic spline解析では、CRP上昇に伴い菌血症リスクは連続的に増加する傾向を認めた。【結論】熱中症患者におけるCRP高値は菌血症と関連している。

気候変動関連疾病：適応へ向けた取り組み
演題番号　SY1-8（D）

○狩野 謙一[1]，岡田 遥平[2]，神田 潤[3]，横堀 將司[4]
[1]京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻，[2]Duke-NUS Medical School，[3]日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野，[4]日本医科大学武蔵小杉病院 集中治療科

救急外来到着時クレアチンキナーゼ（CK）値と熱中症患者予後の関連：Heatstroke study二次解析

【背景】熱中症において、初療時から重症化リスクを層別化し速やかな介入が必要である。クレアチニンキナーゼ（CK）は横紋筋融解を反映し得るが、救急受診時のCKと予後との関連は十分に検討されていない。【方法】本研究はHeatstroke studyのデータを用いた二次解析である。対象患者は成人の熱中症患者で心停止、データ不備の症例を除外した。救急受診時のCKを四分位範囲でグループ分けした。主要評価項目を院内死亡とし、ロジスティック回帰分析で関連を評価した。【結果】3,154例のうち2,741例を解析対象とした。対象全体の年齢中央値は73.0（57.0-83.0）歳、男性は1,897 / 2,734（69%）であった。CKのそれぞれのグループの院内死亡はVery low 231/686（34%）、Low 257/685（38%）、Moderate 295/685（43%）、High 331/685（48%）と、CKが高い群ほど増加した。ロジスティック回帰分析では、Very low群に比べ、調整後オッズ比（95%CI）はLow 0.94（0.45-1.94）、Moderate 1.60（0.87-3.04）、High 2.16（1.20-4.02）であった。【結語】初療時の簡便なリスク層別化指標としてCKが有用である可能性がある。

今後の少子高齢化社会に向けて救急医療を持続的なものにするために
演題番号　SY2-1（D）

救急医療の持続可能性を問う
—救急車有料化論争を超えた構造的改革への提言—

○竹内 一郎[1]
[1]横浜市立大学 救急医学/高度救命救急センター

一部地域で「救急車有料化」が導入され議論を巻き起こしている。その実態は選定療養費の徴収であるが本質的問題は制度の名称ではなく、国民が享受してきたゼロコストの救急医療が維持困難であるという現実を社会全体で直視できていないことにある。筆者はこの危機に問題提起すべく複数の学会シンポジウムを企画してきた。国民医療費は45兆円を超え（2023年度）、救急出動件数は年間760万件と過去最高を更新、病院収容までの時間は47.2分（令和5年）に延伸し、搬送者の約50%が軽症と判定されている。救急システムはすでに破綻の兆候を示している。横浜市消防局では救急入電件数が25万件を超える中、119コールの内容で優先順位を判定する「コールトリアージ」を実施し、PA連携や軽症事案への2名隊運用など資源の最適配分に取り組んでいる。持続可能な救急医療にはテクノロジー・人材・地域連携がいずれも重要だが、最も根本的な改革は「高度医療にはコストがかかる」という事実を国民が受け入れる意識改革である。政策立案者・行政・メディアを巻き込んだ広範な社会的議論の喚起こそが今求められている。

今後の少子高齢化社会に向けて救急医療を持続的なものにするために
演題番号　SY2-2（D）

湘南ERの戦略：『初療の集約と入院の連携』が生み出す次世代型ERシステムとタスクシフト

○鱶口 清満[1]，山上 浩[1]
[1]湘南鎌倉総合病院 救急総合診療科

【背景】年間5万人が受診する当院ERでは、超高齢社会に伴う患者の複合病態化により「救急応需＝自院入院」の前提が破綻し、ER入院待機と紹介不応需が常態化する危機に直面している。【対策】この課題に対し、当院は「初療は集約、入院は連携」へのパラダイムシフトを実行した。超急性期の初療は全例応需し、診断がついた軽中等症例はERから周辺医療機関へ直接転院させる「Advanced Triage」を構築し、年間約2000件の下り搬送を実践し、自院の重症病床を死守している。【次世代型システム】この圧倒的流動性を支えるのが、タスクシフトとテクノロジーの実装である。病院救命士を司令塔とし転院調整を移譲した。さらに、救急隊からの事前データ連携や薬手帳のOCR読込により初療と受入準備のタイムロスを極限まで削減した。また、転院最大の障壁である紹介状作成に生成AIを導入し、医師の事務負担を抜本的に解消することで流動性をさらに加速させた。【結語】新技術とタスクシフトを駆使し、地域全体で病床をシェアする本モデルこそ、2040年を生き抜く救急医療のサバイバル戦略である。

今後の少子高齢化社会に向けて救急医療を持続的なものにするために
演題番号　SY2-3（D）

緊急性が乏しいと判断される救急症例に対する選定療養費徴収の効果と課題

○井上 貴昭[1]，渡邊 達也[1]，長友 一樹[1]，榎本 有希[1]，下條 信威[1]
[1]筑波大学医学医療系 救急・集中治療医学

【背景】茨城県では2024年12月より、緊急性が乏しい救急搬送症例に対し、200床以上を有する23医療機関で選定療養費の徴収を開始した。本施策開始1年後の状況を検討した。【方法】対象22施設の導入後1年間の救急搬送状況および徴収状況を評価し、併せて搬送困難症例数、#7119等相談件数、県民からの問い合わせ内容を解析した。【結果】救急搬送82,289件中、徴収対象は2,840件（3.5%）であった。県内の救急車出動件数は近隣県が増加する中、本県は4.2%減少した。軽症割合は県全体で4.9%、対象医療機関で5.9%減少し、中等症・重症割合は増加した。搬送困難症例数は前年比8.5%減少した。電話相談件数は成人で16.6%増加し、小児は8.0%減少したが、救急車要請助言は2.0%増にとどまった。県に対する問い合わせは162件/年で、徴収に対する苦情は30件であった。【結語】本施策は少子高齢化社会において持続可能な救急医療体制構築に寄与する可能性が示唆された。

今後の少子高齢化社会に向けて救急医療を持続的なものにするために
演題番号　SY2-4（D）

TCCと広域搬送とを組み合わせた人口減少社会に対応する新たな救急集中治療の地域包括モデル

○西山 慶[1]
[1]新潟大学医学部 救急集中治療医学講座

人口減少と高齢化の進行により、日本の地域医療は医療資源の不足と機能分散が進み、救急集中治療へのアクセス格差が拡大している。特にICUを有しない地域では重症患者の広域搬送への依存が高まっているが、悪天候や夜間などの条件により搬送が制限され、適時の専門治療が困難となる場合がある。本発表では、遠隔集中治療（Tele-Critical Care：TCC）と航空機等による広域搬送を統合した新たな救急集中治療における地域包括モデルの構築を提案する。人的ネットワークを基盤としたハブ・アンド・スポーク型体制のもと、遠隔診療による早期専門介入、リアル搬送との役割分担、適切な患者トリアージを実現することで、不要搬送の削減と地域医療機能の最適化を図る。さらに、TCCはICUを持たない医療圏においても専門的診療支援を可能とし、医療弱者地域の持続可能な医療提供体制の構築に寄与する可能性がある。人口減少社会における地域医療再設計の中核戦略として、目的志向型DXの導入とリアル・バーチャル統合型医療システムの整備が重要である。

今後の少子高齢化社会に向けて救急医療を持続的なものにするために

演題番号　SY2-5（D）

○加藤 源太[1]
[1]京都大学医学部附属病院 診療報酬センター / 病床運営管理部

10年先、20年先の救急患者像、救急患者層をイメージする試み －NDBオープンデータを用いた推計から－

【背景】今後の少子高齢化社会において、救急医療体制にこれまでのような右肩上がりの拡充を求めることは難しい。とはいえ、救急医療体制の効率化を議論しようにも、地域社会に求められる救急医療の機能から乖離した提案は合意が得られる可能性が低く、その将来推計には、ある程度の具体性、妥当性が担保されている必要がある。【方法】厚生労働省が公開するNDBオープンデータを用いて、今後10年、20年といった具体的な将来において、救急医療のニーズがどう変遷していくのかを、大まかに予測する。NDBオープンデータでは、多くの診療行為や医薬品の使用実績が地域別、性・年齢階級別に集計されており、すでに10年分の蓄積がある。当セッションの趣旨「救急医療を持続可能なものにする」を念頭に、救急医療において遭遇することが多い幾つかの疾患について、関係の深い診療行為や医薬品の使用実績を経年的に比較することで将来の医療需要を予測し、救急医療の機能集約化、効率化に資する情報が得られるかどうかを評価したい。

人口減少社会における退職世代の人材活用　シニア世代が長く救急現場で活躍するには何が必要か

演題番号　SY3-1（D）

○松田 潔[1]
[1]道志村国民健康保険診療所 所長

僻地で救急診療を続ける高齢救急医

大学卒業時に直接救急医学教室に入局し、高齢になるまで救急医として医師人生を送ってきた。目の前の命を救いたいという思いで救急医を志したのが私の医師の原点だった。30代で救命救急センター責任者、50代に大学病院救命救急部長に就任し、充実した時間を過ごしてきた。しかし、60代になって病院幹部としての業務量が増え、COVID-19対策に忙殺される事態が発生し、救急医としての原点から乖離してしまった自身を感じるようになった。そこで、高齢を迎えた救急医である自己を活かす方法として、無医村に赴任して一人で救急医療をしようと思い至り、僻地の常勤医不在の公営診療所に赴任した。高齢者の慢性疾患の診療をしながら、救急車の受け入れ、時間外診療、心肺蘇生や災害医療の啓蒙といった救急医の業務を小規模ながら行っている。救命救急センター勤務時代からすると業務時間は格段に減少し、年齢に応じた無理のない業務量になった一方で、村内で唯一人の医師としてやり甲斐を実感し、３拍子そろった環境が現点である。この先、救急医として医師人生を全うする頂点を迎えたいと念じている。高齢の救急医が活躍する場は僻地診療を含めて色々あると考える。

人口減少社会における退職世代の人材活用　シニア世代が長く救急現場で活躍するには何が必要か

演題番号　SY3-2（D）

○竹島 茂人[1]
[1]沖縄県立八重山病院 救急科

シニア世代が離島で救急医療に貢献できる可能性について

沖縄県には、数多くの離島が存在し沖縄本島でも北部は医療過疎地として知られる。５つの県立病院の内で、北部病院、宮古病院、八重山病院については、一定の救急医療の需要はあるものの、医師募集には困難が伴っている。演者は、約５年前に東京の前勤務地を定年退職して、現勤務地へ入職している。救急車受け入れ台数は、年間３千台弱、救急患者数も年間２万人余ではあるものの、緊急で生血輸血を要する症例や、マリンスポーツでの浸水性肺水腫and/or溺水、ハブ咬傷やレプトスピラ症等のバラエティーに富んだ症例を興味深く診ている。救急医がERを担当する時間帯は、７時～２０時で残りは４人の当直医がERを担当。緊急時の呼び出しも月に０～１件程度である。当直は義務ではなく希望すれば割り振られる。経験豊富な医師は少なく、各種の事案発生時には管理者をサポートする立場にあり重宝がられている。地方公務員であるため、６５歳が定年ではあるが、それ以降も１年更新で勤務は可能となっている。休日には大自然に囲まれた環境で、ゆっくりとした時間を過ごすことも可能となっている。シニア世代が無理なく、これまでの経験を生かせる環境がここにはある。

人口減少社会における退職世代の人材活用　シニア世代が長く救急現場で活躍するには何が必要か

演題番号　SY3-3（D）

○松園 幸雅[1]，田畑 輝海[1]
[1]荒尾市立 有明医療センター 救急科

定年後救急医の就業の可能性

【背景】救急医は身体的・精神的負担が大きく、定年退職後の継続就業が困難な場合が多い。一方、救急科以外の診療科では、役割転換により臨床・教育・管理業務へ従事するモデルが一定の成果を上げている。【目的】当院での医師における定年後就業モデルを参考に、救急医に適用可能な持続的就業モデルを検討する。【方法】定年退職後も就業を継続している医師の勤務実態を分析し、勤務形態、業務内容等を抽出した上で、救急医への適用可能性を検討した。【結果】業務は、①外来・慢性期診療、②初期診療支援、③研修医教育、④医療安全・病院管理、⑤産業医・健診業務に分類された。これらは時短勤務を基本とし、身体的負担を軽減しつつ臨床的・教育的貢献が可能であった。外科系では手術助手として若手育成を行い、内科系では院内合同カンファレンス等で教育的業務が行われている。特に救急医療においては、初期診療支援および教育業務は、救急医療の質向上と医療安全の確保に寄与すると考えられた。【結論】医師の定年後就業モデルは、救急医にも応用可能であり、役割転換と勤務形態の柔軟化により、救急医の長期就業と地域救急医療体制の維持に貢献し得る。

老害じゃない、要害だ！シニアがプレホスピタルを底上げする方法

演題番号　SY3-4（D）

○鶴岡 信[1,2]
[1]鹿島地方事務組合消防本部 メディカル・アドバイザー, [2]松戸リハビリテーション病院

救急医療は「若いうちしかできない」と語られがちだが、救急を支える仕事は現場への出動や初療だけではない。人口減少が進む中、経験を積んだシニア世代が、体力依存の高い業務から距離を取りつつも救急の現場価値を高める働き方は十分に成立する。私は現役を引退後、リハビリテーション病院に勤務しつつ、現役中の各種プレホスピタルコースのインストラクターとして活動を継続し、消防本部に雇用されて週に１回、救命士・救急隊員・救助隊員・消防隊員の教育、訓練設計、事後検証、メディカル・コントロールなどを行うメディカルアドバイザー業務に従事している。本発表では消防本部に雇用された経緯、具体的な勤務内容などについて提示する。シニア活用を「穴埋め」ではなく、救急の質と安全を底上げする人的資本投資として提案したい。

消防救命士から院内救命士へ—39年の経験を新たな現場で活かす—

演題番号　SY3-5（E）

○髙嶋 弘継[1]
[1]カレス記念病院 ERセンター

私は消防職員として39年間勤務し、そのうち25年間を救急救命士として活動した。在職中はJPTEC、ITLS、MCLS、AHA BLSなどの研修に参加し、多職種との交流を通じて知識と技術を磨いてきた。2025年4月よりカレス記念病院の院内救命士として救急外来に勤務し、診療支援と全職員へのBLS教育を担当している。さらに院内外で各種コースを指導し、地域救急医療の質向上に取り組んでいる。救命士のキャリアは一方向ではない。経験を財産とし、新たな場で専門性を発揮し続ける道があることを示したい。

救急現場におけるシニアスペシャリストの再定義 －特定行為看護師と病院救急救命士によるセカンドキャリア

演題番号　SY3-6（D）

○野中 和樹[1]，久保地 泰仁[1]，岸川 貴司[1]
[1]市立大村市民病院 診療部

当院の救急現場では「若いスタッフによる体力勝負の仕事」という固定観念を払拭し、定年退職後のスタッフでも高度な専門技能を持つシニア層が活躍している。特定行為看護師においては長年の臨床経験に裏打ちされた「判断力」と「手順書に基づく医療行為」の組み合わせが大きな武器となっている。培われた経験は、若手看護師へのOJT（現場教育）や、多忙な救急外来での初期対応、更には在宅医療との連携などにおいて、その熟練したアセスメント能力が現場の安全性を高めている。病院救急救命士も同様で、救急隊との円滑なコミュニケーションを橋渡しする「リエゾン」としての役割や、救急搬送のトリアージ、お迎え搬送、災害対策の立案など、身体的負荷を抑えつつ専門性を発揮している。これらの状況よりシニア世代が長く活躍するためには、①役割の再定義として、直接的な体力仕事だけでなく教育や管理・調整に重きを置くこと、②健康寿命に合わせたワークライフバランスの確保、③若手と補完し合う関係性を築き、「老害」と呼ばせない組織文化の醸成などを人口減少社会における当院が実践するシニアスペシャリストのセカンドキャリア育成としている。

退職消防職員×D-ER(地域連携救急車)：地域救急を支える新たな連携モデル

演題番号　SY3-7（D）

○松山 尚弘[1]
[1]白岡中央総合病院 救急科

高齢化が進む中、地域救急体制の維持には退職世代の活用が鍵となる。当院では医師・看護師が同乗し、施設等からの要請に迅速対応する地域連携救急車（D-ER）を運用し、年間約250件出動している。D-ERには消防退職者3名（勤続6年2名、3年1名）が参画し、観察力や地理把握、救命技術を活かして地域救急を支えている。半構造化インタビューでは、D-ERの先進性や元同僚の紹介が応募動機として挙げられた一方、医療現場特有の文化や体力的衰えへの不安、勤務負荷への対応が課題として示された。やりがいとしては、患者や家族からの感謝、地域医療への貢献、医療チームとの連帯感が語られた。経験の活用場面としては、患者観察やトリアージ、家族対応、院内急変時の初期対応などが挙げられた。今後は、柔軟な勤務体制と段階的な教育支援、心理的安全性の確保に加え、健康維持を支える仕組みや休憩環境の整備、後継者育成の仕組みづくりが求められる。D-ERはシニア人材の活躍の場として有効であり、地域特性に応じた持続可能なモデル構築と制度的支援が必要である。

ECPRの活用に向けた医療機関と救急隊の対応について
演題番号　SY4-1（E）

○上田 聡[1]，中島 慶大[1]
[1]堺市消防局 救急部救急ワークステーション

プロトコル改正によるECPR対応医療機関への早期搬送の取組み

堺地域MC協議会は令和2年8月、難治性VF症例を直ちにECPR対応医療機関へ搬送するプロトコル改正を実施した。改正後、コロナ禍の影響で市民目撃あり心原性心肺停止全体の1か月生存率・社会復帰率は低下したが、難治性VFに限れば両率は上昇した。そこで実態を検証するため、令和6年中に当局が搬送した初期波形VF31例のECPR実施状況を調査した。実施18例、未実施11例(ROSC含む)、不明2例であり、1か月生存率は未実施群で高値であった。すなわち、救命率向上に寄与したのはECPRそのものではなく、「難治性VFは早期搬送する」という活動方針であった可能性が示唆された。今後は難治性VF以外のVF症例への戦略拡大を検討すべきである。

ECPRの活用に向けた医療機関と救急隊の対応について
演題番号　SY4-2（E）

○安原 翔太[1]，髙松 純平[2]，西岡 明人[1]，前川 知哉[1]，中田 真樹子[1]
[1]兵庫県西宮市消防局 救急課(阪神・丹波地域メディカルコントロール協議会)，[2]関西労災病院 救命救急科

都市部と郊外が混在する地域におけるECPR搬送戦略の最適化 ―阪神・丹波地域MCの取り組み

【はじめに】 西宮市消防局は兵庫県南東部に位置する中核市消防本部である。 当局が事務局を務める阪神・丹波地域メディカルコントロール協議会は兵庫県内で最大の面積及び人口を有しており、地域内に都市部と郊外が混在することが特徴である。【当地域での取り組み】 心室細動での心肺停止患者に対するECPR治療は社会復帰率向上に注目されており、当地域の統一プロトコールにもECPR対応医療機関への搬送を考慮するよう記載した。 しかし、地域内医療機関が心臓カテーテル治療やECPR対応可能であるか、搬送先選定は経験則や、隊員間の情報交換で行われてきた側面が強い。そこで、地域内各消防本部を通じて、医療機関がECPR対応可能であるか、治療可能な時間帯等の条件を詳細に調査し、地域内各消防本部へ情報提供することで、情報の統一を図った。 また、副産物として、各救急隊員にもECPRの重要性を周知することができた。 【課題】 冒頭でも述べた通り、当地域は都市部及び郊外が混在しており、医療体制のいわゆる地域格差が存在している事実は否めない。この日本の縮図とも言える、地域内救急医療体制の充実が目下の課題である。

ECPRの活用に向けた医療機関と救急隊の対応について
演題番号　SY4-3（N）

○山田 君代[1]
[1]大阪けいさつ病院 看護部

救急救命士と院内医療者合同のECPRシミュレーションの実施と、その成果

【背景】心停止に対するECPRは生存率向上に寄与するとされるが、プレホスピタル領域を担う消防勤務の救急救命士(EMT)と、院内医療者との円滑な連携が不可欠である。そのため、臨床現場に即したシミュレーション(SIM)教育が重視されている。本報ではEMTと院内医療者合同で行ったECPRシミュレーションの概要と、その成果を紹介する。【方法】2025年10月にEMTと院内医療者(循環器科医師、救命科医師、ER看護師、カテーテル室看護師、臨床工学技士、放射線技師)で構成された多職種ECPR-SIMを実施し、その後に発生したECPRにおける多職種連携の円滑性を評価基準とした。【結果】SIM 1か月後に発生したECPR場面では、EMTが搬入後も初期の心肺蘇生を担い、カテーテル室看護師と臨床工学技士介助のもと循環器科医師がECMO導入に専念し、救命科医師とER看護師がA(気管挿管)B(人工換気)C(静脈路確保と輸液投与)D(意識評価)E(脱衣)の管理を担当することで円滑な蘇生処置が図れていた。【考察】ECPR SIMを実施したことで、役割の明確化だけでなく、多職種間の状況判断やコミュニケーション能力向上に寄与したと考えられる。

ECPRの活用に向けた医療機関と救急隊の対応について
演題番号　SY4-4（D）

○文屋 尚史[1]，葛西 毅彦[1]，沢本 圭悟[1]，成松 英智[1]
[1]札幌医科大学医学部 救急医学講座

サインオブライフからみる蘇生の可能性 -ECPRで救う傷病者を最大化するために-

近年，ECPR（extracorporeal cardiopulmonary resuscitation）は院外心停止患者の転帰改善を目的に導入されてきた。AHA/ERCのガイドライン2025においてもECPR導入での検討項目として記載されるようになってきた。一方で，適切な患者選択は依然として大きな課題である。我々はサインオブライフ（心停止蘇生中の①呼吸、②対光反射、③体動）に着目し、ECPR症例における転帰との関連を検討してきた。これまで①救急隊活動中の死戦期呼吸の存在(PMID_32778971)、②病院到着時のサインオブライフの存在(PMID_37921512)はいずれも神経学的転帰良好と関連し、③死戦期呼吸が継続して認められる症例では転帰良好の獲得率が更に高まった(PMID_37803414)。さらに、④初期波形PEA/Asystole症例であってもサインオブライフありでは、サインオブライフがないVF/VT症例より神経学的転帰が良好であった(PMID_39531887)。サインオブライフの重要性を救急隊が認識し，搬送先病院へ適切に共有することが，ECPRで救いうる傷病者の最大化につながる可能性があり，本口演で救急隊を含む聴講者でその意義と実践について議論したい。

ECPRの活用に向けた医療機関と救急隊の対応について
演題番号　SY4-5（D）

○藤田 健亮[1]
[1]済生会宇都宮病院 救急・集中治療科 栃木県救命救急センター

Conventional CPRとECPRをどう“つなぐ”か：地域で設計する蘇生率最大化モデル

【背景】病院前ROSC(P-ROSC)は最も良好な神経学的予後(GNO)と関連する。一方、ECPRの予後は時間依存性に悪化する。蘇生率最大化には、P-ROSCを最大限に高め、不応例のみを適切な時間内にECPRへ“つなぐ”戦略設計が必要である。【活動紹介】当地域は2021年より現場滞在型蘇生を基本戦略とし､ECPR適応が想定されても早期搬送は行わない。ドクターカー運行時は全CPA事案に出動し、適応があれば病院前ECPR(P-ECPR)を実施する。運行時間外は、一定時間現場で通常CPR(CCPR)を徹底し、ROSCが得られなければ院内ECPR（I-ECPR)へつなぐ。適応は現場でのCCPR後に判断し、VFに限定せず生命兆候など動的指標を重視する。適応が想定される場合は第1報で院内準備を開始し、来院後はカニュレーション時間(CT)10分以内を目標とする。 導入前と比較し、救急隊特定行為完遂率96.7%(5%)、P-ROSC率38.5%(7.0%)であった。I-ECPR施行件数は18件(27件)、CT10分(11分)、そのうちGNO17%(7.4%)。P-ECPR21件、GNO37.5%(対象なし)であった。【結語】ECPRはCCPRの代替ではなく延長線上にある。現場蘇生率を高め、その限界点で迅速に接続する地域設計が蘇生率最大化の鍵となる。

救急医療における周産期医療の立ち位置－救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－
演題番号　SY5-1（N）

○山下 智幸[1]，乃美 証[1]，林 宥希[1]，廣嶋 俊[1]
[1]日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科

妊産婦死亡症例からみた救急医療と周産期医療の課題

わが国の産科学は明治以来確立され、周産期医療は江戸期からの自宅分娩が戦後30年までに大きく変化し、出生の約半数を診療所、残りを病院が担う体制が現在も続く。母体重症化時には高次医療機関への搬送が必要で、多くを高次施設で分娩する諸外国と異なる。政策的整備によりNICU/MFICUが全国に広がり、新生児死亡率は戦後60年で世界トップレベルまで低下した一方、防ぎ得る母体死亡は残り、自殺を含めれば妊産婦死亡率は世界最高水準とは言い難い。総合周産期母子医療センターは新生児集中治療と産科疾患を前提に整備され、母体の脳出血・大動脈解離・肺血栓塞栓症・敗血症・突然の心停止・自殺企図への対応が困難な場合もある。都道府県ごとに医療機関の分布・機能分化が異なり一律は困難だが、①適切なタイミングで②適切な医療機関を選定し③適切な時間で搬送することが救命に不可欠で、救急医療体制の活用が必要である。妊産婦死亡症例として日本産婦人科医会に報告された症例を踏まえ、今後の救急医療体制のあるべき方向性と課題を述べる。

救急医療における周産期医療の立ち位置－救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－
演題番号　SY5-2（D）

○竹川 良介[1]，片山 祐介[1]，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

大阪ORION/OGCSデータベースを用いた病院前周産期医療体制の課題抽出

【背景】大阪府は、救急搬送患者登録システム(ORION)および大阪産婦人科診療相互援助システム(OGCS)を運用している。一方で、長距離搬送や病院前対応を含む周産期救急の全体像は十分に把握されていない。【方法】周産期医療体制の課題抽出におけるORION活用の可能性を検討するため、2016-2020年にORIONへ登録された10-50歳の女性のうち、救急外来診断名がICD10コード「O」の患者を解析した。併せてOGCS公表データの取得項目を評価した。【結果】ORIONでは10567例が抽出され、救急要請理由の6割が転院搬送だった。疾患別症例数、搬送困難事例数の把握が可能だった。OGCSでは同時期に9659件の搬送が登録され、妊娠週数、選定時間、搬送依頼原因の把握が可能だった。【考察/結語】両システムにより救急搬送数や搬送過程の把握は可能だったが、病院前での判断過程、救急隊の困難点、母体転帰を横断的に評価するには限界があった。周産期救急の課題抽出には、病院前情報を起点としたデータ収集項目の明確化が重要であり、今後のデータベース設計における重要な検討課題と考えられた。

救急医療における周産期医療の立ち位置－救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－
演題番号　SY5-3（D）

○小山 泰明[1]，櫻井 淳[2]
[1]日立製作所日立総合病院 救急集中治療科，[2]日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野

地域における病院前周産期医療の現状－周産期に関わる調査内容より－

はじめに：日本では年間40例強の妊産婦死亡の報告があるが、救急隊や救急医は周産期傷病者に接する機会が少なく、苦手意識を持っている。また医療人口過疎地域では分娩集約化され、産科医療施設への救急搬送距離延長も問題視されている。今までの病院前産科救急に関わる調査内容を集約し、今後の委員会活動方針を考える。報告：令和4年救急搬送傷病者約620万人に対し、産科・周産期傷病者は38570人（0.6%）で、転院搬送が62.1%を占めた。しかし現場滞在時間は小児や重症傷病者よりも長い傾向にあり、都市部で顕著であった。一方、医療人口過疎地域では医療施設へのアクセス確保が追いついておらず、分娩施設まで60分以上かかる地域も存在した（杉山ら，令和4年厚生労働科学特別研究事業）。また救急隊の新生児蘇生プロトコールは52%で15:2、21%で1:3であり、施設外分娩891例（0.02%、5000件の搬送に1件）の内、47例(5.3%)で心肺蘇生が施行された（宮園ら，平成29年救急振興財団）。結論：各地域における病院前産科救急は喫緊の課題であり、救急側から問題点を明らかにする必要がある。

救急医療における周産期医療の立ち位置－救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－

演題番号　SY5-4（N）

施設外分娩『産科危機的出血と幸帽児』現点から…その先へ

○齋藤 友厚[1]，近藤 英史[2]，奥沢 悦子[2]，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

【背景】本邦では産科病院の減少と集約化により妊産婦の搬送に1時間以上要する管内もあり、救急車内での分娩増加が懸念される。当院は周産期救急に対し早期診療開始のため産婦人科医師がラピッド・ドクターカーに搭乗し救急車とのドッキング体制を構築し、手術室は常に周産期集学的治療の受け入れ体制にある。【方法】2024年1月～2025年12月までの周産期ドッキング症例数を調査した。【結果】自宅破水によるドクターカー出動5症例。ドッキング時の3症例は児娩出後、うち2症例は胎盤娩出後であった。他2症例は病院到着後の分娩で手術症例なし。【考察】分娩には大きな危険を伴う。2024年の妊産婦死亡は45症例で死因第一位は産科危機的出血(11症例、24%)であり、早期輸血開始を想定しドクターカー出動時に照射赤血球の搭載が必要と考える。ドッキング前の分娩が8万人に1人の幸帽児だった場合、羊水での窒息を防ぐため卵膜の用手的破膜が必要となるが救急救命士法では認められていない。破膜の処置範囲拡大が必要と考える。【結語】『防ぎ得る母児死亡』のため、稀症例や重症例を平時から想定した体制整備と多職種・施設間連携および救急救命士法の改正が重要となる。

救急医療における周産期医療の立ち位置－救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－

演題番号　SY5-5（E）

施設外分娩事案における救急対応の現状と課題

○齋藤 速人[1]，高橋 和希[1]，田野 聖也[1]，近藤 洋平[1]
[1]名古屋市消防局 救急部 救急課

【目的】施設外分娩は低頻度であるが、母体・新生児双方への迅速、的確な処置が救急隊員には求められる。本研究は名古屋市における施設外分娩の特徴や課題点を分析し、病院前周産期救急の検討に資することを目的とした。【方法】名古屋市消防局における過去5年間の救急出動746,237件から、施設外分娩症例を抽出し、後方視的に解析した。【結果】施設外分娩症例89件のうち、救急隊到着時に児が娩出していたものが69件、救急隊が分娩介助を行ったものは20件で骨盤位分娩や幸帽児などの異常分娩は認めなかった。出生直後の児に対する初期対応は全例で実施し、2例で蘇生処置を要した。また、施設外分娩の約28％は医療機関未受診妊婦であったが、全例を速やかに医療機関へ収容し、その84％は周産期母子医療センターが受け入れていた。【結語】本市における施設外分娩において、救急隊員への正常分娩の理解と児への初期対応を基盤とした継続教育が不可欠であると再認識できた。また未受診妊婦への対応事例は28％を占め多くの課題があり、地域周産期医療体制との更なる連携強化が重要であると考える。

救急医療における周産期医療の立ち位置－救急の力でお母さんや赤ちゃんを助けよう！！－

演題番号　SY5-6（E）

教育と多職種連携から考える病院前周産期救急のあり方

○大滝 達也[1]，千葉 凌[1]，丹保 亜希仁[1]
[1]旭川医科大学病院 救命救急センター

分娩施設の集約化が進む中、周産期医療は依然として「搬送されてくること」を前提とした待機型構造にある。病院前分娩や母体急変の初期対応は、実質的に救急隊が担っているが、教育体制や症例の振り返りは十分とは言えない。演者は消防勤務を経て大学病院で病院救命士として従事し、現場対応と教育の双方に関与している。2025年度のドクターカー出動は2月末までに51件、うち2件が院外分娩であった。当院では、BLSO、NCPR、病院前分娩セミナーを多職種で開催し、さらにドクターカー事例検討会で症例を多職種でディスカッションすることで教育と現場を接続している。こうした取り組みを特定のスタッフに依存せず、誰が出動しても機能する体制づくりが求められる。ドクターカーの出動は平日日中のみと限定的ではあるが、分娩施設の集約が進む今、教育と多職種連携を基盤とした病院前周産期救急のあり方を再考したい。

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント

演題番号　SY6-1（P）

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト第３版の改訂の概要について

○服部 雄司[1,2]
[1]国立病院機構東近江総合医療センター 薬剤部，[2]薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂版編集委員会

「薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト」は、救急専門薬剤師や救急認定薬剤師の参考書籍であるが、２０１８年５月に第２版が発売されてから７年が経過しているため、各領域でのガイドラインも更新され、薬剤師の業務も変化している状況に対応出来なくなっていた。今回、第３版の発刊に向けて、日本臨床救急医学会により「薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂版編集委員会」が編成され、テキストの全面見直しを実施した。全体構成では、「外来での薬剤師業務」、「院内急変時対応チーム」、「代謝・内分泌系疾患」を新規項目として追加した。病態の項目では、医師のみの執筆から医師と薬剤師が協働して病態から薬物療法までを解説し、充実した構成となるように変更した。本セッションで、改訂の概要と変更点を説明し、第２版からどのようなアップグレードをしたのか共有する。

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント
演題番号　SY6-2（P）

救急外来における薬剤師業務の実践ポイント

○今井 徹[1]
[1]日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部

救急外来は多種多様な症例に対し、限られた時間と情報の中で迅速かつ的確な診療判断が求められる場である。この状況下で薬剤師は、搬送前から診療後まで薬物療法の安全性と有効性を支える重要な役割を担う。搬送前段階では、想定される病態に応じて鎮静薬、筋弛緩薬、循環作動薬、t-PA 製剤、抗凝固薬の拮抗薬、解毒薬などを事前に準備し、初期治療の迅速化に貢献する。初期診療では薬歴確認を基盤として、薬剤起因性疾患やトキシドロームの評価、治療薬選択への参画、投与量確認、投与後の効果・副作用モニタリングを行い、医療安全と治療効果の最大化を支える。救急外来退出時には薬学的評価を診療録へ記載し、帰宅患者への服薬指導や地域医療機関との情報連携を担う。さらに平時には医薬品管理体制や薬物治療支援ツールの整備を通じ、救急外来全体の質向上に寄与する。薬剤師の関与は常駐・オンコールなど施設規模に応じた運用が重要である。本講演では「救急外来における薬剤師業務の進め方」を踏まえ、各施設で導入可能な実践的介入の要点を整理し、救急医療の質と安全性向上に向けた薬剤師の役割を提示する。

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント
演題番号　SY6-3（P）

『院内急変時対応チーム』で薬剤師が介入するポイント！

○鈴木 善樹[1]
[1]日本赤十字社医療センター 薬剤部

院内急変時対応チーム（Rapid Response System：RRS）における薬剤師の参画は、急変患者の予後改善と医療安全の向上に寄与する重要な役割を担う。なぜなら薬剤師は、急変時における薬剤選択・投与量設計・配合変化や投与経路の確認を即時に行い、薬物治療の適正化を支援することができる。また、トレーニングを積むことでアドレナリンや抗不整脈薬、鎮静薬などのハイリスク薬を迅速に準備し調製をすることができ、医師・看護師の業務負担軽減と急変対応時間の短縮に貢献することができる。さらに、既往歴や薬歴情報の確認、腎機能・肝機能を踏まえた投与調製、副作用や相互作用の回避を通じて、急変後の合併症の予防にも関与することができる。このようにRRSに薬剤師が積極的に関与することで、チーム医療の質が向上し、院内急変対応の安全性と有効性が高まると考える。本シンポジウムでは「薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂版」新規改定のポイントとして『院内急変時対応チーム』についてRRSの歴史や用語、薬剤師の参画について解説していく。

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント
演題番号　SY6-4（P）

代謝・内分泌系疾患において薬剤師が押さえるべき実践ポイント

○立石 裕樹[1]
[1]医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 薬剤部

救急・集中治療領域の代謝・内分泌疾患は、初期対応の遅れが致死的転帰に直結するため、薬剤師による迅速かつ的確な介入が不可欠である。本シンポジウムでは、標準テキストの改訂に伴い新規追加された代謝・内分泌疾患の管理要点を概説する。甲状腺クリーゼでは抗甲状腺薬等の適正使用を、高カルシウム血症では原因鑑別に基づく治療優先順位を整理する。また、診断確定を待たず開始すべき副腎クリーゼのステロイド補充や、糖尿病緊急症における輸液・インスリン・電解質補正の薬剤管理の要点を解説する。薬剤師が病態理解に基づき治療戦略の構築と安全管理に主体的に関与するための実践的知見を共有したい。

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント
演題番号　SY6-5（P）

初期診療・心停止のポイント

○齋藤 靖弘[1]
[1]医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 薬剤部

今回改訂される「薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト」では初期診療・心停止を改訂前から継続して取り上げている。初期診療の重要ポイントは「患者初期評価」「初期治療と診断」「方針の決定」の流れである。今後、初期診療を主に行う救命センターや救急外来などの部署へ従事する薬剤師にはこれら流れを把握することが必要である。またその流れ中で「薬剤師として何ができるか？」を考えることが多職種連携の上で重要となる。心停止の重要ポイントは「アルゴリズム」に集約されている。「アルゴリズム」の基となる心停止治療のガイドラインは、蘇生に関する新・旧含めた様々なエビデンスに基づいて5年おきに改訂されている。「アルゴリズム」はそのエビデンスが凝縮されたエッセンスであり、薬剤師も含めて蘇生に携わるスタッフが等しく知っておくべきものとなる。シンポジウム当日は上記を概説するとともに、薬剤師に求められる視点・ポイントをお伝えする。

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント
演題番号　SY6-6（D）

○太田 浩平[1]，吉廣 尚大[2]
[1]広島大学病院 高度救命救急センター，[2]広島大学病院薬剤部

気道・呼吸管理

気道呼吸管理，このテーマは薬剤師のための救急集中治療領域標準テキストにはやや意外に映るかもしれない．従来，気道呼吸管理のほとんどは医師と看護師により実践されてきたため，薬剤師が縁遠く感じるのも無理はないと思う．しかし，救急部門は薬剤エラー率が高く，緊急気管挿管などの高ストレス環境下ではインシデントリスクがさらに上昇しうる．また，呼吸管理を要す患者はその大きな苦痛や不安が緩和される方法を日々求めており，適切な薬物療法の価値は計り知れない．これらの問題に薬剤師が関わっていくために，本セッションでは気道呼吸管理のエッセンスを整理しつつ，テキストと共に実践への橋渡しになるようなTipsについて概説したい．

薬剤師のための救急・集中治療領域標準テキスト改訂のポイント
演題番号　SY6-7（P）

○佐藤 智人[1]
[1]広島大学病院 薬剤部

痛み・不穏・せん妄の管理

2018年にPADガイドラインは不動、睡眠障害を加えた「集中治療室における成人患者の痛み，不穏/鎮静，せん妄，不動，睡眠障害の予防および管理のための臨床ガイドライン（PADIS）」として改訂された。鎮痛薬としてレミフェンタニルの使用が可能となり使用方法・注意点を追加した。また非オピオイド鎮痛薬（アセトアミノフェン、NSAIDs、プレガバリン、ケタミン）についても追加した。せん妄予防と治療に対して十分なエビデンスのある有効な薬物はない。成人ICU患者のせん妄予防にデクスメデトミジンは弱い推奨となっているが、その他薬物の有用性は限定的である。ただし実臨床では薬物使用が必要なケースがあり、抗精神病薬・睡眠薬の使用方法・注意点について追記した。せん妄リスク薬物の低減・中止についても考慮する必要があり、一般病棟への転棟時には薬剤師間で情報共有し不要に継続されていないか確認が必要である。PADISチームやABCDEFバンドルに対しての薬剤師の役割についても追記した。今回のテキストの改訂は、薬物治療の詳細と薬剤師の関わりを念頭に改訂したので紹介する。

徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」
演題番号　SY7-1（D）

○佐藤 洋祐[1,2]，田中 雪乃[2]，篠塚 彩乃[2]，伴 萌[2]，齋藤 靖弘[2]，増井 伸高[1]
[1]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，[2]医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 薬剤部

救急外来に薬剤師はどう機能するか ― 業務指針を起点とした実践と深化

高齢社会はさらに進展しており、複数の医療機関を受診し、多剤併用（ポリファーマシー）状態にある患者が救急外来を受診する機会は増加している。迅速な意思決定が求められる救急現場において、複雑な薬剤情報を正確に整理・評価することは、安全かつ適切な医療を担保するうえで重要な課題である。こうした状況の中で、薬剤師がチーム医療の一員として参画する意義は大きい。精緻な服薬歴の確認は、相互作用の把握や薬剤起因性疾患の鑑別を促進し、診断および治療選択の質の向上に寄与する。また中毒症例における毒性の評価や、急性期脳卒中におけるtPAの投与など迅速性を要する局面での情報提供・薬剤調製においても、薬剤師の専門性は重要な役割を果たしている。本発表では、救急外来における薬剤師業務の現状を整理し、具体的な実践例とともにその役割と成果を共有する。さらに、常駐体制確立後に求められる業務の展開や連携の在り方についても考察し、各施設が自施設の実情に応じた体制整備を検討するための材料を提示する。

徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」
演題番号　SY7-2（N）

○関谷 裕美[1]
[1]日本大学医学部附属板橋病院 看護部

初療から特殊治療領域までを支える薬剤師常駐体制の有用性

当院では患者受け入れ時、初期治療の一員として薬剤師がICU搬送まで帯同する体制を長年継続している。薬剤師はお薬手帳による内服薬の把握、薬剤準備・投与、使用薬剤の代行入力など、多岐にわたる薬剤関連業務を担っており、これらは患者の安全確保に直結する重要なプロセスである。また、病棟での薬剤準備や混注作業、アンギオ室での薬剤準備、RRS出動時の薬剤対応、DMAT出動時の薬剤持ち出し・管理・準備など、診療場面は多岐にわたり、状況に応じた高度な判断が求められる。特に救急領域では限られた時間の中で複数の薬剤を同時に扱う場面も多く、医師・看護師のみでこれらを完結させることには限界がある。こうした背景から、薬剤師が常駐し、初療・アンギオ・RRS・D-MATといった多領域に横断的に関与する体制は不可欠である。薬剤師の継続的な関与は薬剤の安全管理や投与の正確性を高め、医師・看護師の業務負担軽減にも寄与する。さらに薬剤選択の助言、相互作用の確認、緊急時の薬剤準備など専門性を生かした即時対応が可能となり、医療の質と安全性向上に大きく貢献する。本発表では、薬剤師常駐による多職種連携の意義と、一貫した薬剤支援体制の必要性について報告する。

徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」
演題番号　SY7-3（P）

平時の体制整備　～顔の見える関係を目指して～

○涌嶋 伴之助[1]
[1]鳥取大学医学部附属病院 薬剤部

昨年、病院の機能や規模にかかわらず救急外来において薬剤師が標準的な業務を実施できることを目的として、「救急外来における薬剤師業務の進め方」が作成・公表された。本書第2項「救急外来における平時の体制整備」では、【体制整備】【定数配置薬管理】【安全な薬物治療実施のための整備】の3点が整理されている。救急外来は多科にわたる疾患に対応し、迅速かつ的確な対応が求められる部門である。そのため、多職種連携体制構築が必要であり、平時からの連携体制が有事対応の質を左右する。特に薬剤師の関与は、薬物治療の質向上および医療安全確保において不可欠である。薬剤師の関与形態は常駐体制やオンコール体制など施設により多様であるが、いずれの体制においても、救急外来における役割を明確化し、顔の見える関係性を構築することが重要である。本シンポジウムでは、本書を基に救急外来における薬剤師業務の在り方と平時の体制整備の重要性について議論したいと思う。

徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」
演題番号　SY7-4（P）

患者搬送前における薬剤師業務～救急要請の瞬間から動き出す薬学的支援～

○川島 裕明[1]
[1]京都第二赤十字病院 薬剤部

救急外来では多様な患者に対して緊急かつ高度な医療を提供する必要があり、患者搬送前から多職種が連携し受入準備を行うことが重要である。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」では、患者搬送前における薬剤師業務として「搬送前の多職種との情報共有・連携」、「薬剤の準備」が示されている。薬剤師は救急隊からの情報、診療録、診療情報提供書を踏まえ、想定疾患や治療方針をチーム内で共有するとともに、必要な薬剤を事前に準備することが求められる。これらの薬学的支援により、医師や看護師が各々の役割に応じた準備に専念できることに加え、より質の高い準備につながることが期待される。演者の所属施設では2021年から薬剤師が平日日勤帯に救急外来へ常駐し、患者搬入前から退出までシームレスに薬学的介入を行っている。本講演では、患者搬送前における薬剤師業務の具体例を示しながら、救急要請の瞬間から果たすべき薬剤師の役割について皆様と一緒に探したい。

徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」
演題番号　SY7-5（P）

初期診療

○宮田 祐一[1]
[1]湘南鎌倉総合病院 薬剤部

救急外来に患者が搬送された後の初期診療では、医師、看護師、薬剤師などの多職種がそれぞれの専門性を活かし、患者情報の収集・評価を行う。「救急外来における薬剤師業務の進め方（一般社団法人 日本病院薬剤師会・日本臨床救急医学会）」では、初期診療における薬剤師の役割として、患者情報の収集と薬学的評価、薬物血中濃度の評価、急性薬毒物中毒への対応、心肺蘇生時の補助、薬物治療への関与が挙げられている。湘南鎌倉総合病院（以下、当院）では、2017年4月より救急外来に薬剤師を専従配置し、薬歴情報の把握および薬学的評価を中心に初期診療に従事している。当院の救急外来専従薬剤師は、薬歴把握を起点に、得られた情報と現病歴を踏まえ、救急医および各科専門医に対し、薬剤起因性疾患の可能性、服薬管理上の問題点の指摘、必要な検査値や治療薬の提案、今後の検査・治療方針や入院後治療への反映について情報提供・提言を行っている。本セッションでは、薬歴把握から始まる救急外来専従薬剤師の初期診療への関与について当院の実践例をもとに共有し、初期診療における薬剤師の役割・関わり方を参加者とともに検討する。

徹底活用！「救急外来における薬剤師業務の進め方」
演題番号　SY7-6（P）

救急外来退室時における薬剤師業務について

○松山 祐[1]
[1]倉敷中央病院 薬剤部

救急外来退出時における薬剤師の役割は、急性期治療から次の療養環境への円滑な移行を支援し、薬物治療の継続性および安全性を確保することである。　入院移行時には、救急外来で使用した薬剤や常用薬の調整状況、再開計画、臓器機能に応じた投与設計の詳細を担当薬剤師へ申し送り、薬物治療の引継ぎを図る。帰宅患者に対しては、新規開始薬と常用薬との相互作用や最新の検査値に基づく投与量の妥当性を再評価した上で的確な服薬指導を実施し、重要事項をお薬手帳へ記載する。さらに、紹介先医療機関や保険薬局等と情報を共有することにより、薬物治療の継続性を確保し、医療の円滑な移行を支援する。また、救急医療の現場では口頭指示が中心となり記録漏れが生じやすいが、薬剤師が薬物治療に関する評価および記録を行うことで、重複投与や投与漏れなどの医療安全上のリスクを低減できる。　当院では、薬剤師が救急外来に常駐し、患者および家族との面談を通じて正確な薬剤情報を収集する体制を構築し、薬物治療の継続性および安全性の確保に努めている。本発表では、当院の実例を交えながら、救急外来退出時における薬剤師業務の実際について報告する。

在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減

演題番号　SY8-2（D）

○川邉 正和[1]
[1]医療法人綾正会かわべクリニック

在宅医療における特定行為研修修了看護師の役割と救急搬送抑制への可能性 —看取り支援を多く担うクリニックの実践から—

地域包括ケアの推進に伴い、在宅医療現場における看護師の高度な臨床判断力と実践力が求められている。かわべクリニックは在宅での看取り症例が非常に多いことを特徴とし、患者・家族の意思を尊重した終末期支援を行っている。当院では看護師が特定行為研修を受講・修了し、特定行為研修修了者として活動している。研修を通じて知識の体系的な再整理がなされ、臨床に必要なエビデンスを基盤とした判断が可能となったことで、急変時にも自信を持って対応できる体制が整った。その結果、不要な救急搬送の減少や、在宅での看取りの質向上につながっている。本発表では、実際の取り組みとその効果を紹介し、救急医療との連携を含めた在宅医療における特定行為看護師の役割と今後の可能性について考察する。

在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減

演題番号　SY8-3（D）

○小林 正宜[1]
[1]医療法人 葛西医院

特定行為者のアセスメント能力と情報共有・連携が重症化を防ぐ

在宅医療における喫緊の課題として、患者の病態変化に対して早期に介入を行い、救急搬送や入院治療を避けるという「重症化予防」が挙げられる。これは患者が望む在宅療養の継続と、地域医療資源の適正利用に直結する。これを実現するために3つのステップがある。①予兆の早期察知とアセスメント：普段との違いを早期に察知し、アセスメントを行い、治療や検査の必要性を判断する。（ここで特定行為研修修了看護師（特定看護師）のスキルとアセスメントが活かされる）②多職種との情報共有による包括的支援：現在の状態をリアルタイムで医療・介護多職種と情報共有することで、それぞれの職種特異的なサポートを提供できる。③治療介入と連携：病態に応じた治療介入と適切なフォローアップを実施するために多職種連携が重要となる。特に、プライマリ・ケアの適切な介入により入院を予防し得る疾患群「Ambulatory Care Sensitive Conditions（ACSC）」への対策において、特定看護師の役割は大きい。脱水、心不全、肺炎等のACSCに対し、アセスメントできる看護師が疾患特異的な管理を行うことで、効果的な重症化予防と搬送削減が期待される。

在宅医療と救急医療の未来：特定行為研修修了看護師による重症化予防と搬送削減

演題番号　SY8-4・5（N）

○津塩 昌子[1]，○新井 茂登子[2]
[1]社会医療法人生長会 ふちゅう訪問看護ステーション，[2]訪問看護ステーションあらい

特定行為研修修了者による急変対応と搬送回避の実践

在宅療養の現場では、わずかな体調変化が急激な病態悪化につながることも多く、訪問時の観察と判断が患者の予後を大きく左右する。特定行為研修修了者（以下、特定看護師）は、医師の包括的指示のもと、臨床推論に基づくアセスメントと迅速な治療介入を行うことで、在宅療養の継続と救急搬送削減を支えている。本発表では、①気管カニューレ閉塞が疑われた場面での緊急カニューレ交換、②食事摂取低下と脱水兆候に対する補液対応、③血糖値変動に対する早期対応等の在宅事例を紹介する。いずれも、利用者や家族の訴え、生活背景を踏まえた細やかな観察を起点に、状態変化を早期に捉え、医師や多職種と密に連携しながら対応したことで、救急搬送や入院を回避し、在宅療養の継続につなげることができた。訪問看護の現場において、特定看護師の役割は、単なる処置の実施にとどまらず、生活背景や家族支援を踏まえた観察、多職種との情報共有、迅速な意思決定を通じて、「気づく」「つなぐ」「支える」実践を担う点にある。本発表を通じて、在宅医療と救急医療をつなぐ特定看護師の実践的役割について報告し、その意義について共有する。

高次脳機能障害を乗り越えて働く　~救急から復職までのリハビリテーション~

演題番号　SY9-1（TH）

○中井 俊輔[1,2]
[1]森ノ宮医療大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学科，[2]京都民医連あすかい病院 リハビリテーション部

救急から地域へつなぐ高次脳機能障害支援　—回復期・外来フォローの実際—

本シンポジウムでは，救急医療から地域生活へと至る支援の連続性を見据え，高次脳機能障害に対する回復期および外来フォローの実際について報告する。高次脳機能障害は，身体機能の回復とは必ずしも一致せず，注意障害，記憶障害，遂行機能障害，社会的行動障害などが退院後の生活や社会参加に長期的な影響を及ぼす。そのため回復期においては，標準化評価に加え，対象者の特性や障害像を踏まえた多角的な評価を行い，障害特性を総合的に把握することが重要である。そのうえで，多職種連携のもと個別性の高い介入を実施し，退院後の生活を具体的に見据えた家族支援や環境調整を進める必要がある。さらに外来フォローでは，生活場面で顕在化する課題への対応や病識への働きかけ，心理社会的側面への継続的支援を通して，地域生活への再適応を支える役割が求められる。本発表では，これらの臨床経験を踏まえ，救急医療従事者が急性期から把握すべき高次脳機能障害の特徴と，患者・家族への情報提供の要点を整理する。あわせて，回復期・外来支援へ円滑につなぐために必要な連携の在り方と課題を共有し，切れ目のない支援体制構築に向けた実践的示唆を提示する。

高次脳機能障害を乗り越えて働く ~救急から復職までのリハビリテーション~
演題番号 SY9-2（TH）

○塚越 千尋[1,2]
[1]森ノ宮医療大学総合リハビリテーション学部 作業療法学科,
[2]なやクリニック

在宅復帰後の高次脳機能障害のリハビリテーション －対策を身につける、人のふり見て我がふり直せ－

高次脳機能障害の在宅復帰後支援として、精神科デイケアにおける認知リハビリテーションの実践を紹介する。対象はデイケア利用者326名で、原因疾患は脳血管障害135人、頭部外傷134人、低酸素脳症17人、脳腫瘍18人、その他であった。発症からの経過年数は1年未満～12年と幅広く、2年以内と6年以上で二峰性であった。個別訓練では注意・記憶・遂行機能への代償手段獲得を支援し、グループ訓練では課題共有と相互フィードバックを通じ自己認識を促進した。自らの課題に気づきにくい場合も、グループメンバーの言動を鏡として内省が深まり、具体的対処行動の定着につながることがあった。認知機能低下よりも、易疲労や聴覚過敏、睡眠障害、痛みなどを原因として社会参加が制限されることも多いが、これに対して周囲の理解は浅く、対処方法の情報も極めて少ない。デイケア終了後の転帰は、就労・就学、就労支援機関、在宅生活が主で、その他に介護保険サービス、スポーツ施設、ボランティアなどがあった。

高次脳機能障害を乗り越えて働く ~救急から復職までのリハビリテーション~
演題番号 SY9-3（TH）

○巴 美菜子[1]
[1]NPO法人クロスジョブ 法人本部

本人の「働きたい」を支える途切れさせない支援連携 —医療・生活・就労をつなぐ急性期の役割—

高次脳機能障害のある方の就労支援において、急性期からの視点は極めて重要である。救急現場では身体機能の回復が優先されやすく、注意障害や記憶障害などの「見えない障害」は表面化しにくい。そのため退院後に生活や就労の場面で困難が明らかになることも少なくない。また、本人の自己理解は段階的に進むものであり、急性期の入院生活という限定された環境では自身の困難さに気づきにくい。この段階で無理に気づきを求めるのではなく、将来の社会参加を見据えた支援体制を整えることが重要である。就労の可否は本人の能力だけでなく環境や支援体制に左右されるため、「働けるか否か」を早期に判断することは避けるべきである。しかし、本人や家族が安心して療養生活を送るためには、症状が将来的に影響する可能性があることを早期の段階から伝え、適切な支援機関の情報提供と連携体制を整えることが重要である。高次脳機能障害者支援法にも分野横断的な連携の必要性が明記されている。支援を途切れさせず制度活用に前向きになれる関わりの積み重ねが社会復帰の基盤となることを、福祉現場から救急現場の皆さまにお届けできれば幸いである。

リハビリテーション職の災害支援参画 — JRATの活動に学ぶ実践と課題
演題番号 SY10-1（TH）

○松岡 雅一[1,2,3]
[1]社会医療法人愛仁会 千船病院 技術部 リハビリテーション科,
[2]一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会［JRAT］, [3]大阪府大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会［大阪JRAT］

リハビリテーション職の災害支援参画 — JRATの活動に学ぶ実践と課題

JRATが関与してきた災害と、提供してきた支援内容についてご紹介いたします。

リハビリテーション職の災害支援参画 — JRATの活動に学ぶ実践と課題
演題番号 SY10-2（TH）

○大黒 健太[1], 西口 只之[1], 黒田 健司[1], 佐浦 隆一[1,2], 松岡 雅一[3], 冨岡 正雄[4]
[1]大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科, [2]大阪医科薬科大学医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室, [3]社会医療法人愛仁会 千船病院, [4]社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院

能登半島地震発生時のJapan Rehabilitation Assistance TeamにおけるRapid Response Teamの役割

日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）のRapid Response Team（RRT）は、被災県からの要請前でも所属施設からの出向として派遣可能な初動特化型チームであり、迅速な活動開始を特徴とする。2019年の養成研修開始以降、台風19号災害などで本部立ち上げ支援を担ってきた。本発表では令和6年能登半島地震におけるRRTの活動を報告する。本震災ではJRAT-Early Warning Scoreが8点となり派遣基準を満たしたため、発災3日目に派遣が決定し、5日目に第1陣3名が到着した。6日目には7名で石川JRAT活動本部立ち上げ支援、ロジスティクス、県庁調整本部での情報収集を開始した。7日目には総勢13名となり、そのうち4名を七尾市へ派遣し、前線拠点運用評価および準備を行った。これら初動活動は、石川JRATが石川県から正式要請を受けた後の円滑な接続に寄与した。一方、RRTは個人出向での行動であり、隊員のスキルや職場理解に依存する課題も残る。今後は被災地内RRT体制の強化、R-スタッフ養成の拡充、DMATを参考にした地域ブロック制による段階的派遣体制の構築が重要と考える。

リハビリテーション職の災害支援参画 ― JRATの活動に学ぶ実践と課題
演題番号　SY10-3（TH）

○中田 貴士[1]
[1]なかしま内科循環器・整形外科クリニック リハビリテーション科

JRATにおけるロジスティクス活動

日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）は、災害時に全国からリハビリテーション専門職を被災地へ派遣し、災害関連死を防ぐ支援活動を行う団体である。その活動を支える基盤として、ロジスティクス機能が重要な役割を担っている。JRATのロジスティクス活動は、①情報収集・統括本部との連携、②派遣チームの編成・調整、③移動・宿泊・資機材の確保、④現地拠点の設営と運営管理、⑤活動記録と引き継ぎ体制の構築、から構成される。これらは医療支援チーム全体の活動継続性を左右する機能であり、支援の質と量に直結する。近年の大規模災害における活動経験を通じて、JRATのロジスティクスはDMAT・JMATなど他の災害医療チームとの協働の中で発展してきた。一方で、人材育成・標準化・他職種との情報共有といった課題も明らかとなっている。本シンポジウムでは、災害急性期から関わる様々な医療スタッフとの連携を念頭に置き、JRATロジスティクスの実態と課題を共有し、多職種協働による災害対応力の向上について議論したい。

リハビリテーション職の災害支援参画 ― JRATの活動に学ぶ実践と課題
演題番号　SY10-4（TH）

○古田 宏[1]
[1]医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院 リハビリテーション科

JRATと災害医療チームの協働に向けた課題と展望 ―DMATコーディネーターの視点から―

大規模災害の超急性期には、DMATをはじめとする各種医療チームが初動対応と救命医療を担う。しかし、時間経過とともに避難環境の変化、活動量の低下、精神的ストレスなどを背景として、ADLの低下や生活不活発病が顕在化し、災害関連死のリスクが高まる。すなわち、災害医療の目的は「救命」から「身体機能および生活の維持」へと拡張していく。JRATは、このような二次的健康被害の予防・改善に寄与し得る組織であり、被災者の生活機能を守ることで「医療と生活の連続性を支える屋台骨」として重要な役割を担う。しかし現状では、災害医療チーム内におけるJRATの役割定義、活動開始のタイミング、情報共有の標準化などに課題が多く、他の災害支援チームにおけるJRAT活動の認知や理解も十分とは言えない。本発表では、DMATコーディネーターの視点からJRATの災害時活動を整理し、現場でJRATが直面する課題、他組織との適切な役割分担、そして協働に向けての課題を明確化する。これにより、JRATの存在価値をさらに高めるとともに、効率的な災害時支援につながる多職種・多組織間の連携と協働の方向性について考察する。

救命の先へ挑む ― 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略
演題番号　SY11-1（D）

○横田 純加[1]，大本 亮輔[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

重症下肢開放骨折後下肢切断13例のリハビリテーション転帰

重症下肢開放骨折（GustiloⅢB/ⅢC）では救命・創管理に加え、下肢切断後の機能回復が重要である。2013～2024年に三次救急医療機関で治療した外傷例のうち、GustiloⅢB/ⅢCの下肢開放骨折で下肢切断に至った13例を後方視的に検討した。年齢、受傷機転、切断高位、合併損傷、血管・神経損傷、感染・再手術などを収集し、転帰として義足導入、退院時移動能力、退院先を評価した。急性期からの早期リハビリテーション介入と、義肢装具を含む多職種連携・回復期施設との調整が転帰に与える影響に着目し検討した。代表例として、交通外傷で下肢開放骨折（GustiloⅢC）から下肢切断に至った症例では、全身状態の安定化後ただちに離床・残存肢管理を開始し、創部管理と並行して義肢装具士・理学療法士と介入計画を立案、回復期施設へ早期に連携したことで移動能力の改善を得た。

救命の先へ挑む ― 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略
演題番号　SY11-2（TH）

○内海 風花[1]，小森 清伸[1]，木村 純子[1]
[1]堺市立総合医療センター リハビリテーション技術科

多発外傷患者に対する多職種協働の早期介入：理学療法士による離床推進と二次障害予防

当院救命救急センターには，理学療法士（PT），作業療法士，言語聴覚士からなるリハビリテーションチームがあり，早期リハビリテーションを実施している．PTは基本的動作能力の改善を目的に，呼吸理学療法および早期離床を中心として，ICU入室後48時間以内から介入を開始している．リハビリテーションチームは毎朝のセンターカンファレンスに参加し，その日の治療方針と併せてリハビリテーションプランを多職種と共有している．さらにICU入室後72時間以上経過した患者に対してはリハビリテーションカンファレンスを実施し，より充実した介入内容を検討している．創外固定装着患者のポジショニングなどについても同カンファレンスで協議し，多職種協働のもと実施することで二次障害予防に成果をあげている．本セッションでは，重傷多発外傷患者に対する早期リハビリテーション体制と当院の取り組みについて報告する．

救命の先へ挑む ― 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略
演題番号　SY11-3（TH）

○東野 玄[1]
[1]堺市立総合医療センター リハビリテーション技術科

多発外傷患者に対する多職種協働の早期介入：作業療法士によるADL維持とせん妄予防

当院では、多発外傷患者に対し、早期から「生活者」としての主体性を取り戻すための作業療法を展開している。本報告では、当院における作業療法の実践内容とその課題について述べる。介入対象は、主に頸髄損傷やICU獲得性筋力低下を呈する症例、せん妄リスクの高い症例としている。介入内容は、上肢機能訓練やADL練習に加え、スプリントや自助具の作製による二次障害予防と活動性向上を中心としている。また、医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士らと協働し、離床時間の拡大を目的とした座位での趣味活動の導入や適切な食事動作環境の調整を行い、早期からのADL獲得を支援している。これらの取り組みは、セルフケアの再獲得のみならず、せん妄の予防・改善や、急激な身体変化を強いられた患者への心理的側面における支援としての意義も併せ持つ。課題として、マンパワーの制約による介入体制の限界や、せん妄対策における作業療法独自の介入指針の未整備が挙げられる。今後は多職種連携のもと、ABCDEFGHバンドルに基づいた非薬物的介入を強化し、早期から活動と参加を促進することで、生活再建と患者の長期予後改善に寄与する体制構築を目指したい。

救命の先へ挑む ― 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略
演題番号　SY11-4（TH）

○山口 晴菜[1]
[1]堺市立総合医療センター リハビリテーション技術科 言語聴覚士

多発外傷患者に対する多職種協働の早期介入：言語聴覚士による嚥下・コミュニケーション支援

当院救命救急センターでは、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)からなるリハビリテーションチームを立ち上げている。STは主に抜管当日から介入を開始し、経口摂取とコミュニケーションの回復を支援するために、全身状態や安静度制限を踏まえて嚥下やコミュニケーション機能の評価と訓練を実施している。安静度に制限を伴う症例では、PTやOTと連携し、安全なポジショニングを行い食形態選定や代償手段を検討し、看護師と情報共有する。さらに長期挿管や気管切開症例には嚥下内視鏡検査を実施し、スピーチバルブ導入から経口摂取移行までを多職種で共有し、コミュニケーションと栄養経路の早期確立を図っている。今回は、重症多発外傷患者に対するSTの早期介入の実際と多職種協働の取り組みについて報告する。

救命の先へ挑む ― 多発外傷患者の予後を変える早期リハビリテーション戦略
演題番号　SY11-5（TH）

○奥出 聡[1]，林 光俊[1]
[1]医療法人社団光生会平川病院 リハビリテーション科

飛び降り多発外傷患者の救急病院からの転院時期と予後の関係―精神科病院116例の後方視的検討―

多発外傷への早期リハは機能回復を促すことが知られているが、飛び降りによる多発外傷患者は精神疾患合併を理由に回復期リハ病棟への受け入れが困難なことが多く、身体リハを十分に受けられないまま精神科病院へ転院するケースが少なくない。専門ガイドラインは国内外に存在せず（Klingebiel et al., 2025）、精神科病院のPT配置は100床あたり0.2人にとどまる（厚労省2024）。2013～2025年に当院でリハを実施した飛び降り外傷116例（男性46例・女性70例、年齢中央値41歳、脊髄損傷合併25例）を対象に、受傷～転院期間と退院時機能（BI・FIM）の関連をSpearman相関で検討した。転院期間中央値は45.5日（IQR 27.8～76.2日）、退院時BI中央値90点、FIM113点、自宅退院率66.4%。転院が遅いほど退院時BIおよびFIMが低く（rs=−0.190, p=0.041；rs=−0.252, p=0.006）、改善幅・歩行獲得期間との有意な相関は認めなかった。本調査は後方視的研究であり重症度交絡は未調整である。救急病院との連携整備が肝要であり、本シンポジウムでは転院時期と予後の関係および連携やリハビリの成果に必要な要素について話題提供する。

重度熱傷患者のリハビリテーションの最前線 ― 経験豊富な施設から学ぶ実践と課題
演題番号　SY12-1（TH）

○久保 貴嗣[1]，二神 紘美[2]，田中 淳[2]，大須賀 章倫[2]，真弓 俊彦[2]
[1]JCHO中京病院　リハビリテーションセンター，[2]JCHO中京病院 救急科

JCHO中京病院における重症熱傷・気道損傷患者のリハビリテーションの取り組み

重症熱傷患者は，広範かつ深達度の高い皮膚損傷に加え，呼吸・循環・代謝障害や感染症を合併しやすく，長期臥床に伴う廃用症候群を来しやすい．特に気道損傷を伴う症例では人工呼吸器管理や反復する手術治療が必要となり，急性期からの包括的なリハビリテーション介入が機能予後に大きく影響する．当院では急性期より理学療法士が介入し，呼吸理学療法や循環動態を考慮した離床，ポジショニングによる関節拘縮予防を開始している．さらに毎朝の多職種カンファレンスにおいて，医師，看護師，薬剤師，臨床心理士と情報を共有し，全身状態や疼痛，精神心理面を踏まえ，急性期から回復期までシームレスなリハビリテーションを提供している．本シンポジウムでは，当院における重症熱傷患者リハビリテーションの実践と課題を，理学療法士の立場から報告する．

重度熱傷患者のリハビリテーションの最前線 ー 経験豊富な施設から学ぶ実践と課題

演題番号　SY12-2（TH）

超急性期熱傷治療における作業療法介入の意義 —拘縮予防およびICU-AW対策を中心に—

○髙橋 尚暉[1]
[1] 近畿大学病院 リハビリテーション部

熱傷治療において救命および創治癒の進歩が著しい一方で，関節拘縮や廃用症候群，ICU-acquired weakness（ICU-AW）といった二次障害が，機能予後や社会復帰を大きく左右する．作業療法は急性期より介入することで，関節可動域訓練，良肢位保持を目的としたポジショニング，早期からの作業活動導入を通じて，これらの二次障害予防に重要な役割を担う．特に熱傷特有の疼痛，創部管理，植皮後の制限を考慮した介入は，医学的治療と密接な連携を要し，多職種協働が不可欠である．また，近年注目されている集中管理中に生じるせん妄やICU-AWに対しても，上肢機能や目的動作を活かした早期介入により予防的効果が期待されており，急性期から退院後の生活機能を見据えた介入が必須である．本セッションでは，急性期熱傷患者に対する当院の作業療法の取り組みを紹介し，拘縮およびICU-AW予防という臨床課題に対する作業療法の役割と，救急医療におけるその意義について考察する．

重度熱傷患者のリハビリテーションの最前線 ー 経験豊富な施設から学ぶ実践と課題

演題番号　SY12-3（TH）

重度熱傷患者に対する理学療法の実際： 救命救急センターにおける多職種連携と早期介入の実践

○木本 祐太[1]
[1] 近畿大学病院 リハビリテーション部

重度熱傷患者では，救命後も長期臥床，筋力低下，関節拘縮，慢性疼痛，心理的問題など多面的な機能障害を呈し，早期からの包括的リハビリテーションが予後を大きく左右する。本発表では理学療法士の視点から，当院救命救急センターにおける重度熱傷患者へのリハビリテーション実践を報告する。具体的には，循環・呼吸管理下における安全な早期離床の判断，ポジショニングおよび関節可動域運動による拘縮予防，創部や疼痛に配慮した運動療法，ADL再獲得に向けた活動量向上戦略について，臨床例を踏まえて提示する。さらに，治療優先度，創部管理，疼痛コントロールとの調整により介入が制限される臨床課題を整理し，多職種協働の中で理学療法士が担う役割と臨床判断の要点を明確化する。加えて，重度熱傷患者におけるPICSを長期転帰に影響する重要課題として位置づけ，急性期からの理学療法介入が果たす役割とその実践的意義について検討する。

人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方 ~全国での実践と知見の共有~

演題番号　SY13-1（D）

傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関するアンケート調査

○田邉 晴山[1,2]，守谷 俊[2,3]，髙橋 宣明[2,4]，吉武 淳[2,5]，丸川 征四郎[2,6]，高橋 功[2,7]，野田 英一郎[2,8]，伊巻 尚平[2,9]，永野 義武[2,10]
[1] 救急振興財団救急救命東京研修所，[2] 日本臨床救急医学会「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方に関する普及委員会」，[3] 自治医科大学附属さいたま医療センター，[4] 仙台市消防局，[5] 熊本大学病院，[6] 医療法人徳洲会吹田徳洲会病院，[7] 総合病院国保旭中央病院，[8] 国立病院機構九州医療センター，[9] 横浜市立市民病院，[10] 東京消防庁

背景・目的: 人生の最終段階にある傷病者の心停止に対し119番通報で出動した救急隊が、家族や関係者から心肺蘇生等を希望しない旨を伝えられる事例が生じている。本調査は、このような場合の対応方針の策定状況、運用状況および課題を明らかにすることを目的とした。方法: 全国720消防本部を対象に、2025年2月からオンラインアンケート調査を実施した。結果: 570本部（79%）から回答を得た。「条件が合致すれば現場で心肺蘇生等を中止できる方針」を策定している本部は42%、「対応方針を策定していない」は40%であった。心停止事例の4.8%で心肺蘇生等を希望しない旨が提示され、そのうち16%で医療機関搬送前に中止された。かかりつけ医によるオンラインでの指示を重視する本部が多く、中止後の搬送方針は多様であった。結論: 傷病者の意思に沿った心肺蘇生等の実施に関する取り組みは広がりつつあるが、地域差が存在する。今後は地域医療との連携強化、関係者との情報共有の促進が課題である。

人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方 ~全国での実践と知見の共有~

演題番号　SY13-2（D）

DNARプロトコール運用の現在地：千葉県東部地域MC協議会の取り組み

○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ィカルコントロール協議会

【はじめに】本学会の提言から10年、各地域で多くの取り組みが行われて、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．プロトコールの改定を経て現在に至り、徐々に地域に根付きつつあり、蘇生を望まない終末期患者の希望を叶えられている一方で課題も多い【目的方法】7年間の活動、プロトコールの概要、現在の運用状況を検討し、活動を振り返り課題を明らかにして普及の一助としたい【結果】運用開始までに2年を要した①プロトコールは終末期の確認と医師の指示が必要．書面提出が望ましいが必須ではない②事前指示書の提出は131名、運用上のトラブルは発生してない③書面未提出例や終末期の確認できない事案の蘇生中止希望例がある④主治医に連絡が取れない、書面と異なる指示事案もあった⑤周知がまだ十分ではない⑥法的問題、訴訟リスク、CPR未施行や中止する事の可否、CPRを未施行搬送の活動上の位置づけ、など救急隊の心理的負担や不安を払拭しきれていない【まとめ】十分な準備と適切な運用で問題は発生しない．課題は医療だけでなく、在宅や介護関係者など多職種間で十分な議論や検証の継続が必要でありACPの普及も欠かせない

人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方 ~全国での実践と知見の共有~

演題番号　SY13-3（E）

東京消防庁における『心肺蘇生を望まない傷病者への対応』の運用実績と今後の課題

○周藤 信博[1]
[1]東京消防庁 救急部 救急指導課

・当庁では、東京消防庁救急業務懇話会及び東京都MC協議会での審議結果を踏まえ、2019年12月に「心肺蘇生を望まない傷病者への対応」について体制を整備し、運用を開始した。年ごとにみると、運用開始前の想定どおりACP事案はCPA事案の約1%ながら漸減傾向であり、そのうち約95%がかかりつけ医等に引き継がれてきた。また、2025年中は100%の事案で、かかりつけ医等に引き継がれた。ACP事案は東京都MC協議会で事後検証の対象とされ、その結果については東京都保健医療局や東京都医師会と共有されている。運用開始以来、トラブルとなる事案は皆無であり、件数も漸減傾向であることからも、医師会、保健衛生部局、消防機関それぞれによるこれまでのACP普及への取り組みが順調であることが伺える。一方で、ACPに基づく意思が確認されていても、家族の動揺や施設職員の焦り、かかりつけ医等と連絡がつかず救急要請に至る事案は依然として一定数存在する。今後は、救急要請に至る前段階での情報共有や事前調整を含め、地域包括ケアシステム内での119番通報によらない対応が課題である。本発表では、運用実績と課題を共有し、各地域におけるDNAR対応体制構築の参考としたい。

人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方 ~全国での実践と知見の共有~

演題番号　SY13-4（D）

当院におけるDNARプロトコールと救急隊活動の理解度と課題 —医師アンケート調査より—

○陳 美仁子[1]，森山 直紀[1]
[1]兵庫県立淡路医療センター 救急科

【背景】淡路広域消防では2020年度よりDNARプロトコールを導入したが、5年間の運用は3例に留まる。一方、当院ではDNAR記載がありながら心肺蘇生下に搬送された症例を30例認め、制度が活用されているとは言い難い。当地域の制度は、医師が救急隊活動を理解した上で、事前に消防宛のDNAR指示書を作成することを特徴とするが、医師の救急隊活動への理解度は明らかでない。【目的】医師の救急隊活動に対する理解度を明らかにし、制度が実践されない要因を検討する。【方法】当院救急科を除く医師138名を対象にアンケート調査を実施した。【結果】118名から回答を得た。76%が救急隊は家族等からの申告のみで心肺蘇生を中止できると誤解していた。一方、DNARプロトコールの認知は23%、消防宛DNAR指示書を知っていたのは10%に留まった。【考察・結語】多くの医師が救急隊活動を正しく理解しておらず、DNARプロトコールの必要性を認識していないことが、指示書作成に至らず制度が実践されない要因の一つと考えられた。導入から5年経過した現在の認知度は低く、単発の周知では制度は定着しない。今後は繰り返し周知を行い、救急隊活動への理解を促す必要がある。

人生の最終段階における傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生のあり方 ~全国での実践と知見の共有~

演題番号　SY13-5（D）

蘇生に成功しなかった高齢者OHCA症例の現状

○榊原 謙[1]，久宗 遼[1]，生塩 典敬[1]，山川 一馬[1]
[1]大阪医科薬科大学病院 救急診療科

超高齢化社会の到来にともない、院外心停止(OHCA)の搬送は増加している。高齢者に対して蘇生を実施すべきかどうかの判断は、患者の全体的な健康状態、既往歴、終末期医療の希望（DNAR、事前指示書、ACP）、現場の状況を総合的に考慮して行う。重篤な基礎疾患がある場合や、本人または家族が蘇生を望まない意思を示している場合には、実施を控える判断も重要である。蘇生行為の中断は、患者の予後や蘇生の効果が期待できない場合や、家族の希望や倫理的観点などを総合的に考慮した上で中断する場合がある。中断の決定は、現場の状況やガイドラインに基づき、多職種で協議しながら行われているが、どの程度まで蘇生を継続するかの取り決めはない。蘇生に成功しなかった高齢者OHCA患者へどのような対応がとられているかについての詳細な報告はない。2022年7月から2025年12月までに当救命救急センターへ搬入された65歳以上のOHCA症例で蘇生に成功しなかった例に対して、蘇生継続時間、アドレナリン投与量、死亡診断書作成率、搬送元、搬送時間帯、搬送時家族の同乗の有無、終末期医療の希望の有無などをカルテベースで後方視的に調査し、高齢者OHCA症例の現状を報告する。

国際委員会：アジア各国のEMSの過去・現在・未来について

演題番号　SY14-1（D）

Building Prehospital Emergency Care in Indonesia: System Evolution, Disaster Integration, and Future Directions

○Ali Haedar[1]
[1]Department of Emergency Medicine, Saiful Anwar General Hospital, Faculty of Medicine Universitas Brawijaya, Malang - Indonesia

Prehospital emergency care in Indonesia has evolved substantially over the past two decades, transitioning from fragmented transport-based services to a progressively structured emergency medical service (EMS) system. As a lower-middle-income country comprising more than 17,000 islands and over 270 million inhabitants, Indonesia faces considerable geographic, infrastructural, and workforce challenges in ensuring timely emergency care delivery.National reforms have emphasized integration between hospital-based emergency departments and regional dispatch systems, gradual standardization of ambulance services, expansion of emergency medicine training programs, and strengthening of disaster response capacity. The formal recognition of Emergency Medicine as a medical specialty, together with enhanced collaboration among governmental agencies, academic institutions, and disaster response organizations, has contributed to ongoing system development. Nevertheless, significant disparities persist. Variability in EMS organization across provinces, limited paramedic-level workforce development, funding inequities, and coordination challenges between public and private sectors continue to affect operational efficiency. Indonesia's high vulnerability to earthquakes, tsunamis, and volcanic eruptions has strongly influenced EMS policy design and preparedness strategies.This presentation will outline the historical development, current structure, and strategic priorities of prehospital emergency care in Indonesia, offering perspectives relevant to other rapidly developing Asian EMS systems.

国際委員会：アジア各国のEMSの過去・現在・未来について
演題番号　SY14-2（E）

シンガポールにおける病院前救急医療体制の発展と構造的特徴 —救急救命士の視点から—

○髙橋 治花[1]
[1]日本体育大学大学院 保健医療学研究科

【目的】救急救命士として国立シンガポール大学で病院前の研究に従事した経験を基盤に、同国体制の特徴を整理し、課題と展望を考察する。【シンガポールの救急体制】シンガポールではSingapore Civil Defence Forceが全国の救急搬送を担う中央集約型体制を確立している。この体制は標準化されたプロトコール運用、迅速な政策決定を可能にし、均質な医療提供を実現している。さらに、レジストリデータが継続的に収集・分析され、その知見が政策・教育・現場改善へ還元される点が特徴である。加えて、市民参加型スマートフォンアプリの導入や口頭指導の普及など、市民を巻き込んだ救命の連鎖を社会で支える仕組みが整備されてきた。【考察】制度設計、データ活用、市民参加の三層構造が連動し、同国の病院前救急医療は持続的改善を可能としている。今後は高齢化への対応、需要増加への対応といった課題への戦略的進化が求められる。【まとめ】シンガポールの病院前救急医療体制は、アジアにおける病院前救急医療発展の方向性を示す指標となり得る可能性がある。

国際委員会：アジア各国のEMSの過去・現在・未来について
演題番号　SY14-3（E）

アジアから学ぶ住民参加型EMSとTire responseの可能性

○高山 祐輔[1]，大美賀 亜賀司[2,5]，矢場 春南[3,5]，吉村 優希[4,5]
[1]帝京大学 医療技術学部，[2]千葉市立海浜病院救急科，[3]帝京大学大学院公衆衛生学研究科，[4]帝京大学福岡医療技術学部，[5]ACCESSプロジェクト

高齢化の進展に伴い日本では搬送需要が増加し、救急車という医療資源の相対的不足が顕在化している。令和6年の救急搬送人員の63％を65歳以上が占め、単層的搬送体制（Single-tier）への負荷は増大し続けている。現在、限られた資源を前提とした効率的かつ持続可能な搬送体制の再設計が求められている。東南アジアのタイでは、長く日本とは異なり救急車の絶対的不足の課題へ直面しており、資源制約下において多階層的搬送体制（Multi-tier）を発展させてきた。市民ボランティアによるTier1救急隊と専門職によるTier2救急隊を組み合わせて運用することで、増大する多様な搬送需要に対し柔軟かつ段階的な対応を可能とし、救急車の効率的な運用を実現している。この構造は、資源不足という共通課題を抱える日本にとって示唆に富む。 Tier1の具体像を理解するため、本発表ではラオス・ビエンチャンにおけるのTier1救急隊の取り組みにも簡潔に触れ、発展段階にあるTier1救急隊の実践例を通じて、Multi-tierの基盤となる概念を整理する。 以上を踏まえ、タイのMulti-tierの構造的意義を検討し、高齢社会の日本における持続可能な搬送体制の再設計についてその可能性を考察する。

国際委員会：アジア各国のEMSの過去・現在・未来について
演題番号　SY14-4（D）

Prehospital Care in Thailand: From Establishment to Advanced Medical Care

○Atchariya Pangma [1,2]
[1] Prehospital Emergency Medicine Specialist , [2]Former Secretary General of the National Institute for Emergency Medicine, Thailand

Prehospital care in Thailand has evolved through phases: volunteer-based services operated by the community as charities, hospital-based ambulances and locally organized-emergency medical services (EMS). A landmark development was the enactment of the Emergency Medicine Act B.E. 2551 (2008) which led to the formation of the Emergency Medicine Committee and the National Institute for Emergency Medicine as the regulatory bodies monitoring standards of operations as well as financing the system. Through phases of transformations, the national EMS hotline, 1669, had received over ten million calls annually. Of these, two million cases were responded through dispatches resulting in approximately 1.9 million ground ambulance responses; 3,000 maritime EMS operations and 200 aeromedical transports via helicopter emergency medical services (HEMS) and fixed-wing aircraft known as the “Thai Sky Doctor Service”. Paramedics became a new profession with growing numbers, while service quality have been critical point in which the Thailand Emergency Medical Service Accreditation (TEMSA) system has been largely enforced. Patients have been guaranteed of their rights to access life-saving services through the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) and introduced to new innovation such as the Mobile Stroke Unit. Thus, Thai EMS is no longer a young fragile system, but it is now advancing towards professionalism, modernity and performance-based life-saving service.

国際委員会：アジア各国のEMSの過去・現在・未来について
演題番号　SY14-5（O）

メコン地域４カ国における病院前救急医療体制の多様性：リバース・イノベーションという新たな視座

○石﨑 貴[1,2]
[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

メコン地域４カ国（カンボジア、ラオス、タイ、ベトナム）の病院前救急医療体制は、国際協力を端緒として整備が進められ、限られた人的・財政的資源の中で自国の実情に即した独自の発展を遂げている。一方、日本の病院前救急医療体制は、救急需要の増大や担い手不足、救急搬送件数の増加に伴う現場負担の増大、搬送時間の延伸など、病院前救急医療体制の持続可能性が問われている。メコン地域４カ国では、民間ボランティアと医療機関との協働体制、救急搬送の受益者負担適正化、救急救命士による広範な特定行為の実施など、柔軟かつ実践的な制度運用が行われている。これらは限られた資源環境における実践知として蓄積されており、日本の諸課題を解決する上での貴重な源泉となり得る。本発表では、長年にわたる国際協力等への参画を通じて得た知見を基に、メコン地域４カ国の病院前救急医療体制を概観し、これまで支援の対象であった新興国の実践知を先進国へ還流させるリバース・イノベーションの視点から、日本の病院前救急医療体制の再構築に向けた新たな視座を提示する。

若年層のOver-the-counter drugsによるオーバードーズに対するケアを考える
演題番号　SY15-1（P）

○廣瀬 正幸[1]，平川 昭彦[2]
[1]藤田医科大学病院 薬剤部，[2]田附興風会医学研究所 北野病院 救急科

OTC医薬品による薬物中毒：小中高生症例増加から見えた課題

【目的】薬剤師の立場からOTC医薬品による薬物中毒の現状を把握し、今後の課題と取り組みについて検討する。【方法】過去10年間に当院へ搬送されたOTC医薬品による薬物中毒患者185例のうち、小中高生39例を対象に、患者背景や摂取状況について後方視的に調査した。【結果】2024年が10例と最多であった。精神科受診歴を有する患者は8例、両親の離婚、いじめ・虐待、不登校歴のいずれかを有する患者は8例であった。希死念慮ありは5例、致死量摂取は3例に認められ、摂取理由が「特になし」と回答した症例は5例であった。2022年以降、小中高生症例は増加傾向を示し、2016年と比較すると3倍以上に増加していた。【考察】小中高生への有効な対策として薬物乱用防止教室の充実が挙げられるが、県内の学校薬剤師への調査では開催率は20%以下で、この10年間変化がなかった。学校間で方針のばらつきも認められ、今後は教育機関との連携強化が不可欠である。生徒のみならず教員への指導・情報提供も重要であり、薬剤師が主体的に介入方法を検討する必要がある。

若年層のOver-the-counter drugsによるオーバードーズに対するケアを考える
演題番号　SY15-2（P）

○武田 元樹[1]
[1]社会医療法人豊生会東苗穂病院 薬剤科

救急認定薬剤師による高校生への薬物乱用防止教育とその意識変容の解析

【目的】近年、若年層における市販薬（OTC）を用いたオーバードーズ（OD）による救急搬送が急増し、喫緊の課題となっている。本研究では、中毒治療の現場に精通した救急認定薬剤師が学校薬剤師の立場から教育現場で医学的知見に基づく「薬物の毒性」や「救急搬送の実態」を提示する教育介入を行い、その影響について生徒の意識変容を解析した。【方法】高校生232名を対象に、救急認定薬剤師による講話を実施した。講話の内容は、薬物乱用の現状とOTC薬の症例提示であった。講話前後でアンケートを実施し、薬物乱用に対する認識と薬剤師の職能イメージの変化など比較検討した。【結果】ODの原因として「市販薬」を想起した生徒の割合は、講話前の35.2%から講話後の43.5%に増加した。また、薬剤師を「緊急時の医療者」と認識する生徒の割合は9.9%から21.2%に上昇し、42.7%の生徒が有事の際に薬剤師へ相談すると回答した。【考察・結論】救急認定薬剤師が臨床の実際を基に講話を行うことで、従来の精神論では難しかった「自分事化」を促すことができた。救急と教育の連携による医療的リスクの正確な伝達は、市販薬ODの予防および地域セーフティネットの構築に極めて有効である。

若年層のOver-the-counter drugsによるオーバードーズに対するケアを考える
演題番号　SY15-3（MS）

○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

18歳以下の自殺企図患者における救急受診時の心理社会的背景とリエゾンチーム介入の検討

【背景目的】近年、18歳以下の自殺企図患者は増加傾向にあり、救急医療は身体的治療のみならず、その後の精神科医療や社会的支援へ繋ぐ重要な役割を担っている。18歳以下の自殺企図患者の実態を明らかにし、救急医療におけるリエゾンチームとしての介入と今後の支援の在り方を検討する。【方法】2022～2024年度の3年間で当院受診した18歳以下の自殺企図患者49名を対象に、企図方法・背景要因・転帰先及び行政等相談窓口への連携状況を調査した。【結果】企図方法は過量服薬が41例と最多、そのうちOTC薬使用は21例。背景要因は学校問題22例・家庭問題19例・健康問題17例で、複数要因を有するのは25例だった。OTC薬使用例では学校問題57%・健康問題48%・家庭問題43%が背景として認められ、非OTC薬使用例と比較し学校・健康問題の割合が高かった。チーム介入45例中43例は精神科医療機関へ調整、4例は行政等相談窓口と連携し、継続支援への移行に寄与していた。【考察】医療のみの対応には限界があるため、救急受診時という重要な介入機会を活かして、チームとして心理社会的背景を踏まえた支援を行うとともに、行政等相談窓口への橋渡しを含めた介入体制強化が重要である。

若年層のOver-the-counter drugsによるオーバードーズに対するケアを考える
演題番号　SY15-4（O）

○齊藤 将之[1]，市原 利彦[2]，中島 義仁[3]
[1]名古屋市立大学大学院薬学研究科 臨床薬学教育研究センター，[2]大隅病院 循環器内科，[3]公立陶生病院 救急部

薬学部起点のOTC過量内服予防：名古屋市協働の実装設計

【目的】若年層のOTC過量内服が増加する中、名古屋市立大学薬学部が進める予防的介入として、家庭環境リスクの層別化と行政・学校・地域連携を統合した実装モデルを提示する。【方法】過量内服リスクのスクリーニングツールを作成し、家庭環境因子との関連を解析中である。また、名古屋市と協働し、市内の中・高等学校での匿名調査を学校薬剤師を起点に導入し、スクールカウンセラー等と連携して早期介入（相談・支援先への接続）を行う。結果を学校で活用できるフィードバック様式を設計する。併せて薬局薬剤師による声かけ・受診勧奨・相談導線（救急・地域支援）の標準化に向け研修要素（標準手順）を整理し、運用要件も検討する。【結果】関係機関との間で役割分担と情報連携の基本方針を合意し、学校調査から相談の導線を経て医療・地域支援へ接続する運用フロー案、学校への還元テンプレート案、運用確認プロセスを整備した。【考察】救急医療と地域医療をつなぐ薬学部主導の介入は、多職種協働の枠組みとして実装可能性が高い。今後、支援先への接続（受診・相談利用）等を評価指標として整備し、再発リスク低減につながるモデルとして地域への展開を目指す。

ハイブリッドERシステムの未来図
演題番号　SY16-1（D）

次世代型ハイブリッドER— あらゆる重症救急疾患に対応する Y-HEROS —

○岩瀬 史明[1,2]，松本 学[1,2]，宮﨑 善史[1,2]，池田 督司[1]
[1]山梨県立中央病院 高度救命救急センター 救急科，[2]日本医科大学 救急医学講座

【背景】ハイブリッドERは1室完結型として外傷診療を中心に発展してきたが、治療継続中に次の重症患者を受け入れられないという構造的制約を有している。重症救急医療の持続性を確保するためには、この制約を克服する新たな設計思想が求められる。【概要】当センターの「Y-HEROS」は、初療・全身CT・手術・ECMO導入を行うHERSに加え、隣接してIVRが能な血管撮影室を2室配置している。HERSでは、出血性ショックの重症外傷に対しては開胸開腹手術、穿頭、IVRを1室でシームレスに実施できる。HERSで診療後、脳血管血栓回収やECMO導入後にPCIが必要な場合には隣接するB Room (Biplane angiography)へ移動して根本治療を行っている。C room (CT-Angiography)には、CT撮影とIVRが可能な部屋でありさらなる患者が来院した時にはそこで診療が可能である。初療後は速やかに移動することでHERSを次の救急患者に解放し、外傷・内因を問わず時間依存性疾患を連続的に受け入れる体制を構築した。【展望】Hybrid ERの本質は1室で完結することではなく、治療を止めずに次の救命を開始できる構造にあり、その再設計こそが未来の重症救急医療の分水嶺となる。

ハイブリッドERシステムの未来図
演題番号　SY16-2（N）

ハイブリッドERで活躍する看護師の“3拍子”

○吉田 悠平[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 看護部 救急

ハイブリッドERシステム（以下HERS）は、2011年8月に本邦が世界初となる導入を行い、その治療成績と歴史は現代の医療において大きな影響を与えている。HERSは初療室にCT/IVR装置を導入し、患者搬入から検査・治療・手術までをシームレスに行うことを可能とした。そのHERSにおいて、診療を円滑に進めるためには、迅速な判断と行動はもちろんのこと、医師・看護師・メディカルスタッフにおける多職種連携が重要視される。当センターのHERSでは、職種間のタスクシェア・タスクシフトを基盤とする戦略を規定し、あらゆる重症症例の搬入に対応できるようにしている。中でも看護師においては、処置補助・薬剤投与・経過記録・家族対応など多岐にわたる基本的な初療看護遂行に加え、指揮命令系統を確立して多職種をマネージメントし、医師と共にHERS全体を俯瞰する役割も担っている。現代の初療室であるHERSという革新的なハードウェアを活用するためには、そこに対応する人員であるソフトウェアとの融合が必要不可欠ともいえる。本セッションでは、当センター HERSで奮闘する看護師の一場面を提示し、看護師という視点から議論を深めると共にHERSの未来も構想していきたい。

ハイブリッドERシステムの未来図
演題番号　SY16-3（D）

ハイブリッドERと共に育つ：産学連携で進化する現場と人材

○丸山 修平[1]，和田 大樹[1]，金山 周史[1]，島崎 淳也[1]，齊藤 福樹[1]，中森 靖[1]
[1]関西医科大学総合医療センター 救急医学科

【背景】ハイブリッドER（以下、HERS）は、2011年に大阪急性期総合医療センターとキヤノンメディカルシステムズ株式会社の共同研究として産声を上げた。当院においては2016年に導入され、翌2017年にはDual room型へと進化を遂げた。【システムの進化】当院のHERSは進化を続けており、2020年からは同社と共同で急性期医療情報統合ビューア「Abierto Cockpit for ER」を開発した。企業と協働で現場のニーズを反映させながら継続的に開発を行うことが、HERSというシステム全体をさらにより良くしていく上で不可欠である。【現状と課題】導入から10年が経過し、当院の若手〜中堅スタッフの多くはHERSと共に育ってきた。従来型の初療室を経験せず、HERSでしか診療できないスタッフの存在が問題視される議論もある。しかし、今後ますます普及が見込まれる同システムにおいて、そのポテンシャルを最大限に引き出し使いこなす能力は、これからの救急医療体制において極めて重要なスキルであると考える。【結語】当院におけるHERS導入後の診療の軌跡を振り返るとともに、産学連携による継続的なシステム開発の重要性と、HERSに最適化した人材育成のあり方について議論したい。

ハイブリッドERシステムの未来図
演題番号　SY16-4（D）

全身検索型画像診断支援AI「ERATS」とHybrid ERによる未来の外傷診療

○岡田 直己[1]，渡邊 篤[1]，大本 亮輔[1]，中本 直樹[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科，[2]京都大学大学院情報学研究科

重症外傷診療において、正確かつ迅速なCT撮影と診断は救命の鍵を握る。これを実現するために2011年にHybrid ERが世界で初めて当院に導入された。これにより迅速なCT撮影は実現したが、特に夜間や休日の当直帯など人的リソースが限られている状況では、見逃しや診断の遅延が依然生じている。当院ではこの課題を克服するため、全身CTを医師が正確かつ迅速に読影するためのサポートを行う全身検索型画像診断AIシステム「ERATS」の開発を進め、十分な精度検証を経て2025年9月より救命救急センターで実証実験を開始した。本システムは、撮影されたCT画像を10秒以内に解析し、損傷が疑われる部位を医師へリアルタイムに通知するソフトウェアとして実装され、現場の診療支援を行っている。本演題では、AI開発から臨床実装に至るまでの経緯、直面した課題とその解決策、および初期運用で得られた知見と今後の外傷診療におけるAI活用の展望について報告する。

救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望
演題番号　SY17-1（D）

救急を止めない：地域二次救急の現状とタスクシフト・シェアの必然性

○薬師寺 泰匡[1]
[1]薬師寺慈恵病院 救急科

当院は、人口7万人弱の小規模都市において、一般31床、療養33床を有する二次救急病院として月100件超の救急搬送を受け入れている。医療圏内には高度救命救急センターおよび救命救急センターが存在するが、市町村単位でみると臨床工学技士（CE）が常駐する医療機関は当院のみである。医師の時間外労働規制や看護師不足、地域医療構想に伴う機能再編が進むなか、従来の医師中心型救急医療モデルは持続可能性の限界に直面している。高度化する医療機器管理、人工呼吸管理、血液浄化療法、院内急変対応などにおいてCEの専門性は不可欠である一方、その配置や役割は施設間で大きなばらつきがある。急性期機能の大規模病院への集約が進む現在においても、地域の救急病院が救急医療を持続させる視点から、専門職の役割と配置を再検討する必要がある。本発表では、地方二次救急の現状と構造的課題を共有し、タスクシフト・シェアを単なる業務移管ではなく「地域医療を守る戦略」として再定義する。多職種協働の意義をマクロの視点から俯瞰し、持続可能な救急医療体制への展望を示す。

救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望
演題番号　SY17-2（CE）

タスク・シフト／シェアに対する日本臨床工学技士会の取り組みと課題

○木村 政義[1]
[1]公益社団法人日本臨床工学技士会 常任理事

2021年7月の法改正により、医師が行う医療行為の一部を、告示研修を修了したコメディカルが実施できるようになり、臨床工学技士（CE）も手術室やICU等において新たな医行為を担うことが可能となった。加えて、従来の法的範囲内においても、厚生労働省より推進する業務が明確に示されている。CE総数約3万人に対し、2026年2月2日現在、告示研修参加登録者は約2万8千人、修了証書発行者は約2万4千人であり、当初の修了者目標を達成できる見込みである。当会調査（2024年10月）によるタスク・シフト/シェア実施率は、血液浄化実施時における表在化動脈穿刺が81%、内視鏡手術時におけるスコープオペレータが32%であった。厚労省推進業務では、麻酔補助13%、手術室清潔介助23%であった。医師の負担軽減効果が高い業務を中心に実施は着実に拡大しており、CEの新たな役割への意欲は高い。一方で、安全かつ質の高いタスク・シフト/シェア業務の実践により継続的な信頼を得るためには、告示研修に加えた発展的な育成プログラムの構築と、実施上の法的課題について再整理・再検討を進めることが今後の重要な課題である。

救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望
演題番号　SY17-3（E）

救急医療を支える臨床工学技士×院内救急救命士連携の実装：医療機器運用を起点とした多職種連携の設計

○北野 信之介[1,2]，川尻 将守[2]，吉野 雄大[1]，田上 隆[1]，武田 聡[1]
[1]東京慈恵会医科大学附属病院 救急科，[2]東京慈恵会医科大学附属病院 臨床工学部

演者は大学病院に所属する救急救命士・助教として、臨床と研究の両面に従事している。当救急部・救命救急センターはER型と自己完結型のハイブリッドで運用される。当院では2025年3月に初の救急救命士雇用を開始し、同年秋には初療室での緊急手術にも対応可能となるよう、ハード・ソフト両面の整備と多職種連携体制の構築を進めてきた。救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェアの文脈で、医療機関で働く救急救命士の立場から臨床工学技士（CE）との連携を報告する。主たる連携は、①初療時の準備とモニタ・除細動器・人工呼吸器等の機器運用、②集中治療室での人工呼吸器管理・トラブル対応、③院内搬送時の機器確保と回路管理、④病院救急車を用いた病院前連携、⑤新規デバイス導入時の臨床課題と研究視点の擦り合わせである。多職種が相互補完し、初療における機器確保・設定・回路管理の工程をCEが標準化し担保することで、救命士は患者接触と情報収集・処置介助、看護師は投薬・初療記録、医師は治療方針決定に集中できる体制を構築し、運用設計と役割分担を可視化し、連携モデルとして提示する。

救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望
演題番号　SY17-4（E）

救急救命士、診療看護師による救急応需でのタスクシフトと地域救急隊との連携

○千葉 秀歳[1]，石川 ちさと[1]，川村 美弥子[1]，赤田 昌紀[1]
[1]東北労災病院 救急科

【背景】当院では救急応需の効率化を目的に、救急隊からの収容依頼を一元化し救急専従医が対応してきたが、多忙時には応需困難例が生じていた。そこで医師の働き方改革と応需体制強化の両立を図るため、2024年12月より診療看護師（NP）および救急救命士主体の体制へ段階的に移行した。【方法】2024年12月～2025年5月は週3回、2025年6月以降は平日日中の応需をNP・病院救命士が担当した。あらかじめ設定したキーワードに基づき診療科へ迅速に振り分け、重症例は救急科専門医が対応した。救急応需率および医師の時間外労働時間の変化を検討した。【結果】短期的には救急応需率の増加や医師の時間外労働時間の減少は認めなかったが、NP・病院救命士が直接応対し、搬入に対し感謝の意を伝え迅速にフィードバックを行うことで救急隊との信頼関係が強化され、また院内各診療科との連携も促進された。【考察】本取り組みは単なる業務移管ではなく、「救急隊から選ばれる病院」への転換であることが示唆された。今後も継続することで、「救急隊をファン」にする関係構築を通じ、長期的な応需率向上と経営改善を目指す

救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望

演題番号　SY17-5（N）

当院救急外来における診療看護師の活動と役割について

○水野 皓介[1]，加藤 久晶[2]，神原 淳一[2]，稲田 眞治[2]
[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 NP支援課，[2]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 救急科

医療を取り巻く社会的環境が変化する一方、臨床現場では救急受診者数が増加の一途を辿っている。当院における2025年の救急受診者数は救急車台数12122台、救急患者数27947人であり、コロナ禍を除けば年々増加している。当院では増加する救急受診者に対して救急科医師に加えて全診療科から専攻医を出向するなど院内の医師配置を再編することで対応してきたが、専攻医獲得自体の競争激化、働き方改革推進に伴う相対的労働力不足などからタスクシフト・タスクシェアでの対応が必要となっていることは他と変わりが無い。現在当院には4名の診療看護師(NP)が在籍し、それぞれが救急科、麻酔科、消化器外科で活動している。演者は2022年から救急外来に従事しており、医師指導のもと救急患者診療を行うほか (月平均56.6例対応)、RRS出動、救急外来における緊急手術・ECPR介助、若手看護師への人工呼吸器勉強会などの教育を担当している。これまで医師・看護師が担ってきた役割に対してNPが専門性を生かして介入することで診療チーム全体のパフォーマンスが向上すると考えられる。当院NPの活動状況を紹介する。

救急医療の持続可能性を支えるタスクシフト・シェア―多職種連携の展望

演題番号　SY17-6（CE）

医師の働き方改革における臨床工学技士の救急センター常駐とタスク・シェアの展開

○光家 努[1]，河北 賢哉[2]
[1]香川大学医学部附属病院 医療技術部 臨床工学部門，[2]香川大学医学部附属病院 救命救急センター

【目的】2024年4月施行の医師の働き方改革に伴い、臨床工学技士（CE）によるタスク・シフト/シェアの重要性が増している。当院では麻酔科および救急科において医師支援体制を構築したため、その成果と展望を報告する。【当院の取り組み】2022年4月に麻酔科医アシスタント業務を開始（現在8名従事）したことに続き、2024年4月より救命救急センターへの平日日勤帯のCE常駐を開始した。従来のオンコール型の機器対応から「常駐型」へ移行したことで、潜在的なニーズの即時把握が可能となり、高度医療機器の操作・管理のみならず、多職種への教育的支援も円滑化された。【教育・安全管理への貢献】大学病院の特性を活かし、研修医や医学部生らに対し補助循環装置等のシミュレーション教育を早期から実施している。機器習熟を促すことで、将来的な医療安全の向上とチーム医療の質担保に努めている。【結語】救命救急センターへのCE常駐は、医師の負担軽減に加え、機器管理の質向上と教育的効果をもたらした。今後は夜間・休日の体制検討や、高度な臨床技術提供に向けたタスク・シェアの更なる範囲拡大が課題である。

医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～

演題番号　SY18-1（D）

医療機関に所属する救急救命士に関する委員会のこれまでの役割と今後

○田中 秀治[1]
[1]日本臨床救急医学会 医療機関に所属する 救急救命士に関する検討委員会

医療機関に所属する救急救命士の中には薬剤投与の追加資格のための講習を受講できていないものも、少なからず存在し、日本臨床救急医学会では医療機関で求められる特定行為の質保証とキャリア形成を学会が支える仕組みの構築を進めてきた。初めの全国の二次・三次救急医療機関のアンケート調査では静脈路確保・輸液は36%、血糖測定・ブドウ糖投与も36%の施設が必要性を認めており、院内での特定行為実施に一定の需要が存在することが確認された。この結果を受け、本委員会は学会主導による追加講習・実習・知識試験・実技試験を組み合わせた認定スキームを構築した。講習10時限、実習14時限を基本とし、医療機関内での業務を想定したシナリオ訓練を含む体系的教育を整備した（資料「講習10時限」「実習14時限」）。認定証は学会代表理事名で発行し、名簿は学会が管理して各都道府県へ提供する体制とした。現在も、現在も都道府県MC協議会の負担軽減と医療機関の教育負担の軽減を両立しつつ、病院救命士の専門性を制度的に確立する「病院救命士認定制度」の創設を目指し、検討を継続している。今回は委員会活動のベースとなった議論を共有する。

医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～

演題番号　SY18-2（E）

病院救命士の立場から見た病院救命士認定制度の必要性と課題

○沼田 浩人[1]，北原 学[2]，喜熨斗 智也[2]，鈴木 健介[2]，一柳 保[2]，浅香 えみ[2]，落合 秀信[2]，小關 剛[2]，田邊 晴山[2]，田中 秀治[2]
[1]日本医科大学多摩永山病院 救命救急科，[2]医療機関に所属する救急救命士に関する検討委員会

2021年の救急救命士法改正から約4年が経過し、医療機関に勤務する病院救命士は増加している。一方で、消防機関における救命士には2年間で128時間以上（うち約48時間の病院実習を含む）の再教育体制が整備されているのに対し、院内勤務救命士に対する標準化された生涯教育体制は確立されていない。厚生労働省も研修体制整備の必要性を提言しているが、実施・評価・管理の枠組みは十分とは言えない。病院救命士は、初療対応、院内急変対応、医療搬送、安全教育、チーム医療推進など多岐にわたる役割を担っており、その専門性を可視化し質を担保する仕組みが求められる。消防の指導救命士制度、救急科専門医・指導医制度、救急認定看護師制度等を参考に、臨床実績、教育歴、研究活動を評価軸とした段階的認定制度を構築し、キャリアおよび職位と連動させることが理想である。本発表では、現在の病院で行われている取り組みや実際の病院救急救命士の声、ならびに既存の制度を基に病院救命士認定制度の必要性と課題を考察する。

医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～

演題番号　SY18-3（E）

○廣田 恵典[1]，髙見 浩樹[1]，竹内 保男[1]，船山 咲実[1]，篠﨑 一貴[2]，坂本 良子[1]，野村 智久[1]，杉田 学[1]
[1]順天堂大学医学部附属練馬病院 救命救急センター，[2]順天堂大学医学部附属練馬病院 総務課

病院における指導救命士の役割と認定制度への期待 ～キャリアアップ制度を組み込んだ設計の提案～

【背景】病院救命士の増加に伴い、業務範囲や教育体制が施設ごとに異なる現状では、専門性確立と質保証の枠組み整備が課題である。【現状と課題】消防領域では指導救命士を核に教育管理体制を構築し、指導救命士制度の創設やキャリア目標の保有がキャリア・プラトー抑制に関連することが示されている。一方、病院では院内MC体制や技能維持の仕組みが不十分な施設も多く、特定行為等の継続的な指導・評価が途切れやすい。【当院の制度】当院では病院救命士のキャリアラダーを設定し、ログブックやOSCE等で到達度を評価し、院内教育・手技評価・手順の標準化・多職種連携を担う体制として、更新や認定の要件を定めている。【展望】病院救命士認定制度は、資格付与に留まらず、①病院指導救命士の役割（教育・質の担保、院内MC補助）の明確化、②到達度評価と更新要件の標準化、③病院間互換性とキャリアパスの可視化、④職務挑戦性を高める職務設計とインセンティブを組み込むことで、専門性向上と職務定着に寄与すると考える。【結語】認定制度の制度価値（役割・評価・更新・互換性）を設計段階から作り込むことが、病院救命士のキャリア形成と専門性確立の鍵となる。

医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～

演題番号　SY18-4（E）

○髙橋 貴美[1]，増田 憲悟[1]
[1]市立青梅総合医療センター 救急科

医療機関に所属する救急救命士の認定制度と配置加算の必要性

2021年に救急救命士法が改正され、救急救命士（以下、救命士）は医療機関内においても救急救命処置が実施可能となった。しかし、この法改正で拡大されたのは活動の場であり、実施可能な医療行為自体は限定的であるため医療機関で働く上で法的制約を感じる現状がある。さらに、医療機関で救命士は診療の補助・搬送・教育等を担う一方、看護補助加算算定のために病棟配置となる場合もあり、専門性を十分に発揮できていない現状もある。そこで本発表では、この現状を鑑み専門医制度等を参考に経験年数、経験した症例数、学会発表等に応じた認定制度を創設し、認定取得者に対して実施可能な医療行為の拡大と認定取得者を雇用した医療機関に対して認定看護師の配置加算に類似した診療報酬を算定できるような制度設計を考案し、救命士が実施可能な医療行為を拡大することで業務の効率化が図られ救急医療体制の強化、タスクシフト推進および救命士のキャリア形成といった専門性の確立に寄与する可能性について考察する。さらに認定後も更なるキャリアの深化が図れるように段階的な認定制度および認定に対する更新制度の必要性についても検討する。

医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～

演題番号　SY18-5（E）

○一柳 保[1]
[1]高野町消防本部 高野町消防署

全国消防本部を対象とした指導救命士運用状況の実態調査から得た制度の現状と課題

【目的】消防の指導救命士の運用状況を明らかにし、制度上の課題を抽出することを目的とした。【方法】全国720消防本部を対象に、アンケート調査を実施した。指導救命士の定数、配置状況、インセンティブ、業務負担、統括体制等について集計・分析を行った。【結果】581本部から有効回答を得た(回収率80.7%)。指導救命士を配置しているのは546本部(94.0%)であったが、定数を定めていないのは398本部(68.5%)を占めた。業務負担については463本部(79.7%)が「ある」と回答し、インセンティブは544本部(93.6%)で「特になし」であった。統括体制を有する本部は100本部(17.2%)にとどまり、その多くは管理職が兼務していた。【考察】指導救命士制度が全国的に普及している一方で、定数設定・統括体制・処遇のいずれも不十分なまま運用されている実態が明らかとなった。特に統括体制の未整備と高い業務負担感の併存は、指導救命士の役割と権限の曖昧さを示唆している。本調査で得た救急救命士10人あたり0.7 ～ 1.0人という実態は最低限の配置と考えられ、この水準が適切か検証する必要がある。今後は配置基準の策定、統括体制の明確化、処遇改善を含む制度的支援が求められる。

医療機関の所属する救急救命士に関する検討委員会：病院救命士認定制度の創設に向けて～病院救命士のキャリアアップと専門性確立を目指して～

演題番号　SY18-6（N）

○星 豪人[1]
[1]医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 看護部管理室

病院救命士との協働と期待（看護師の立場から）

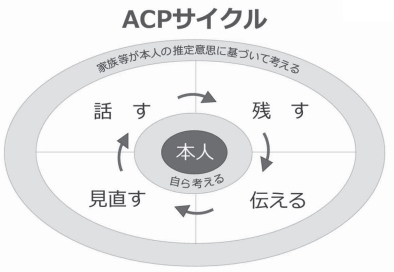
二次救急医療機関である当院は、2021年から院内救命士を雇用している。導入当初、年間約2,500件であった救急車受け入れ件数は、院内救命士が看護師と協働して救急診療に参画する体制を構築したことで、現在は約6,000件まで増加した。救急車受け入れの増加は、看護師の業務量増大を招き、その対応として院内救命士の存在は必要不可欠であった。看護師不足が深刻化する中、看護師配置の増員には限界がある。院内救命士は患者の病態把握や観察、医師の診療・処置介助の一部を担い、診療の円滑化に寄与している。また、役割分担を明確化することで看護師は本来担うべき看護実践や判断に集中でき、救急現場全体の対応力向上につながっている。看護師の立場からは、専門性を補完し合う存在として院内救命士への期待は大きい。院内救命士との協働は、二次救急医療機関における救急体制維持・強化に不可欠な要素である。

心肺蘇生を望まない傷病者への対応
～DNAR家で最期か病院で最期かの選択～
演題番号　SY19-1（D）

○和田 剛志[1]
[1]北海道大学大学院医学研究院 侵襲制御医学分野救急医学教室

救急はACPのゴールなのか？それともスタートか？～DNAR事例から考える実装の現在地～

心肺蘇生を望まない傷病者への対応は、救急現場においてACPの最終局面として現れる。しかし現実には、ACPが十分に行われないまま救急搬送に至り、救急が最初の意思決定の場となる症例も少なくない。本講演では、精神疾患を患う重症感染症例を提示し、救急医療がACPを実行する場であると同時に、緊急的ACPの出発点となり得ることを示す。近年提唱された「ACPサイクル」は、―話す、残す、伝える、見直す―を軸に対話を起点として意思を共有・更新していく循環的プロセスであり、とりわけ腹を割って語り合う「話す」段階と、価値観の変化を前提に繰り返し確認する「見直す」段階が重要である。救急をACPサイクルの接合点と捉え、大学病院をハブに市中病院、家庭医、医師会、自治体と協働する地域実装の展望を提示する。



心肺蘇生を望まない傷病者への対応
～DNAR家で最期か病院で最期かの選択～
演題番号　SY19-2（N）

○山田 友子[1]，上野 智美[1]
[1]独立地方行政法人りんくう総合医療センター 看護局 急性期ケア推進室

急変時にDNARは決められるのか ～急性期病院から地域へつなぐACP体制の検討～

高齢化の進展を背景に、人生の最終段階における意思決定支援は救急医療において重要性が増している。しかし、人生会議（ACP）が十分に行われていない場合も多く、本人の意思が明確でないまま自宅で急変に至り、搬送される事例は少なくない。突発的な危機的状況に直面した場面で、家族や現場対応する医療者が、DNARの可否を熟慮することは時間的・心理的に極めて困難で、急変時にその判断を委ねることには限界がある。A施設においても、入院後に初めて終末期の話し合いが開始され、家族の意向が揺れ動いた症例を多く経験している。DNARは突然決定されるものではなく、状態や療養の場が変化する節目ごとに、退院後の病状推移や生活のあり方まで見据え、対話を重ねるACPの中で共有されるべき結果の一つである。しかし急性期病院であるA施設では、入院中から退院後の療養の場へと途切れることなくACPをつなぐために、個々や各部署が取り組んでいるが、シームレスに機能しない現状がある。急性期病院の役割機能に鑑みた、入院中から地域へと切れ目なくつなぐACP体制の方向性について検討したい。【倫理的配慮】院内倫理審査承認の元、個人が特定できないように十分配慮した。

心肺蘇生を望まない傷病者への対応
～DNAR家で最期か病院で最期かの選択～
演題番号　SY19-3（D）

○中西 泰造[1]，木口 雄之[1]，村尾 修平[1]，岡田 直己[1]，目黒 直仁[1]，岡本 啓志[1]，大本 亮輔[1]，渡邊 篤[1]，中本 直樹[1]，中掘 泰賢[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

救命救急センターにおけるACP可視化システムの導入と課題

【背景】高齢救急搬送患者は増加傾向だがアドバンス・ケア・プランニング (ACP)の不明な症例が多く、臨床上の問題となっている。当院ではACPの意思決定プロセスを可視化し多職種でリアルタイムに共有することを目的に、2025年度より電子カルテ内にACPに特化した文書作成システムを実装した。同システム導入後における高齢救急搬送患者のACPの実態を後方視的に分析した。【方法】2025年7月1日から12月31日の期間に、当院救命救急センターへ搬送され救急診療科へ入院となった75歳以上の患者を対象とした。入院前のACPの有無、および入院後の意思決定について、新システムおよび電子カルテ記録に基づき後方視的に検討した。【結果】対象期間中の該当症例は185名であった。救急搬送前にACPが行われ、治療方針が明確化されていた症例は26名（14.0%）であった。方針未決定であった159名のうち、入院後の病状説明を経て最終的にDNARを含む治療制限を伴う意思決定に至った症例は54名にのぼった。【考察】新システム導入によりACPの情報共有が円滑となり、患者、家族の意思決定の一助となった。地域かかりつけ医や救急隊とのリアルタイムな情報共有体制構築が今後の課題である。

心肺蘇生を望まない傷病者への対応
～DNAR家で最期か病院で最期かの選択～
演題番号　SY19-4（D）

○井上 元[1]，下崎 優花[1]，嶋津 宏基[1]，須郷 加奈子[1]，富田 佳賢[1]，島田 拓哉[1]，永樂 学[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

救命救急センターに搬送された超高齢者の転帰と意思決定 ～搬送後DNAR決定の実態～

【目的】在宅医療の推進に伴い、自宅での看取りやDNARの意思表示が重要視されているが、救急現場では対応に苦慮する事例も多い。当院救命救急センターに搬送された超高齢者を対象に、入院前のAdvance Care Planning（ACP）の有無と入院後の治療方針決定の推移を調査し､3次救急搬送が患者・家族の真のニーズと合致していたかを検証する。【対象・方法】2023年1月から2024年12月に当院へ入院した90歳以上の超高齢患者75例を対象に後方視的に検討した。【結果】対象患者の平均年齢は92.6歳、62例（82.7%）が自宅からの搬送であった。特筆すべきは、入院前に文書によるLiving WillやACPが確認された症例は0例（0%）であった。しかし、入院後に改めて本人・家族と予後や治療侵襲について協議した結果、75例中62例（82.7%）でDNAR方針が決定され、侵襲的処置を希望しないケースが大半を占めた。【結語】超高齢者の多くは、救急搬送時点ではACPが未施行であり、3次選定され救命センター搬送後に改めて「侵襲的治療を望まない」という意思決定がなされている実態が明らかとなった。事前にACPをしておくことで救命センターへの搬送を抑制できる可能性もあり事前のACPは重要である。

心肺蘇生を望まない傷病者への対応
～DNAR家で最期か病院で最期かの選択～
演題番号　SY19-5（D）

○高間 辰雄[1]，奥田 龍一郎[1]，吉原 秀明[1]
[1]鹿児島市立病院　救命救急センター

DNAR事案における現場意思決定とドクターカーの役割

背景：高齢多死社会の進行に伴い、救急現場でDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）を希望する傷病者の出動事案が増加している。鹿児島市ドクターカーはキーワード要請で出動するため，到着時にCPAかつDNAR意向である事案が散見される。本研究ではDNARを表明し現場で看取りに至ったドクターカー症例の実態を検討した。方法：2014年10月～2025年12月に現場到着時CPAと判明し，家族がDNARを希望した56例のうち，看取りに至った17例を後ろ向きに解析した。結果：平均年齢は80.3歳（47～96），自宅4例・施設13例，目撃11例であった。初期波形は心静止13例，PEA3例，VF1例であった。DNAR希望は全例口頭で文書化されていなかった。看取りに際して全例で家族同意のもと，かかりつけ医と連絡・協議し，看取りを依頼した。ドクターカーでの看取り件数は近年増加傾向にあった。考察：DNAR希望を口頭で表明するケースが多く，文書化された意思決定は少ない。救命・蘇生対応に加え，患者・家族の意向に寄り添う現場調整として，ドクターカー医師の臨場が有用である可能性が示唆された。

ジェンダーフリーな職場環境づくりーみんなで考えようワークライフバランスー
演題番号　SY20-1（D）

○國分 佑紀[1]，木口 雄之[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

育児と最前線医療の両立に向けた環境整備の検討

育児休業からの復職後、ブランクにより知識・技術の一部レベルが低下し、同世代と比較した際の経験格差を実感することは少なくない。残業が困難な状況では業務が中途半端になりがちであり、救急・集中治療領域のような最前線で継続的に働くことへの困難を感じている医療者は多いように感じる。実際、集中治療室に従事していた看護師においても、育休後に内科外来など業務量が予測しやすい部署へ異動するケースが散見される。救急領域は搬送件数の変動が大きく勤務終了時刻の見通しが立てにくいため、保育園の迎えを要する子育て世代にとって特に就労しにくい環境となっている。もちろん各々の仕事効率を上げることは大切だが、こうした現状は個人の努力や意識の問題だけでは解決しきれず、職場環境・制度設計の課題として捉える必要がある。また、時間的制約のある職員が早期退勤する場合、その業務を担う同僚への負担や配慮についても同時に検討する必要がある。復職支援プログラムの充実、柔軟な業務分担、時間外対応の組織的なカバー体制の構築など、環境面からの多角的なアプローチを検討し、両立を可能にする職場環境のあり方について議論を深めたい。

ジェンダーフリーな職場環境づくりーみんなで考えようワークライフバランスー
演題番号　SY20-2（N）

○寺澤 誠人[1]
[1]園田学園大学 人間健康学部 人間看護学科

男性看護師の経験から考える救急医療におけるジェンダーとワーク・ライフバランス

救急医療の現場は、昼夜を問わない緊急対応や不規則な勤務形態など、身体的・精神的負担の大きい環境であり、医療者のワーク・ライフバランスの確保は重要な課題となっている。看護職は女性が多数を占める職種であるが、救急の現場では男性看護師も多数在籍しており、医療現場におけるジェンダーの捉え方や働き方の多様性について改めて検討する必要がある。本発表では、救急領域での臨床経験をもつ男性看護師としての視点から、医療現場におけるジェンダーと働き方について考察する。臨床現場では、暴力リスクの高い患者対応や身体的介助などを理由に、男性看護師が特定の役割を担うことが期待される場面も少なくない。また、救急領域には専門性志向の高い看護師が多く、キャリア形成への意識が強い一方で、男性看護師においては育児休業の取得がキャリア上の不利益につながるのではないかという不安から、ライフイベントとの両立に葛藤を抱える状況もみられる。これらの経験を踏まえ、ジェンダーに基づく役割期待が働き方やキャリア形成に与える影響を整理するとともに、救急医療の現場において多様な働き方と持続可能なワーク・ライフバランスを実現するための視点について、多職種で議論する契機としたい。

ジェンダーフリーな職場環境づくりーみんなで考えようワークライフバランスー
演題番号　SY20-3（E）

○山口 佳恵[1]
[1]大阪市消防局 救急部 救急課 救急指導担当

誰もが安心して続けられる職場をめざして

消防は男性中心の職場というイメージが強いが、現在は女性も救急・消火・指令管制・予防業務等、幅広い分野で活躍している。当局では平成７年に女性の採用を開始し、当初は火災予防業務に限られていたが、平成13年に女性救急隊員が誕生した。当時は、何よりも体力面が懸念され、配置や運用を含め様々な場面で試行錯誤を重ねてきた。しかし、現在は性別で役割を固定するのではなく、多様なロールモデルのもと、適性と能力に応じたキャリア形成ができる体制となってきている。一方で、退職者の増加により人員確保が課題であり、安心して働き続けられる環境整備は喫緊のテーマである。本発表では、ジェンダーフリーの観点から当局の経験、知見と現状を報告するとともに、昼夜を問わず現場対応を担う職種に共通するワークライフバランス上の課題と工夫を共有し、今後の職場環境のあり方を検討する契機としたい。

ジェンダーフリーな職場環境づくりーみんなで考えようワークライフバランスー
演題番号　SY20-4（P）

○山上 聡子[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 薬剤部

子育て中の女性薬剤師が病棟業務を行うための課題と展望 —ICU・救命救急センターでの経験を通して—

女性薬剤師はライフイベントによりキャリアの中断や業務制限を受けやすく、キャリアプランの変更を余儀なくされることが多い。私は育児休業から復帰後、時短勤務のままICU・救命救急センターを担当した。子の体調不良による急な休みや退勤後のフォローを受けつつ、事務補佐員の活用や業務効率化を進めることで、病棟薬剤業務を継続することができた。一方で、夕方のカンファレンスに参加できない、退勤間際の緊急入院症例の確認が翌日に持ち越されるなど、時間的制約に伴う課題も生じた。また、フォローに回る薬剤師の負担も問題であり、当院では救急・集中治療に関わる薬剤師間でカンファレンスを行い、若手への教育的支援を通じて相互補完が成立する体制づくりを進めている。子育て世代は中堅層が多く、救急・集中治療領域でも十分に力を発揮できる人材であり、若手育成や業務支援など多様な形で関わり続けることが可能である。今回は、子育て中の薬剤師の関わり方、支援者側の負担軽減、家庭状況の多様性を踏まえた柔軟な支援体制について議論したい。

ジェンダーフリーな職場環境づくりーみんなで考えようワークライフバランスー
演題番号　SY20-5（R）

○富田 彩友己[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 医療技術部 放射線部門

誰もが活躍できる職場環境づくりを目指して

救急医療の現場では昼夜を問わず突発的な対応が求められ、働く人の生活リズムや心身への負担は大きい。診療放射線技師も例外ではなく、夜間の緊急CT、外傷患者の迅速な撮影判断、妊娠期の被ばく配慮、育児期の勤務調整など、ジェンダーとワークライフバランスが密接に関わる場面が多い。当院の技師の男女比は約2：1であるが、日勤帯の配置に性差はなく、当直や休日勤務も2名体制でローテーションし、負担の平等化を図っている。救急部門では病棟ポータブル撮影やハイブリッドERでのCT撮影を原則2名で対応し、役割の偏りは生じていない。しかし、被ばくを伴う職業性から、妊娠が発覚した女性技師の業務内容は、大幅に制限せざるを得ない。産休・育休復帰後も、再研修を行う人的余裕がないため、妊娠時と同部署での勤務配置になることが多い。当事者のみならず、フォローする側の負担も考慮し、フォローする人員・部門が偏らないような工夫が必要である。ジェンダーに左右されず、誰もが無理なく働き続けられる救急部門の実現に向けた取り組みと課題を報告する。

言えない時代の新人育成をどうする?~次世代の救急医療人を育てる新しい視点~
演題番号　SY21-1（D）

○大嶋 清宏[1]，澤田 悠輔[1]，市川 優美[1]，横山 勇希[1]
[1]群馬大学大学院医学系研究科 救急医学

言えない時代の新人育成をどうする？～次世代の救急医療人を育てる新しい視点～当科での取り組み

【目的】ハラスメントが社会で問題視され、救急の現場でもハラスメント防止と効果的な育成の両立が求められる。当科へのスタッフ加入状況から、当科での人材育成の妥当性を検討した。【方法】2010年7月に現責任者着任以降、当科に加入した人数と救急科専門医取得状況、専門医取得後の状況に関して調査した。【結果】2012年以降、ほぼ継続的にスタッフ加入があり、2025年度には計23名となった。現在専攻医である6名を除いた17名全員が救急科専門医を取得した。17名のうち、開業および総合医療へ進んだ計2名を除いた15名は病院での救急医療（大学：13名、関連施設：2名）に従事している。【考察】当科への加入者は継続しており、救急医療研鑽の場所として一定の評価を得ているのではないかと考えている。スタッフのモチベーション維持を常に考え、環境整備と教育に注力してきた。具体的には、話しやすい環境作り、カンファレンス等を通じての徹底した情報共有、適切なフィードバック、バックアップ体制の構築等を意識し、若手からの声を診療科運営に反映するよう努めている。若手スタッフは自身の鏡と認識し、今後も有効な指導と効果的な育成を意識した運営を進めていきたい。

言えない時代の新人育成をどうする?~次世代の救急医療人を育てる新しい視点~
演題番号　SY21-2（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

富山県立中央病院救命救急センターにおける初期臨床研修医の教育の変化 ～過去・現在・未来～

当院救命救急センターの研修医はカンファレンスにおいて前日の診察症例を発表する。時代と共に業務時間外から時間内開催となり、全症例を発表から１症例のみの発表となり、１・２年目が発表から１年目のみが発表と変化した。さらに、研修医は症例報告形式の発表をスライドにまとめて行う。毎週１回の発表が、２週に１回になり、１ヶ月に１回と変化した。この様な指導機会の減少を補うため、カンファレンス形式の指導法から、上級医と１対１で事後に全診察症例を振り返る方法を試したが、現在は診療中にリアルタイムにフィードバックする指導法が中心となっている。当院は毎年20名程度の研修医を受け入れている。当院救命救急センターで研修医教育に15年近く関わってきた経験、および各種シミュレーション教育に20年近く関わってきた経験から、当院の研修医教育体制や手法の変遷、近年の工夫を紹介し、今後の展望を発表する。加えて、当院研修医に対して実施したアンケート結果から研修医の生の声（仕事で重要視するもの、希望する指導法、上級医に求めるものなど）を共有し、全体のディスカッションで新たな指導法を探りたい。

言えない時代の新人育成をどうする？~次世代の救急医療人を育てる新しい視点~
演題番号　SY21-3（D）

○平山 敬浩[1]，丸山 裕生[1]，田邉 裕紀[1]，山口 明浩[1]
[1]京都山城総合医療センター 救急部・麻酔科

「厳しさ」を「構造」へ：感情とAI分析を統合したMYAモデルによる新人教育の提言

【背景】ハラスメントへの懸念から指導が萎縮し、新人が現場で「指示待ち」となる課題が散見される。【目的】現場の違和感（モヤモヤ）を「構造」に変換し行動へ導く「MYA（MoYaMoYa to Action）モデル」の有用性を提示する。【方法】当院ICLSコースにて本モデルに基づく介入を実施した。1．指導の構造化（DX）：Googleフォームで知識に加えコミュニケーションタイプ等の性格特性を収集しAIで分析。受講生の特性を事前に可視化し、指導者が「個別の指導戦略」を持って介入する仕組みを構築した。2．行動の構造化：記録係を「司令塔」と再定義するなど、明確な役割（構造）を与えることで発言の心理的障壁を低減した。【結果】受講生は「指示待ち」から「自ら宣言する姿勢」へと明確に行動変容した。事前診断により指導者も迷いなく介入でき、高い心理的安全性が担保された。【結語】新人が動けない真因は厳しさ不足ではなく「構造」の欠落にある。指導を「感情的な叱咤」から「構造設計」へシフトさせる本モデルは、言えない時代の育成の解となる。

言えない時代の新人育成をどうする？~次世代の救急医療人を育てる新しい視点~
演題番号　SY21-4（E）

○石田 泰敬[1,4]，大滝 達也[2,4]，齊藤 良玄[3,4]，松宮 寛子[3,4]
[1]檜山広域行政組合 上ノ国消防署，[2]旭川医科大学病院救急科，[3]北海道大学病院産婦人科，[4]北海道周生期医療救急支援の会(HOPPIE)

心理的安全性を基盤とした救急隊内連携改善の実践 — TeamSTEPPSを活用した地方消防での取り組み —

【背景・目的】地方消防では兼務体制が多く救急の経験差が生じやすい。若手隊員には「無知と思われる不安」があり、発言をためらう状況が現場の連携を阻害している。本実践は、心理的安全性を基盤としたチーム構築により、業務背景の異なる隊員や経験の浅い若手への指導と、現場連携の改善を目的とした。【方法】自隊にて、TeamSTEPPSおよび心理的安全性の概念を日常業務に導入した。具体的にはブリーフィング、ハドル、デブリーフィングを段階的に実施したが、導入時、隊員には専門用語や理論を伏せ、隊長が率先して自身の不確実性や疑問を言語化することで、若手が「わからない」と言える心理的ハードルを下げるよう配慮した。【結果】役割分担や情報共有が明確となり、認識のずれが減少した。現場活動時間は令和4年度12分、5年度13分に対し、6年度は10分（54件）と短縮した。隊員は活動しやすさを実感しており、若手への指導でも、主体的な発言を促す効果が確認された。【考察】本概念の導入は、不安の軽減を通じて現場パフォーマンスの向上に寄与する可能性がある。本手法は、地方消防における個人の経験差を埋め、効果的な若手への指導モデルになり得る。

言えない時代の新人育成をどうする？~次世代の救急医療人を育てる新しい視点~
演題番号　SY21-5（E）

○鈴木 健介[1]，北野 信之介[2]，須賀 涼太郎[1,3]，小玉 響平[1]，郡 愛[4]，髙橋 治花[1]，増留 流輝[1,5]，糟谷 一心[1]，増野 智彦[1]，小川 理郎[6]
[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]東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座，[3]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター，[4]医療法人社団 青燈会小豆畑病院，[5]厚生労働省DMAT事務局，[6]学校法人日本体育大学

言えない時代の指導者育成と学生保護を両立する教育モデル

近年、教育現場でもハラスメントへの懸念から過度の自己防衛認識により指導を躊躇する「言えない時代」が到来している。日本体育大学救急医療学科では、この10年間で学部から博士課程までを構築、整備し、教育学的エビデンスと現場経験を融合した独自育成モデルを確立した。その成果は日本学術振興会育志賞の受賞にも結実している。本モデルの中核は、学生の心理的精神的な安全性の担保と、信頼に基づく双方向のフィードバックである。特にコロナ禍では、オンライン支援や段階的実習導入により、学生保護と教育の質の保証を両立させた。また、深刻な世代間ギャップやAI台頭等の社会変化を背景に、指導者には教育・コミュニケーションを「感性」ではなく一つの「学術分野」として捉える視点が不可欠である。指導者自身が「学び続ける学習者」として、若い世代の価値観や最新技術から学ぶ姿勢を持つことが、指導者の正当性と学生保護を同時に守る指導者の権利と学生の成長を同時に守る鍵となる。本発表では、当学科の実践例を通じ、多様化する社会で次世代の救急医療人を育てるための新たな教育デザインを提示する。

くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記
演題番号　SY22-1（D）

○小谷 聡司[1]
[1]厚生労働省 健康・生活衛生局 感染症対策課

感染症等危機対応医薬品（MCM）の確保に関する厚生労働省の取り組みについて

新型コロナウイルス感染症の対応を振り返り、研究開発における課題（研究開発環境の整備・検体の入手等）や日本の強み（病態解明の基礎研究、診断薬の迅速な開発等）を踏まえ、感染症等危機対応医薬品（MCM）の利用可能性確保を検討することは重要である。公衆衛生的指標（健康への影響・感染性・伝播性など）及び戦略的指標（既存のMCM、研究開発の状況など）に基づき、重点感染症に対するMCMの利用可能性確保の必要性等を総合的に評価し、【研究開発の優先度】【確保】の方向性を検討する。①公衆衛生的指標からみたMCMの要件整理、②戦略的指標からみたMCMの利用可能性確保の必要性を評価するための基礎データを収集・更新し、取りまとめている。MCMは、平時においても、感染症の発生時期・規模等が予測できないなど市場原理が働きにくいため、開発企業にとっては、事業の予見可能性に乏しい。そのため、感染症の発生状況等に応じたプッシュ型研究開発支援、プル型研究開発支援や有事に迅速な研究開発・確保等を促すための一連の支援が必要であり、これらの観点から検討を進める。

くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記
演題番号　SY22-2（D）

沈降破傷風トキソイド出荷停止に対する当院の対応からみた課題

○中川 雄公[1]，橋本 貴史[2]，野村 文彦[1]，鵜飼 勲[1]
[1]兵庫県立西宮病院 救命救急センター，[2]兵庫県立西宮病院 薬剤部

【背景】近年、全国的な医療品の供給不足が問題となっており、救急医療においても対応を迫られている。【目的】沈降破傷風トキソイド（以下、トキソイド）出荷停止に対する当院の対応からみた課題を明らかにすること。【経過】2025年7月にトキソイドが出荷停止となった。トキソイドは創傷治療において必須の薬剤であり、代替品が存在しないことから、出荷停止の長期化は、救急外来での大きな混乱を生じると予測された。そこで、院内在庫がある間は、使用制限することなく医学的適応に則って接種することを院内に周知するとともに、在庫の枯渇により接種が不可能となった場合を想定して院内感染対策委員会に諮り、患者への説明文書を病院長名で作成した。幸いにも院内在庫の枯渇前に出荷が再開され、大きな混乱は生じなかった。【考察】トキソイド出荷停止に対して病院全体として対応することができた。一方、当院にはこのような事態に一元的に対応する部門が存在しないこと、実際に枯渇した場合の医療現場の対応や一般に向けた学会等からの情報発信も課題となると考えた。【結語】トキソイドの出荷停止に対する当院の対応から、いくつかの課題も明らかとなった。

くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記
演題番号　SY22-3（P）

破傷風トキソイド、フェンタニル供給不足時の取り組み

○柏原 陽平[1]，大林 巧志[1]，舩越 真理[1]，木本 有香[1]，増田 章秀[1]，正影 一記[1]，西尾 絵梨佳[1]，外園 良輔[1]，土谷 有美[1]
[1]京都第一赤十字病院 薬剤部

【背景・目的】2025年、救急領域ではフェンタニルや破傷風トキソイドの供給停止が問題となった。供給不安定時における病院薬剤師の対応を整理し、その効果と課題を明らかにする。【方法】フェンタニルや破傷風トキソイドの供給不足品目について、薬剤部が行った対応内容を分析した。フェンタニルに関しては、関係診療科と薬剤部で協議し、手術と代替薬使用困難症例を優先使用とすることを共通認識として持った。また代替薬として、レミフェンタニル・モルヒネ等を使用することとし、持続メニューを作成し、使用方法を周知した。破傷風トキソイドでは、適切な創傷評価により使用を厳格化した。また抗破傷風グロブリン活用を検討した。両剤とも定期的に医師と在庫数を共有した。【結果】代替薬を含めた全ての薬剤で不足することはなかった。また、レミフェンタニルにおける呼吸抑制など、代替薬使用による副作用の発現はなかった。レミフェンタニルの配合変化による対応は必要であった。【考察】薬剤部と関係科の迅速な情報共有と使用基準作成により重篤な副作用なく診療を継続することに寄与できた。これらの対応は平時でも重要であると考える。

くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記
演題番号　SY22-4（P）

フェンタニル供給制限下におけるレミフェンタニル導入の当センターの取り組み

○片山 侑紀[1]，綛谷 哲也[1]，高橋 幸三[1]，的場 美香[1]，藤田 敬子[1]
[1]地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 薬局

フェンタニルは重症外傷患者や人工呼吸管理中の患者における疼痛管理において汎用され、救急医療において重要な薬剤のひとつである。しかしながら、フェンタニルの出荷調整により、当センターにおいても救命センターで使用するフェンタニルを十分量確保することが困難な状況となったことから、代替薬としてレミフェンタニルを使用することとなった。レミフェンタニルは2022年に集中治療における人工呼吸中の鎮痛に対する適応が追加されたが、救命センターでは使用経験がなかった。導入にあたり、医師・看護師・薬剤師で運用方法を検討し、作用時間が短く呼吸抑制が強いという特性を踏まえ、適応症例や運用上の注意点等を明示し、マニュアルを作成した。レミフェンタニル使用開始後も発生した課題を抽出し、継続的な見直しを行っている。供給制限下における代替薬導入の課題と工夫を通じ、多職種連携のもとで行った運用構築の実際と、病院薬剤師が果たした役割について報告する。

くすりの供給不足でも断らない！救急チームの奮闘記
演題番号　SY22-5（P）

くすりの供給不足時代における救急診療継続戦略-薬剤科の取り組み

○山本 弘平[1]，天野 浩司[1]，森田 正則[1]
[1]堺市立総合医療センター 薬剤科

2020年の医薬品品質問題を契機に医薬品製造工程の見直しが進み、抗菌薬、鎮痛・鎮静薬、昇圧薬など救急診療に不可欠な医薬品の供給不足が長期化している。救急診療では、重症感染症やショックなど迅速な薬物治療を要する症例が多く、医薬品の供給不足は診療体制に直接的な影響を及ぼす。堺市立総合医療センターにおいても、2021年度以降、対応を要した医薬品は延べ440品目に上る。そのような状況下において、医療の質を低下させないためには、診療体制の再構築が求められた。当院において薬剤師は、代替薬選定、在庫管理の可視化、医師との即時共有体制、投与プロトコルの標準化を整備し診療体制の再構築に介入した。厚生労働省は、医薬品の供給不足・供給不安を社会的課題と位置付け、供給状況の調査・公表や対応スキームの提示などの対策を進めている。しかし、2025年12月時点でも医薬品全体の14％にあたる2,299品目が限定出荷または出荷停止となっており、依然として深刻な状況が続いている。本発表では、抗菌薬、ステロイド、トキソイド類などの実例を通じて“断らない救急”を維持するための組織横断的対応の実際と課題を報告する。

日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―
演題番号　SY23-1（N）

多職種で“共通判断”を育てるシミュレーション教育 日常と非日常をつなぐラリー型チーム医療教育モデル

○山口 高巧[1]，自閑 昌彦[2]
[1]医療法人徳洲会宇治徳洲会病院 高度救命救急センター，[2]宇治徳洲会病院 心臓血管内科

自然災害などの非日常事案が増加する中、医療・行政・消防が平時から共通の状況認識と判断軸を持ち、協働できる体制づくりが求められている。当院臨床教育研修センターでは、非日常における判断と連携を平時教育に接続する手法として、ラリー型の多職種シミュレーション研修を実践している。本研修では、実事例を基に個人情報を除外した症例を用い、限られた資源・時間・情報の中で、多職種が役割分担と意思決定を行う過程を訓練した。症例構成や振り返り項目の整理には生成AIを補助的に活用し、多職種で共有可能な判断軸と振り返りの視点を構造化した。さらに、研修で得られた判断過程や連携の視点を、個人情報に配慮した形で整理・アーカイブ化し、必要に応じてSNS等を通じて教育資源として活用できる仕組みを整備した。その結果、役割分担や情報共有に対する理解が深まり、チームとしての優先順位や連携基準の明確化が示された。本取り組みは、学習の継続性と再現性を担保し、日常臨床と非日常対応をつなぐチーム医療教育モデルとなり得る。今後は症例の蓄積と活用を進め、教育効果の検証とともに、他領域への展開可能性についても検討していく。

日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―
演題番号　SY23-2（D）

大阪府における被ばく医療人材育成ｅラーニングの実践

○下野 圭一郎[1]，大西 光雄[1]
[1]独立行政法人国立病院機構大阪医療センター ER・救命救急科

原子力発電所を有しない大阪府では、被ばく医療への関心の低さや恐怖感から支援人材の確保が課題である。一方、府内には複数の原子力関連施設が存在し、過去にはRI散布事案も発生している。この背景を踏まえ、原子力災害医療基礎研修の地域独自枠を活用し、「放射性物質汚染への対応とCOVID-19との類似点・相違点」をテーマとしたeラーニング教材を開発した。感染症対応経験を被ばく医療へ接続する構成とし、医療・行政・消防の協働を意識した内容とした。独自コンテンツ受講完了者は27名（医師4、看護師3、診療放射線技師2、臨床工学技士1、消防士11、歯科医師1、薬剤師2、事務職2、原子力事業者1）であった。受講後アンケートでは心理的ハードルの低減や被ばく医療への理解向上が示唆された一方、具体的な役割分担や実動連携のイメージ共有には課題が残った。平時の経験を非日常対応へ橋渡しする教育の意義と今後の体制整備の方向性を考察する。

日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―
演題番号　SY23-3（D）

倒壊建物からの救助医療を「非日常」にしない ―消防団から災害医療チームまでを繋ぐ体系的教育の構築―

○阪本 太吾[1,2,3]，加古 嘉信[4]，久野 将宗[1,3]，横堀 將司[3]
[1]日本医科大学多摩永山病院 救命救急科，[2]国際緊急援助隊 救助チーム医療班，[3]日本医科大学 救急医学教室，[4]上武大学 ビジネス情報学部

地震災害時には「自助・共助・公助」が重要になる。消防・警察の緊急援助隊、様々な所属の災害医療チームが設立された。しかし倒壊建物での傷病者への医療については共助・公助ともに体系的な教育がない。過去の研究から救出しても救命に至らない事例が多いことから、国際的なINSARAG基準では、倒壊建物内でも早期の医療介入が必須と言われている。熊本地震などの調査から、従来から行われている瓦礫の訓練は現状と大きく異なることが明らかになった。そこで共助の中心となる消防団・防災士、救助隊・災害医療チームを対象に、日本特有の木造倒壊建物からの救出と医療処置に関する研修コースを実施した。特徴的な倒壊様式、安全管理、救出・医療処置の方法など短期間で顕著な成果が得られ、多機関の連携と即応力向上に極めて有効であることが示された。大規模地震は非日常の事象だが、日常から消防団などの共助と専門機関の公助が立場を横断して連携し、教育・訓練を継続することが重要である。本発表では実践を通じた知見を整理し、地域住民や多機関が参加する研修コースなど地域全体の対応力を高めるための在り方を考察する。

日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―
演題番号　SY23-4（E）

CBRNE災害に係る研修会について ～「千葉連携」を通じた関係機関連携の広がり～

○小林 純也[1]，富永 隆子[2]
[1]千葉市消防局 警防部 警防課，[2]量子科学技術研究開発機構放射線医学研究所

千葉市消防局では、千葉市と量子科学技術研究開発機構の包括協定に基づき、2014年より「CBRNEテロ災害対処千葉連携研修会」を継続して開催している。CBRNE事案は発生頻度こそ低いものの、一度発生すれば甚大な被害をもたらす可能性があり、関係機関が平時から連携し、共通理解を持つことが不可欠である。本研修会には、放射線医学研究所、千葉市消防局をはじめとする県内消防本部、千葉県警察、県内の医療機関、さらに千葉県庁および千葉市役所の危機管理部門が参加している。本研修会は、毎年度、複数回の研修を開催しており、内容は、特殊災害に関する基礎講義、机上演習、実動訓練等で構成され、年間を通じて多職種が参加している点に特徴がある。机上演習では、CBRNE災害で複合的な脅威を想定し、各機関のマニュアルや活動手順、方針について具体的に検討し、実動訓練では、擬剤や放射線源を使用した検知器での実測を含めた部隊活動を盛り込んでいる。これまでの研修会の運営を通じて得られた成果、課題および今後の改善点について報告する。また、本取り組みが自治体レベルでのCBRNE災害対処能力向上に寄与し、同様の連携研修が全国へ広く普及することを期待する。

日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―
演題番号　SY23-5（D）

○成田 麻衣子[1]，中尾 彰太[1]，松岡 哲也[1]
[1]りんくう総合医療センター 危機管理室・救命診療科

地域協働に基づく災害初動連携体制の実装 ―泉佐野保健所災害時保健医療体制構築ワーキングの取り組み―

【背景】2018年台風21号では泉佐野保健所管内で広域停電が発生し、関係機関との通信が困難となった。初動における通信手段や役割共有が未整理で、保健医療活動の課題が顕在化した。【目的】本発表では、当院が災害拠点病院として、地域協働に基づく災害初動連携体制を構築・実装してきた過程とその課題について報告する。【概要】2022年より、当院、医師会、薬剤師会、透析施設連絡会、各市町、保健所が参加する「泉佐野保健所災害時保健医療体制構築ワーキング」を設置し、発災直後の情報共有と役割分担の整理を主題に計10回の協議を重ねてきた。協議の過程では、通信途絶時における情報集約方法の不明確さが課題として抽出され、多職種連携ツールであるメディカルケアステーション（MCS）を活用した連絡体制を初動マニュアルに組み込み、反復訓練により運用可能な体制へと実装を進めた。近年は、能登半島地震を踏まえ福祉施設を含めた体制拡充も協議を進めている。【結語】継続的な協議と訓練の積み重ねが、日常の体制を災害初動へ展開できる構造を生み出した。本取り組みは、地域全体の災害対応力を底上げする基盤となり得る可能性を示唆する。

日常と非日常をつなぐ ― 医療・行政・消防の協働 ―
演題番号　SY23-6（D）

○永田 高志[1]
[1]自衛隊中央病院 リハビリテーション科・救急科

常と非日常をつなぐ自衛隊医官の役割 ― 救急医のミッドキャリアとしての公募医官制度 ―

自然災害や感染症危機、大規模行事においては、医療・行政・消防が共通の目的のもと迅速かつ持続的に連携する体制が不可欠である。こうした非日常への対応力は平時の診療と組織運営の延長線上にあり、両者をいかに接続するかが課題となる。自衛隊公募医官制度は、部隊医療や健康管理に加え、災害派遣等に従事する幹部医官を採用する制度である。演者は2021年より陸上自衛隊医官として自衛隊中央病院救急科および自衛隊札幌病院に勤務し、救急診療を基盤に訓練・調整や危機対応に携わってきた。有事には広域後送や資源制約下での意思決定に参画する。救急医として培った状況判断力と多職種連携力は協働の基盤である。本発表では、平時からの訓練と情報共有、役割分担の明確化を通じ、日常と非日常をつなぐ体制構築の方向性を考察する。

急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性
演題番号　SY24-1（CE）

○菱田 良介[1]，小笠原 亮太[1]，佐藤 哲哉[2]，工藤 大介[2]
[1]東北大学病院 診療技術部 臨床工学部門，[2]東北大学大学院 医学系研究科 外科病態学講座 救急医学分野

重症一酸化炭素中毒に対する第２種高気圧酸素治療の現状と課題

【背景】当院は宮城県内で唯一、第2種高気圧酸素治療（HBO）装置を保有する三次救急医療施設であり、夜間・休日を含めた24時間体制で東北広域からの緊急患者受け入れを行っている。【現状】過去3年間の緊急HBO施行例は22例（延べ76回）であり、そのうち急性一酸化炭素中毒は17例（延べ64回）であった。当院の治療プロトコルは、発症24時間以内に2.5ATA・95分間の治療を3回施行することを基本とし、急性期症状の遷延や遷延性意識障害を認める場合には、4回目以降の追加治療を検討している。【課題】しかし現状では、重症例における気管挿管下での治療規定が未策定であることや、多数傷病者発生時（Mass casualty incident）の受け入れ体制・訓練が未経験であるなど、安全管理面での課題が残されている。【結語】当院における喫緊の課題である「挿管下HBOの安全管理基準」および「災害時の受け入れ体制」について、本セッションでのディスカッションを通じ、東北地方におけるHBO治療の安全体制確立と施設間連携の強化を目指したい。

急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性
演題番号　SY24-2（CE）

○石村 仁志[1]
[1]医療法人徳洲会松原徳洲会病院 臨床工学科

間歇型一酸化炭素中毒に対する高気圧酸素療法の経験

急性一酸化炭素（以下CO）中毒に対する治療の第一選択は100％酸素投与であるが、高気圧酸素療法（以下HBO）は、主に重症例に対してCOHb半減期のさらなる短縮と組織酸素化の迅速な改善を目的に施行されている。一方で、急性期に臨床的改善を認めても、数日から数週間後に遅発性神経障害（以下DNS）を来すことがある。これは間歇型CO中毒とも呼ばれ、HBOの適応疾患においても、「(間歇型を含む)」との記載があり同じく適応疾患として認められている。当院は急性CO中毒に対するHBO症例経験には乏しいが、他院で急性CO中毒を治療後に発症したDNSに対するHBO症例は数例経験している。本発表では、過去の診療録を後ろ向きに整理し、急性期から当院受診までの経過を調べたので報告する。

急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性
演題番号　SY24-3（D）

第2種HBO装置を有する高度救命救急センターにおける一酸化炭素中毒治療

○吉岡 早戸[1]，池田 廉[1]，藤井 直人[1]，大河原 悠介[1]，亀岡 聖史[1]，生越 智文[1]，上田 敬博[1]，本間 正人[1]
[1]鳥取大学医学部附属病院 高度救命救急センター

はじめに：当院は県内唯一の高度救命救急センターであり、第2種高気圧酸素治療装置を有している。第2種HBO施設を常時稼働させている救命救急センターはあまり多くないので、一酸化炭素中毒(CO中毒)における使用頻度などを調査した。結果：当院の高気圧酸素治療件数は年間1000件以上実施していた。その中で一酸化炭素中毒が占める割合は極めて低いことがわかった、年間患者数は一桁でありHBOに占める件数の割合も1%程度であった。考察：CO中毒といえば高気圧酸素治療という、国家試験の超頻出項目であるにもかかわらず現実の実施頻度はとても低く医師の中でHBO治療に携わった経験がある医師はとても低いことが考えられる。治療方針についてはHBOかNBOなど様々な意見があり、適応についても第1種については人工呼吸管理下では実施できないなどの制約がある。当院のような第二種施設について適応は広がるが、躊躇なく実施できていない現状が判明した(初診医の裁量次第)。結論：第二種施設を有する施設として、可能な限り症例数を増やしフォローアップ外来を充実させてエビデンスを蓄積させるようにしていく地道な活動を続けていく必要がある。

急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性
演題番号　SY24-4（D）

急性一酸化炭素中毒に対する高気圧酸素治療回数決定におけるトロポニンT活用

○杉本 悠[1]，陣上 直人[1]，柚木 知之[1]，大鶴 繁[1]
[1]京都大学医学部附属病院 初期診療救急科

【背景】急性一酸化炭素（CO）中毒に対する高気圧酸素療法（HBO）の至適プロトコール、とくに施行回数は一定していない。当院では遅発性神経障害（DNS）予防を目的に、複数回HBOの適応判断の一助としてトロポニンT（TnT）を用いている。【方法】2022年11月～2026年1月に急性CO中毒としてHBOを施行した連続26例を後ろ向きに解析した。TnT 0.014 ng/mL以上を高値群（10例）、未満を低値群（16例）とした。【結果】年齢中央値29歳、男性12名。原因は自殺企図17例、室内換気不良7例。暴露からHBO開始までの中央値は高値群439分、低値群472分。来院時COHbは25.5% vs 28.1%。WBC、CKは高値群で高い傾向があった。頭部CTで淡蒼球低吸収域を3例(いずれも高値群)に認め、うち2例は来院時より記銘力障害または麻痺を伴った。高値群では3回を目安に最低2回のHBO（2.8ATA）を施行した。追跡期間内にDNSは全例で認めなかった。【結論】TnTを指標とした複数回HBOT運用は実臨床で実施可能であり、DNS予防戦略としての妥当性が示唆された。今後、追跡方法の標準化と多施設での検証が必要である。

急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性
演題番号　SY24-5（D）

急性CO中毒HBOTの提供体制：自施設実施の限界

○大谷 典生[1]
[1]聖路加国際病院 救急科・救命救急センター

【背景】急性一酸化炭素（CO）中毒に対する高気圧酸素療法（HBOT）は有用性が議論されているが、臨床現場では「自施設で実施可能か否か」が治療選択と病院間連携を大きく規定する。可用性が不明確であれば、転院判断が遅れ、地域差を含む治療機会の不均一につながりうる。【目的】救急医療施設におけるHBOTの可用性を全国規模で把握し、提供体制の現状を可視化する。【方法】救急科専門研修プログラム基幹病院278施設を対象に質問票調査を実施し、回答施設について記述統計により集計した。【結果】142施設が回答(51.1%)。HBOT実施可能は55施設(38.7%)にとどまり、87施設(61.3%)は自施設でHBOTを実施できなかった。実施可能施設でも24/7運用は41/55（74.5%）で、時間帯によっては転院搬送が前提となる可能性がある。【結語】急性CO中毒でHBOTを選択する場合でも、多くの施設では治療を自施設で完結できない。受入施設の情報共有、連絡窓口の明確化、搬送判断の時間窓の共有など、実務的な導線整備が治療機会の公平性確保に重要である。

急性一酸化炭素中毒における高気圧酸素治療の必要性
演題番号　SY24-6（D）

急性一酸化炭素中毒への高気圧酸素治療のエキスパートコンセンサスの構築

○藤田 基[1]，戸谷 昌樹[1]，山田 法顕[2]，鈴木 信哉[3]，横堀 將司[4]，柳下 和慶[5]，鶴田 良介[1]
[1]山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター，[2]松波総合病院 救急総合診療科，[3]亀田総合病院 救命救急科，[4]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター，[5]東京科学大学病院 高気圧治療部

急性一酸化炭素（carbon monoxide; CO）中毒に対する高気圧酸素治療（hyperbaric oxygen therapy; HBOT）は、COのwashout促進や遅発性神経後遺症の予防が期待される一方、臨床アウトカム改善のエビデンスは一貫せず、適応・プロトコール・搬送判断は施設／地域で一定していない。さらにHBOT装置の保有状況や受入れキャパシティには地域差があり、診療の標準化が課題である。現在、日本高気圧潜水医学会と日本中毒学会は合同で、実臨床で使えるエキスパートコンセンサスの策定を進めている。骨子は①病態・診断の要点、②エビデンスの到達点と不確実性（washoutと遅発性神経後遺症予防の区別）、③社会資源（学会アンケートに基づく施行基準・施行数、転送／受入れの実態、地域偏在の整理）、④現場アクション（適応、禁忌・不安定例、転送条件、推奨プロトコール、検査・フォロー）である。本発表では病院前・救急外来・転送の各場面で活用できる判断支援を念頭に、合意形成の枠組みと作成方針を提示する。

救急現場と病院をつなぐ“社会的救命”の実践~救急隊とMSWの連携が生み出す支援のかたち~

演題番号　SY25-1（E）

「社会的救命」のためのアセスメントシートの開発 －救急隊とMSWの連携における成果と課題－

○三木 大輔[1]，太田 裕子[2]，福森 優司[3]，高橋 裕美[3]，大西 光雄[4]
[1]大阪市消防局 水上消防署，[2]大阪医療センター 医療福祉相談室，[3]大阪大学医学部附属病院 救命救急科，[4]大阪医療センター 救命救急センター

【背景】社会構造の変化に伴い、高齢独居や生活困窮等の社会的背景を抱える救急事案が顕在化している。これらは身体的・精神的な健康状態とは必ずしも一致せず、頻回利用の一因となり得るため、救急現場から社会支援へつなぐ「社会的救命」のあり方が模索されている。しかし、現場と病院では重視する視点が異なり、実践的な連携手法は未だ確立されていない。【目的】救急隊とMedical Social Worker(以下、MSW)の連携強化を目的とした「社会的アセスメントシート」を開発し、その有用性と実装に向けた課題を検証する。【結果】4か月間の運用で、シート使用率は全搬送の2.8%に留まった。一方、社会資源接続率は導入前の96.2%から導入後は100%へ向上し、同一患者再搬送率は10.3%から9.3%へ低下した。【考察】再搬送率の低下は、限りある医療資源の有効活用と救急需要の適正化への寄与を示唆するが、使用率低迷の背景には、救急隊による情報の価値認識の不足がある。【結語】本シートは社会的救命に有用である可能性が示唆されたものの、その持続可能な実装には、現場情報の価値を可視化して救急隊へ還元し、自発的な行動変容を促すフィードバック体制の構築が不可欠である。

救急現場と病院をつなぐ“社会的救命”の実践~救急隊とMSWの連携が生み出す支援のかたち~

演題番号　SY25-2（MS）

病院前情報を起点とした社会的救命連携モデルの構築と有用性の検討

○太田 裕子[1]，平島 園子[1]，大西 光雄[2]
[1]国立病院機構大阪医療センター 医療福祉相談室，[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】当院は大阪市中央区に位置する都市型救命救急センターであり、繁華街を診療圏とする。2025年問題や2025年日本国際博覧会開催を背景に、社会的孤立や社会資源と十分に連携していない搬送事例が増加している。【目的】救急隊の病院前情報を起点とした社会的救命連携モデルを構築し、その有用性を検討する。【方法】救急隊が把握した生活状況や家族背景を共有し、MSWが社会的ハイリスク群へ初療直後より介入、院内多職種と協働し地域関係機関と連携する三段階フローを構築した。【結果】2024年度搬送5937件中1363件（23.0％）、2025年度搬送7882件中1397件（17.7％）にMSWが関与した。搬送件数は約32.8％増加したが関与実数は維持された。単身高齢者、認知機能低下に伴う生活維持困難、家族機能不全、医療費支払い問題、外国人患者の帰国支援、若年の自傷行為等への対応が多く、心理社会的脆弱性の顕在化が示唆された。早期連携により退院後支援の具体化と再搬送予防に寄与した。【結論】本モデルは救急搬送を社会的課題発見の契機へ転換し、生活再建を支える社会的救命の実践として有用であることが示唆された。

救急現場と病院をつなぐ“社会的救命”の実践~救急隊とMSWの連携が生み出す支援のかたち~

演題番号　SY25-3（E）

救急現場からはじめる社会的救命

○山本 翔[1]
[1]小豆地区消防本部 消防防災課

【背景】救急現場において様々な社会的背景の傷病者に対して活動している中で、現場での対応に苦慮するケースが多く存在する。消防機関単独での対応では根本的な解決に至ることができないため、他職種との連携が喫緊の課題となっている。【目的・方法】医師、医療ソーシャルワーカー、福祉課、警察等と連携し、潜在的な困難事案が予想される者に対して情報共有、対応について議論することで各職種における対応方法を確立し不測の事態に備えることを目的とする。【結果】該当者に対しての他職種会議の場を設けた結果、各組織での対応方法とその準備、医療だけでなく、介護、生活環境、生活支援といった多岐にわたるアプローチを考察し、個別事案対応についてのマニュアル化を確立するに至る。【考察】他職種と連携することで、消防機関のみでは対応が困難であったケースに対して、多角的なアプローチを実施することができる。【結論】消防機関のみでは救急現場限りの対応となり、根本的な解決に至ることが困難である。医療の最前線で活動する消防機関が把握した情報を共有し、地域包括を含めた他職種と連携対応することで、根本的な問題に対してアプローチできると考えられる。

救急現場と病院をつなぐ“社会的救命”の実践~救急隊とMSWの連携が生み出す支援のかたち~

演題番号　SY25-4（MS）

小豆島の救急医療と福祉～ ESWとして～

○谷 峰穂[1]
[1]小豆島中央病院 地域連携室

小豆島は香川県高松市の北、瀬戸内で2番目の島で、人口約23000人あまり、小豆島町と土庄町の二町で構成されている。当院は1次2次の救急医療を担う小豆医療圏唯一の救急病院（199床）である。その移動は、高松市までフェリーで1時間、高速艇・救急艇は35分、Drヘリは約7分である。Drヘリ開始から3年、件数は増えている。地域連携室はNs2名、MSW4名、外来・入院担当制で即時介入している。救急救命士との関わりは、特に救急外来や転院時など、搬入出で多くなるが、その他にも臨床実習で地域連携室が担当する機会や、症例検討会などで相互に学ぶ機会がある。救急救命士がMSW特有の視点を知り、気づきに繋がれば、早い判断やよりよい支援に繋がり、包括的な支援体制が強化促進される。またMSWも救命においても迅速な対応に寄与できると考える。当院は災害拠点病院で、DMATを保有しており、消防とは院内災害対応訓練への協力など、平時から顔の見える関係であるほどいざという時に有用である。医療・福祉・行政・消防や警察、社協やボランティアなど働く多職種の多くも地域の住民である。相互に補完・協力が島の生活では必須である。

救命救急センターにおけるESWの社会的救命に対する取り組み ～救急救命士との連携を通じて～

演題番号　SY25-5（MS）

○濱岡 和弥[1]，三山 照巳[2,3]，堤 裕紀[2,4]，上山 容由[2,5]，三河内 伸一郎[2,6]，國分 亮太[2,7]，石倉 健[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，[3]伊賀市消防本部，[4]津市消防本部，[5]鈴鹿市消防本部，[6]名張市消防本部，[7]亀山市消防本部

1. はじめに当院救命救急センターでは、医学的治療と並行して患者の社会的課題に早期から介入する「社会的救命」を実践している。救急認定ソーシャルワーカー（ESW）1名を専任配置し、ハイブリッドワークステーション（HWS）として勤務する救急救命士と連携することで、多職種協働体制を構築した。本報告では、ESWが介入した救急科患者を後方視的に検討し、その支援内容と多職種連携の意義を評価した。2. 対象と方法2020年7月から2025年12月までにESWが介入した2906例を対象とし、社会的課題、支援内容、連携の効果を後方視的に分析した。3. 結果対象の13.5%に生活困窮、無保険、身寄りがないといった複雑な社会的課題を認めた。救急隊およびHWS救命士から生活環境や家族背景の共有をうけることで、初療段階からESWによる迅速なアセスメントが可能となり、看護師を含む病棟多職種との情報共有も円滑に行われた。その結果、入院初期から行政機関や福祉サービスとの連携が進み、退院・転院支援に繋がった。4. まとめ救急初療の段階から多職種が協働する体制は、患者の生活再建を見据えた継続的支援に有用であると考えられた。

救急隊とMSWとERスタッフの連携によって、頻回の救急要請は抑制できる

演題番号　SY25-6（D）

○西川 佳友[1]，浅野 正友輝[2]，榊原 丈[3]
[1]トヨタ記念病院 救急科，[2]トヨタ記念病院 患者支援センター，[3]豊田市消防本部

【背景】ソーシャルハイリスクを抱える救急搬送事案は全国的に増加し、頻回の救急要請や救急搬送困難事例が顕在化し、社会的救命の重要性が広く認識されることとなった。【活動内容】愛知県豊田市では、ソーシャルハイリスクを抱える傷病者搬送時に医師への病態伝達と併せて、救急隊からMSWに直接情報伝達を行う仕組み（EM-PASS連携）を構築している。また、救急医・看護師・初期研修医といった職種に関係なく、ERスタッフがソーシャルハイリスクを認識した場合においても、MSWとの密な連携により継続した社会支援へと繋げている。【考察】ER-PASS連携の主たる効果は救急外来診察のみで帰宅していく患者にあると考え、EM-PASS連携が開始されてからの複数回救急要請EM-PASS率の推移について検討した。令和2年度・3年度には、EM-PASS連携における複数回要請率は8.9%・9.0%であったが、令和5年度・6年度には、6.1%・6.5%と減少傾向を認めた。【結語】社会支援を要する患者の頻回救急要請は、現場スタッフの疲弊に繋がりかねないが、救急隊とMSWとERスタッフの適切な連携構築により、ゼロにすることは困難であるが一部の抑制となることが明らかとなった。

救急医療におけるMDRPU予防の実践と課題

演題番号　SY26-1（N）

○大口 理恵[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 看護部 救急病棟

救急医療の現場では、重症患者の救命を目的に多くの医療機器が使用される。鎮静剤投与により知覚・痛覚が低下し、患者は苦痛を訴えられず医療関連機器褥瘡（MDRPU）が発生しやすくなる。救急病棟に配属された頃は、救命が優先される状況下でのMDRPU発生はやむを得ないものとして捉え、看過していた部分があったと振り返る。現在、皮膚・排泄ケア認定看護師として院内を横断的に活動する中で、MDRPUや褥瘡の発生により治療が長期化し、本来不要であった処置が追加されている現状を目の当たりにした。患者の負担や医療費の増加につながる見過ごすことのできない課題である。そこで、MDRPUの予防を目的にスキンケアラウンドを開始した。当初は、業務の多忙さや役割認識の違いからケアの実践に差があったが、病棟スタッフとともにラウンドを継続し、MDRPU発生例への対応と予防的介入の方法について共有した。その結果、スタッフの意識は変化し発生率の低下につなげることができた。すべての医療者が、医療関連機器の使用にはMDRPU発生リスクが伴うことを認識することが重要である。本シンポジウムでは、MDRPUを発生させない救急医療のあり方について、ともに考える機会としたい。

特定看護師と管理者の立場から取り組むMDRPU予防の推進

演題番号　SY26-2（N）

○上田 奈緒美[1]
[1]関西医科大学総合医療センター 看護部

ICUでは多様な医療機器が使用され、病態的にもMDRPU発生リスクが高い。MDRPUは新たな苦痛を生じさせ、治療期間の延長や医療者の負担増加につながる。そのため急性期においては、医療機器の適切な選択・固定と皮膚観察が重要である。しかし、日々のケアが十分でない場面や、スタッフ間の知識・技術差が課題となっている。私は特定看護師としてのアセスメントと管理者としての支援を組み合わせ、MDRPU予防体制の強化に取り組んでいる。当部署は初療・ICU・病棟を一体で運営する救命センターであり、7名の特定行為修了者を各勤務帯に配置している。各勤務帯ではウォーキングカンファレンスを実施し、特定行為修了者が医療機器の適合性や圧迫リスクを確認し、タイムリーに助言している。また管理者として、認定看護師によるMDRPU予防や医療機器固定に関する勉強会を開催し、部署全体の知識向上を図っている。これらの取り組みにより観察視点の共有や固定方法の改善など一定の変化は見られているが、部署としての予防文化はまだ発展途上である。今後も教育と実践を循環させ、持続可能な予防体制の構築を目指したい。

医療関連機器褥瘡発生ゼロに挑む！
～多職種で取り組む命を救うスキンケア～
演題番号　SY26-3（N）

○中村 雅恵[1]
[1]地方独立行政法人静岡県立病院静岡県立こども病院 看護部

小児専門病院における医療関連機器褥瘡予防
—救命と同時に傷を残さない医療を目指して—

当院は小児専門病院として、県内外から重篤な患児を受け入れ、NICU・PICUにおいて24時間365日「最後の砦」として高度集中治療を担っている。救命を最優先とする現場では多数の医療関連機器装着は不可避であり、これに伴う医療関連機器褥瘡は確かな合併症リスクである。また、家族にとっては医療事故として受け止められることもあり、医療への信頼に影響し得る課題でもある。PICUでは挿管チューブによる鼻部褥瘡から鼻変形を残した症例を経験したが、予防強化により現在はd1・d2でとどまる軽症化へと変化した。ECMOは発生頻度を抑制している一方、SpO_2プローブなど持続圧による深部組織損傷（DTI）疑いへの対応は依然課題である。NICUでは未熟な皮膚に装着する血管内留置カテーテル関連機器が短期間でも重症化し、医療事故事例を契機に予防ケアを見直した。多職種連携のもと、成長過程にある子どもに瘢痕を残さない医療を救命と同時に実現することが小児医療の責務である。

医療関連機器褥瘡発生ゼロに挑む！
～多職種で取り組む命を救うスキンケア～
演題番号　SY26-4（N）

○村上 香織[1]
[1]近畿大学病院 看護部 救命救急センター

医療関連機器褥瘡の発生事例から考える看護管理者としての取り組み

救急医療の現場では、重篤な病態にある患者が多く侵襲の高い手術や治療により生理的・機能的な障害を起こしやすい。そのため、皮膚も脆弱で障害を受けやすい状態となり、医療関連機器褥瘡（以下MDRPU）などさまざまなスキントラブルが発生しやすい。また、MDRPUは患者に苦痛を与え、QOLを低下させる可能性もある。今回、発生したMDRPUの事例を振り返り、現状の確認、対策立案とその実践を検討した。現場からは「呼吸や循環が不安定だから安定させることを優先させていた」という生命維持のための治療や観察を優先した言葉も多くみられた。救急医療の現場では、患者の生命維持のための治療やケアは不可欠であるが、MDRPUによる患者のQOL低下を予防することも同様に不可欠である。事例を通して、MDRPUが患者のQOLに直結することを個々が理解し予防の必要性を認識すること、リスクアセスメントからMDRPUの予防に努めること、予防やMDRPU発生後の対策は多職種で介入すること、予防を考え実践できる看護師を育成する指導者育成、MDRPU事例を風化させない組織作り、これらの支援が看護管理者に必要な役割と考えたので報告する。

ERにおける医療ソーシャルワーカーの役割～治療だけでは終わらない　社会的課題へのアプローチ～
演題番号　SY27-1（MS）

○吉田 裕美子[1]
[1]トヨタ記念病院 患者支援センター 医療社会福祉グループ

ERにおけるMSWの実践報告　～社会的課題に対する支援の現状～

当院は病床数527床を有する三次救急医療施設であり、救急外来（以下、ER）では年間約9000台を含む約25000人の患者が受診し、「断らない救急」をモットーに日々診療にあたっている。救急医療の現場では身体の危機に特化した対応が求められる一方で、貧困や社会的排除の問題が同時に露呈することも少なくない。当院では社会的課題が治療や帰宅を困難とする要因になり得る場合、医師・看護師・救急隊等から医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）へ一報が入り、迅速に支援開始できるよう努めている。ERにおいては搬送直後の精神的動揺がみられる患者・家族と関係形成し、収集した情報をもとにアセスメントし、目の前の患者だけでなく家族や患者を取り巻く環境に向けても支援を展開する。ERでのMSW支援は極めて短期的であるが、浮き彫りとなった社会的課題への支援は地域や入院先に引き継がれ、社会的排除や孤立が解消されるよう多職種連携も重要となる。本報告では2025年1月から12月までの期間に当院MSWが携わったER患者の基本情報とMSW支援内容を単純集計した結果を示し、社会的課題へのアプローチについて皆さんと意見交換したいと思う。

ERにおける医療ソーシャルワーカーの役割～治療だけでは終わらない　社会的課題へのアプローチ～
演題番号　SY27-2（MS）

○上中 千晶[1]，河野 久世[1]，富田 美苗[1]，中野 知佐[1]，浅野 慶子[1]，冨森 香代子[1]，増本 かのん[1]
[1]市立東大阪医療センター 地域医療連携室

救急外来におけるMSWの早期介入体制の構築
～社会的救命の入り口を担う実践～

【背景】当院は二次救急を担う急性期病院である。救急外来では、社会的課題を抱える患者への対応が時間的制約等で困難な状況であったため、地域医療連携室で救急外来からの早期介入体制を構築した。【取組み】地域医療連携室と救急外来看護師の協働でソーシャルハイリスク患者を抽出するスクリーニングシートを作成した。該当患者の入院・帰宅を問わず地域医療連携室が介入し、夜間・休日搬送例は平日に申し送りを受けて支援を行った。【結果】救急搬送時に社会的課題を抽出し介入することで、入院患者では治療と平行した早期の支援が可能となった。帰宅患者に対しては、救急外来で顕在化した課題について地域の支援者と一緒に考えることを意識し支援を行うことができた。退院支援部門からは、社会的課題が整理されており退院調整が円滑になったと評価が得られた。【考察】スクリーニングシートの運用は支援の目的ではなく、早期支援を可能にするための手段であることが分かった。重要なのは、生活課題を迅速に構造化し、治療と平行した支援を行い、多職種との連携を構築することである。本取組みは、社会的救命の入り口を担う取組みであると考える。

ERにおける医療ソーシャルワーカーの役割~治療だけでは終わらない 社会的課題へのアプローチ~
演題番号 SY27-3（MS）

○髙橋 紀貴[1]
[1]独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 患者サポートセンター

限りある時間の中でのソーシャルワークの取り組み ～三次救急医療機関のソーシャルワーカーの実践～

当院は群馬県西部における唯一の三次救急医療機関である。医師の偏在等の隣接地域の医療機関の体制変化に伴い救急搬送患者の増加がみられており、診療機能の維持に努めている。救急患者の中には、医学的重症度のみならず、生活困窮、独居、虐待、自殺企図、等のソーシャルハイリスク（以後:SHR）を背景に受診する患者も少なくない。これらの要因は治療継続や退院を困難にし、繰り返しの緊急受診や入院となる可能性も生じる。当院では救急認定ソーシャルワーカー（以後:ESW）が、救急外来患者をスクリーニングしSHRを把握し迅速な介入を行っている。早期の介入は入院療養上の課題改善を図り、円滑な退院や転院につながると考えられる。また、ESWが中心となり連携医療機関と定期的なカンファレンスや実務者の会議を開催し、連携上の課題や支援のフィードバッグを受けることで、支援の質の担保に努める取り組みを行っている。救急医療の現場においてESWは退院や転院調整のみに留まらず、救急医療と地域連携のシステムの中で搬送直後から患者の生活を見据え、医学的評価を踏まえて診療機能の維持と並行し患者の社会的課題の改善に向けて関わる職種であることを周知していきたい。

ERにおける医療ソーシャルワーカーの役割~治療だけでは終わらない 社会的課題へのアプローチ~
演題番号 SY27-4（MS）

○小椋 奈津子[1]
[1]京都大学医学部附属病院 地域ネットワーク医療部

大学病院の救命救急センターにおけるMSWの多層的役割

当院は2024年4月に救命救急センターの指定を受けた大学病院である。救命救急センターに搬送される高齢者世帯や単身世帯の患者が抱える生活課題は、救急搬送を契機に顕在化する。傷病の重症度に関わらず、必要とされる社会的・心理的支援は多種多様であり、大学病院の救命救急病棟を医療ソーシャルワーカー（以下,MSW）が専任・介入する意義は極めて大きい。本報告では、高度専門機能を担う大学病院の救命救急センターにおいて、MSWが展開する多層的支援のあり方について検討した。実践においては、経済的支援や意思決定支援・移植医療に関する介入（ミクロ）、多職種協働による共同意思決定（以下､SDM）の推進・後方連携病院へのキャラバン活動（メゾ）、災害医療への関与・地域連携の会に参画（マクロ）を重層的に展開した。結果、救急医療の現場に福祉的視点が介在することで、医学的判断と患者の生活背景をSDMの中で組み込み、急性期から切れ目ない支援が可能となった。また、地域との連携強化は経済的課題を持つ患者の受診継続にも寄与しており、大学病院のMSWは、個別支援と地域医療システム全体の最適化を橋渡しする重要な役割を担っている。

ERにおける医療ソーシャルワーカーの役割~治療だけでは終わらない 社会的課題へのアプローチ~
演題番号 SY27-5（MS）

○柳田 千尋[1]
[1]JCHO東京山手メディカルセンター 医療総合支援部

2次救急現場における短期型支援の実践報告

２次救急病院では、(1) 病院経営(入院期間の短縮化)と (2) 患者の生活を守る(孤立させない)という二つの側面を、迅速に両立させる必要がある。地域で潜在化していた「ソーシャルハイリスクケース」へ介入し、ひっ迫する救急医療現場と課題を抱える患者・家族の療養生活を支えることはMSWに課せられたミッションであると考える。　そこで本報告では、短期型支援を活用した多問題事例を用いて短期型支援のポイントを示し、救急医療現場の多問題ケースの困難性への取り組み方について考察した。　本事例は5か月間で３回の緊急入院を繰り返した多問題を抱える症例である。支援拒否という困難な状況下では、MSWの「初動」が肝要になるが、短期的な面接で通常の地域連携で対応可能なケースに変容を促すと同時に、Aさんの生き方や尊厳を守る支援を展開することができた。救急医療現場で急増するソーシャルハイリスクケースは、医療の機能分化とは異なる次元で複雑化している。本事例の考察を通じて、地域還流型救急対応における「短期型支援」の有効性とMSWが果たすべき役割を提示したい。

学校での救命教育の課題と未来
演題番号 SY28-1（D）

○大塚 麻樹[1,2]
[1]久留米大学 心臓・血管内科,[2]久留米大学病院 高度救命救急センター CCU

医療者が主導する学校における心肺蘇生教育の社会実装 ～ KURUME MODELの挑戦～

院外心停止の救命率向上には市民による早期心肺蘇生の普及が不可欠である。当院は久留米市、教育委員会、消防と連携し、市内すべての小学6年生を対象に学校教育の枠組みで体系的心肺蘇生教育を実装してきた。さらに消防職員が毎年必ず参画する協働体制を構築し、実践的かつ地域一体型の教育を継続している。本取り組みは中学校教育へも展開され、現在は市内すべての中学2年生が心肺蘇生を学ぶ体制を確立した。これはILCORの提唱するKIDS SAVE LIVESの理念を地域で具体化する試みであり、繰り返し学べる街づくりへと発展させることができた。本シンポジウムでは、多職種連携による自治体を巻き込んだ実装の成果と課題を共有し、学校救命教育を持続可能な地域政策として発展させるための将来像を提示する。

学校での救命教育の課題と未来
演題番号　SY28-2（O）

学校内心肺停止事例における心理的影響と支援の検討
—養護教諭の体験を通して—

○加藤 晃子[1]，川野 友貴[2]，田島 典夫[3]
[1]学校法人滝学園滝中学校滝高等学校 養護教諭，[2]学校法人市邨学園名古屋経済大学高蔵高等学校 養護教諭，[3]愛知県小牧市消防本部

学校内で生徒が心肺停止となる事例を経験した。養護教諭である演者は直ちに胸骨圧迫およびAEDを用いた一次救命処置を実施し、生徒は救命された。他方、第一発見生徒や現場を目撃した生徒には、不眠、過覚醒、精神不安等の急性ストレス反応が認められた。養護教諭として生徒支援にあたる中で、スクールカウンセラーとの見解の差に葛藤を抱きつつも、面談や学年団との連携を通して継続的支援を行った。同時に支援の中心に立った演者自身も、過去に経験した死亡事故の記憶が想起され、フラッシュバック様症状を自覚するに至った。専門職としての責務や使命感から自己の脆弱性を語りにくい状況があったが、救命医からの指摘と共感的理解を契機に自己省察が進んだ。専門家によるスーパービジョンや同職種との振り返りを通じ、いわゆる「デフュージング」や「デブリーフィング」に類似した過程が心理的安定に寄与した。本発表は、学校におけるBLS教育や救命体制の整備に加え、救命実施者および目撃者双方への心理的サポート体制構築の重要性を示唆する。

学校での救命教育の課題と未来
演題番号　SY28-3（O）

子ども達の命を守るために一遺族の立場から学校救命教育に望こと一

○前重 壽郎[1]
[1]株式会社 松前木材店 専務取締役

２００４年５月、当時１７歳だった私たちの息子は学校で行われていたスポーツテストの１５００m走のゴール直前に意識を失って倒れ、養護教諭、体育教諭の救命処置も、周りにいた友だち達が名前を呼び続ける声も彼に届くことはなくひとりで天国へと旅立って行きました。息子が亡くなって一ヵ月後にAEDが一般市民にも使用が可能となり新聞、テレビで救命という言葉を何度も目にするようになりました。なぜスポーツ好きな健康な我が子がたった１７歳で亡くならなければならなかったのか、息子の死を受け入れられず後悔の日々を送っていた私達は何度も救命講習を受講することで、教育現場にはAEDが必要であること、すべての教員が救命講習を受講することが不可欠あると確信しました。そして何よりも子ども達には命の大切さを伝え続けることが必要であると考えはじめました。今、学校の中で命について抱えている問題はたくさんあると感じています。子ども達にはなぜ命は大切なのか、なぜ命を救わなければいけないのかを考えてもらうことが教育現場での「命の教育」につながっていくのではないかと考えています。

学校での救命教育の課題と未来
演題番号　SY28-4（O）

教員養成学部発・幼稚園から大学までの救命講習実践：
医学部なき大学における講師養成と全学展開への試み

○関 由起子[1]
[1]埼玉大学 教育学部

【目的】ASUKAモデル誕生の地にある国立大学教育学部として、医学部をもたない環境下でいかに救命教育を主導し、教員養成から全学、地域へと「救命の輪」を広げられるかを検証する。【方法】教育学部生へ年次別の段階的講習（1年次：簡易、2～4年次：学校現場想定のシミュレーション）を実施。並行して指導者養成科目「心肺蘇生法と救命教育1・2」を設置し、学生が実技指導を担う体制を構築した。さらに外部団体と連携し認定インストラクター取得も支援。全学1年生（約2000人）や教職員、附属幼稚園の親子講習へと対象を拡大した。【結果】教育学部生は救命への主導的意欲が大幅に向上し、反復訓練の重要性を高く評価した。指導者養成科目の受講生により、全学講習を学生主体で運営できる目処が立った。幼稚園での親子講習ではテキストマイニング分析により、教材の工夫が幼児の自己有用感を高め、「自分もできる」等の肯定的反応を統計学的有意に引き出すことが示された。一方、非必修講習の受講率向上や、人的・財政的リソースの確保、組織内理解の深化が課題となった。【考察・結論】非医療者の学生が教職の視点で訓練を繰り返すことは、現場で「自分たちが動く」という当事者意識の醸成に直結する。本モデルは、医学部のない大学における持続可能な救命教育普及の有効な一助となり得る。

学校での救命教育の課題と未来
演題番号　SY28-5（O）

ASUKAモデルと小学校からの救命教育の推進
～　学校の危機管理及び救命教育の現状と課題　～

○桐淵 博[1]
[1]公益財団法人日本AED財団理事/元さいたま市教育委員会教育長

2011年に起きた桐田明日香さん死亡事故の教訓を基に作成されたテキスト『ASUKAモデル』は全国に普及しつつあり、救命事例も増えてきた。その中には救命教育を受けた子どもたちが活躍する事例も相当数見られる。一方、JSC（日本スポーツ振興センター）によれば、学校管理下の突然死は、減らしてきたとはいえ24年度までの10年間で198件（見舞金処理件数）起きており、死亡事故502件（同）の約4割を占めている。こうした中、AED使用を含めた救命実習が中・高の学習指導要領（保健体育）に位置づけられ、中学校で21年度から、高校で22年度から実施されている。小学校学習指導要領には未導入だが、5・6年生用保健の教科書に発展課題として取り上げられた。また教員養成課程においても、教員免許取得を目指す全学生がBLS実習を受講するよう国からの働きかけが始まった。しかしこれらの取組は端緒についたばかりである。桐淵の調査によれば、現職の教員にはBLSについての「自信」が十分に形成されておらず、養護教諭への依存が処置の遅れにつながっている実態がある。シンポジウムにおいては、桐田明日香さんの事故の教訓と『ASUKAモデル』の意義を確認し、学校の危機管理態勢の充実を図るとともに安全な社会づくりにつながる小学校からの救命教育の重要性と課題について考察したい。

外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ
演題番号　SY29-1（R）

○森 剛[1]
[1]社会医療法人財団大和会武蔵村山病院 放射線室

老兵が伝えておきたい救急領域の一般撮影技術

日勤帯はもちろんのこと、当直業務においても外傷患者が撮影に来るのは枚挙に暇がありません。そのような時、依頼医師にどのような画像を提供すればよいのか、そして撮影した画像を読み解く読影力が私たち診療放射線技師に求められます。　本シンポジウムにおいて、高次救急外傷は他モダリティに譲り、１次２次救急を中心に一般撮影の救急撮影から疾患までについてお話をいたします。日常的に起こる転倒やスポーツ、接触等による外傷において、患者が撮影室に入室してきた時から退出するまでどのような点に気を付けなければならないか。また、X線撮影では何を想定しながらさつえいするべきか、得られた画像からどのようなことを読み解くのか、何を描出するべきなのかなどを詳細にお話しします。一般撮影領域ではアナログからデジタルへ移行しておよそ四半世紀が経ちます。本シンポジウムでは先人たちによって救急撮影領域の撮影に研鑽を重ね進化して来ました。そのX線撮影技術を若い世代の後人へ継承していきたいと思います。本学会が終了し、受講者の皆さんがご自身の施設に戻ったその日から新たな着眼で撮影業務を遂行できるよう、その一助となれば幸甚と考えます。

外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ
演題番号　SY29-2（R）

○藤村 一郎[1]，梅木 拓哉[1]，西池 成章[1]
[1]りんくう総合医療センター 診療支援局 放射線部門

外傷診療におけるCT画像診断・支援の実際

外傷診療において、情報量の豊富なCT検査は治療方針決定の中核を担い、画像診断および診療支援における役割は極めて大きい。近年、外傷全身CT（いわゆるパンスキャン）の普及や、CT・血管造影・手術機能を一体化したハイブリッドERの導入により、初療段階から迅速かつ包括的な評価が可能となり、外傷診療を取り巻く環境は大きく変化している。　さらに欧州では、患者の病態に応じて2種類のCT撮影プロトコルを使い分ける運用がガイドラインとして提示されている。すなわち、循環動態が安定した患者には被ばく線量を最適化したプロトトコルを、不安定な患者には撮影時間を最優先とするプロトコルを適用する戦略である。これらは診断精度の確保と迅速な治療介入を両立させるとともに、被ばく線量の最適化を図るための重要な考え方である。本シンポジウムでは、「外傷診療におけるCT画像診断・支援の実際」と題し、最新のガイドラインおよびエビデンスに基づくCT画像診断技術の最適化と読影のポイントについて概説する。さらに、当院で実践している外傷診療におけるCT撮影の工夫や運用体制についても紹介し、現場に即した具体的な取り組みを共有する。

外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ
演題番号　SY29-3（R）

○羽鳥 伸哉[1]，小野 勝範[1]
[1]東北大学病院 診療技術部 放射線部門

外傷に対するIVRでの画像支援と当院の運用・取り組み

外傷IVRは、外科手術と並び外傷治療において不可欠な役割を担っている。近年の血管撮影装置や3Dワークステーションの進化は、より高精細な画像提供を可能にし、治療精度の向上をもたらした。本演題では、当院の最新アプリケーションの特徴と具体的な運用について報告する。外傷診療では迅速性が厳格に求められるため、IVRの早期準備と的確な画像ナビゲーションが重要となる。これらは術者の判断を加速させ、手技時間の短縮に寄与する。また、被ばく低減に向けた装置設定の標準化など、当院独自の取り組みについても紹介する。IVRの最大のメリットは、迅速かつ低侵襲な止血が可能である点である。この強みを活かすには放射線技師の介在価値が大きく、手技準備や術中の情報提供が鍵を握る。当院のハイブリッドERにおける多職種チームの運用状況をふまえ、放射線技師が取るべき具体的なアクションを症例とともに提示する。

外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ
演題番号　SY29-4（R）

○金山 秀和[1]，比良 英司[2,3]，渡部 広明[2,3]
[1]島根大学医学部附属病院 放射線部，[2]島根大学医学部附属病院 高度外傷センター，[3]島根大学医学部 Acute Care Surgery 講座

ハイブリッドERにおける診療放射線技師の役割と外傷診療の質向上への取り組み

当院は救急初療室、CT室、手術室、血管造影室を同一空間に集約したハイブリッドERを導入し外傷診療体制を強化した。ハイブリッドERではJATECのPrimary Survey（PS）における胸部・骨盤X線およびFASTの代用として「ABC-CT-DEアプローチ」に基づいた外傷全身CT撮像を実施し、生理学的異常を来たしうる損傷10項目を定めたmFACT（modified FACT）を評価することにより、従前のJATECのPSでは見つけることができなかった損傷を早期に認知し、迅速な治療介入に繋げている。我々はワークステーションを活用して外傷全身CTデータから3D画像やIVR支援画像を作成し診療支援を積極的に行っている。さらに、迅速な診療体制構築のため、院内スタッフ緊急招集システム（Trauma Team Activation）と多職種ブリーフィングを導入し、搬入前から多職種間で戦略を共有するプロセスを標準化した。また、外傷専門放射線技師チームを組織し、非専従者への教育、外傷定例会による症例共有と運用改善を継続することで、経験の差を軽減し機能維持を図った。今回、ハイブリッドERにおける外傷診療で診療放射線技師が外傷チームの一員として、外傷診療の質向上に向けて実践した取り組みについて報告する。

外傷診療における画像診断・支援の原点から現点。そして頂点へ
演題番号　SY29-5（D）

○竹原 千夏[1]，岡田 直己[1]，大本 亮輔[1]，山川 真由[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター

外傷診療におけるHybrid ERでの術前CTの有用性の検討

従来の外傷診療において、循環動態の不安定な場合は全身CTの撮像よりも迅速な蘇生的手術が優先されてきた。一方、近年普及してきたhybrid ER system (HERS）では、初療室で移動を伴わない迅速なCTの撮像が可能である。そのため循環動態の不安定な患者に対し開胸/開腹術などの介入を行う前に全身CTを撮像することが治療戦略決定に寄与し、患者転帰を改善する可能性がある。本研究ではHERSでの外傷診療における術前CTの有用性と限界を後方視的に検討し、特に術前CTが有用であったと思われる症例に対する考察を行った。　対象症例は当院HERSにおいて過去10年間で対応した7歳以上の鈍的/鋭的外傷患者のうち、循環動態が不安定かつ開胸/開腹術などの介入を行う前にCTを撮像した症例とした。来院時心肺停止の症例は除外した。主要評価項目は術前CTの治療方針決定への寄与とし、特に術前CTの有用性が高かったと思われる症例については損傷部位や術式の傾向、転帰への影響などについて考察した。

国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える
演題番号　SY30-1（O）

○太田 真司[1]，木下 哲男[1]，松岡 篤史[1]
[1]大阪市消防局（令和7年度まで、公益社団法人2025年日本国際博覧会協会に出向）

2025年大阪・関西万博における医療救護体制の構築と運用評価

【背景】2025年に開催された大阪・関西万博は半年間にわたる大規模イベントであり、会場内で発生する単発の急病・外傷対応に加え、会場内多数傷病者発生事案を想定した医療体制の構築が求められた。そこで2005年愛知万博の知見を参考とし約2年間をかけて会場内診療拠点配置および傷病者対応フローを計画・構築した。【目的】万博会場内に構築した医療体制の運用結果を検証し、運用上の課題を明らかにすること。【方法】医療救護協議会を中心に、実施計画の運用状況を調査するとともに、開催中に生じた課題に対し、来場者最優先の方針のもと柔軟に対応した内容を検討した。【結果】184日間の開催期間中、約2,902万人が来場した。会場内の医療救護体制は大きな混乱なく機能し、傷病者数が増加した時間帯や混雑時においても適切に対応された。中等症・重症傷病者については、事前に構築した対応フローに基づき、救急要請および会場外医療機関への搬送が円滑に行われた。【まとめ】本体制は大規模イベントにおける有効なモデルであり、多職種連携が円滑な運用に寄与した。

国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える
演題番号　SY30-2（D）

○藤見 聡[1]，織田 順[2]，溝端 康光[3]
[1]大阪急性期・総合医療センター救急診療科，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター，[3]大阪公立大学医学部附属病院救命救急センター

万博医療体制におけるヒト、モノ、場所、システムの最適化を探る

【背景】2025年大阪・関西万博の医療体制は、2005年愛知万博の経験を基に構築された。半年間で多数の来場者を迎えるにあたり、「ヒト」「モノ」「場所」「システム」の円滑な運営が重要課題であった。しかし開催直前まで会場全体を把握することは困難で、十分な検討時間や心理的余裕は限られていた。そのため開催後は、救命センター長クラスの統括医療責任者（Chief Medical Officer: CMO）が現場に常駐し、会場内医療体制全体をマネジメントする必要が生じた。【目的】限られた準備環境下での事前計画、開催中に生じた変更点、最終的な対応の実際を概説し、万博医療体制最適化の要点を提示する。【結果】延べ1,176名の医師、4,895名の看護師、6,316名の事務員が従事した。準備した医療什器は70種類以上で、縫合用処置セットが想定以上に使用された。8か所の医療救護所の情報共有のため、CMO主導で毎日8時30分の朝礼と15時の夕礼をWebで実施し、連携を強化した。また週1回のCMO会議により課題と改善策を迅速に共有した。【まとめ】現場での課題修正と情報共有体制の強化が鍵となり、得られた知見は今後の大規模イベント医療に有用と考えられた。

国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える
演題番号　SY30-3（O）

○西野 舜平[1]
[1]株式会社メディカル・コンシェルジュ グランフロント大阪支社

大阪・関西万博の医療救護体制における救護隊管理社員の役割について

会場内には診療所3か所、応急手当所5か所が設置され、それぞれに救護隊が常駐した。救護隊は原則として2名で構成され、危機管理センターからの指示を受け、医療資機材および搬送資機材を携行して現場へ急行し、傷病者への対応にあたった。これら複数の救護隊を統括・調整するため、管理社員を早番・遅番それぞれ1名ずつ、計2名配置した。当初、医療従事者ではない管理社員の主な役割は、①救護スタッフへの研修、②運営に伴うスタッフ管理、③勤怠および物品管理、④各救護隊への情報共有のための巡回、⑤欠員発生時の救護隊の補充であった。しかし、管理社員は救護バッグなどの装備を持たずに各救護所を巡回していたため、危機管理センターから出動指令が出た際、救護隊より先に現場へ到着できるという利点があった。この特性を活かし、発生場所へ先行して出動し、位置情報や傷病者の状況を確認、IP無線（バディコム）によるLIVE映像で危機管理センターへ共有する役割も担うようになった。さらに会期中には、博覧会協会や危機管理センターの統括医療責任者から新たな業務が随時追加された。追加された内容を提示しつつ、管理社員の役割について考察を行う。

国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える
演題番号　SY30-4（D）

○比良 英司[1,2]，渡部 広明[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

大阪・関西万博におけるTSAT派遣の現状と課題

【背景】日本外科学会は2025年にTSAT（Trauma Surgery Assistance Team）を発足した。TSATは大規模イベントや国際会議等で外傷を伴う多数傷病者発生に備え、迅速な外科的治療提供を支援する外傷外科チームである。大阪・関西万博の開会式・閉会式に派遣隊として参加し、会場内医療体制の一部門としての活動実際と課題を報告する。【活動】博覧会協会との事前協議で活動範囲、配置、指揮系統、搬入導線、連絡手順を確認し、必要資機材・薬剤を準備した。治療車両を用いた初療、トリアージ、止血・外科的処置の可否判断から後方支援病院への転送までを想定し、派遣前にシミュレーションを実施した。当日も会場内で導線と情報伝達を検証し、問題点を抽出して可及的に修正した。【問題点】準備物品の標準化不足、ロジスティックスの脆弱性、後方支援病院との情報共有ツールの活用不足が明らかとなった。【課題】TSAT標準資機材のリスト化、イベント規模に応じた必要派遣数の算定、通信・情報共有手段の最適化が必要である。

国際博覧会等の集客イベントにおける会場内での医療体制について考える
演題番号　SY30-5（D）

○竹内 一郎[1]
[1]横浜市立大学 救急医学/高度救命救急センター

GREEN × EXPO 2027医療救護体制の構築 —横浜の蘇生率向上の成果を世界一安全なイベントへ—

2027年3月に開幕するGREEN × EXPO 2027は有料来場者1,000万人以上が見込まれる国際的大規模イベントである。演者は医療救護委員長として基本構想策定を経て、医療スタッフの調整や教育体制の構築など関係機関との調整を進めている。横浜市では2025年より「蘇生率No.1の都市！ヨコハマ」プロジェクトが進行中である。MC協議会・消防・医療機関・行政が四位一体で、目撃のある心肺停止の社会復帰率日本一を目標に、早期アドレナリン投与、司令センター常駐医師の積極的現場介入、PA連携強化、小学校出前蘇生教育等を展開している。中間結果ではアドレナリン投与までの時間が約5分短縮するなど顕著な改善がみられている。本プロジェクトは2027年3月に終了し、その直後にGREEN × EXPO 2027が開幕する。この成果を会場医療救護に展開し「世界一安心・安全な博覧会」を目指す。またドローンによるAED搬送は人口密集地では日本初の取り組みであり、企業・行政との協働で実現を目指し日本の救急医療変革へつなげたい。大阪・関西万博の知見を共有いただきながら大規模イベント医療体制の高度化について議論を深めたい。

看護師の力で院内急変を防ぐ！~看護師が活躍するRapid Response Systemの構築~
演題番号　SY31-1（N）

○岸本 吉登[1]，金山 悠[1]，木口 雄之[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター ICU/CCU/SCU

看護師が主体的に介入していくRRSの構築を目指して

2022年の診療報酬改定を機に、当院では救急集中ケア領域の看護師が中心となりRapid Response System（RRS）を推進している。当院ではNEWS自動計算システムを基軸に、看護師が主体的に介入する体制を構築した。最大の特徴は、病棟からの要請を待つ受動的な「RRTコール」以上に、RRT看護師が主導する能動的な介入を重視している点にある。具体的には、医師ではなくRRT看護師が主体となり、システムで抽出された高リスク患者全員の詳細なカルテレビューを実施している。そこではNEWSの数値だけでは捉えきれない、バイタルサインの微細な推移や臨床的な違和感から急変の予兆を察知し、実際に患者のもとへ足を運び介入する「ピックアップラウンド」を実践している。2025年度の推計では、コール64件に対しラウンド介入が233件に達しており、看護師の能動的な関わりが早期対応の主軸となっている。数値化されたリスクを看護師の専門的な視点で再評価し、急変予防に大きく寄与している。今後も看護師が専門性を発揮し、自ら一歩踏み出してチームを動かすRRS体制を深化させたい。

看護師の力で院内急変を防ぐ！~看護師が活躍するRapid Response Systemの構築~
演題番号　SY31-2（N）

○大竹 茉祐子[1]，中出 昌代[1]
[1]医療法人社団永生会南多摩病院 看護部

RRS要請ゼロからの再構築 - 呼吸回数測定への介入と看護師ラウンドの効果 -

当院は東京都八王子市に位置する170床の東京都指定二次救急医療機関である。2023年度に集中治療医と診療看護師を中心にRRSを発足し、同年は14件の要請があった。しかし、両者の退職に伴い、体制変更した2024年度以降の要請は0件となった。2025年に救急医の赴任とクリティカルケア認定看護師の誕生を契機に、RRS体制の見直しを行った。まず、起動要件の1つで、急変の予兆である呼吸回数測定率が低いことに着目し、全看護職員に呼吸回数測定の意義について動画研修を行った。また、RRSに関するアンケートも実施し、認識について実態把握を行った。RRSについては、「必要があれば要請したい」という意見が多い一方で、「主治医以外へのコールは敷居が高い」「RRSの存在を知らなかった」との意見もあり、要請につながらない要因が示唆された。これらを踏まえ、看護師を窓口とした運用へと再構築し、懸念を気軽に相談できる体制を整えるとともに、診療部には改めてRRSの積極的取り組みを推進していきたい。また、看護師主導の介入として、認定看護師と医療安全部門による週1回のラウンドを開始し、安全文化の醸成とRRSの充実を図りたい。

看護師の力で院内急変を防ぐ！~看護師が活躍するRapid Response Systemの構築~

演題番号　SY31-3（N）

病棟ラウンド時に相談されたRRS非要請患者の特徴と急変リスク因子の検討

○西峯 育枝[1]，芳賀 大樹[2]，山根 正寛[1]，師岡 誉也[3]，橋爪 裕子[1]，林下 浩士[3]
[1]大阪市立総合医療センター 看護部，[2]大阪市立総合医療センター集中治療部，[3]大阪市立総合医療センター救命救急部

本研究は、rapid response team (RRT)起動基準には該当しないが、病棟回診時に臨床的懸念から相談された成人症例を対象に、72時間以内の重大イベント(死亡、心停止、ICU/HCU入室、RRT起動のいずれか)の発生率および関連因子を検討した。2025年5月-2026年1月までに相談された79例を対象に解析した。重大イベントは、呼吸器系診療科、相談時の体温、SpO2と有意に関連していた（表1）。本結果は、現行のRRT起動基準のみでは高リスク症例を十分に補足できない限界を示しているとともに、病棟回診による早期評価の意義を支持するものである。特に起動基準に達しない段階での呼吸・体温の変化を適切に評価することが早期介入につながる可能性が示唆された。

表1. 72時間以内の重大イベントに関連する因子

変数	オッズ比	95%信頼区間	p値
男性 (vs. 女性)	2.22	0.72–6.87	0.17
年齢 (1年増加ごと)	0.997	0.96–1.03	0.88
主診療科 (参照: その他)			
呼吸器系	7.86	1.69–36.6	0.009
循環器系	0.70	0.08–6.40	0.75
救急系	3.14	0.64–15.55	0.16
相談事項 (参照: その他)			
呼吸	3.00	0.33–27.12	0.33
循環	0.30	0.02–5.52	0.42
神経関連	2.80	0.20–40.1	0.45
バイタルサイン			
SpO_2 (1%増加ごと)	0.80	0.67–0.96	0.016
呼吸数 (1bpm増加ごと)	1.11	0.995–1.24	0.06
心拍数 (1bpm増加ごと)	1.02	0.99–1.05	0.18
収縮期血圧 (1mmHg増加ごと)	1.01	0.99–1.03	0.34
体温 (1°C増加ごと)	2.53	1.06–6.02	0.037
GCS (1ポイント増加ごと)	0.90	0.63–1.28	0.54
NEWS (1ポイント増加ごと)	1.10	0.92–1.33	0.30
酸素投与 (有り vs. 無し)	1.63	0.54–4.90	0.39

重大イベントは死亡、心停止、ICU/HCU入室、RRT起動のいずれかと定義した。
オッズ比および95%信頼区間は単変量ロジスティック回帰により算出した。

看護師の力で院内急変を防ぐ！~看護師が活躍するRapid Response Systemの構築~

演題番号　SY31-4（N）

専門・認定看護師主導による急変予防ワーキング活動が中堅看護師の急変予防実践と成長に与える影響

○二藤 真理子[1]，吉田 恵子[1]，山田 友子[1]，松嶋 寿和[1]，西山 陽子[1]，佐野 加緒里[1]，生駒 雄太郎[1]，川島 孝太[1]，上野 智美[1]
[1]地方独立行政法人りんくう総合医療センター 看護局 急性期ケア推進室

背景：A病院では急性期領域の専門・認定看護師がRRT及びCCOTを担い急変対応体制を整備してきた。結果、急変予防実践が専門職に集約され、急変事象に対する対応力は向上したが、現場の主体的な事例省察や改善行動の気運が低下する可能性があった。目的：2019年から、中堅看護師による現場主体の急変予防推進を目的に、専門・認定看護師主導の急変予防ワーキンググループ（WG）を始動した。WG活動が中堅看護師の急変予防実践と成長に与えた影響を考察する。方法：WG中堅看護師9名を対象に、急変事例の共有、構造化した省察実践、部署改善活動の立案・実践を含む活動を10ヶ月実施した。2023年度の活動前後でテクニカルスキル尺度を用いた自己評価を比較した。倫理的配慮：データは匿名化し目的外に使用しない。結果：部署での急変事例省察の定着が進み、解熱剤や鎮静剤の安全な投与判断の構造化等の実践が行われた。尺度得点は全体的に上昇し、特に役割遂行や後輩支援意識の向上を認めた。結論：本活動は、中堅看護師の主体性を引き出す仕組みとして機能した。急変予防を専門職依存から現場主体へ拡張する契機となり、実践的な能力基盤を育む可能性が示唆された。

看護師の力で院内急変を防ぐ！~看護師が活躍するRapid Response Systemの構築~

演題番号　SY31-5（N）

看護師主体の院内急変減少を目指したRRS ～ RRTの軌跡～

○内田 里実[1]
[1]公益財団法人筑波メディカルセンター病院 看護部

当院は、2018年11月よりRapid Response System（以下RRS）を導入した。導入当初、Rapid Response Team（以下RRT）は医師1名および看護師8名で構成し、平日日勤帯のみの活動であった。その後体制強化を目的に拡充し、2022年12月より看護師14名体制にて24時間対応とした。導入当初は啓蒙活動として、クイズ形式のポスターを全病棟に掲示したが、要請件数の増加は認められなかった。そこで、週に1回の病棟ラウンドを開始し、状態悪化リスクのある患者情報に加え、現場スタッフの「何かおかしい」という主観的な気づきを重要な早期警告サインとして、共有・検討した。その結果、院内急変件数の減少とともに要請件数は増加した。さらに、患者の状態を客観的に評価し、医師に確実に相談・報告できる体制整備を目的にNEWS2 (National Early Warning Score 2)を導入した。加えてRRTメンバーは、病棟対応を想定したシミュレーショントレーニングや院内研修を担いながら、看護師の臨床判断能力向上と早期介入体制強化に取り組んでいる。

院外心停止ー蘇生医療の3拍子(原点から現点。そして頂点へ)
演題番号　PD1-1（D）

○石見 拓[1]
[1]京都大学大学院医学研究科 予防医療学分野

院外心停止からの社会復帰率向上へ　～これまでの歩みとこれから～

胸骨圧迫、人工呼吸、電気ショックからなる現在の蘇生戦略の基本骨格は1960年前後に確立され、60年余りが経過した。この間、全国ウツタイン統計（救急蘇生統計）に代表される国際的に標準化されたレジストリ研究により、市民による心肺蘇生、AEDを用いた電気ショック、救急隊員による救命処置を柱とした病院前救急医療体制の整備と改善が進められてきた。最近は、救命処置の基本骨格を維持しつつ、ハイパフォーマンスCPR、すなわち、絶え間のない良質な胸骨圧迫の実施と迅速で管理された薬剤投与や呼吸管理、集中治療の実施や、デジタルを活用した市民救助者やAEDの招集といった工夫がなされ、成果を上げている。一方で、個別化した心肺蘇生を実現するための蘇生中の生理学的な指標の必要性や、非目撃例に対するアプローチの必要性、心停止の原因に基づいた治療戦略の必要性など、今後の課題も浮き彫りとなり、様々な取り組みが試みられている。心停止からの更なる社会復帰率向上に向けて、蘇生医療の原点、現状と近未来に向けた展望を述べる。

院外心停止ー蘇生医療の3拍子(原点から現点。そして頂点へ)
演題番号　PD1-2（D）

○入澤 太郎[1]，竹川 良介[1]，酒井 智彦[1]，射場 治郎[1]，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

豊能MC地域における指令管制業務検討ワーキンググループの取り組み

【背景と目的】大阪府豊能地域救急ＭＣ協議会　教育小委員会指令管制業務検討ワーキンググループ（以下「WG」）は、消防指令員と医師から構成し、2014年から救急業務における指令管制業務の資質向上を目的として活動している。今回我々は、口頭指導レポートの解析を元に、口頭指導技法研修会の方法を変更して開催したため報告する。【対象と方法】口頭指導レポート解析の対象は、過去に記載された全ての口頭指導レポートと3810件で、技法研修会のアンケートは令和7年の技法研修会参加者46名とした。【結果と考察】口頭指導に対する胸骨圧迫の実施率は、令和2年は63.3％、令和6年は64.0％であったが、令和7年9月時点で72.7％であった。口頭指導技法研修会は、以前は模擬口頭指導を元に参加者で議論する形式であったが、令和6年から音声通信記録を活用した研修会に変更した。令和7年の技法研修会参加者46人中50％は指令管制業務経験が未経験で、57％は口頭指導に関する研修や訓練を受けたことが無いと回答した。口頭指導に関する技法研修会は、全国的にもまだ多く開催されていない。今後も地域の蘇生率向上のため、指令管制業務の資質向上に役立つ取り組みを行いたいと考える。

院外心停止ー蘇生医療の3拍子(原点から現点。そして頂点へ)
演題番号　PD1-3（E）

○原 貴大[1]，福島 英賢[2]，齋藤 駿佑[3]，田邉 晴山[4]，畑中 哲生[5]，石見 拓[6]，西山 知佳[7]，松山 匡[8]，田中 秀治[9]，坂本 哲也[10]
[1]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科，[2]奈良県立医科大学高度救命救急センター，[3]国士舘大学体育学部スポーツ医科学科，[4]救急救命東京研修所，[5]健和会大手町病院，[6]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，[7]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，[8]京都府立医科大学附属病院，[9]国士舘大学大学院救急システム研究科，[10]公立昭和病院

日本版ハイパフォーマンスCPRプログラムの全国普及と実装における課題

【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、2019年から日本版GRA10プログラムの普及を中心とした蘇生率改善に取り組んできた。そのコアプログラムとして日本版ハイパフォーマンスCPR（HP-CPR）トレーニングプログラムを開発し全国への普及を行っている。【目的】BLSを主とするプログラムの普及状況、講習の満足度および、現場実装における障壁を抽出すること【方法】2022年12月から2026年1月までに開催した本プログラム（計70コース）の受講生を対象に、講習の満足度および現場での実装への課題に関する電子アンケートを実施した。【結果】開催地域は27都道府県、受講者数は延べ2,100名に達した。受講者の内94.2％が満足と回答していたが、現場実装の障壁として「組織や支援隊の意識改革」「既存プロトコルとの整合性」「特定行為との兼ね合い」等が抽出された。【考察・結語】 本プログラムの満足度は概ね高かった。一方でHP-CPRを現場で行うためには現場滞在型のプロトコル導入や、継続的な質改善プログラムの実施が欠かせない。そのためには今後、特定行為を含むALSプログラム開発と各地域MC・消防に対する理解増進が望まれる。

院外心停止ー蘇生医療の3拍子(原点から現点。そして頂点へ)
演題番号　PD1-4（D）

○木本 慧[1]，藤田 健亮[1]，宮里 実幸[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

Prehospital ECPRを“地域蘇生システム”の頂点として実装する

【はじめに】本発表では、Prehospital ECPRを「地域蘇生システムの頂点」として実装するための要件を整理し、当MC圏における運用設計と成果を提示する。【活動内容】① Conventional CPRの最適化：High-performance CPRを基盤に、早期アドレナリン投与（Ad）と高度気道確保（LT）による換気の適正化を目指す現場型蘇生を実践した。② Dr.carと救急隊の協働：覚知同時要請により広域に展開し、生命兆候や血液ガスに基づく独自の適応基準を運用した。加えて、DSEDなどの高度医療を含む除細動戦略を構築した。③ ECMOセンターによる運用：高スキル人員により、病院前からの集学的治療（体温管理、ガスブレンダーによるECMO管理、輸血）をバンドル化した。全21症例にPrehospital ECPRを実施し、LFT中央値33分、神経予後良好率（CPC 1-2）23.8%であった。また、同期間の全院外心肺停止患者では、現場Ad実施率80.4%、LT実施率81.1%、病院前ROSC率33.3%であった。【結論】Prehospital ECPRは単一施設の先進医療ではなく、Conventional CPRの最適化を土台に、MC圏全域を対象として「地域蘇生システムの頂点」として実装されて初めて効果を発揮する。

院外心停止ー蘇生医療の3拍子(原点から現点。そして頂点へ)
演題番号　PD1-5（D）

○天笠 俊介[1]，小向 翔[2]，柏浦 正広[3]，安田 英人[3]，岸原 悠貴[3]，植松 悟子[3]，大久保 雅史[4]
[1]国立成育医療研究センター 救急診療部，[2]東京医科大学，[3]自治医科大学附属さいたま医療センター，[4]ピッツバーグ大学

小児院外心停止における救急隊による病院前高度気道管理の実施タイミングと転帰：北米レジストリの検討

【目的】小児院外心停止 (OHCA) において、病院前の早期高度気道管理 (AAM) と転帰の関連を検討すること。【方法】2011年～2015年に米国・カナダ10地域からレジストリに登録された18歳未満の非外傷性OHCAを対象とした後ろ向きコホート研究。曝露は救急隊接触から初回成功までの時間が10分以内のAAMとした。主要評価項目は退院時生存、副次評価項目は病着時心拍再開 (ROSC) あり、退院時神経学的機能良好 (modified Rankin Scale ≤3) とした。蘇生時間バイアスおよび交絡因子に対処するため、時間依存性傾向スコアを用いたリスクセットマッチングを行った。【結果】対象954例中521例 (54.6%) が病院前AAMを受け、229例が10分以内にAAMを受けた。退院時生存91例 (9.5%)、神経学的機能良好23例 (2.4%)、病着時ROSC154例 (16.1%) だった。10分以内のAAMは退院時生存 (RR 1.93、95%CI 1.01-3.70) と病着時ROSC (RR 1.54、95%CI 1.01-2.35) に関連したが、神経学的機能良好とは関連しなかった（RR 2.41、95%CI 0.68-8.55）。【結語】小児OHCAにおいて、救急隊接触から10分以内のAAMは退院時生存に関連しており、より早期にAAMを行うことが有益であることが示唆された。

動かせ、運命。動かせ、AED。～当たり前に使用するために～
演題番号　PD2-1（E）

○堀 英治[1,4]，宮本 圭造[2]，片岡 竜彦[3]，阪上 正[1]，日根野谷 有宇己[3]，大松 健太郎[4,5]，竹井 豊[4,5]
[1]堺市消防局 総務部総務課，[2]堺市消防局 警防部通信指令課，[3]堺市消防局 救急部救急課，[4]新潟医療福祉大学大学院 医療福祉研究科 保健学専攻救急救命学分野，[5]新潟医療福祉大学 医療技術学部救急救命学科

通信指令によるAED案内の制度的課題：全国消防本部調査と堺市消防局まちかどAED

【目的】119番通報時に通信指令が行うAED案内の実装状況を把握し、管内AED情報の把握体制との関連から制度的課題を検討する。【方法】全国720消防本部を対象にオンライン調査を実施し676本部を解析した。通報時のAED取得指示体制（複数選択）及び搬送依頼体制を整理し、併せて「堺市消防局まちかどAED」の運用状況を記述した。【結果】通報者へ近隣AEDを取りに行くよう常時指示している本部は107本部（15.8%）、行っていない本部は212本部（31.4%）であった。AED設置施設へ連絡し搬送を依頼する運用は565本部（83.6%）で行われていなかった。「堺市消防局まちかどAED」の運用では、指令によるAED搬送事例が確認された。【結論】通信指令によるAED案内の実施状況には消防本部間で差が認められた。AED設置情報を消防が把握する役割は制度上明確に規定されておらず、運用差の一因となっている可能性がある。

動かせ、運命。動かせ、AED。～当たり前に使用するために～
演題番号　PD2-2（O）

○木村 義成[1]，片岡 竜彦[2]，堀 英治[2]，横田 純[2]，髙田 豪士[2]，日根野谷 有宇己[2]，山本 啓雅[3]，溝端 康光[3]
[1]大阪公立大学大学院 文学研究科 地理学教室，[2]堺市消防局，[3]大阪公立大学大学院医学研究科 救急医学教室

空間的・時間的条件に注目したAEDのアクセシビリティ—堺市消防局を事例に—

CPAに対するAEDの利用には3つの条件がある。すなわち、①発生場所に近接したAEDの存在（空間的条件）、②AED設置施設の利用可能性（時間的条件）、③バイスタンダーの存在（人的条件）である。本研究では、2021～23年に堺市消防局管轄内で発生したCPAおよび消防局に登録されている「まちかどAED」の情報を用い、空間的条件（CPA発生場所から100m以内）および時間的条件（CPA発生時にAED設置施設が利用可能）に基づき、AEDへのアクセシビリティを評価した。表1に示すように、全CPAに対するバイスタンダーAED持参率は、2021年18.1%、2022年17.9%、2023年15.9%であった。一方、空間的・時間的条件を満たしたCPAに限定すると、バイスタンダーAED持参率は2021年41.7%、2022年47.7%、2023年41.2%であった。以上より、バイスタンダーによるAED持参を促進するには、空間的・時間的条件を踏まえたAED設置場所の検討が重要であることが示唆された。

表1. 堺市消防局管轄内におけるAEDとCPA

	2021年	2022年	2023年	3年間
まちかどAED（台）	692	1,339	1,949	-
全CPA（件）	891	1,045	985	2,921
バイスタンダーAED有（件）	161	187	157	505
全CPAに対するバイスタンダーAED有（%）	18.1%	17.9%	15.9%	17.3%
発生場所から100m以内、かつ利用可能なAEDがあったCPA（件）	48	132	204	384
バイスタンダーAED有（件）	20	63	84	167
CPAに対するバイスタンダーAED有（%）	41.7%	47.7%	41.2%	43.5%

動かせ、運命。動かせ、AED。～当たり前に使用するために～
演題番号　PD2-3（D）

○浅井 英樹[1]，木下 有紗[1]，村上 公子[1]，伴 理紗子[1]，谷口 徹[1]，井上 洋平[1]，堀口 桃子[1]，大崎 徹[1]，山本 幸治[1]，宮崎 敬太[1]，川井 廉之[1]，福島 英賢[1]
[1]奈良県立医科大学付属病院 救急科

奈良県における院外心停止発生地点とAED利用可能性の地理的検討

【目的】院外心停止（OHCA）の多くは自宅で発生するが、通信指令員によるAED使用の口頭指導は限定的である。本研究は、地理情報システム（GIS）を用いて、自宅発生OHCAにおけるAED利用可能性と通信指令対応の現状を明らかにすることを目的とした。【結果】2015～2020年に奈良県で発生したOHCAは4,582件であり、県内に設置されたAED位置情報と統合したGIS解析を行った。100m圏内にAEDが存在した症例は1,831件（40.0%）であった。多くのAEDが平日日中のみ利用可能であることから平日日勤帯（8:00-20:00）に限定すると、該当症例は327件（7.1%）に減少した。この327件のうち自宅発生OHCAは215件（72.3%）であったが、通信指令員がAEDに言及した症例は1例のみであった。【考察】自宅発生OHCAにおいてもAEDが利用可能な症例は存在するが、利用時間帯の制約に加え、通信指令員による行動誘導がほとんど行われていなかった。通信指令員がAED使用を積極的にドライブする体制の再検討が必要と考えられる。

動かせ、運命。動かせ、AED。
～当たり前に使用するために～
演題番号　PD2-4（E）

○伊藤 正幸[1]
[1]小牧市消防本部 消防署

児童・生徒がAEDを当たり前に使えるようにするために教員と協力した取り組みについて

児童・生徒向けの講習を学校と消防本部が協働で進めていき、救命の連鎖の中でＡＥＤが「当たり前に使われる存在」となるためには、小学生及び中学生の時期に心肺蘇生教育を実施していくことが重要ではないかと考える。そこで、本市では令和4年度から小中学生の心肺蘇生教育の統一を図る目的で教員を対象にした応急手当普及員講習を開催、その後応急手当普及員に認定した教員により授業での救命入門コースを開催している。結果4年間で33名の教員を応急手当普及員に認定、市内半数以上の小中学校に在籍をしている。特に小学校では高学年だけではなく、低学年に対しても教員と協力することにより、ＡＥＤを使う前段階である「倒れている人の異常を判断する」「周囲の大人を呼びにいく」「ＡＥＤの設置場所を知り取りにいくことができる」を中心に児童の関心を引くような授業を展開している。このようにＡＥＤが「当たり前に使われる存在」となるための下地を低学年から築き上げ、高学年、さらに中学生へと段階的に繋げる取り組みについて、アンケート結果から見えてきた効果と課題を交えて報告する。

動かせ、運命。動かせ、AED。
～当たり前に使用するために～
演題番号　PD2-5（O）

○増田 尚美[1]，富田 泰成[2]，若林 徳亮[1]，上原 大[3]，堤 裕紀[4]，國分 亮太[4]，碇谷 初音[4]，藤永 真奈美[4]，羽根 敦也[4]，鈴木 圭[4]
[1]三重大学教育学部 附属小学校，[2]鈴鹿医療科学大学，[3]津市消防本部，[4]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

三重大学教育学部附属小学校における救命教育の取り組み
～子どもメディカルラリーを活用した学びの深化～

【背景】 European Resuscitation Council（ERC）は12歳以降の段階的な救急教育を推奨しているが、日本では小学生への体系的な救急教育は十分に導入されていない。当校では2021年より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と連携し、5・6年生を対象とした救急教育を実施してきた。【取り組み】 本年度は知識と技術の定着を目的に「子どもメディカルラリー」を導入した。①事前学習、②医療者によるハンズオン、③競技前のグループワーク、④実践とフィードバックの4段階で構成し、③では心肺蘇生やAED使用手順、成人への応援要請の判断について児童間で議論させ、その内容をモニタリングした。【結果】 競技前のグループワークでは、児童がAEDの使用方法や胸骨圧迫の実施に関する役割分担などを自発的に再確認する発言がみられ、発話分析からは不安の共有、役割調整、救命手順の構築という段階的な学習プロセスが確認された。メディカルラリー形式はAED使用に対する心理的障壁を下げ、判断プロセスの理解を促した。【まとめ】 大学病院と連携した体験型教育は、小学生におけるAED理解と救命行動への主体性向上に有用である可能性が示唆された。

動かせ、運命。動かせ、AED。
～当たり前に使用するために～
演題番号　PD2-6（O）

○長野 庄貴[1]
[1]日本AED財団

なぜ現場は講習どおりにいかないのか？救命講習会と現実とのギャップ
～バイスタンダー体験から見えた課題～

演者は一般市民としてランニングの練習中に心肺停止現場に遭遇し、バイスタンダーとして胸骨圧迫とAEDを実施した経験がある。事前に救命講習会を受講していたものの、実際の現場とはかけ離れていると感じた。主な相違点は以下の4点である。①呼吸の有無の判断の難しさ。講習会では人形を用いるが、呼吸していないことは明白。一方、現場では生身の人間が呼吸しているかどうかを判断するのは極めて難しく、呼吸があると誤認する可能性が高い。②AEDが現場に届くかどうか。講習ではAEDは近くにある前提だが、実際にはAEDが現場に到着するまでに時間がかかることが多い。③衣服を脱がしてAEDのパッドを貼る難しさ。講習会の人形は脱ぎやすい服だが、実際には前開きではない衣服やリュックを背負っていることもある。④救急車到着までの時間。講習会では短時間の胸骨圧迫にとどまるが、実際には救急車が到着するまでには約10分を要し、体力的な負担が大きい。救命講習会と実際の現場とのギャップを認識し、その差を埋める講習会を行うことが一般市民の心理的ハードルを下げるうえで重要であると考える。

AIを利用してどんどん論文を書こう―私のAI活用法―
演題番号　PD3-1（D）

○大須賀 章倫[1]
[1]JCHO 中京病院 救急科

市中病院救急医における生成AIを活用した論文作成の工夫

研究支援体制が限られる環境にある市中病院の救急医にとって、過密な臨床業務の中で研究活動や論文執筆を継続することは容易ではない。近年、生成AIの進歩により論文作成支援が注目されているが、その実際の使い方や限界については、現場の視点から十分に共有されているとは言い難い。本パネルディスカッションでは、市中病院に勤務する救急医の立場から、これまで自身が行ってきた生成AIの活用経験を整理し、その実情を紹介する。文献検索、文章整理、英文校正などを目的に、生成AIを用途別に使い分けてきた。一方で、論文の網羅的収集や図表・イラスト作成においては精度に限界があり、最終的な調整は人手で行っている。生成AIは代筆者ではなく、思考を整理する補助的ツールとして位置づけており、その活用には一定の時間と試行錯誤を要するのが実情である。今後は、論文作成支援にとどまらず、思考過程を可視化する手段として研究・論文教育への応用可能性についても議論したい。

AIを利用してどんどん論文を書こう―私のAI活用法―
演題番号　PD3-2（D）

症例報告×AI：臨床と途上国研究から学ぶ、質を落とさない執筆の工夫

○青木 義紘[1]，早川 航一[1]，田﨑 修[2]
[1]長崎大学病院 高度救命救急センター 救急・国際医療支援室，[2]長崎大学病院 高度救命救急センター

症例報告は「珍しい」だけでは読まれない。臨床の現場で何が学べるのか、どこに落とし穴があったのかまで踏み込んで初めて価値が生まれる。演者はこれまで、小児診療から成人救急へと領域を広げるなかで多様な症例報告に取り組み、さらにフィリピンにおける蛇咬傷の診療と資源制約下での研究・共同執筆を経験してきた。生成AIは症例報告の執筆過程において有用なツールとなりうる。演者自身、AI の専門家ではないが、日常の執筆作業に生成AIを取り入れてきた。背景情報の整理、類似症例の探索、原稿の骨組み作成、投稿規定やガイドラインに沿った体裁の調整、文献リストやカバーレターの下書きなど、定型的な作業の効率化に力を発揮する。一方で、症例の事実確認、筋の通った臨床推論の構築、そして倫理的手続きの遂行は、AIによる効率化が及ばない、著者の判断そのものが問われる領域である。本発表では、非専門の立場から実践しているAI活用の具体例とあわせ、症例の選び方から倫理手続き、論文構成の型、研修医や海外共同研究者との執筆における指導の工夫まで、AI時代においても変わらない基本を、演者自身の臨床・研究経験をもとに共有する。

AIを利用してどんどん論文を書こう―私のAI活用法―
演題番号　PD3-3（D）

AIは執筆の時短ではなく着想の源泉である：臨床の違和感を研究テーマへ昇華させる共同思考

○平山 敬浩[1]
[1]京都山城総合医療センター 救急部・麻酔科

【背景】昨今、AI活用は論文執筆の「作業効率化」として語られがちである。しかし、多忙な臨床医が研究に着手できない最大の障壁は、「何を書くべきかが定まらない」という「着想の枯渇」にある。【目的】AIを単なる執筆補助ではなく、臨床現場の違和感を構造化し、即座に「研究テーマ」へと昇華させるための“共同思考パートナー”として活用する意義を提示する。【方法・結果】救急現場における２つの違和感に対し、AIとの対話を実践した。１．除細動パッド貼付位置の偏位（Microな手技）：AIとの壁打ちにより、個人の手技ミスではなく「Training Scars」という教育環境の構造的欠陥であるという仮説を導出した。２．Sick　Driver対応の停滞（Macroな判断）：外傷と内因性疾患が混在する際の認知負荷に対し、AIはマイナ保険証の意義を再定義し、現場での議論終了直後に研究計画を具体化することで、迅速な合意形成と新たなプロトコル創出に寄与した。【結語】AIの本質的価値は、埋もれている「現場知」を瞬時に「学術知」へと変換し、実装を加速させる点にある。本セッションでは、新たな研究スタイルを提案する。

AIを利用してどんどん論文を書こう―私のAI活用法―
演題番号　PD3-4（D）

ChatGPTを用いたR解析― AI時代に臨床医はどこまで統計を理解すべきか ―

○大本 亮輔[1]，岡田 直樹[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

近年、ChatGPTをはじめとする生成AIの普及により、医学研究における統計解析の実装環境は大きく変化している。従来、Rは柔軟性に優れる一方でコード記述の難しさから、SASやSPSSなどのGUIベースの統計ソフトが臨床医にとって使いやすい選択肢であった。しかし、これらの統計ソフトでは、因果推論を意識した解析やCox比例ハザードモデルの拡張、ベイズ解析など、近年重要性が増している手法を十分に実装できない場合が多い。ChatGPTの導入により、プログラミング初心者であってもRのコードを容易に生成できるようになり、解析実装の障壁は著しく低下した。一方で、モデル選択、交絡の扱い、パラメータ推定や信頼区間の解釈といった統計学的判断はAIに委ねることはできず、研究者自身の基礎的な統計理解に依存している。生成AIは統計解析を代替するものではなく、臨床医の統計的思考を実装する補助ツールとして活用されるべきであり、本演題では、筆者が実際に執筆した論文での経験をもとに、AI活用の利点と限界を検討する。

AIを利用してどんどん論文を書こう―私のAI活用法―
演題番号　PD3-5（D）

AI支援によるシステマティックレビューとメタアナリシス：Nexobridのエビデンスを統括する

○下条 佳怜[1]，岡田 直己[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

【背景】システマティックレビュー（SR）はEBMにおいて重要な役割を果たすが、膨大な文献の精読と統合には多大な労力を要する。近年、大規模言語モデルを含むAI技術の進歩により論文執筆の効率化が可能となった。本研究では、熱傷診療における最新の治療選択肢であるNexoBridを題材に、AIを活用してSRおよびメタアナリシスを完遂した具体的な手法を提示する。【方法】PubMed等で抽出した文献に対し、AIを用いたスクリーニング支援ツールを導入し、適合性の判定および翻訳作業を効率化した。得られた知見に基づき、AIを用いて論理構成の精緻化や複雑な統計手法の解釈、論文のドラフト作成を行った。データ解析には統計ソフトEZRを用い、可視化資料（Figure/Table）や引用文献リストの整理、さらには投稿後の査読対応を想定した質疑応答のシミュレーションについてもAIによる支援を組み込んだ。【結論】AIを研究の各フェーズで適切に運用することで、研究の質を担保しつつ迅速なエビデンス統合が可能となった。

AIを利用してどんどん論文を書こうー私のAI活用法ー
演題番号　PD3-6（D）

○五十嵐 豊[1,2]
[1]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター, [2]日本医科大学救急医学教室

LLM時代の論文力　—精読こそ最強のトレーニング—

大規模言語モデル(LLM)は、論文執筆を支援する有用なツールとなったが、アイデアとデータを与えるだけで論文は完成しない。reporting guidelineに沿った明確なプロンプト設計とhallucinationの排除が実用上の核心である。具体的に、私は各sectionでLLMの役割を分けている。Introductionでは疫学的背景の整理や先行研究の俯瞰・構造化、Methodsでは統計解析コードの作成、Resultsでは表や図に対応した要約の作成、Discussionにおける先行研究との一致・不一致の整理に用いている。さらに「批判的な査読者」という役割を与えてレビューさせている。ChatGPT、Gemini、Claudeはそれぞれ異なる癖を持ち、冗長な反復表現や引用情報の誤生成など共通の弱点もある。引用文献は必ず一次情報に当たって確認し、最終的な記述の責任は研究者自身が負わなければならない。LLMが論文を書ける時代において、執筆力を養う方法は何か。本物の美術品を数多く見ることで贋作を見分ける眼が養われるのと同様に、一流の論文を精読することは、執筆力を磨く最も普遍的な方法であり、この点はLLM登場の前後で変わらない。LLMは多作を可能にするが、書く力そのものはLLMだけでは身につかない。

AIを利用してどんどん論文を書こうー私のAI活用法ー
演題番号　PD3-7（D）

○米田 和弘[1]，蛯原 健[1]，松浦 裕司[2]，貫和 亮太[3]，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]大阪府立中河内救命救急センター, [3]八戸市立市民病院

データ以外に必要な論文作成の要素- AI×指導者

【背景】当教室では「データ収集」という研究障壁を解決するため、2025年より臨床研究基盤DataVerse Japanを運用開始した。データアクセス環境が改善された現在、研究実施や論文作成におけるAIの位置付けと指導者の役割を明らかにする。【方法】DataVerse Japan利用経験を有する研究者を対象にアンケート調査を実施した。調査項目は論文執筆の障壁、AI活用状況、AI使用用途、AIや指導者に期待することなど計20項目とした。【結果】20名（後期研修医12名）から39研究テーマの回答を得た。主な障壁はテーマ設定4名（20%）、解析手法4名（20%）、時間不足3名（15%）、書き方が不明3名（15%）であった。39研究中35研究でAIが使用され、用途は文献検索17研究（45%）、プログラミング16研究（42%）、図表作成14研究（37%）であった。AIには情報処理が期待されており、指導者には思考支援、臨床判断、動機付けなど多面的役割が求められていた。【結語】AIは作業支援に有用である一方、研究の方向性・臨床解釈・動機づけには指導者の役割が不可欠であり、両者の適切な役割分担が重要である。

働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策
演題番号　PD4-1（D）

○山本 篤史[1]，市川 元啓[1]，池上 徹則[1]
[1]倉敷中央病院 救急科

働き方改革下で進む救急搬送の再編と集中—岡山県データと現場戦略—

【背景】医師の働き方改革により救急受入縮小が懸念されるが、岡山県における搬送構造の変化と現場対応は十分共有されていない。【方法】施行前後各2年間の岡山県救急搬送データを解析し、搬送困難件数・拒否率の圏域/医療機関別の変化に加え、自施設で実施した対策を整理・記述した。【結果】県全体の平均値に大きな変化はなかった一方、県北では小規模施設での受入制限が示唆され基幹病院への負担集中がみられ、県南でも一部施設への搬送集中が進行していた。当院では①整形疾患の即日転院パス、②内科短期入院パス、③救急救命士による下り搬送と増員、④サージ時の看護師追加配置、⑤薬剤師・臨床検査技師の救急外来参加を実施した。【考察/結論】働き方改革後も平均値では捉えにくい「負担の分布」の偏りが示唆された。単施設の努力には限界があり、地域内の役割再設計と制度的支援を伴う持続可能な体制構築が重要である。

働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策
演題番号　PD4-2（E）

○尾﨑 洸希[1]，倉持 猛[1]，島居 傑[1,2]，富田 啓介[1,2]，服部 憲幸[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

病院救命士による転院搬送体制の構築とタスクシェアが救急患者受入に与えた影響

【背景】千葉市では救急需要の増加に伴い，搬送先決定に時間を要する救急搬送困難事例の多いことが現状である．この課題を解決する為には，医師等の充足や転院・退院促進による病床の効率的運用など，救急患者受入体制の強化が重要である．当院では診療報酬改定を機に，2024年度から病院救命士による医師のタスクシフトや院内救急車を活用した転院搬送体制を構築し，救急患者受入体制の強化を図っている．本調査では，病院救命士の転院搬送業務を通じた救急患者受入への貢献を検討した．【結果・考察】当院では平成29年より院内救急車を運用し，2024年以降で296件の転院搬送を実施した．283件に病院救命士が関与し，216件（76.3%）で医師同乗はなかった．これにより，170.8時間(47.4分/件)の医師業務負担軽減となった．また，救急科の救急患者受入数は2,360件（2023年）から3,372件（2025年）へ増加した．【結語】病院救命士による転院搬送体制の構築は，救急患者受入体制の強化に繋がり，結果として救急患者受入数の増加に寄与した．病院救命士は医師のタスクシフトを通じ，地域医療に貢献できる可能性が示唆された．

働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策
演題番号　PD4-3（D）

年間1,000件から6,000件へ — 働き方改革下で進めた大学病院の役割再構築：岡山大学の実践

○湯本 哲也[1]，上田 浩平[1]，有井 嵩典[2]，本郷 貴識[1]，小崎 吉訓[1]，小原 隆史[1]，野島 剛[1]，塚原 紘平[1]，内藤 宏道[1]，中尾 篤典[1]
[1]岡山大学病院 救命救急科，[2]岡山大学病院 救急救命士

当院では従来、年間1,000件前後であった救急搬送受入件数が、コロナ禍における搬送困難事例の増加を契機に、2021年以降積極的に応需する方針となり、現在では年間約6,000件を応需している。本取り組みは2024年本学会および日本臨床救急医学会雑誌にて報告したが、その後も体制の進化を重ねている。主な施策は、①院内連携強化による診療体制の再構築、②地域医療機関との院外連携の深化、③病院救命士を中心としたタスクシェア・タスクシフトの拡充に加え、近年新たに④県医師会と連携した高齢者施設向け電話相談窓口を設置した点である。さらに⑤徹底したシフト制と指導医によるカバーリング体制を強化し、持続可能性を高めている。これらの発展的取り組みにより、救急搬送受入の増加と働き方改革下での体制維持を両立しつつ、地域全体の安全・安心の確保に努めている。本発表では、この進化の過程を共有し、地域救急体制の将来像を議論する契機としたい。

働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策
演題番号　PD4-4（D）

マルチプレーヤー（ER医）こそ働き方改革時代の鍵である

○水 大介[1]，東 秀律[1]，宮本 将太[1]，石村 圭位[1]
[1]大阪赤十字病院 救命救急センター

多くの施設で救急医療は救急医だけで完結しない。救急医はシフト勤務であることも多く、働き方改革の影響は少ないと言えるが、各専門診療科の業務負担調整は課題であり、十分な救急医がいない病院では尚更である。当院は2022年からER医の勤務が始まり、診療体制を刷新した。人員の問題から救急医の24時間勤務体制は未だ実施できていないが、2025年の救急車搬入数は13,077件であった。多くの救急患者を受け入れてきた一方で、各専門診療科は入院患者対応により専念できるようになった。ER医は救急外来を主戦場としているが、多くの役割を担っている。救急患者の増加による病院経営への貢献、重症患者診療、RRS対応などがあるが、当院では早期転院が可能な救急患者への対応を救急科が積極的に関与することで、各専門診療科の業務負担軽減だけでなく、地域医療機関との連携にも重要な役割を担っている。2025年の下り搬送は330件であり、その80%は救急科で対応しており、救急診療の入り口から出口の流れを地域医療機関とともに構築してきている。ER医が働き方改革時代の鍵となることで持続可能な救急診療体制の流れを構築してきた、当院の取り組みを紹介したい。

働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策
演題番号　PD4-5（D）

本当のONE　TEAMへ。高度救命救急センターでハイボリュームERを継続し、社会的需要に応え続ける

○瀬川 悠史[1]，船曳 知弘[1]，渡瀬 剛人[1]，岩田 充永[1]
[1]藤田医科大学病院 救急医学・総合内科学

【目的】高齢化で急増する救急搬送を受け続け、働き方改革下でも地域救急の受け皿を維持する。【方法】藤田医科大学病院ER（搬送約1.3万台/年）で、ER全体を俯瞰できる医師が多職種の業務フローを可視化し、重複作業や無駄を削減し、繁忙時でもミスなく動くシステムを志向。さらに物品の事前セット化などで初療を効率化し、さらにNEXT Stage ERによる事務、医師、放射線部での情報一元共有を行い、タスクシフト/シェアを設計した。【結果】応需率95%以上を維持し高負荷運用を継続。【考察】余力の乏しい現場でも、標準化・情報共有・重複排除が負担軽減と最適化の鍵と思われた。大きな組織の中では変化を起こすには非常に難しいのが常ではあるが、各部署と対話を重ね、患者のためにどうするのが一番よいのかを考え続けることが、現場に自ら考える風土を醸成し、現場に変化をもたらし、それが前向きなERの業務効率に大きく改善できたと思われた。

働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策
演題番号　PD4-6（D）

遠隔地の大学による地方病院支援モデル：医師派遣と地域救急医療再構築の実践

○山川 一馬[1]，水谷 早希[1]，武田 悠莉子[1]
[1]大阪医科薬科大学 救急医学

2024年の医師働き方改革により時間外労働の上限が設定され、地方医療圏では宿日直体制の維持困難化や救急受入制限が顕在化している。我々は大阪医科薬科大学と北海道美唄市の連携により、都市部大学から地方基幹病院への継続的救急医派遣を軸とした地域医療支援モデルを構築した。本取組では単なる人員派遣に留まらず、大学・自治体・消防の三者協働体制を整備し、救急診療支援、院内教育、診療プロトコル整備、搬送後フォロー体制の強化を同時に推進している。さらに、在宅高齢者の健康情報モニタリング研究を併行し、重症化前介入の可能性を検討する社会実装型研究も開始した。本事業を開始した結果、市内救急車完結率の劇的な改善、救急受入安定化、医療従事者負担の分散、地域医療人材育成など多面的成果が得られた。本発表では、都市大学主導型医師派遣モデルの実装過程、定量的効果指標、持続可能な運営条件、政策的示唆について報告し、地域救急医療崩壊に対する実践的解決へ向けた一案を提示する。

働き方改革に伴う地域救急医療崩壊への対策
演題番号　PD4-7（D）

地域全体で挑んだ医師の働き方改革への対策とその後

○椎野 泰和[1]，高橋 治郎[1]，木下 公久[1]
[1]川崎医科大学 救急医学，[2]川崎医療福祉大学

当地区では医師の働き方改革施行前から、地域の救急医療体制維持を目的に、基幹病院、救急告示医療機関、医師会、行政、消防が継続的に協議を重ねてきた。その成果として、2024年4月より地域全体の当直医表の運用を開始し、救急隊による搬送先選定の支援と救急受入体制の可視化を図った。消防へのアンケートでは、当直医表は搬送先選定の参考となり、二次救急医療機関への適切な分散や選定の効率化に寄与すると評価された。実際、2024年4～6月は1～3月と比較して全体応需率が55.7%から67.0%へ改善し、三次医療機関への集中も緩和した。一方、大学病院は地域医療機関への当直医派遣を通じて地域救急医療を下支えしてきたが、勤務時間管理の観点から派遣には一定の制約も伴う。地域全体で持続可能な救急医療提供体制をいかに構築するか、地域全体で持続可能な救急医療提供体制をいかに構築するか、大学病院に求められる役割と限界を含めて考察し報告する。

救急安心センター(#7119)が地域救急医療に与える影響
演題番号　PD5-1（O）

＃7119の全国展開に向けた消防庁の取組について

○辻 正一[1]
[1]総務省消防庁 消防・救急課救急企画室

消防庁では、住民に安心・安全を提供するとともに、救急車や医療機関等の地域の限られた資源を有効に活用することを目的に、救急安心センター事業（＃7119）の全国展開を推進しており、令和8年4月1日現在、全国41地域で導入されている。＃7119は、住民が急な病気やケガの際に、医師や看護師等の専門家が相談に応じ、緊急性を判断した上で、受診手段や応急手当の方法に関する助言、医療機関案内等を行う電話相談事業である。令和6年度の「救急業務のあり方に関する検討会」において、事業効果が改めて確認されるとともに、事業の質の向上の重要性が示されたことを受け、消防庁では、未実施団体における導入検討にあたっての課題解決に資する情報提供や、実施団体における事業の質の向上等に資する取組の情報共有等を行っている。今後も救急需要の増大及び多様化が懸念される中、不急の救急出動の抑制や、救急医療機関の受診の適正化につながる等、＃7119の重要性はますます高まっている。消防庁では、地域ごとの課題や状況を把握しながら、各地域の実情に即した形での全国展開を推進するとともに、実施団体において実効性のある取組が更に進むよう支援していく。

救急安心センター(#7119)が地域救急医療に与える影響
演題番号　PD5-2（E）

救急需要の“防波堤”となり得るか—救急安心センターおおさかの効果と課題

○本池 圭蔵[1]
[1]大阪市消防局 救急部救急課

救急安心センターおおさかは「不要不急の救急出動の抑制」と「潜在する重症者の発見・救護」を目的に住民からの救急医療相談及び医療機関等の問い合わせに対し、看護師が医師の支援体制のもと24時間365日対応しています。平成21年の#7119導入後、搬送人員に占める軽症割合が低下したことから、不要不急の救急要請の抑制に寄与したことが示されました。利用者アンケートにおいて「#7119がなければ、その時どうしていましたか」という問いに、39.1%の人が「119番通報して救急車を呼んでいた」と回答していることから、相談機会を確保することで救急要請の“入口”として一定の効果が示されました。一方、増加傾向にある救急需要の防波堤としてより一層機能させるためには、認知度(40.1%)のさらなる向上が課題です。同アンケートでは、#7119を知ったきっかけは自治体広報誌が最多となっており、今後はSNS等を活用し幅広い世代への周知強化が求められます。加えて、薬の飲み合わせなど事業範囲外の相談も1割程度あり、事業内容を正しく発信、周知することが不可欠となります。これらの取り組みの今後の展望にも触れ#7119が果たすべき役割について検討します。

救急安心センター(#7119)が地域救急医療に与える影響
演題番号　PD5-3（D）

＃8000・＃7119・ファストドクター導入に伴う救急外来事務員向け受診相談の電話対応手順書の作成

○岩下 具美[1]，小山 斗夢[1]，山﨑 健[1]，大石 祐希[1]，森 幸太郎[1]，市川 通太郎[1]，三山 浩[1]，岨手 善久[1]
[1]長野赤十字病院 救命救急センター

【背景】当院は救命救急センターである。当医療圏は二次輪番制（急病センター）があるが近年の医師の働き方改革や集約化で当院は軽症・中等症の救急車搬送が増加にある。同様に患者・家族から電話による受診相談も多く事務員や看護師業務の支障となっている。また応対内容にバラツキがある。【目的】＃8000・＃7119・ファストドクターを活用した事務員向け受診相談の電話対応手順書を作成する。【方法】Step1：緊急性の高いkey word（胸痛・意識障害・痙攣・運動麻痺‥）を確認し該当時は救急車で来院を勧める。Step2（Step1に該当せず）：当院に定期的に通院してる病態の悪化について確認し該当時は来院を勧める。Step3（Step2に該当せず）：曜日・時間帯により診療所・急病センター・＃8000・＃7119・ファストドクターを案内する。上記骨子で小児と成人の手順書作成【結果】本手順書運用に伴う救急車搬送数・救急車以外の来院（walk in）数・救急外来から入院となる比率や重症度は著変なかった。1件当たりの電話対応が短時間となり、事務員から看護師への転送が減った。【考察】本手順書の作成は事務員・看護師の受診相談業務を軽減させ、応対（医療）内容を明確にさせた。

救急安心センター (#7119) が地域救急医療に与える影響
演題番号　PD5-4（D）

○森村 尚登[1,2]，杉田 学[2]，織田 順[2]，櫻井 敦[2]，高橋 耕平[2]，問田 千晶[2]，鷺坂 彰吾[2]，大田 祥子[2]，安部 猛[2]，伊藤 重彦[2]，仲野 友康[2]，吉木 輝仁[2]，平沼 直人[2]，猪口 正孝[2]，新井 悟[2]，別所 正博[1,2]，坂村 健[1,2]，國枝 孝之[1,2]
[1]東洋大学情報連携学部 学術実業連携機構 (INIAD-cHUB)，[2]令和7年度総務省消防防災科学技術研究班

生成AIを活用した救急電話相談緊急度判定支援システム開発の現況

【目的】 救急安心センター事業（#7119）の緊急度判断支援のための大規模言語モデル（LLM）を活用したアプリケーションの開発とそれに基づくシステムの提案。【方法】「令和7年度総務省消防防災科学技術研究班（https://sharp4aproject.com/）により①大都市#7119データ利用時の法的課題と対策の整理。②緊急度判定プロトコルVersion 3、プロトコル運用マニュアルをLLMに投入、緊急度判断に係るプロンプトを入力。2025年中の音声データ187件とテキストデータ145,372件を匿名化。③LLM判断精度検証法の検討。④実運用の課題と対策の整理。【結果】①音声データ使用は個人情報保護法の制約を受けないと解釈、ただしオプトアウトと匿名化を推奨。②音声データの氏名、電話番号等を削除して匿名化。LLMはGemini 2.5 Pro。③現行判断との一致率、医師による随時の挙動変更等。④現行業務への組み込み等を示した仕様素案を作成。【結語】開発の進捗を示した。今後はアプリケーションの精度検証、オープンイノベーション実現のための課題整理と成果物品質管理の仕組みの展開に取り組む。

高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて~全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち~
演題番号　PD6-1（O）

○上田 有紀[1]
[1]大阪府健康医療部 保健医療室 保健医療企画課

新たな地域医療構想について

現行の地域医療構想は、一般病床と療養病床について、病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）毎の将来の医療需要及び病床数の必要量を推計し、2025年のあるべき医療体制の姿を明らかにするとともに、その実現に必要となる施策の方向を示すものである。大阪府においても、同構想に基づき、医療関係者と行政が一体となって、「大阪アプローチ」として独自の診療実態分析の見える化や全病院参加型の協議の推進などにより、病床の機能分化・連携を促進してきた。今後は、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等が見込まれる2040年とその先を見据え、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある。そのため、2026年度以降、各都道府県が策定・推進する「新たな地域医療構想」においては、病床だけでなく、医療機関機能に着目した機能分化・連携のほか、外来・在宅、介護との連携、人材確保、精神医療等も新たに含むこととされており、救急の出口問題に関係する新たな地域医療構想の内容について概説する。

高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて~全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち~
演題番号　PD6-2（MS）

○鴎端 洋人[1]
[1]神戸市立医療センター中央市民病院 患者総合支援センター

転帰先確保へ向けた退院支援の取り組み
～「断らない救急」を支える「断られないソーシャルワーク」～

【目的】当院は「断らない救急」を掲げ、1次から3次救急まで受け入れる地域の最後の砦として空床確保が重要課題である。しかし、身寄りなし、経済的困窮等のソーシャルハイリスク（以下SHR）患者は転帰先調整が難航する。本発表では、調整円滑化に向けた当院の取り組みとその成果を報告する。【方法】1）救急入院患者への全例介入と早期スクリーニング、2）困難事例のSHRカンファレンス実施、3）DXによる支援進捗の可視化、4）メゾ視点での地域MSWネットワーク構築の推進を実施した。【結果】救急フロアの介入率は前年比で35.1％上昇し、調整日数は0.9日短縮した。一方で、SHR群は非SHR群に比べ在院日数が6.8日長く、経済的困窮が最大要因であり、転帰先分布にも顕著な差が見られた。支援の可視化やネットワーク推進に関しては、継続した連携の重要性が示唆された。【結論】円滑な転帰先確保には、医療的な調整に先立ち、社会的問題の解決・整理を図る介入が不可欠である。地域連携を通じた「断られないソーシャルワーク」の実践は、救急応需力の維持に寄与するだけでなく、地域と共に支える医療・福祉体制への変容を促すと考える。

高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて~全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち~
演題番号　PD6-3（MS）

○中村 友美[1]
[1]刈谷豊田東病院 医療福祉室

慢性期医療機関における高齢者救急への対応

【背景】当院は愛知県刈谷市（人口15万人）に位置する198床の慢性期医療機関である。在宅や施設で暮らす高齢者が急性増悪した際、三次救急病院での入院適応はないが、入院の必要がある場合の入院受け皿がないことが地域の課題となっている。【方法】当院では従来から三次救急病院（救急）外来に受診した結果、入院の適応がないものの、在宅での生活は難しいと患者家族から訴えがあった場合、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）部門が窓口となって入院受入を行っている。加えて、2023年7月からは地域包括ケア外来を開設し診療所や施設からの入院受入を行っている。【結果】MSW部門による三次救急病院（救急）外来からの入院実績は、2023年度30件、2024年度30件、2025年末までに6件であった。また、地域包括ケア外来の対応件数は2023年度10件、2024年度40件、2025年末までに30件であった。【結論】慢性期医療機関におけるMSW部門と地域包括ケア外来での入院受入は、三次救急病院での入院は不要と判断された患者の入院を回避し、また診療所や施設における急性増悪患者の入院ニーズに対する後方支援の役割を担い、高齢者救急の出口問題への一助になる。

高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて~全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち~

演題番号　PD6-4（MS）

救急におけるクラウドシステムの活用とソーシャルワーク支援

○阿部 靖子[1]
[1]東京科学大学病院 医療連携支援センター

当院は東京都23区中心部に位置し、昼夜人口差が大きい地域特性を有する。そのため救急搬送患者は遠方居住者も多く、特に高齢重症例では自宅退院が困難となり、日常的に連携のない地域との情報共有や転院調整が必要となる。加えて救急領域ではソーシャルハイリスク症例が多く、ESWがその支援を担っているが、多重課題への対応と支援の質を維持した業務効率化の両立が課題であった。そこで当院は2022年6月よりクラウドシステムによる転院調整を導入し、職種横断的に活用できる体制を構築した。結果として業務効率化や安全性向上など一定の効果が認められた一方、異動や交代により定期的に入れ替わる医師への周知が困難である点や、システム上のやり取りだけでは十分に伝えきれないESWならではの視点があることが、新たな課題として明らかになった。本発表では導入から数年が経過した当院における現状課題の整理と今後の展望について報告する。

高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて~全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち~

演題番号　PD6-5（MS）

仙台市救急医療病院間連携推進事業の活用　～地域の救急医療を俯瞰し、アセスメントする～

○澤井 彰[1]，畠山 稔[1]，山内 聡[1]
[1]仙台市立病院 総合サポートセンター

わが国の救急搬送の現状は、救急出動件数及び搬送人員が過去最多を記録する等、増加傾向にあり、仙台市も例外ではない。こうした状況下で、仙台市は令和6年9月より「仙台市救急医療病院間連携推進事業」を開始した。本事業は、救急受入病院と治療終了後の軽・中等症患者を受け入れる支援病院の役割分担を明確化し、デジタル転院調整システムを活用することで、救急応需率の向上と病床確保を図るものである。　当院も事業開始と同時に参画し、令和6年度に107件の転院を実施した。平均在院日数は7.1日で、45％が5日以内の早期転院であった。尿路感染症や誤嚥性肺炎など、従来入院が長期化しやすい事例で顕著な効果があった。一方、転院が早まることで退院支援が「業務化」し、患者背景の丁寧なアセスメントとの間で葛藤を感じる場面も少なくない。その解決には、個々の患者だけでなく、地域の救急医療を俯瞰し、アセスメントする姿勢が必要である。地域の救急医療を守るためには、早期転院推進と患者の安心・安全な生活支援の両立が求められる。　本セッションでは、地域連携の強化と支援の質向上を目的とした当院の地域ケア会議の取り組みについても紹介する。

高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて~全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち~

演題番号　PD6-6（MS）

救急外来から地域につなぐ帰宅支援

○和田 真奈美[1]
[1]高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 地域医療連携室

高知県は高齢化率36.1％と全国第2位（2022年人口推計）であり、高齢単身世帯の割合は17.8％と全国第1位である（2020年国勢調査）。また救急車搬送患者のうち65歳以上の高齢者が71％を占め、その中でも75歳以上の後期高齢者の割合は年々増加している。さらに軽症患者が44・5％と全体のおよそ半数を占めている。　このような地域特性の中、当院は三次救急を担う自治体病院として、高度急性期医療のみならず、増加する軽症高齢者の救急搬送にも対応してきた。救急外来受診後、医学的には入院適応がなく帰宅可能であるものの、社会的支援につながっていない高齢単身世帯や高齢夫婦世帯に対して「このまま帰宅させて大丈夫なのか」という帰宅後の生活への懸念が課題となり、2019年にワーキンググループを立ち上げ、帰宅支援の取り組みを開始した。　救急外来から帰宅後に在宅での生活困難が予測される患者に対してフローチャートに基づいてアセスメントを実施し、社会的支援の導入・拡充を図るとともに、重症化や再搬送の予防を目的として多職種連携による情報のリレーで地域へケアをつないでいる。当院における救急外来からの帰宅支援の取り組みについて報告する。

高齢者救急の出口問題の現状と取り組みについて~全国6ブロックの医療ソーシャルワーカーが伝える支援のかたち~

演題番号　PD6-7（MS）

医師派遣を主軸とした後方支援病院との転院連携の取り組み

○堀内 茅加[1]
[1]飯塚病院 医療福祉室

【背景・目的】三次救急を担う当院では、急性期治療後の円滑な転院が病床機能維持に不可欠であるが、後方支援病院との転院調整に時間を要するという課題があった。一方、後方支援を担うA病院は、空床はあるものの医師不足により受け入れ制限があり、病床稼働率向上が困難であった。これらの課題解決を目的に、2025年３月より当院総合診療科医師をA病院へ派遣する取り組みを開始した。【方法】派遣医師はA病院の一般病棟・地域包括ケア病棟における内科系疾患の診療を担当した。ソーシャルワーカー（以下MSW）は派遣医師へ直接転院相談を行い、即時に受け入れ可否を確認後、A病院の病床管理担当者と日程調整を行った。また、転院調整フローを可視化し、転院遅延要因を整理・共有した。【結果】前年同期間と比較して、転院相談から転院までの平均所要日数は12.5日から5.6日に短縮した。【まとめ】医師派遣体制とMSWによる調整は転院の迅速化に寄与した。本発表では運用状況と本取り組みにおけるMSWの役割について報告する。

救急画像検査最前線 1
演題番号　PD7-1-1（R）

初療室における救急超音波の現在地と技師の役割

○和田 悠平[1]
[1]医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 放射線技術科

【現在地】POCUSの概念が広く浸透し、臓器別・病態別に体系化された走査法が確立されつつある。腹腔内出血評価のFASTは広く知られ、肺評価を加えたE-FASTやショック評価であるRUSHなど、より包括的なプロトコルへ発展してきた。最近では輸液反応性の予測など生理学的評価にも活用され、重要な診療意思決定ツールとなっている。超音波装置の高性能化・小型化が急速に進み、ポータブル装置でも据え置き型と遜色ない画質が得られる点は普及の要因となっている。これにより、重症患者のみならず多くを占める中軽症患者のアセスメントとしても重要性を増している。【技師の役割】救急初療を担う初期研修医にとって、手技習得の関心は高いものの学習機会や時間は限られ、「使いたいが使いこなせない」ジレンマを抱えることが多い。超音波診療は迅速かつ正確な描出と的確な画像解釈が求められ、成功体験を積めないと超音波離れを助長させる要因になる。当院では技師が初療室へ駐在し、医師の超音波技術支援をすることで診療の質向上や効率化に大きく貢献している。本発表では、救急超音波の動向の概説とともに救急現場における技師の役割について考察したい。

救急画像検査最前線 1
演題番号　PD7-1-2（R）

集中治療病棟におけるポータブル動態胸部X線撮影の運用と被ばく対策

○髙倉 永治[1]
[1]聖マリアンナ医科大学病院 診療放射線技術部

集中治療において、胸部（肺野）領域の病態は、患者の生命予後、入院期間や、退院後も含めたQOLを左右する重要な要因であり、病態評価や治療方針決定において画像診断の果たす役割は大きい。画像診断検査としては、胸部単純X線撮影やCT撮影などが一般的に広く用いられるが、2018年から実用化されたDynamic Chest Radiography(DCR) は、X線動画撮影・動態解析技術を用いる事により、動きや生体機能の見える化・定量化を可能とし、2022年には回診車にも拡張され、集中治療病棟でのポータブル撮影が可能となった。動態撮影は、パルスX線を連続照射することで患者の呼吸に伴う肺や横隔膜などの構造物の動きを可視化し、従来の静止画の胸部単純X線撮影に比べて非常に多くの情報を与えてくれる。しかし患者本人の医療被ばくはもちろん、病棟撮影という性質上、医療従事者の職業被ばく、同室の患者の公衆被ばくは、通常のX線撮影に比べて増加する。本発表では、ポータブルDDRの運用の実際を、被ばく防護策も示しながら紹介する。

救急画像検査最前線 1
演題番号　PD7-1-3（R）

救急現場におけるMRI画像診断を支える撮像プロトコルの最適化

○井上 勝博[1]
[1]三重大学医学部附属病院 放射線部

救急現場におけるMRI画像診断を支える撮像プロトコルの最適化 当院では時間外救急MRIを脳・脊椎領域に限定して運用しており、急性期脳梗塞疑い症例では単純CTで頭蓋内出血を除外した後、MRIを必須としている。超急性期虚血巣の検出に優れる拡散強調画像とMRAを組み合わせ、虚血評価と血管評価を同時に実施している。この体制を支えるため、撮像時間を短縮した救急専用プロトコルを整備するとともに、AI再構成技術を導入し、画質を担保しながらさらなる検査時間短縮を図っている。さらに撮影マニュアルによる標準化を進め、時間外でも均質かつ再現性の高い検査を実現している。安全面では金属チェックシートを活用し、管理体制の徹底にも努めている。脳MRIではASL（Arterial Spin Labeling）やVWI（Vessel Wall Imaging）を積極的に導入し、主幹動脈病変評価や血管内治療翌日の再灌流後血流評価に活用している。脊椎・脊髄MRIではT2WI、STIR、T1WI、DWIなどを組み合わせ、外傷や感染症の早期診断に寄与している。本講演では、救急現場における撮像プロトコル最適化の工夫について自験例を交えて紹介する。

救急画像検査最前線 1
演題番号　PD7-1-4（R）

命をつなぐIVR ― 救急画像検査の最前線 ―

○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

救急医療の現場では、迅速かつ的確な画像診断と、それに続く治療介入が患者予後を大きく左右する。近年、インターベンショナルラジオロジー（IVR）は、外傷性出血、消化管出血、血管閉塞性疾患など多様な救急疾患に対して低侵襲かつ即効性の高い治療手段として重要性を増している。このセッションでは、救急外来における初期画像評価からIVR適応判断、治療実施までの実際のワークフローを整理し、時間制約下で円滑にIVRへ移行するための体制構築と多職種連携の工夫を概説する。さらに、造影CTを中心とした緊急画像検査のポイント、緊急IVRにおける準備・デバイス選択、放射線技師の役割について症例を交えて紹介し、救急画像検査とIVRが一体となって機能するための実践的知見を共有する。

救急画像検査最前線２
演題番号　PD7-2-1（R）

救急領域におけるPhoton counting CTの有用性

○東 丈雄[1]，中村 洋平[2]，渡邊 朋哉[1]，入澤 太郎[2]，蛯原 健[2]，梅村 穣[2]，織田 順[2]
[1]大阪大学医学部附属病院 医療技術部 放射線部門，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

当院の救命センターでは初療エリアへの設置としては世界初となるPhoton counting CTを２０２５年の２月に導入した。Photon counting CTは検出器に半導体を使用しているためX線フォトンを直接電気信号に変換でき、最小スライス厚0.2㎜の高解像度画像の取得ができる。また、個々のX線フォトンのエネルギー情報も取得できるため、物質弁別や仮想単色X線画像の作成が常時可能となる。今回導入した『NAEOTOM Alpha』は2管球CTであるため、高い時間分解能と最速737㎜/secの高速撮影も可能で、さらにAI技術も導入されており、全身における画像再構成の自動化処理や撮影プロトコルの最適化に活用しうる。　Photon counting CTは２０２１年９月にFDA承認を受け、これまでに臨床的有用性について数多くの報告が行われているが、救急領域における報告数は少なく、その可能性は未知数である。今回、これまでに当院で経験した症例や運用から救急領域におけるPhoton counting CTの有用性について知見を得たので報告する。

救急画像検査最前線２
演題番号　PD7-2-2（D）

救急外来におけるAI支援CT診断の有用性
- 急性虫垂炎の診断および重症度評価支援システムの開発 -

○布施 奈美[1]，岡田 直己[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

急性虫垂炎は頻度の高い急性腹症であり、正確な診断および重症度評価に基づく迅速な治療方針決定が重要である。診断には身体所見、超音波検査、CT検査が用いられ、CT検査は確定診断に広く用いられる。急性虫垂炎は夜間休日の専門医不在時には非専門医が診断担う機会が多いが、その際のCT診断の精度には課題が残る。本研究では、専門医不在時でも正確なCT診断に基づく迅速な治療介入を目的とし、機械学習モデルを用いた急性虫垂炎の診断および重症度評価支援システムを開発した。当院で虫垂炎または虫垂炎疑いと診断された1350例を後ろ向きに収集し、CT画像に放射線科レポートおよび手術所見を正解としてラベル付けを行った。2013年2月~2024年12月の症例のうち80%をtraining data、20%をvalidation dataとした。全身検索型画像診断AI ERATSの基盤モデルに対し上記データで学習を行い、2025年1月~12月の虫垂炎疑いで来院した患者のCT画像をexternal test dataとして学習済みモデルの診断精度と重症度評価能を測定した。構築したシステムの臨床における有効性の評価するために、本システムの支援の有無で研修医、専攻医の、急性虫垂炎の診断および重症度評価能の比較を行った。

救急画像検査最前線２
演題番号　PD7-2-3（D）

腸管虚血評価におけるSURESubtraction Iodine Mappingは有用か？

○小林 誠人[1]，伊藤 裕介[1]，門馬 秀介[1]
[1]大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター/外傷・急性期外科センター

【背景】腸管虚血の画像診断は治療方針および予後を左右する重要な要素である．当施設ではハードウェア依存に依らないソフトウェア解析としてSURE Subtraction Iodine Mapping（SSIM）を用いた腸管虚血評価ワークフローの構築に取り組んでいる．SSIMによる腸管虚血評価の報告はなく，本研究はSSIMの実臨床における有用性を評価することを目的とした．【方法】2025年9月から6ヶ月間に救急搬入され，腸管虚血が疑われた10例を後方視的に検討した．DNARを含む積極的治療対象外症例は除外した．SSIMによる全層性腸管虚血診断を臨床経過および手術例では術中ICG蛍光法による血流評価と比較した．【結果】6例でSSIMにより全層性虚血と診断され緊急手術が施行された．これらはICG蛍光法と虚血範囲が概ね一致していた．4例は全層性虚血が否定され保存的に加療された．経過中の手術移行例は無かった．SSIMの感度は100%であった．【結論】SSIMは腸管虚血が疑われる救急症例において，治療方針決定を支援する有用な画像解析手法となる可能性が示唆された．

救急画像検査最前線２
演題番号　PD7-2-4（D）

Hybrid ERは外傷専用か？— Hybrid ERと敗血症死亡率の関連 —

○高田 涼太[1]，大本 亮輔[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

背景：Hybrid ERは、CT撮影、手術、IVRを同一室内で実施可能とする救急診療システムであり、2011年に外傷診療を目的として導入された。これまでに、鈍的外傷患者において治療開始の迅速化と死亡率低下が示されている。一方、敗血症診療においては、早期抗菌薬投与および迅速な感染巣制御が予後改善に重要であることが報告されているが､Hybrid ERの有効性は十分に検証されていない。目的：本研究では、Hybrid ERによる早期CT撮影および侵襲的感染巣制御介入の迅速化が敗血症患者の転帰に与える影響を検証することを目的とした。方法：当院に救急搬送または来院した成人敗血症患者のうち、感染巣制御として抗菌薬加療単独ではなく侵襲的介入（ドレナージ、手術、IVR等）を要した症例を対象に後方視的解析を行った。1次・2次救急経由で標準的なCT導線を経たConventional群と3次救急相当の症例としてHybrid ERに直接搬入されたHybrid群の2群にわけて年齢、重症度、感染巣などでpropensity score matchingを行った。主要評価項目は30日死亡率とし、副次評価項目として来院から感染巣制御開始までの時間、来院から抗菌薬投与までの時間を評価した。

これだけは押さえといて！ ～外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード～

演題番号 PD8-1（E）

○安達 哲浩[1]
[1]新潟医療福祉大学 医療技術学部 救急救命学科

救急現場での初期対応・搬送・固定（ロードアンドゴー、バックボード、全身固定など）

救急隊による外傷の現場活動において、ロードアンドゴー、全身固定などの特有な用語が飛び交い、病院内で活動するコメディカルにとっては馴染みのない専門用語であるがゆえに、相互の連携活動が滞ってしまうことがありうる。1991年に救急救命士法が施行され、また、救急隊員の行う応急処置等の基準も大幅改定された。その後2003年に防ぎえた外傷死を減少させる目的でJPTEC（Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care）協議会が発足した。2003年までの重症外傷に対する応急処置は、救急隊員教育の中で体系化されたものがほとんどなく、各救急隊員の知識や技量に依存していた。重症外傷に対応するための教育として体系化されたJPTECの普及に伴い、救急隊員や救急救命士養成課程において、重症外傷に対する観察や処置などの教育が広く普及し現在に至っている。しかし、外傷傷病者を受け入れる医療機関側の医師や看護師、臨床工学技士、臨床検査技師などの医療スタッフは、救急現場での救急隊員が行う観察や処置などの状況についての理解度が不明確であるという現状を踏まえ、重症外傷現場活動の基本的な活動の経験談を交え病院内活動の連携がスムーズに行えるよう解説する。

これだけは押さえといて！ ～外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード～

演題番号 PD8-2（D）

○八木 正晴[1]
[1]昭和医科大学医学部 救急・災害医学講座

胸痛・心停止の初療（ACLS、PCIへつなぐ判断、トリアージ）における救急の基礎ワード

2009年から厚生労働省の主導で、チーム医療の推進が進められてきました。医師、看護師、薬剤師、検査技師、放射線技師、救急救命士、医療ソーシャルワーカーなど医療従事者が1人の患者に対するチームとして連携し診療行為を行なっていきます。救命救急センターの処置室や災害現場で連携することもしばしばです。救命救急界隈では、一瞬の判断が、患者さんの転帰を左右します。そのような現場でチーム医療を実践するためには、意思疎通が重要になります。そして人間が意思疎通をするためには、共通言語が必要です。心停止・重症循環器疾患に対する初療の流れとkeyとなるワードについて、紹介解説していきます。①胸痛患者の初期評価と緊急性判断②PCIにつなぐべき症例の見極め③心停止・重症循環器疾患におけるトリアージ④ACLSの実践に必要な基礎ワード多職種連携がうまくいくことで、各職種の業務負担の減少や、見落としなどのミスの減少、多角的な視点による包括的なケアを提供でき、患者さんやその家族だけでなく、医療従事者の満足度も上昇し、結果在院期間の短縮につながり効率的な病床運用が期待できます。

これだけは押さえといて！ ～外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード～

演題番号 PD8-3（D）

○田中 啓司[1]
[1]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

これだけは押さえといて！～外傷症例の基礎ワード～

チーム医療が提唱されて久しく、医療の幅広い領域にチーム医療が定着してきている。救命・機能温存に一刻を争う傷病者、複数臓器におよぶ集中治療を要する傷病者の治療にあたる救急医療では、チーム医療が欠かせない。チーム医療の成熟度が重症傷病者の救命・機能温存の成績を左右すると言っても過言ではない。日本臨床救急医学会を中心に「救急専門・認定薬剤師」「救急撮影認定技師」「認定救急検査技師」制度が制定・運用されている。様々な専門性を有する多職種メンバーが一致団結し、質の高いチーム医療を実践するためには、「共通言語」および「戦略」を理解することが重要である。そのような質の高いチーム医療の実践を求められる領域の一つが「外傷」である。瀕死状態の重症外傷症例は、その対応に一刻を争い、チーム総力で様々な観察・評価・救命処置/治療を施さなければならない。外傷診療は、病院前救護/診療→病院でのER対応→緊急手術/IVR→集中治療→復帰に向けてのリハビリテーションと連動した連鎖で成り立っている。本演題では、ERでの対応と出血性ショックの対応を中心に共有すべき「共通言語」「戦略」の基礎ワードについて解説したい。

これだけは押さえといて！ ～外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード～

演題番号 PD8-4（MT）

○柴田 泰史[1]，井上 淳[1]，遠藤 康実[1]，横堀 将司[2]
[1]日本医科大学付属病院 臨床検査部，[2]日本医科大学付属病院 救命救急科

外傷および循環器疾患におけるファーストアプローチとしての血液ガス分析の評価

外傷および循環器疾患における血液ガス分析は、バイタルサインの一環として初期診療や患者の急変時に測定される、緊急性および重要性が極めて高い検査である。血液ガス分析の主な意義および目的は、動脈血酸素分圧および二酸化炭素分圧の測定により、生命維持に不可欠な酸素化能および換気能を評価するとともに、pHやbase excessなどの指標を用いて、生命維持を障害する要因となる酸塩基平衡異常を迅速かつ簡便に把握できる点にある。さらに近年では、血液ガス分析装置の多項目化が進み、電解質測定のみならず、血糖、乳酸、クレアチニン、尿素窒素などの代謝関連項目を同時に測定することが可能となっている。これにより、ショック時における組織の酸素需給バランスの破綻を乳酸値によって評価することや、血管造影や造影CT検査施行時にクレアチニン値によって腎機能を評価することが可能となる。このように、血液ガス分析は多様な病態を迅速に評価できる検査であり、外傷および循環器疾患診療におけるファーストアプローチとして重要な役割を担っている。

これだけは押さえといて！ ~外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード~
演題番号 PD8-5（R）

○宮安 孝行[1]
[1]神戸赤十字病院 放射線科部

外傷初期診療で放射線技師から伝えたい画像検査・画像所見

本邦の外傷診療は、外傷初期診療ガイドラインJATEC（Japan Advanced Trauma Evaluation and Care）に基づいて行われている。Primary Surveyでは出血性ショックの原因となりうる損傷を評価するために胸部と骨盤X線、FAST（ Focused Assessment with Sonography for Trauma）にて画像検査を行う。ここで「大量血胸」「不安定性骨盤骨折」「FAST陽性」を認めた場合、出血に対する迅速な処置が必要となる。Secondary Surveyでは損傷の全身検索目的で外傷全身CTを施行した場合、その画像を評価するために３段階に分けた読影方法が提唱されている。特にFACT（Focused Assessment with CT for Trauma）と呼ばれる、第１段階での緊急の治療方針決定に重要な影響を与える損傷や病態の検出に焦点を絞った評価で「陽性」の所見を認めた場合、直ちに手術や血管内治療などの処置を行う必要がある。外傷初期診療の中では画像検査は限られているが、その所見は外傷患者にとって重要な所見である。初療室に勤務するスタッフは所見の言葉だけでも知っておいて欲しい。

これだけは押さえといて！ ~外傷と循環器症例から学ぶ救急の基礎ワード~
演題番号 PD8-6（P）

○馬橋 美由季[1]
[1]京都桂病院 薬剤科

循環器救急における薬剤管理の「基礎ワード」 ― 多職種で共有したい用語と共通認識 ―

循環器救急の初療現場では、心停止や心室細動、急性冠症候群など一刻を争う症例が多く、多職種が同時に関与する。こうした現場では、抗血小板薬や昇圧薬などの薬剤管理に関する「ローディング」「ボーラス」といった「基礎ワード」が日常的に用いられる。一方で、これらの「基礎ワード」の理解や解釈は職種や経験年数によって異なる場合があり、解釈の齟齬が生じることも少なくない。実際に演者が循環器救急の現場に初めて関わった際、心室細動に対して医師から「アミオダロンをボーラス投与する」指示が出されたが、具体的な投与量や投与速度が多職種間で十分に共有されていなかった。そのため、看護師から演者に相談があり、確認に時間を要した経験がある。このように当然のように使用される薬剤管理の「基礎ワード」に対し、切迫した状況で戸惑いが生じる場合は少なくない。薬剤を安全かつ適切に投与するためには、投与目的や投与後の注意点などを含めて「基礎ワード」を理解し、これらの認識を多職種で共有することが重要と考える。本発表では、初療の現場において薬剤管理の「基礎ワード」の共有認識を多職種で共有する重要性を整理し、円滑な多職種協働を目指したい。

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（Part II）
演題番号 PD9-1（MT）

○山田 浩二[1]
[1]南和医療企業団 南奈良総合医療センター 臨床検査部

救急急外来における臨床検査技師の参画への課題

二次救急を担う中規模病院では、限られた人員体制の中で救急診療の迅速化が求められており、臨床検査技師（以下、検査技師）の救急外来参画は重要な課題である。しかし現状では、検査技師が救急外来へ十分に関与できていない。当院においても検査技師は臨床検査部門を中心に業務を行っており、救急外来での常駐や初期対応への関与は行っていない。その背景には最大の要因は慢性的な人員不足であり、通常検査業務と緊急検査対応を同時に担う中で、救急外来での直接的支援まで手が回らない点が挙げられる。特に夜間・休日は少人数体制となり、検査室業務の維持が優先され、救急外来への常時対応が困難である。また、救急外来における検査技師の役割や業務範囲が明確でなく、責任の所在への不安が参画の障壁となっている。加えて、救急特有の迅速判断や超音波検査などに対する教育・経験の不足も課題である。今後は、業務整理による負担軽減、段階的な教育体制の整備、多職種間での役割共有を進めることで、二次救急を担う中規模病院においても、検査技師が救急医療の質向上に主体的に貢献でき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（Part II）
演題番号 PD9-2（MT）

○粟野 敏光[1]
[1]医療法人宇治徳洲会病院 検査科

当院検査科における救急外来参画が困難な理由と今後について

＜はじめに＞当院は、２０２４年４月より高度救命救急センターに指定された。常勤の臨床検査技師は約５０名であるが、日勤帯での救急外来参画が現状困難となっている。そこで、救急医療への興味や医師・救急救命士へ臨床検査技師の参画の必要性などを調査したので報告する。＜方法＞Googleフォームにてアンケートを作成し、検査科には救急医療への興味を含め参画を難しくしている理由なども調査した。また、医師・救急救命士には参画の必要性と期待することを中心に調査した。＜結果＞検査科で救急医療に「興味がある」と約８割の回答を得た。しかし、業務量の多さが参画を難しくしているとの意見が多数であった。救急救命士は、８割が検査技師の「参画は必要である」と回答した。医師からの回答は得られなかった。当日は、アンケート内容を詳細に報告する。＜考察・結語＞至急業務に携わっており業務量を減らすことは現状困難であるが、緊急輸血・エコー検査に関しては介入まではできている。今後は、救急医とも連携を図りながら救急外来参画を目指して行きたい。

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（Part II）
演題番号　PD9-3（MT）

検査室から救急外来へ～臨床検査技師参画に向けた課題の検討～

○田之頭 敏志[1]
[1]鹿児島生協病院 検査部

近年、救急医療では初療段階から迅速かつ的確な検査情報が求められ、臨床検査技師の救急外来への参画の重要性が高まっている。しかし当院では、臨床検査技師が救急外来で常時活動する体制は整っておらず、導入に向けた具体的な検討も十分とは言えない。そこで、当院で臨床検査技師が救急外来に進出するために乗り越えるべき課題を明らかにすることを目的に、不安な点や必要と考える支援内容について意識調査アンケートを実施した。調査項目は、救急業務への関心、参画に対する心理的負担、必要な知識・技術、体制面の課題などとした。救急室で患者を直接観察することで求められる検査情報を早期に把握できる可能性も踏まえ、検査技師が救急チームの一員として機能するための体制整備の方向性を検討する。本調査を通じ、教育体制整備、業務標準化、多職種連携強化の必要性を整理する。

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（Part II）
演題番号　PD9-4（MT）

救急外来への臨床検査技師の参画への課題

○笹岡 秀之[1]
[1]新潟県立がんセンター新潟病院 研究部

救急外来への臨床検査技師の参画は、チーム医療並びにタスクシフト・シェアの観点からも非常に重要である。臨床検査技師が果たすことのできる役割は多岐にわたり、医師や看護師の負担軽減につながり、ひいては医療の質の向上が期待される。一方で、救急外来への臨床検査技師の参画には様々な課題があり、検査室の人員確保の面がまず問題としてあげられる。昨今の病院の経営難の中スタッフ増員は困難であり、最大の問題となる。また、新たな業務となるので、救急外来における他職種との業務内容の調整や救急医療に対する教育なども課題となる。現在、新潟県立病院では救急外来への臨床検査技師の常駐は行われていない。今回、新潟県立病院の臨床検査技師を対象とした救急外来への臨床検査技師の参画に関してのアンケートを行い、救急医療に対する考えを把握するとともに、救急外来への臨床検査技師の参画が難しくなっている理由や課題について、および救急外来への臨床検査技師の参画への方法を考察したい。

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（Part II）
演題番号　PD9-5（D）

臨床検査技師との連携構築までの道すじ

○山下 智幸[1]，乃美 証[1]，廣嶋 俊[1]，杉原 里彩[1]
[1]日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科

当院では臨床検査技師が日常的に救急外来で働く環境は整っていない。しかし、臨床検査技師が救急外来を理解し、救急医療の質向上に実際に寄与する環境が整い始めている。輸血療法はとくに連携を開始しやすい。Massive Transfusion Protocolを要する場面では、適切な検体管理、血液製剤のオーダーと出庫管理、赤血球液の温度管理、新鮮凍結血漿の融解量の調整、濃厚血小板の発注量調整などは、救命に不可欠でありながら混乱を生じやすい。臨床検査技師の介入により医療安全の質向上が図られ、血液破棄を回避することで病院経営上の改善が期待される。救急外来に臨床検査技師を確保することは困難であるが、輸血療法シミュレーション教育等により臨床検査技師との連携が強化でき、同時に臨床検査技師の救急領域の理解が深まっている。まれではあるが輸血の運搬を理由に救急外来で実際に連携する機会を得られる。相互に足を運ぶ地道な活動は、現場工夫を惹起し多職種連携を強化に繋がると考えられ、臨床検査技師が救急医療の質向上に寄与する環境が整う一助になると考えられる。

急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割
演題番号　PD10-1（MT）

急性薬物中毒初期診療における臨床検査技師の役割 ― 当院における薬物検査体制とカフェイン検査運用 ―

○蜂木 茂之[1]，天野 浩司[2]，森田 正則[2]
[1]地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター 臨床検査技術科，[2]地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター 救命救急科

【背景】急性薬物中毒患者の初期診療では、起因物質の推定や重症度評価が治療方針決定に直結する。多職種連携の重要性が指摘される一方、初期診療段階における臨床検査技師の関与は十分に整理されていない。【方法】当院における急性薬物中毒症例を対象に、令和6年度の尿中薬物定性検査（ｱｲﾍﾞｯｸｽ ｽｸﾘｰﾝ® M-1）および血中薬物濃度測定の実施状況を調査した。【結果】尿中薬物定性検査 174件、ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ 53件、ﾃｵﾌｨﾘﾝ 17件、ﾘﾁｳﾑ 17件、ｶﾌｪｲﾝ 39件であった。特にｶﾌｪｲﾝ測定は一定数の依頼があり、24時間体制での測定により初期診療における活用が認められた。【考察】尿中薬物定性検査では対応が困難な症例においても、血中薬物濃度測定により起因物質の推定や重症度評価を迅速かつ正確に行うことを可能とし、治療介入の判断に寄与した。臨床検査技師が専門性を活かし常時中毒診療に関与できる体制構築は、多職種連携を深化させ、安全で質の高い診療につながる。特にｶﾌｪｲﾝ測定は、試薬調製や管理業務の煩雑さがあるものの、24時間体制での測定は大きな利点である。一方で検査件数は限定的であり、夜間・休日の検査精度維持、教育体制、ｺｽﾄ面が今後の課題である。

急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割
演題番号　PD10-2（MT）

○黒田 舞子[1]，吉田 元治[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

急性薬物中毒初期診療における臨床検査技師の関与とその役割 ― 当院の取り組み ―

当センターは独立型救命救急センターの特性を活かし、多職種が連携するチーム医療を実践している。急性薬物中毒を主訴として搬入される患者は、当センターに搬入される総患者の約10%を占めており、患者搬入時から臨床検査技師がチームの一員として初期診療に参加している。臨床検査技師は、患者情報や原因物質の情報収集を行うとともに、各種検査・分析を担当する。急性薬物中毒の初期診療では限られた情報の中で迅速な判断が求められ、検査結果は治療方針決定に重要な役割を担う。当センターにおける臨床検査技師の主な役割は、①トキシドロームを念頭に置いた測定項目の提案および検査結果の統合的解釈、②必要に応じてLC-MS（液体クロマトグラフ質量分析計）を用いた複数薬物同時分析、③独自に構築した検索システムを用いて、対象物質の測定方法、測定可否の迅速な確認と臨床的解釈を含む結果報告である。当センター検査室では各種機器・システムを活用して情報を整理・共有し、適切な診断および治療方針決定を支えている。急性薬物中毒の初期診療では多職種が専門性を適切に発揮する体制が重要であり、臨床検査技師の早期介入は患者転帰の改善につながり得ると考える。

急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割
演題番号　PD10-3（P）

○田村 亮[1]
[1]神戸市立医療センター中央市民病院 薬剤部

より質の高い中毒診療支援実現のための臨床検査技師と薬剤師との協働

薬物中毒の初期診療において、尿中薬物検査、血液ガス分析、原因物質の定性・定量分析など、臨床検査技師の専門性は診断および治療方針決定に直結する重要な基盤である。一方、病棟薬剤業務の拡大に伴い、薬剤師が救急・中毒診療に関与し、薬物情報の整理や検査選択支援に加え、緊急時には簡易検査のみならず機器分析による定性・定量を担う事例も実際にみられる。しかし、薬物分析は本来、臨床検査技師の高度な専門領域であり、薬剤師単独での対応には限界と不確実性が伴う。演者はこれまで臨床検査技師と協働して初期対応に携わってきた。本演題では、初期診療において臨床検査技師の専門性がより発揮されるための課題を整理するとともに、薬剤師が担ってきた情報支援および分析実務をどのように連携体制へ統合するかを検討し、迅速かつ精度の高い中毒初期診療支援の実現に資する協働モデルを提示する。

急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割
演題番号　PD10-4（P）

○佐藤 史織[1]
[1]大分市医師会立アルメイダ病院 薬剤部

職能を活かした中毒初療への関わりの「カタチ」とは？

中毒診療においては、原因薬毒物の幅広さや呈する臨床症状の多様性、複合中毒時の評価の複雑性など中毒領域特有の困難さが存在し、その過程では多職種協働が欠かせない。そのためには、各職種の職能と得意分野をお互いに理解しておくことが重要である。薬剤師の中毒初療における関わりは、薬剤部内で情報収集を行い伝える伝達中心の関わりであった。近年、初療の現場に赴き、患者状態に則した治療方法の提案や、薬剤師の目線からトキシドロームによる原因薬毒物推定に関わるなど、単に情報を伝えるだけでない新たな関わりが広がりつつある。そこには初療の現場に関わることで、現場のニーズを把握できるようになったことが影響していると考える。薬毒物の体内動態情報をシチュエーションに応じて評価・外挿することや、解毒拮抗薬のプロトコール作成や調達・在庫管理などは、まさに薬剤師の「得意分野を活かした」関わり方であると言えるだろう。本発表では、当院での薬剤師を例に中毒初療における業務展開のプロセスを紹介し、臨床検査技師の職能を活かした関わり方について考えてみたい。業務展開の参考に資する議論ができれば幸いである。

急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割
演題番号　PD10-5（MT）

○諏訪部 桂[1]，田野 光敏[1]
[1]公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 検査課

急性薬物中毒初期診療に臨床検査技師が関与する意義

急性薬物中毒の初期診療では、原因薬物の特定や全身状態把握のために血液、尿、生体モニター、画像検査など多面的な評価が不可欠である。これらは診断と治療方針決定に直結するため迅速かつ正確な実施が求められる。特に救急外来における尿中薬物検査は、意識障害や行動異常の原因検索に重要な検査で、迅速キットは短時間で結果が得られる利点を持つ一方、偽陽性・偽陰性の可能性を踏まえた解釈が必要である。また、ときに迅速キットでは検出できない薬物などはGC/MS・LC/MS法等を検討するケースもある。臨床検査技師は検査原理や限界を理解し、検体量の正確な把握やサンプル操作の徹底、アッセイ前検体処理など、基本技術を確実に実施することで結果の信頼性を担保できる。これらの技術的留意点は経験の少ない職種では見落とされやすく、誤判定のリスクを高める要因となり得る。さらに、検査技師は薬物代謝や交差反応に関する知識を活用し、結果解釈を臨床医へ的確に提供できる点で優位性を持つ。したがって、急性薬物中毒初期診療では検査技師が品質保証を基盤に主体的に関与する体制を構築することが、診療の質と患者安全の向上に寄与すると考えられる。

急性薬物中毒患者における初期診療時の臨床検査技師の役割

演題番号　PD10-6（MT）

○鳴海 武長[1]
[1]日本医科大学多摩永山病院 中央検査室

急性薬物中毒病態の初期診療における臨床検査の精度保証と臨床検査技師の役割

急性中毒診療は専門的な医療介入を必要とし，多職種の専門性と知識を共有し持続的な診療体制の構築を行う必要がある．トキシドロームにより中毒原因物質を推定し，吸収阻害・排泄促進・解毒・拮抗薬の投与が原則である．これらを遂行するにあたり，中毒原因物質の同定は重要である．精通した分析者や分析機を常備可能な施設は高度救命救急センターを有する施設でも完備されていないのが現状である．Primary surveyにおける緊急検査として必須である薬物簡易検査キットの活用は重要であり，多くの施設でこの検査キットを用いて薬物の推定を行っているが偽陰性や偽陽性が報告されている．簡便で迅速であるが適正な解釈が必要である．緊急検査と並行して生化学分析なども行うことで，より正確な生体情報を抽出し診療へ貢献している．有機リン中毒などで血中ChEが優位に低下することは代表的な生化学検査の有用性を証明している．薬物簡易検査キットなどもpoint of cere（POC）として実施される臨床検査であるが検査精度保証は十分ではない．臨床検査技師の積極的な介入により，Primary surveyにおいても精度保証を担保し迅速で正確な臨床検査の仕組みを構築する必要がある．

救急搬送を繰り返す精神疾患を抱えた患者へのCare Cycleの構築　~3次救急・精神科救急・在宅支援の連携を通して~

演題番号　PD11-1（MS）

○菊地 桃[1]
[1]武蔵野赤十字病院 患者支援センター

救急搬送を繰り返す急性薬物中毒患者への三次救急MSWの支援と限界

【背景】当院では過量服薬（OD）による急性薬物中毒患者に対し、精神科リエゾンと連携しMSWが介入している。【事例】20代女性。2回の搬送時に精神科医療機関や相談窓口への橋渡しを試みたが、再搬送に至った。【課題】三次救急での在院日数は平均1-2日と短く、MSWが介入できるのは覚醒後から退院までの極めてわずかな時間である。面接回数も限られ、ラポール形成や背景課題の整理、クライシスプラン検討など本来必要な支援プロセスを十分展開できないまま、本人の「もう大丈夫」「帰りたい」という訴えにより退院を迎えるジレンマがある。【結語】繰り返す搬送に支援者は無力感を抱きやすい。しかし、この限られた接点で「種を蒔き続ける」ことこそが、次のフェーズの支援者につながる可能性を残す唯一の方法である。本報告では、三次救急の時間的制約下で何ができるのか、また精神科医療・地域支援が切れ目なく機能する「Care Cycle」実現のための連携のあり方を提起したい。

救急搬送を繰り返す精神疾患を抱えた患者へのCare Cycleの構築　~3次救急・精神科救急・在宅支援の連携を通して~

演題番号　PD11-2（O）

○駒野 敬行[1]
[1]浅香山病院 医療福祉相談室

救急搬送を繰り返す急性薬物中毒患者に対して精神科救急が担える可能性

急性薬物中毒患者の救急搬送は主として身体科救急が初期対応を担うが、救命後患者が無事退院に至ったとしても同様の行為を反復し再搬送となる症例が一定数存在する。精神疾患の増悪が明確な場合には精神科転院となる一方、多くは対人葛藤や一時的感情の高まりなど医療的な側面ではないことを契機としており、身体科医療者に複雑な感情を抱かせる。また身体科救急では心理社会的背景や長期的メンタルヘルス課題への介入は時間的・構造的に制約があり、再発予防支援が不十分なまま退院に至りやすい。しかし(一時的な衝動による反復的大量服薬を予防する策を見つけるのは難しいが)その患者の背景には気分障害、パーソナリティ特性、対人関係問題、社会的孤立など患者が抱える複合的要因が示唆されることがあり、大量服薬という行為が患者の言語化していないSOSである場合もある。本報告では当院での実践からメンタルヘルス課題を抱えた患者に対し、精神科救急・急性期病棟においてどのような介入を行っているのかを知っていただき、次への「つなぎ」の選択肢・可能性を考える機会としたい。

救急搬送を繰り返す精神疾患を抱えた患者へのCare Cycleの構築　~3次救急・精神科救急・在宅支援の連携を通して~

演題番号　PD11-3（N）

○島本 まどか[1]
[1]株式会社ニューシップ結び 結び訪問看護ステーション

救急搬送を繰り返す急性薬物中毒患者への支援モデル：精神科訪問看護とMSWがつなぐ地域医療の実践

急性薬物中毒による救急搬送は、精神疾患や複雑な心理社会的課題、生活基盤の不安定さを背景に反復しやすく、救急医療に大きな負担を与えている。再搬送の反復は医療従事者に心理的疲弊や介入の限界感を生じさせ、支援の停滞を招く構造的課題ともなり得る。また、救命後に地域支援が十分に機能しない場合、再搬送の連鎖が助長される可能性がある。本発表では、精神科訪問看護が担う継続的日常支援と、医療ソーシャルワーカー(MSW)との情報共有を基盤とした多職種連携の実践を通じて、再搬送を繰り返す薬物中毒患者の生活実態と支援プロセスを報告する。訪問看護師は、患者の生活史を踏まえた信頼関係の構築を基盤に、自己受容を支える関わり、生活基盤の再構築、服薬管理、心理社会的要因への介入を行う。また、再発兆候の早期把握とセーフティプランの共有を行い、医療機関へ情報を還元する。これらの継続的介入は、患者の安定化と再発予防に寄与し、救急搬送の減少につながる可能性が示唆された。精神科訪問看護は地域における重要なセーフティネットとして機能しており、その実践的意義を共有する。

救急搬送を繰り返す精神疾患を抱えた患者へのCare Cycleの構築　～3次救急・精神科救急・在宅支援の連携を通して～

演題番号　PD11-4（MS）

○太田 裕子[1]
[1]国立病院機構 大阪医療センター 医療福祉相談室

自傷反復当事者の回復プロセスと救急医療の役割

【背景】若年層におけるオーバードーズ（OD）およびリストカットの反復は、救急医療で繰り返し直面する課題である。身体的救命が達成されても、孤立や自己否定感といった心理社会的課題が残り、再受診に至る例は少なくない。【目的】自傷行為を繰り返し「自分では止められなかった」と語る20歳当事者の経験から、回復の過程と救急医療に求められる役割を検討する。【内容】当事者は、孤立の中で自傷を反復した背景とともに、他者とのつながりや感情を言葉にできる場を得たこと、周囲の肯定的な関わりを通して自己肯定感を回復していった過程を語る予定である。また救急医療に対し、繰り返しを即時に止めること以上に、社会的に孤立した人を見逃さず外部支援へ確実につなぐ役割の重要性を提起する。【結語】救急医療は身体的救命にとどまらず、孤立を可視化し社会へつなぐ入り口となり得る。

来るべき巨大災害に備えて、臨床検査技師に求められる備えと使命

演題番号　PD12-1（MT）

○髙橋 貴行[1]
[1]医療法人社団永生会 永生病院 検査科

中規模病院における検査室の災害対策～ BCP策定と検査技師の役割～

東京都八王子市にある当院は急性期、回復期、慢性期を担う病院として病床数500床を抱える中規模病院である。また、救急告示病院であり、東京都より災害拠点連携病院の指定を受け、災害時には主に中等症者や容態の安定者重症者の収容・治療を行う病院としての機能を担うこととなっている。加えて、八王子市並びに八王子医師会などは設置主体となる緊急医療救護所（トリアージと応急処置）設置場所にも指定されている。そうした中、2022年に危機管理室と災害対策委員会の設置がなされ、私もその委員として危機管理室と協働し長く更新されていなかった災害対策マニュアル・ＢＣＰの改訂や、検査室のアクションカードの設置、院内のみならず地域・行政を含めた災害訓練の計画・実施などに関わらせていただき、貴重な経験をさせていただいている。今回はその経験をお伝えできればと思っております。災害時、臨床検査技師として何ができるか・備えや訓練において何が重要なのか一緒に考えてみませんか？

来るべき巨大災害に備えて、臨床検査技師に求められる備えと使命

演題番号　PD12-2（MT）

○小澤 優貴[1]
[1]東京科学大学病院 検査部

東京科学大学病院検査部の災害対策と臨床検査技師の役割

病院をはじめとする医療機関では、災害によってライフラインの途絶や医療設備への障害が発生した場合においても、被災患者および入院患者に対して継続的に医療を提供する必要がある。特に大規模地震は正確な事前予測が困難であり、甚大な被害をおよぼす可能性が高い。よって、被害を最小限に抑える対策と通常業務を早期に復旧させる対策が極めて重要である。本邦の災害医療体制について、厚生労働省は各医療機関に事業継続計画（business continuity plan：BCP）策定に関する通知を行い、2017年度より災害拠点病院のBCP策定が義務化された。当院も災害拠点病院に指定されており、大規模災害時の緊急事態に対応できるBCPを検査部内で作成し、診療に不可欠な検査機能を維持し早期に復旧させるための体制を構築している。主な取り組みは、平時からのリスクアセスメントや優先的に実施すべき検査項目の明確化、業務の優先順位付け、試薬・消耗品の備蓄、機器停止時の代替手段の確保等であり、検査部システムの障害発生を想定した訓練も行っている。今後も自然災害の発生が想定されているが、実効性のあるBCPを整備することで、臨床検査技師が災害時の診療に貢献できると考える。

来るべき巨大災害に備えて、臨床検査技師に求められる備えと使命

演題番号　PD12-3（MT）

○吉田 元治[1]，黒田 舞子[1]，榎木 雄美子[1]，清水 楓梨[1]，塩山 愛加里[1]
[1]大阪府立中河内救命救急センター 検査室

“ゼロ”から再考する検査室BCP策定

【はじめに】阪神淡路大震災を契機として、我が国では災害時医療体制の整備が進められてきた。その後も自然災害・人為災害を経験し、災害時の医療提供体制は段階的に強化されている。南海トラフ地震発生時には、非被災地においても傷病者の受入れのため自施設勤務が優先され、結果として被災地への人的支援が困難となる可能性を否定できない。その結果、被災地の医療従事者は自助による災害対応を余儀なくされることが想定される。【現状の課題】自助による医療提供体制の構築には自施設の現状把握と平時からの備えが不可欠であり、その基盤となるものが事業継続計画（Business Continuity Plan、以下BCP）である。しかし臨床検査領域ではBCP整備は十分とはいえず、多くの施設で参考となる指針が必要であると考える。そこで災害時の検査提供体制を「ヒト」「モノ」「時間軸」の３拍子で整理し、各要点をそれぞれの観点から提案する。【今後に向けて】災害時の医療を他人事と捉えるのではなく、臨床検査技師という職種の枠を超え、医療人であるという使命を再認識し、各施設においても主体的な災害時の医療提供体制構築を推進していかなければならないと考える。

来るべき巨大災害に備えて、臨床検査技師に求められる備えと使命
演題番号　PD12-4（D）

○島津 和久[1]，甲斐 聡一朗[1]，川瀬 鉄典[1]，石原 諭[1]
[1]兵庫県災害医療センター 救急部

災害時、検査技師が行う役割と事前対策について―医師の立場からー

現代の医療では臨床検査の役割は大きく、それは大災害時においても変わりない。災害時には人、モノは平時に比べ需要は増大するのに対し供給は低下し、混乱の中、事故が起こりやすい環境となる。災害時に医師が検査技師に求める役割は、プロフェッショナルとして、事故防止と必要最低限の検査の確実な遂行である。輸血部門を併設している場合の輸血関連業務は特に重要である。医師への災害時に優先度の低い検査に対する助言と院内で実施可能な検査項目と検査数についての情報提供である。その上で人員に余裕が生じたならば災害新設部門への応援などを行う。point of care testingの導入は専門性を有する検査は検査技師が、簡単で測定者による誤差が生じにくい検査は医師や看護師が行うことにより少ない人員で確実な検査を行う体制構築と検査室の被災時の検査機能喪失のリスクヘッジとなる。平時から検査項目の検討などを医師と行える関係を築くこと、電話の声だけでなく検査室から一歩踏み出て臨床の現場に検査技師の顔が見える環境を築くこと、医師が検査室に足を踏み入れやすい環境を築くことが検査技師・医師双方にとって有益なことになるであろう。

CEが関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABPの適応と限界
演題番号　PD13-1（CE）

○渡辺 弦輝[1]，川尻 将守[1]，田上 隆[2]
[1]東京慈恵会医科大学附属病院臨床工学部，[2]東京慈恵会医科大学附属病院 救命救急センター

急性血液浄化における臨床工学部の取り組み

本発表では、当院における血液浄化への取り組みについて報告する。当院ではICU・CCUを中心に、PICU・NICUを含む急性期領域全体でCRRTを実施している。急性腎障害や多臓器不全症例に対し、迅速な導入から安全で質の高い治療管理、病態改善に応じたIRRTへの移行、さらに集中治療室退室後の透析室での維持透析へ至る一連の流れを構築している。これらの各段階に臨床工学技士（CE）が関与している点が当院の特徴である。CEは生命維持管理装置を中心に、院内血液浄化装置を包括的に管理し、装置特性の把握と安全に使用できる環境整備を担っている。また、CRRTのみならずIRRTや各種アフェレーシス療法にも迅速に対応可能な当直中心のオンコール体制を構築している。さらに、集中治療領域のカンファレンスや透析見合わせに関する倫理カンファレンスにも参画し、生命維持治療としての血液浄化療法の適応や継続可否について専門的視点から関与している。これらの体制が、急性期血液浄化療法を支える基盤となっている点について報告する。

CEが関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABPの適応と限界
演題番号　PD13-2（CE）

○安達 一眞[1]
[1]兵庫県立こども病院 診療部

急性期での治療って実際どうなの!? ～臨床工学技士の目線～

【本文】急性期において臓器サポートは欠かせない治療領域となっており適応も拡大している．多くの場合は急性期を脱却することが可能である一方で離脱できないこともしばしば経験する．このような不明瞭な見通しが起きる原因は救急集中治療という分野が全身管理を考えるものであり，手術や内服加療のように直接介入ではないからである．例えば，敗血症などは直接的治療には抗菌薬投与以外何一つないないと言っても過言ではない．しかし重症例では気管挿管もするしCRRTも適応となり死亡率も33%とかなり高いといえる．では敗血症でCRRTの適応はどのタイミングなのであろうか．臨床工学技士の観点から言えば「明日，今より良くなっている姿が想像できない時」だと考えている．例えば尿路感染による敗血症は初日こそデータも状態も重症にみえるが2～3日で改善する．一方で溶連菌感染症による敗血症は極めて重症度も高く通常の支持療法では明日がみえない．この差を共有するためには多くの治療経験と多種多様な診療科での業務経験のある我々が要となる事が最適であり，ECMO・IABPも含めていくつかの症例を元にディスカッションしたいと思う．

CEが関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABPの適応と限界
演題番号　PD13-3（CE）

○森下 世紀[1]
[1]福岡徳洲会病院 臨床工学科

ECMO治療の適応と限界～意思決定支援におけるCEの役割～

体外式膜型人工肺（extracorporeal membrane oxygenation：ECMO）は、強力な補助デバイスであり、循環不全や呼吸不全など多くの場面で使用される。近年、デバイスや管理技術の進歩によって実施可能な症例は増加しており、その適応や導入基準はいくつか示されている。一方で、中止や撤退のタイミングに明確な指標は存在しない。こうした状況下では、治療開始・継続・撤退を含む意思決定の過程そのものがチーム医療における重要な課題となり、職種間でコンフリクトを生じることもある。さらに患者意思決定支援が重視される現在では、患者や患者家族、医療者間においても意見の相違が生じ得る。そのため当院では、治療継続や撤退の可否を判断する際に多職種によるカンファレンスを実施しており、その際に、臨床工学技士（CE）も参加し、デバイスの限界や長期使用に伴う合併症リスクなどの情報を共有している。本発表では、実際の長期ECMO管理症例を通じて得られた経験と、症例後に実施している取り組みを提示し、意思決定支援において生命維持管理装置の操作を担うCEが果たすべき役割について再考する機会としたい。

CEが関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABPの適応と限界
演題番号　PD13-4（CE）

当院におけるVA-ECMO離脱試験について

○西中 巧[1]
[1]済生会熊本病院 臨床工学部門

【背景】VA-ECMOの離脱には標準化された手法が確立されていない。加えて、長時間のポンプ停止による回路内凝血、ECMO離脱後の循環破綻、ECMO再導入時における循環確立遅延など、離脱に伴う様々なリスクが存在する。これらの課題を踏まえ、当院で実施しているVA-ECMO離脱試験を紹介する。【方法】ECMO離脱試験では、まず、送脱血管を患者に留置したまま回路を切離する。次に、送脱血管をヘパリン加生理食塩水でプライミングし、無菌的に被覆・固定する。その後、ICUで2～3時間循環動態を観察し、多職種で離脱の可否を評価する。【結果】本手法を施行し、待機中の回路内凝血はなく、ECMO離脱後の循環破綻、ECMOの再導入、カニューレ関連感染症や血栓関連合併症の発生はなかった。【考察】本手法により、安全なVA-ECMO離脱が可能となった。ECMO再導入可能な待機状態を維持しつつ、長時間の離脱評価を行うことで、より安全な意思決定を支援しうる可能性が示唆された。【結語】本手法は、ECMO離脱に伴う様々なリスクに配慮しながら、より安全な離脱判断を支援する一つの選択肢となり得る。

CEが関わる急性期治療：ECMO・CRRT・IABPの適応と限界
演題番号　PD13-5（CE）

若年進行肺癌症例に対するECMO導入およびV-VA ECMOへのupgradeの適応とタイミング判断に関する一考察

○佐々木 慎理[1,2,3]
[1]川崎医科大学附属病院 MEセンター, [2]川崎医科大学総合医療センター, [3]川崎医療福祉大学 医療技術学部 臨床工学科

症例は20歳代女性。労作時呼吸困難を主訴に受診し、精査にて肺癌と診断されたが、入院時にはHFNC50L/$FiO_2$0.8でも酸素化を維持できず、気管挿管下人工呼吸管理を開始した。低酸素血症および循環不全、高度アシドーシスが遷延し、家族の希望も踏まえV-V ECMOを導入した。酸素化は改善したものの、右心負荷進行を示唆する循環不全に対し、高用量カテコラミン投与、輸液負荷、iNOを併用しV-V ECMO管理下での循環動態改善を期待し経過観察を継続したが、ショックから離脱できずV-VA ECMOへのupgradeを施行した。この一連の治療は夜間から未明にかけ施行され、補助循環治療戦略の意思決定にはCEも関与した。しかし、翌日に自発呼吸消失および瞳孔散大を認め、頭部CTにて低酸素脳症と診断された。本症例は一般的な可逆性肺障害とは言い難い病態であったが、腫瘍の遺伝子変異解析が未確定であり分子標的治療介入の可能性が残されていたこと、若年であったことからECMOの導入に踏み切ったものの、V-V ECMO管理下における右心不全進行時の循環補助追加の判断遅延が予後に影響した可能性がある。本症例の経験からV-VA ECMOへのupgradeの至適タイミングと適応限界について考察する。

STAT画像所見報告の目指すところ
演題番号　PD14-1（D）

救急医が求めるSTAT画像所見報告と今後の発展のために

○船曳 知弘[1]
[1]藤田医科大学病院 高度救命救急センター

生命予後にかかわる緊急性の高い疾患の画像（STAT画像）所見報告ガイドラインが2024年に公開され、各施設において臨床現場での活用が進んでいる。とくに救急診療では、時間帯や診療科、原因を問わず、傷病名が未確定の患者が多数来院する。本邦では高齢者救急の増加により、非典型的症状を呈する症例が増え、画像診断への依存度は高まっている。緊急処置・治療を要する患者が含まれる状況下では、迅速かつ的確な画像情報の共有が不可欠である。担当医は主訴や診察所見から想定した疾患を中心に画像を評価するため、関心領域以外の異常所見が見落とされる可能性がある。STAT画像報告では、臨床情報を踏まえつつ広い視野で異常所見を拾い上げ、速やかに担当医へ伝達する体制が重要である。さらに報告内容に対するフィードバックを含むシステムを構築することで、より質の高いタスク・シフト／シェアが実現できると考える。今後の発展のためには、報告対象となる緊急性の高い疾患の範囲を広げていくことができれば、より現場に貢献すると考えられる。

STAT画像所見報告の目指すところ
演題番号　PD14-2（R）

アンケート調査よりみえた実態とガイドラインの乖離

○市川 宏紀[1]
[1]大垣市民病院 医療技術部 診療検査科

STAT画像所見報告ガイドラインが発行され、診療放射線技師による所見報告が注目されている。全国的に所見報告方法は多様であるため、日本救急撮影技師認定機構では実態調査を行い第27回本会で報告した。夜間休日に放射線科医が介入する施設は半数に満たず、異常所見の報告手段は口頭以外にも施設にあった多様な方法を導入していた。ガイドラインでは口頭報告を第一とし、記録は放射線部門システムなどへの記載を推奨している。カルテ等への記載は非推奨としているが、26％の施設がカルテやレポーティングシステムに記載すると回答した。伝達の簡便、確実性を考慮すると他職種が閲覧可能なシステムの利用は効率的だが、ガイドラインとの整合性に関しては各施設で協議する必要がある。また報告すべき所見についてガイドラインに含まれていない疾患も多く、急性大動脈解離、肺血栓塞栓症は高い報告率を示した。急性腹症においても多岐にわたる疾患が報告対象となっていた。ガイドラインの想定は日常診療であるのに対し、本調査は休日夜間を対象としている。救急や休日夜間では所見報告の需要が高まると思われ、ガイドラインと実態の乖離について議論していく必要がある。

STAT画像所見報告の目指すところ
演題番号　PD14-3（R）

STAT画像所見報告に含めるべき指摘疾患について

○大保 勇[1]
[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 医療技術部放射線科

当院はSTAT画像所見報告をはじめてからこ9年目を迎えている。はじめるにあたり、診療放射線技師主導で指摘疾患を提案し、救急科医師と放射線科医師の承諾を得て決定した。指摘疾患のひとつとして急性喉頭蓋炎がある。その特徴的な画像所見として、thumb sign（喉頭蓋の腫脹）とvallecula sign（喉頭蓋谷の消失）があり、知っていれば容易に指摘できる疾患である。この疾患は本邦における救急領域の医療訴訟第３位との報告があり、窒息による死亡症例や軽症と診断された症例が訴訟となっている。また、日本医療安全調査機構から発出された「救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析」では、頸椎の椎体前面の血腫による気道の圧排と閉塞による死亡事例が報告されており、A（気道）の異常に対して、画像を最初に確認する診療放射線技師の指摘により、最短の治療へと結びつけることができる。これらの疾患はSTAT画像所見報告の指摘疾患に含めるべきであると考える。

STAT画像所見報告の目指すところ
演題番号　PD14-4（R）

亀田総合病院おけるSTAT報告の実情と活用について

○増田 翔太[1]
[1]亀田メディカルセンター 画像診断室

当院では国際医療評価機構（以下JCI：Joint Commission International）の認証を受ける中で緊急画像所見報告（以下STAT報告）が2015年度より開始された。STAT報告は当初、放射線科医師へと監修依頼し、選ばれた8疾患かつ医師の同席しない検査に限る形で始動している。2024年より範囲を拡大し全検査を対象とし、定めていた8疾患以外も異常所見報告として至急の報告を行うこととしている。2015年度から2024年度までの統計として年度報告平均は128件であった。モダリティとしてはCTの脳出血が最多の報告となった。また当院では放射線科情報システム（RIS）にSTAT報告について記載を行い、それが電子カルテにも反映される形となっている。院内の医療安全対策室に報告数等を定期報告しており、そのデータをもとに電子カルテの記載と相違があった場合には担当医に確認を行い、画像所見の見逃しを防ぐために活用されている。当院におけるSTAT報告の立ち位置と運用、報告された症例を提示し、STAT報告について直近の活動における実際を報告する。

STAT画像所見報告の目指すところ
演題番号　PD14-5（R）

持続的成長を見据えて構築したSTAT画像所見報告体制

○和田 悠平[1]
[1]医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 放射線技術科

【はじめに】当院では2020年度より、17疾患を対象にSTAT画像所見報告の運用を開始した。ガイドラインに明記のない疾患も含み、選定基準は「速やかな報告が診療方針へ影響するもの」としている。【運用】診療医は緊急疾患の早期把握を必要とし、放射線科医は技師報告の妥当性確認と必要時は医師報告を担う。運用当初より直接報告を原則とし、日勤帯：報告した旨のみをRIS経由でカルテ記録、休日夜間帯：報告した旨のみ直接カルテ記録してきた。医師のニーズを踏まえ、2026年度より時間帯に限らず報告疾患名(所見)をRIS経由でカルテ記録する運用へ変更した。【持続的成長の取り組み】休日夜間帯検査は管理シートにて自身が対応した症例を振り返る運用を行っており、年度末には対象疾患の報告率を算出している。また、解説付きのWeb症例提示を持ち回りで実施し、暗黙知の共有を図っている。さらに、放射線科医との定期カンファレンスを通じて日々の臨床疑問を解消する場を設けている。本発表では、選定疾患の紹介や所見報告に伴う心理的・業務的負担、責任範囲を提示し、持続可能な報告体制の在り方を議論したい。

STAT画像所見報告の目指すところ
演題番号　PD14-6（R）

STAT画像所見報告に影響する背景因子の検討

○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】2024年にSTAT画像所見報告ガイドラインが発行され、診療放射線技師の所見報告が注目されている。当院でもCT業務未経験者対象に勉強会を行っているが、読影能力は経験年数など様々な背景により個人差が生じる可能性がある。【目的】勉強会前後で画像所見検出率の変化を調査し成績に影響を与える被験者背景を検討したので報告する。【方法】対象は夜勤業務を行う診療放射線技師18名。CT画像、単純X線写真(XP)の画像所見の回答を集計・スコア化し、CT、XP、CT＋XPの3群に分けた。①勉強会前後の成績比較、②経験年数、担当モダリティ、自己学習の有無について関係する因子を検討した。【結果】①CT、CT＋XP群は有意に成績向上したが、XP群は有意差を認めなかった。②経験年数、担当モダリティ、自己学習の有無のいずれの群間も有意差を認めなかった。【考察】各因子において関係性が認められなかったが教育によって成績が向上したことは、教育の実施自体が重要な因子だと考えられる。STAT画像所見報告のあり方として個人の判断に委ねるのではなく、教育を通じて標準化していく事が必要である。【結語】教育介入自体が読影能力の向上に十分効果が期待できる。

STAT画像所見報告の目指すところ
演題番号　PD14-7（R）

“撮るだけ”で終わらせない　ICU患者における緊急画像所見への多職種協働体制の構築

○西池 成章[1]，藤村 一郎[1]，梅木 拓哉[1]，山田 友子[2]
[1]りんくう総合医療センター 放射線部，[2]りんくう総合医療センター 看護局 急性期ケア推進室

生命予後に直結する病態に対する画像報告（STAT画像報告）は、主として救急外来での緊急画像検査を対象として実施されており、近年、その取り組みは拡大している。一方で、緊急対応を要する病態は外来患者に限らず入院患者にも認められ、特にICU患者においては、気胸や気管内挿管チューブ位置異常など、急変につながり得る異常所見が散見される。これらは早期発見と迅速な対応を要する。当センターではこれまで、ICU患者に対して行われるルーティンのポータブル撮影後の画像確認は、一部の診療放射線技師が行うにとどまり、挿管チューブ位置異常や気胸の存在を認めた際の連絡体制も十分に整備されていなかった。一方、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアの推進により、当センターの特定認定看護師が、経口・経鼻気管チューブの位置調整を行えるようになった。これらのことを踏まえ、ICU患者におけるポータブル撮影の緊急画像所見を念頭に置いた、診療放射線技師、看護師、医師による多職種協働体制を構築したので、その取り組みについて報告する。

人工呼吸器・ECMO・CRRT入門とトラブルシュート
演題番号　PD15-1（CE）

救急・集中治療で使いこなす生命維持管理三種の神器：若手CEの判断・対応スキルを磨く

○加藤 孝昭[1]
[1]名古屋大学医学部附属病院 臨床工学技術部

救急・集中治療領域において、人工呼吸器・ECMO・CRRTは呼吸・循環・代謝を代用する生命維持管理装置であり、臨床工学技士（CE）が確実に習熟すべき重要機器である。本セッションでは、若手CEがつまずきやすい各機器の基本原理・構造・設定の考え方を「原点」として整理し、臨床で発生しやすい代表的なトラブル事例を通じて、原因の切り分けと初期対応のポイントを解説する。また、急性期医療では多職種連携が不可欠であり、医師・看護師などの医療スタッフと適切に情報を共有することで、判断の迅速化、治療方針の統一、不要な再評価の防止、チームの作業効率向上といった明確なメリットが得られる。さらに、若手CEが現場で抱きやすい不安や判断の迷いに対しては、知識の体系化と判断の流れの明確化を通して、対応の優先順位や判断基準を整理できるよう支援する。加えて、日常点検から緊急時対応まで、現場の判断の過程を可視化することで、経験年数に依存しない標準化された対応力の獲得を目指す。これらの基礎知識の再確認とトラブル対応力の強化を通じて、若手CEが自信をもって迅速かつ安全に行動できる臨床能力を育成する。

人工呼吸器・ECMO・CRRT入門とトラブルシュート
演題番号　PD15-2（CE）

救急CRRT入門―膜選択と圧で学ぶ多職種トラブルシュート

○吉野 秀樹[1]
[1]埼玉医科大学総合医療センター 臨床工学部

救急・集中治療でCRRTは溢水、高K、薬物中毒、尿毒症性意識障害、頭部外傷（脳圧配慮）など「今すぐ崩れる」場面で用いられる。一方、若手CEは膜選択・浄化量・圧アラーム・凝固の関係が見えず不安になりやすい。本講では当院の膜選択プロトコールを軸に、「炎症メディエータまで狙うのか、まずは水・電解質・尿毒素に集中するのか」という目的から膜とモード（CHD/CHF/CHDF）を選ぶ思考を共有する。浄化量は「何をどれだけ下げたいか」から逆算し、数字の丸暗記ではなく処方意図を読める状態を目指す。管理では圧を回路の「渋滞情報」として、脱血圧・入口圧・返血圧・差圧・濾過圧・TMPを読み、患者・アクセス（体位、循環、カテ位置）、回路（屈曲、気泡、凝固）、装置・設定（センサー、アラーム閾値）の順に原因を絞る。血液凝固、膜目詰まり、Vチャンバ凝固を切り分け、アラーム連鎖や治療中断を防ぐ初動（観察、調整、抗凝固、交換判断）まで示す。医師・看護師へはSBARで「現状指標＋仮説＋提案」を共有し、職種間で同じ見通しを持って安全に「止めずに回す」CRRTを実現する。典型パターンとチェック項目の要点を短時間で共有する。

人工呼吸器・ECMO・CRRT入門とトラブルシュート
演題番号　PD15-3（CE）

CRRT(Continuous Renal Replacement Therapy)の基礎と実践

○白髪 裕二郎[1]
[1]川崎医科大学附属病院 MEセンター

CRRTは集中治療室で長時間施行される血液浄化療法であり,術後の維持透析患者,AKI,敗血症性ショックなどの重症患者に対して施行されることが多く, IRRT(Intermittent Renal Replacement Therapy)に比較して行動態が不安定な症例においても安全に施行しやすいことから,生命維持においては欠かせない治療法である.ただし,血液浄化の効果を最大限に得るためにも,拡散・濾過・吸着と複雑である原理を正しく理解して治療目的に応じて治療方法を選択することが重要である. また,治療方法のみならず,血液流量や血液浄化量,VAカテーテルの選択なども安定した治療には欠かせない.さらに、CRRT施行中には脱血不良や回路内凝血に伴う回路閉塞などのトラブルがしばしば発生するため、トラブルの早期発見と適切な対応はもちろんのこと,発生を未然に防ぐための工夫も含め,臨床工学技士の果たす役割は極めて大きい.そこで, 本講演では,CRRTの基礎的理解を体系的に整理するとともに,現場で求められる実践的対応力の向上を目指し,臨床工学技士としての判断力・応用力の基盤を強化することを目的とする.

人工呼吸器・ECMO・CRRT入門とトラブルシュート
演題番号　PD15-4（CE）

○相馬 希[1]，石井 宣大[1]，富樫 玲奈[1]
[1]東京慈恵会医科大学附属柏病院 臨床工学部

ECMO管理におけるトラブル対応の思考プロセスとチーム連携 －若手臨床工学技士教育の視点から－

ECMO（体外式膜型人工肺）は、重症呼吸・循環不全に対し、ガス交換と血液循環を代替する高度生命維持療法であり、厳密な装置管理と全身管理が求められる。とりわけトラブル発生時には回路・装置特性に基づき、患者要因と装置要因を迅速に切り分け、その原因仮説と対応策の提案を正確に共有する必要がある。しかし、若手臨床工学技士（CE）にとっては、複雑な回路構造や装置特性、多様なアラーム要因、病態変化との関連付けが困難であり、判断に迷いが生じ提案を躊躇する一因になる。本発表では、ECMOの基本原理・構造・設定の考え方を整理した上で、血流低下や酸素化不良、回路内圧上昇など代表的なトラブルを通じて、工学的視点に基づく原因推定への過程を共有する。また、トラブル発生時の情報伝達において、SBAR等を活用し「状況」「背景」「評価」「提案」を明確に言語化し共有する意義について議論する。若手CE自律的な判断には、体系化されていない暗黙知を思考フレームワークとして構造化し、その根拠を可視化・共有する体制が不可欠である。本発表を通じてECMOトラブル対応における標準化・構造化された思考フレームワークと、多職種連携について検討したい。

人工呼吸器・ECMO・CRRT入門とトラブルシュート
演題番号　PD15-5（CE）

○中島 康佑[1]，光家 努[1]，久保 諭[1]，中根 亮[1]，遠藤 未耶[1]，河北 賢哉[2]
[1]香川大学医学部附属病院 医療技術部 臨床工学部門，[2]香川大学医学部附属病院 救急救命センター

揚程から学ぶECMO流量トラブルと送脱血管選定

ECMO管理において流量が得られない状況は、循環・酸素化不全に直結する重大なトラブルであり、若手臨床工学技士（CE）が対応に苦慮しやすい課題である。本セッションでは、ポンプの揚程特性と回路抵抗の関係を基礎から整理し、「なぜ流量が出ないのか」を理論的に理解する教育的アプローチを試みる。特に、送脱血管のサイズ・長さ・留置位置が揚程と流量に与える影響を中心に、カニュレーション不適切、循環血液量不足、回路狭窄など、臨床で頻発する要因を系統的に解説する。さらに、流量低下時の評価手順と対応アルゴリズムを提示し、医師・看護師との情報共有においてCEが果たすべき役割についても整理する。揚程を軸とした理解を通じて、若手CEがECMO管理の原理を深く把握し、トラブル発生時にも根拠を持って判断・行動できる実践力の育成を目的とする。

技術の“頂点”を目指して：CEの専門性をどう深めるか？
演題番号　PD16-1（CE）

○小笠原 亮太[1]
[1]東北大学病院 診療技術部 臨床工学部門

日常の経験を、救急の力へ —救急集中治療領域で臨床工学技士として学んだこと—

【背景・目的】救急集中治療領域では突発的かつ高度な対応が求められるが、その多くは日常診療で培われた臨床経験を基盤として成立すると考えられる。本報告では、日常業務で得た経験が救急領域における治療介入にどのように生かされてきたかを整理し、臨床工学技士としての学びを振り返る。【活動内容】当院の臨床工学技士は、血液浄化業務、人工心肺を含む手術関連業務、不整脈関連領域、高気圧酸素治療等にローテーション体制で従事している。これらを基盤として、救急領域では体外式心肺蘇生を含むECMOの管理、透析患者の急性期病態に応じた治療モダリティ選択、減圧症や一酸化炭素中毒に対する高気圧酸素治療、頸椎損傷症例に対する頸椎固定術における整形外科ナビゲーションシステムの術中操作を実践した。【考察】救急医療における治療介入は、日常業務で培われた機器理解、病態把握、多職種連携の経験が応用されることで可能になると考えられた。加えて、ローテーション体制による多様な業務経験が、異なる病態や治療環境への適応力を高めていた。【結語】一見救急と直接関係しない日常業務であっても、その積み重ねが救急対応力の向上につながる可能性が示唆された。

技術の“頂点”を目指して：CEの専門性をどう深めるか？
演題番号　PD16-2（CE）

○河村 将熙[1]
[1]久留米大学病院 臨床工学センター

CEとしての専門性をどう深めるか －集中治療領域の実践から－

集中治療では、人工呼吸・急性血液浄化・体外循環など複数の生命維持装置が同時介入し、病態は時間単位で変化する。臨床工学技士（CE）に求められる専門性は、認定資格取得や学術活動・論文執筆、院内教育など多岐にわたるが、私は日常業務で遭遇する小さな違和感をクリニカルクエッション（CQ）として言語化し、データで検証して現場へ実装する力にあると考える。急性血液浄化におけるビタミンE固定化膜を題材に、「膜構造による線速度の違いが膜寿命へ与える影響」、「抗酸化作用および抗炎症作用を一般的な生化学検査から評価する」といったCQを設定し、後ろ向き観察研究として装置データと臨床指標を解析した。ビタミンEの有無により48時間後の好中球/リンパ球比（NLR）や赤血球分布幅（RDW）に違いが見られ、学会発表および論文化へ繋げることができた。これまでの得られた経験から、CQの探究的思考、研究設計から学術活動、論文執筆までの流れを共有し、専門性の深化に向けたキャリアの再認識と具体的な未来像を描くための手がかりを提示したい。

技術の“頂点”を目指して：CEの専門性をどう深めるか？
演題番号　PD16-3（CE）

CEの専門性はどこにあるのか ― 救急で問い続けた5年間

○吉野 秀樹[1]，今本 俊郎[2]
[1]埼玉医科大学総合医療センター 臨床工学部，[2]埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター

技術の頂点とは、何を極めることなのか。高度医療機器を正確に操作することだろうか。専門認定を重ねることだろうか。臨床工学技士として救急の現場で心停止のECMOスタンバイを担いながら、導入決定まで初療に関与できず、蘇生処置が進む目の前で「見ているだけ」の自分に違和感を抱いた。この違和感は、装置担当としての役割の捉え方を見直す契機になった。救急では法律上できる行為も限られ、CEが存在する意味を自問した。私は装置を扱う専門職に留まるのではなく、医療のプロセスを理解し、機能する存在を目指すようになった。医師の判断を代替するのではなく、その判断が最大限活きる基盤を整える。蘇生アルゴリズムや集中治療の共通言語を学び、初療から検査・入室までを見据えた連続支援を実践し、地域との運用標準化や外傷治療における橋渡し灌流の定量化にも取り組んできた。CEの専門性は装置操作にとどまらない。医療を理解し、見えないリスクを可視化し、曖昧な状況を構造化する力である。技術の頂点とは、目立つことではなく、医療の現場で不可欠な一部として機能し続けることだと、私は考えている。本セッションでは、その思考と実践の過程を共有する。

技術の“頂点”を目指して：CEの専門性をどう深めるか？
演題番号　PD16-4（CE）

救急集中治療領域での臨床工学技士の専門性とキャリアを考える

○上岡 晃一[1]，山田 眞由美[1]
[1]東京医科大学病院 臨床工学部

臨床工学技士は、生命維持管理装置の管理を業務としていることから、様々な医療機器に精通しているように感じてしまうが、実は各臓器別専門職としての色の濃い職種である。現実、各専門認定士取得や研究等も各臓器別専門領域に特化していることが多い。各臓器別専門領域の中でも臨床現場で求められる知識技術は異なり、救急集中治療領域では全身管理が重要となる。その全身管理を理解するために医療職種間共通言語を理解し、実践するためには各臓器別専門領域の知識を高めつつ、連結して業務を行うことが重要である。その機会は病院内外に存在し、特に院外活動は関連学会を中心に、臨床工学技士会や各研究会、セミナーを通じて多職種と多くの知識・経験を共有することが可能となる。特に人と人の巡り合わせは、自分自身の行動にて偶然にも必然にもなり、大きな価値と同じ志を持った仲間と切磋琢磨し成長を可能とする。今回、自身のキャリアを皆さまと共有し、未来のCEを描くセッションとしたい。

技術の“頂点”を目指して：CEの専門性をどう深めるか？
演題番号　PD16-5（CE）

救急・集中治療領域における専門性深化 ―現場の要請に呼応する「創発的キャリア」の真価―

○三木 隆弘[1]
[1]日本大学病院　臨床工学室

臨床工学における「頂点」とは何か。それは単なる専門資格の取得や知識の蓄積に留まるものではない。いかなる臨床現場においても、臨床工学技士としての真価を発揮し、医療チームに対し確実な「成果」を提供することにあると考える。現代の学問的潮流では、専門性の深化には計画的なキャリアプランの策定が推奨されている。しかし、私自身の歩みは必ずしもその概念に合致するものではなかった。振り返れば、目前の課題やニーズに呼応し、解決し続けてきた軌跡であった。この積み重ねこそが、結果として現在の専門性を形成したといえる。このような、現場の要請に対し自己を更新し続ける「創発的」なプロセスこそが、専門性を養う源泉となった。今回、私自身が救急・集中治療領域を中心に歩んできたキャリアを振り返り、多様な経験から得た知見、そして専門性の深化が医療現場にもたらす価値について、具体例を提示し考察する。

技術の“頂点”を目指して：CEの専門性をどう深めるか？
演題番号　PD16-6（CE）

二次救急に求められる臨床工学技士像について

○中西 拓也[1]，藤井 研介[1]，小見山 ひと実[2]
[1]笠岡第一病院 臨床工学部，[2]笠岡第一病院 看護部

【はじめに】当院は、岡山県南西部の二次救急指定病院であり、CEは21名在籍している。救急業務への取り組みは2020年から開始し、2022年には看護師のタスクシェアの一環として夜間救急当直業務を開始した。救急業務（人工呼吸器関連業務、院内急変時対応及び医療機器管理業務）を中心とした研修会や教育プログラムを作成し、現在10名で夜間救急当直対応を行っている。【活動内容】2020年より、救急業務や一般病棟での業務の多い機器管理担当のCEを中心に業務改革を行った。それまでCE＝透析の人やOPEの人というイメージだった当院のCE像を抜本的に変えていった。経緯としては、2021年から人工呼吸器関連業務を中心としたCEの普及活動、内視鏡業務の着手、2022年より当直業務、オンコール体制の設立、呼吸療法チームの設立、在宅支援業務、他院搬送支援、地域医療貢献、災害対策と活躍の場を広げてきた。【結語】こうした背景には、CE特有の専門性の高さを活かし、多職種連携で必要な医療スタッフ同士の“潤滑剤”として機能できる側面が大きいと考える。今後も地域の中核病院としての役割を果たすため専門性を活かしながら業務改革や地域貢献に尽力していきたい。

有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望

演題番号　PD17-1（CE）

臨床工学技士は実は災害医療のプロになれる!!

○安達 一眞[1]
[1]兵庫県立こども病院 診療部

本邦は地震大国である．1995年の阪神・淡路大震災における急性期の初動を問題視することでDMATという組織を育成してきた．かくいう私もDMAT隊員である．しかし，平時の運用は病院ごとに委ねられており，医薬品・医療機器などのソースコントロールに一定の見解はない．こんな中，医療機器の管理は災害・有事のアクションプランのある施設は皆無であると思う．医療機器は医療提供の資源にある．今や医療機器なしには診断も治療も完遂できないことがほとんどである．ではどのようにこの資源を守るかは医療機器の運用を地域で一部担う必要があると考えている．例えば各地域基幹病院では一定の周期（Ex．5年）で医療機器は更新していく．しかし使用できないわけではなく，安全係数が低下していると判断されているだけに過ぎない．この更新された機器を一括でオーバーホール・保管することで有事利用が可能となる．いずれは破棄となるがこの「更新」は永久に続けることが可能である．またこのような情報をDMATとも共有することでリソースコントロールの幅が広がる．臨床工学技士はこの運用に最適な知識・技術を有し，災害時に多いに有益な職種といえる．

有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望

演題番号　PD17-2（D）

日本DMAT標準資機材を隊員と共に被災地まで円滑に運ぶために～民間旅客航空機による医療資器材搬送を考える

○水野 光規[1,2]，山本 尚範[1]，松田 直之[1]
[1]名古屋大学大学院 医学系研究科 救急・集中治療医学分野，[2]あいち小児保健医療総合センター 放射線科部

【緒言】遠隔地や離島への災害医療支援では空路も選択しうる。日本DMAT標準資機材を民間定期航空機で搬送可能か調査した。【方法】日本DMAT標準資機材(ver3.0/3.1)を対象に2026年2月末時点の関係法令および20社(30席以上の機材で日本国内線を定期運航する全社)の運送約款・規定等と照合した。【結果】7区分，計320品目(重複込)，1100点超が掲載され大半は工夫により輸送可だった。1品目(カセットコンロ用ボンベ)は機内持込・預入とも不可だが，医療用空気・酸素ボンベは規定に適合すれば可である。リチウムイオン電池・リチウム金属電池は持込の方が許容範囲は広い。本体/予備，医療機器該当性，ワット時定格量・リチウム含有量で可否が分かれ，ポータブル電源等は注意を要す。刃物や尖った物は医療用でも機内持込不可だが，先が丸い鋏(刃体6cm以下)や同乗患者に使用する注射針等は持込できる。日本国内線でも医薬品を含む液体(ジェル含む)の量制限を設ける会社もある。【考察・結語】単品では輸送可能でも，梱包，各重量と総重量，航空会社や機種(サイズや電磁適合性(EMC))の違いでの輸送可否に注意を要す。専門知識と事前調整を要し，標準化と事前確認が鍵と考える。

有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望

演題番号　PD17-3（N）

圧挫症候群（クラッシュ症候群）に備える持続可能な医療資源戦略

○矢田 哲康[1]，小林 奈美[1]，内海 清乃[2,3]，平山 隆浩[4]，三木 隆弘[5]，大場 次郎[6]
[1]町田市民病院 看護部，[2]国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 保健医療学専攻 災害医療分野，[3]国際医療福祉大学災害保健医療研究センター，[4]岡山大学学術研究院 医歯薬学域 地域二次救急・災害医療推進講座，[5]日本大学病院 臨床工学室，[6]国立健康危機管理研究機構 危機管理・運営局 DMAT事務局 国際対策課

圧挫症候群（CS）は急性腎障害や高カリウム血症を高率に合併し、早期の大量輸液および血液浄化療法が救命率を左右する。実際に阪神・淡路大震災では、適切な補液や透析が行われなかった症例で死亡率が高かったことが報告されている。我々が実施した全国調査では、災害拠点病院におけるCS受け入れ可能推計は2,191人、持続的腎代替療法（CRRT）装置は2,373台と算出された。一方でBCP整備は7.4％にとどまり、CS受け入れ経験のない施設が半数以上、小児血液浄化体制も限定的であった。さらにCRRT装置の転倒防止対策未整備施設も多く、「装置はあるが災害下で確実に稼働できるとは限らない」実態が明らかとなった。発災直後にはCS患者が急増する一方、水・電力・透析液などの基盤資源は大きな制約を受け、医療資源の需給は急速に逼迫する。CS対応は個別治療の問題ではなく、限られた血液浄化資源をいかに広域で再配分し医療機能を持続させるかという医療システムの課題である。本討論では、厚生労働科学研究および日本災害医学会災害時急性期傷病対応検討委員会（CSRM委員会）の取り組みを踏まえ、CS対応における資源調整の枠組みと今後の全国体制の方向性について議論する。

有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望

演題番号　PD17-4（P）

健康危機管理における医薬品供給体制の構築と多職種連携
―薬剤師・薬事コーディネーターの視点から―

○渡邉 暁洋[1]
[1]兵庫医科大学 危機管理医学講座

近年の災害や新興感染症の流行は、医療資源の供給網に深刻な影響を及ぼし、医療継続の脆弱性を浮き彫りにした。有事にも持続可能な医療提供体制を維持するためには、病院完結型の対応を超え、地域や行政と一体となった「健康危機管理」の視点が不可欠である。薬事分野では、大規模災害等の有事において薬事コーディネーターが中心となり、薬剤師法や薬機法に基づく適切な医薬品供給調整を行う体制が運用されている。平時から行政、卸売業者、多職種との強固なネットワークを構築し、有事には法制度の枠組みを理解した上で、限られた資源を最適に配分する柔軟な対応が求められる。本発表では、薬剤師および健康危機管理の立場から、薬事コーディネーター制度における成果と課題を共有する。医薬品供給体制だけでなく医療機器管理との共通項に着目し、現場を横断するコミュニケーターとしての役割がいかに地域全体のレジリエンスを高めるかを検討したい。平時からの「備え(Stock)」と有事の「調整（Flow)」、を両立させ、行政担当者や多職種と連携して、いかなる事態においても「地域住民、患者さんを守る医療」を継続するための具体的な方策について議論を深めたい。

有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望

演題番号　PD17-5（O）

災害・緊急時における医療機器に係る課題と対応策

○山本 栄一[1]，宮島 敦子[1]
[1]国立医薬品食品衛生研究所 医療機器部

災害や新型コロナウイルス感染症のパンデミック時には、医療資源の需給バランスが急激に変動し、多くの課題が顕在化した。有事においても医療を持続的に提供するためには、必要とされる医療機器の供給の下、適正使用の確保、安全性の担保、さらには修理・保守体制の整備・維持が不可欠である。本発表では、厚生労働科学研究「災害・緊急時における医療機器の薬事承認等に係る考え方の整理のための研究」において得られた知見および成果を踏まえ、関係するステークホルダーが平時から講ずべき備えと、災害・緊急時における対応策の案を述べる。

有事に持続する医療のために―資源調整と多職種連携の展望

演題番号　PD17-6（CE）

岡山県における医療機器供給体制の可視化と資源情報の共有化に向けた研究開発

○平山 隆浩[1]，岡田 真澄[2]，野島 剛[1]，薬師寺 泰匡[3,4]，上田 浩平[3]，湯本 哲也[3]，塚原 紘平[3]，内藤 宏道[3]，中尾 篤典[3]
[1]岡山大学学術研究院 医歯薬学域 地域二次救急・災害医療推進講座，[2]岡山大学病院 臨床工学センター，[3]岡山大学学術研究院 医歯薬学域 救命救急・災害医学講座，[4]薬師寺慈恵病院

【背景・目的】災害や感染症流行による医療資源の逼迫に対応するには、個別の医療機関の努力だけでなく、地域全体で資源を俯瞰・調整する視点が不可欠である。岡山県で医療機器供給体制に関する調査の結果、地域間の機器偏在や非常用電源の備えの不備が浮き彫りとなった。医療の持続には、機器・消耗品・物流・人材、さらには電力・通信等のインフラまで含めた多岐にわたる資源情報を平時から把握し、有事に統合管理する体制が求められる。【取り組み】令和5年度中国地区DMAT実動訓練において、岡山県臨床工学技士会が都道府県保健医療福祉調整本部にリエゾンとして参画した。医師会や災害薬事コーディネーターと協働し、現場を横断的に理解する立場から需給調整を担ったことで、実効性ある判断が可能であることが示唆された。【今後の展望】今後は、災害時の機器・消耗品調整における災害薬事コーディネーター等との連携を一層深化させる。また、現在「医療資源共有プラットフォーム」の研究開発を進めている。本プラットフォームを通じてリアルタイムな資源情報の可視化と円滑な融通を実現し、地域全体を対象とした持続可能な医療提供体制の構築を目指す。

救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク

演題番号　PD18-1（E）

病院救命士の気管挿管・気道管理の完成形は何なのか

○加納 正也[1]，川野 悠也[1]，大須賀 章倫[1]，真弓 俊彦[2]
[1]独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 救急科，[2]独立行政法人 地域医療機能推進機構 中京病院 ICU

当院では本年より救急外来で救急救命士が気管挿管を実施できるように研修を開始した。今回、この特定行為研修が開始された背景には雇用時に構想していた「頭部側での気道管理」を実現するためのものである。これは休日や夜間など重症患者を複数人同時に受け入れた際などマンパワー不足になり得る状況下で救急科医師の負担軽減を目的としている。救急救命士が気管挿管を病院内で実施するにあたり課題がいくつか存在し、例として地域MC体制の不整備や医療安全での課題、教育体制等で特定行為研修にすら至っていないのが実情である。しかし、これらの課題を解決し研修・実施する際、また異なる課題があり当院でも現在、課題解決に向けて取り組んでいる。その例が「対象が心肺停止状態の患者」、「呼吸器の設定」等である。救急外来で気管挿管する際は必ずしも心肺停止状態ではないためその限定的な対象の撤廃が必須である。また、気管挿管後の呼吸器設定まで救急救命士が行うことで「頭部側の気道管理」が担え、医師の負担軽減に繋がるのではないかと考える。今回提議したものを軸に多職種でクロストークを行い今後の救急救命士について決めたい。

救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク

演題番号　PD18-2（E）

重症患者搬送を支える多職種連携：相互教育とタスクシェア

○須賀 涼太郎[1]，濱口 拓郎[1]，重田 健太[1]，鈴木 健一[2]，中江 竜太[1]，横堀 將司[1]
[1]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター，[2]日本医科大学付属病院 ME部

救急医療の持続可能性確保には、医師・看護師の過重負担を前提としないタスクシフト・シェアの実装が不可欠である。当院では、重症患者搬送を臨床工学技士（CE）や救急救命士を含む多職種チームで実施している。重症患者搬送において、救急救命士は多職種連携の一翼を担う役割が期待されている。重症患者搬送69例の有害事象発生を後方視的に検討したところ、機械的循環補助を要した症例は27例であった。有害事象は計48件認められ、患者関連が最多で、次いで機器関連が多かった。これらは、継続的な救急救命士による全身観察およびCEによる機器モニタリングなど、医師・看護師に加えて多職種が相互にカバーする体制により、悪化を未然に防ぐ重要性が示唆された。当院では、重症患者搬送チームによる定期的な搬送訓練を実施している。さらに、CEが主体となり全職種を対象としたECMOトラブルシューティング教育を行い、救急救命士が搬送時の注意点や初動対応の教育を実施している。多職種が相互に教育を担う体制は、患者や医療機器の異常を察知・共有する能力の底上げにつながり、搬送の質向上と医師・看護師の負担軽減に寄与し得る。

救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク
演題番号　PD18-3（CE）

初療室でCEはどう動く？－Hybrid ERの現場から—

○鈴木 希海[1]，佐藤 昌臣[1]，丸山 修平[2]，斎藤 福樹[2]，中森 靖[2]
[1]関西医科大学総合医療センター 臨床工学センター，[2]関西医科大学総合医療センター 救急医学科

医療機器の高度化が進む現代において、医療機器の専門職である臨床工学技士（以下CE）は、救急医療において重要な役割を担っている。当院では重症患者が搬送される時、医師・看護師・放射線技師・CEが初療チームとしてHybrid ERに参集し、病院前情報と患者搬入後の方針を共有している。CEが関わる具体的な処置は、CPA症例に対するECMO導入、心臓カテーテル治療、重症外傷症例に対する急速輸血・輸液加温システムや自己血回収装置の操作、血液粘弾性検査、体温管理システムの運用である。特に重症外傷では、CEが急速輸血・輸液管理やカルシウム補正を主導し、併せて血液粘弾性検査の測定・解釈を行うことで、救急医が外傷治療に専念できる体制を構築している。これらの取り組みはタスクシフト・シェアの推進、医療パフォーマンスの向上に繋がると考える。我々CEは常にスキル向上の意識を持ち、より良い救急医療を提供することに貢献していきたい。本発表では、当院の救急医療におけるCEの取り組みについて紹介する。

救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク
演題番号　PD18-4（CE）

—チームの機動力を高めるためにー 臨床工学技士（CE）ができること

○山田 麻有佳[1]
[1]社会福祉法人恩賜財団済生会支部 神奈川県済生会横浜市東部病院 臨床工学部

救急現場では、限られた時間と情報の中で多職種が同時並行的に判断を行う。その中での臨床工学技士（CE）の役割は、単なる機器操作だけでなく、病態とデバイス特性を総合的に捉え、治療選択に必要な技術的情報を共有することにあると考えている。例えば、透析患者で急性心筋梗塞が疑われる症例では、NPPVの導入依頼が初動となることが多い。しかし、CEはNPPVを導入するだけではなく、呼吸や循環の状態、体液過剰の有無などをアセスメントし、IPPVへの移行・補助循環（IABP、Impella、V-A ECMO）や血液浄化導入の可能性を同時にアセスメントする。また、カテーテル治療や緊急手術への移行を想定し、必要機器や人員・部門間連携を先行して調整することで、迅速に治療が提供できる体制を整える。さらに、デバイスの可否や限界を工学的視点から提示し、医師・看護師などと意思決定過程を共有する。このような迅速な体制整備と意思決定支援が、急変時のチームの機動力を高める一助になると考えている。本シンポジウムでは、各職種がCEに何を求め、CEがどう応えるべきか、現場に即した連携の在り方を議論したい。

救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク
演題番号　PD18-5（O）

当院救急外来における診療看護師(NP)の活動

○加藤 夏美[1]
[1]藤田医科大学病院 FNP室/救急総合内科

藤田医科大学病院救急外来（以下、ER）では、2024年度救急患者28,777人、救急車搬送12,781台を受け入れており、診療看護師（Nurse Practitioner、以下NP）2名を配置している。NPは来院直後の初期評価、検査オーダー、創処置・縫合、各種特定行為を含む初期診療を担っている。従来医師が行っていた初期対応をNPが代行することで医師は重症患者対応や高度な意思決定に専念できる時間を確保している。この体制は医師の働き方改革の一環として機能すると同時に、NPは多職種間の情報を整理・共有しながら診療導線を調整し、急変対応や医療機器管理を含む診療体制の円滑化に寄与していると考える。本発表では、当院ERにおけるNPの具体的活動を提示し、救命医療における多職種連携の中でのNPの立ち位置について考察する。

救命の最前線を語る：CE・医師・看護師・救急救命士クロストーク
演題番号　PD18-6（D）

三次救急における重症患者受け入れを支える多職種連携

○長谷川 意純[1]，奥野 憲司[1]，卯津羅 雅彦[2]
[1]東京慈恵会医科大学附属柏病院 救急部，[2]東京慈恵会医科大学附属柏病院 救命救急センター

三次救急を担う当院では、重症患者を積極的に受け入れ、救急外来初療から集中治療まで連続して対応している。本発表では、補助循環導入の可能性を念頭に置く重症循環不全患者の受け入れ場面を軸に、医師の立場から多職種連携の実際を示す。地域の救急救命士から得た搬送前情報をもとに、看護師が必要物品を先行準備し、医師が初療計画を共有し、臨床工学技士参画後に機器運用へ接続する流れが一例である。医師は受け入れ判断、病態評価、治療方針決定に加え、限られた人的資源の中で初療全体の優先順位を定め、救急外来から集中治療への移行を途切れさせない役割を担う。看護師には先読みした準備と状況変化の即時共有、臨床工学技士には参画後の確実な機器運用と平時からの手順整備、地域の救急救命士には受け入れ準備につながる搬送前情報の精度を求めたい。一方、臨床工学技士が常時院内対応できる体制ではない施設では、不在時間帯に看護師と医師が準備と初期対応の橋渡しを担うが、その運用は経験や共通認識に依存する部分もあり、標準化と明文化には課題が残る。現場の工夫と限界を共有し、人的資源に制約のある施設における持続可能な重症対応を考えたい。

これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル
演題番号　PD19-1（E）

救急隊と医療機関における情報伝達の相互認識向上を目指したワークショップの試み

○吉井 友和[1,2]，一柳 保[2,3]，腹子 歩夢[4,5]，脇田 佳典[2,6]
[1]出雲市消防本部 平田消防署，[2]日本救急救命学会教育研修委員会，[3]高野町消防本部，[4]総合南東北病院救急救命科，[5]太田西ノ内病院救命救急センター，[6]東京慈恵会医科大学救急医学講座

【背景】救急隊は医療機関の院内スタッフとの人間関係にストレスを感じており、収容交渉に苦手意識を持っていることが一因と推測される。【目的と方法】救急隊と院内スタッフの相互理解を深めるため、映像教材を用いたワークショップを開催した。救急現場の映像から1分程度で情報伝達を実践し、MIST with T(Mechanism, Injury, Sign, Treatment, Title)を提示した。救急隊が伝えた情報と医療機関が知りたい情報についてディスカッションを実施した。【結果】救急隊は正常範囲内のバイタルサインも含めすべてを正確に伝達し、事故状況を詳細に口頭で説明する傾向があった。一方、院内スタッフは発症(受傷)時刻、既往歴(特に糖尿病、高血圧、内服薬)、外傷ではエネルギー量と加わった部位を重視していた。事故状況は口頭より写真などの映像を求める声が多く、医師によって必要とする情報が様々であることも明らかとなった。【考察】救急隊と院内スタッフでは情報の重要性についての認識にギャップが存在する。地域メディカルコントロール単位で消防と医療機関がワークショップを開催し、相互認識を高めることが効果的と考えられる。

これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル
演題番号　PD19-2（E）

大規模言語モデルによるノンテクニカルスキル評価：反復評価による安定性の検証

○三橋 正典[1]，秋葉 裕巳香[1,2]，齋藤 海里[2]，糟谷 一心[2]，宇田川 美南[1]，鈴木 健介[1,3]，増野 智彦[1,3]，小川 理郎[4]
[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，[4]学校法人日本体育大学

【背景】病院前救護の円滑な活動には、ノンテクニカルスキル（NTS）が不可欠である。NTSの評価は主観に左右されやすく負担も大きい。大規模言語モデル(LLM)などのAIを評価補助に使うことが検討されているが、評価を反復させた結果がどの程度安定するかは未検証である。【目的】救護シミュレーションでの会話をLLMで反復してNTSを評価し、評価の安定性を検討する。【方法】ChatGPT-5.2で会話データ32件を反復回数（10/20/30回）で評価した。NTSは、①コミュニケーション②情報収集③フォローアップの質問④状況に応じた対応⑤時間管理を3段階で採点し、点数の標準偏差と評価の一致率を算出した。【結果】各採点結果の標準偏差の中央値［IQR］は全条件・全項目で0.00［0.00-0.00］、一致率は78.1-96.9%であった。【考察】LLMの評価は反復しても安定しており、評価者の補助として活用でき効率化できる可能性が示された。教員にAIによる評価を加えることで、負担軽減とフィードバックの質向上が期待できる。【結論】LLMのNTS評定は反復でも安定しており、LLMと教員評価の併用が望ましい。

これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル
演題番号　PD19-3（E）

アクセシビリティとコミュニケーション ― 救急現場における課題と可能性 ―

○脇田 佳典[1,2]，高尾 洋之[2]，高橋 宣盟[2]，信朝 裕行[2]，高尾 佳代子[2]
[1]東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座，[2]東京慈恵会医科大学 先端医療情報技術研究部

アクセシビリティとは、障害の有無にかかわらず全ての人が情報やサービスに平等にアクセスできる状態を指す。救急医療においても、アクセシビリティ観点にたった、合理的配慮と情報保障は不可欠である。救急現場では時間的制約下で迅速な判断が求められる一方、聴覚・視覚障害、認知機能低下、言語の違いなどにより意思疎通が困難となる場合がある。いかなる状況においても医療者がコミュニケーションを怠らない姿勢を組織的に担保することが、安全性と医療の質の向上に直結する。本演題では、その重要性と実践上の課題を整理する。

これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル
演題番号　PD19-4（E）

救急隊員養成課程におけるコミュニケーション教育の効果と学習者意識の変化

○一柳 保[1,2]，吉井 友和[2,3]，脇田 佳典[2,4]
[1]高野町消防本部 高野町消防署，[2]日本救急救命学会教育研修委員会，[3]出雲市消防本部，[4]東京慈恵会医科大学救急医学講座

【背景】救急隊員向けコミュニケーション教育には、現場特有の状況に対応した実践的内容の確立が求められる。【目的】本教育による学習者の自己効力感の変化を定量的に評価する。【方法】消防学校入校中の学生211名を対象に、実践的コミュニケーション教育の前後で救急活動の各場面7項目についてVAS(0-10)による自己評価を実施した。【結果】全項目で講義後に有意な上昇を認めた(p＜0.001)。特に「収容交渉（3.7→4.9）」や「医療機関での申し送り（3.8→5.1）」は、初期値が他項目に比し有意に低値であったが、受講後に顕著な改善を示した。【考察】医療機関との連携場面において初学者が強い不安を感じていることが示された。この知見は救急隊員に特化したコミュニケーション教育プログラム構築の基盤となる。

設問：救急隊員としてのコミュニケーション力について感じていること

Visual Analog Scale　0（自信がない）<----------->10（自信がある）　n=211				
評価項目	講義前	講義後	変化量	p 値
① 第1印象	5.4 ± 2.1	6.2 ± 1.9	＋0.8	＜0.001
② 原因・訴えの聴取	4.6 ± 2.2	5.6 ± 1.9	＋1.0	＜0.001
③ 処置の説明と同意	4.7 ± 2.2	5.9 ± 1.9	＋1.2	＜0.001
④ 収容交渉	**3.7 ± 2.1**	**4.9 ± 2.0**	**＋1.2**	**＜0.001**
⑤ 隊員間連携	5.8 ± 2.1	6.9 ± 1.7	＋1.1	＜0.001
⑥ 医療機関での申し送り	**3.8 ± 2.0**	**5.1 ± 1.9**	**＋1.3**	**＜0.001**
⑦ 事後の印象	5.1 ± 2.1	6.6 ± 2.0	＋1.5	＜0.001

数値は Mean ±SD.　太字は講義前において他項目より有意に低値であった項目

これができれば大丈夫！救急隊員必須のコミュニケーション能力と説明スキル
演題番号　PD19-5（D）

○吉永 雄一[1,2,3]，平田 誠[2,4]，森本 幸夫[4]，中川 皓嗣[3,5]，西村 達也[3,5]
[1]関西メディカル病院 救急集中治療部，[2]関西メディカル病院 ERセンター，[3]大阪府豊能地域メディカルコントロール協議会，[4]関西メディカル病院 EMT科，[5]豊中市消防局

どう学ぶ？『伝わる』プレゼンテーション ～救急隊の搬送連絡および申し送りスキルの重要性とその学び方～

救急要請が増え続ける昨今、現場での病態観察や判断スキルと同様かそれ以上に重要となるのが、病院への搬送連絡や搬送後の申し送りの際のプレゼンテーション能力である。しかし、救急隊員や救急救命士の養成課程の中でこの能力に特化した講義や研修というものはなく、結果、現場に出てから同乗する先輩を見習い、自力で習得していくことが殆どであり、そのスキルの評価や指導教育をされる機会も乏しい。当院では、主に受ける側の病院救命士の通話業務の検証・指導を目的として救急隊からの搬送連絡通話を全件録音しているが、救命士養成課程の病院実習生にも随時録音を聞いて学習教材として役立ててもらい、最終日には実習生による搬送連絡や搬送後の申し送りのシミュレーション研修を行っている。上質なプレゼンテーションは連絡件数の増加や不適切な搬送を減らし、患者に最適な医療を提供するだけでなく救急隊自身の負担軽減にもつながるため、消防やMC単位で『伝え方』の検証や教育指導を行う必要はあると考えている。二次と三次、疾病と外傷など状況に応じた『伝わる』プレゼンテーションの要点を救急医の目線から紹介し、教育のヒントとして役立てて頂きたい。

中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？
演題番号　PD20-1（CE）

○小西 一樹[1]，中村 年宏[1]，米野 優美[1]，塩屋 玲[1]，菊池 佳峰[1]，砂原 翔吾[1]，木田 博太[1]，上野山 充[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 臨床工学部門

中堅CEとしての役割～ CRRTの事例を通じて～

当センターは三次救急を担う急性期病院であり、Continuous Renal ReplacementTherapy (CRRT)に対応するため、ACH-Σ(旭化成メディカル)を4台保有、適応に応じて膜を4種類使用している。また昨年のCRRT施行件数は382件であり、そのうち214件が休日または夜間当直帯に開始されていた。当センターでは休日夜間は1名体制であり、その中でCRRTのトラブル対応やその他業務の優先順位をつけて対応していく必要がある。しかしながら様々なインシデントが起こることがしばしばあり、必要に応じて中堅CEが中心となり、臨床工学室にて検討し対策を考え実行した。本発表では夜間当直帯に発生するトラブル事例を通じて、中堅CEとして現場でどのように動き、どのように伝えるかを検討した。具体的には、①回路準備の標準化、②トラブル発生時の対応フロー整備、③後輩CEへの関与方法と役割分担の明確化、④インシデント発生時の対策を医師や看護師など他部門との折衝を行った。これらの取り組みを通じて、中堅CEが夜間急変時における判断と調整の要となる役割を再認識できたので報告する。

中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？
演題番号　PD20-2（CE）

○田中 心[1]
[1]聖マリアンナ医科大学病院 臨床工学技術部

次世代を育む中堅臨床工学技士の選択～現場での思考の言語化と教育的介入～

【はじめに】救急・集中治療領域において中堅臨床工学技士（CE）は、実務の担い手にとどまらず現場教育の中核としての役割が求められる。緊迫した臨床では「瞬時の判断」と「多職種連携」が不可欠であり、これらは中堅CEが日常的に実践している重要な能力である。本発表では、一定の技術と経験を有する中堅CEが「次の一手」として、自身の行動・意思決定・伝え方をどのように後輩へ継承し、次世代育成につなげるか、その教育的アプローチを検討する。【現場での動きと伝え方の教育的意義】急変対応や医療機器トラブル時の優先順位判断や行動選択は若手にとって有用な学習素材である。判断根拠を言語化し共有することで暗黙知を形式知へ転換できる。また多職種連携場面では中堅CEの立ち振る舞い自体がロールモデルとなる。「伝え方」とその意図の可視化は若手のコミュニケーション能力向上とチーム医療の質向上に寄与する。【結語】中堅CEが役割を「熟練した実践者」から「教育的視点を持つリーダー」へ再定義することは、次世代育成と組織の臨床対応力向上につながる。本セッションでは中堅CEの葛藤を共有し、求められる成長の方向性について考察する。

中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？
演題番号　PD20-3（CE）

○神成 千穂[1]，塚本 功[1]，加地 正人[2]，根本 学[2]
[1]埼玉医科大学国際医療センター 臨床工学部，[2]埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科

中堅CEが救命ICUで直面する専門職としての葛藤

救命ICUは多職種による医療協働が大切である。勤務する中堅CEとして、即応性と「Noと言えないYesに価値はない」という言葉を常に意識しているが、現場においてその実践は容易ではない。例えば、CKRT導入においては、常にリスクと利益のバランスを考慮する必要があるにも関わらず、Drの治療依頼に対し、患者の状態や治療の適応を踏まえた上で、専門的な観点から「本当に今この条件が必要か」の選択に自信がなければ容易に根拠のない「Yes」を選択してしまう。加えて、NSが元々構築していたDrとやり取りのテンポ感（阿吽の呼吸）、先輩CEからの指摘を受けて自らの未熟さを痛感した経験からも、専門職としての在り方を見つめ直す契機となった。治療方針に「Yes」と言える自信を持つためにも知識や技量に磨きをかけ、自分のパワーやスピード感に持っていく必要がある。中堅CEが直面するこの「Yesの重み」を巡る葛藤と、自立した専門職として多職種から意見を尊重される存在へと成長するための選択について論じたい。

中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？
演題番号　PD20-4（CE）

○森田 将基[1]
[1]松戸市立総合医療センター 医療技術局臨床工学科

中堅CEの悩みと行動～皆さんどうしていますか～

救急・集中治療領域における中堅臨床工学技士(CE)は、現場で一瞬の判断や素早い行動を求められる一方、立場の曖昧さや責任の重さに悩むことがある。中堅CEが抱える悩みを本セッションで提示する。治療や診断などに対して踏み込むべきか迷う場面では、発言の可否ではなく情報を整理し提案できる準備を行うことが重要である。また、判断への不安や疑問に対しては正解を決めるのではなく、複数の選択肢と根拠を提示しチームの意思決定を支える役割を担う。伝え方においては、指摘ではなく状況・懸念・提案を簡潔に共有することで次への行動がスムーズに展開されることに繋がる。さらに後輩教育では、答えを与えるのではなく思考過程を示し、本人に考えさせる関わりが中堅CEの役割であると考える。これらを通じて、現場を支え育てる中堅CEの在り方を討論したい。

中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？
演題番号　PD20-5（CE）

○森下 世紀[1]
[1]福岡徳洲会病院 臨床工学科

救急・集中治療領域における中堅CEの教育への関わり ～「やる側」から「支える側」へ～

救急・集中治療領域において臨床工学技士（CE）は、生命維持管理装置の操作・管理を担う専門職として、迅速かつ的確な判断が求められる。特に経験を重ねた中堅CEは、自らが前線で対応する立場から、後輩を育成し、チーム全体を支える役割へと徐々に移行していく段階にある。一方で、「自分がやった方が早い」「どこまで任せるべきか」「まだまだ症例を経験したい」といった葛藤を抱える場面も少なくない。また近年では、生命維持管理装置の高度化・複雑化が進み、安全な運用には知識や技術のみならず、リスク予測し判断を共有する力が求められる。そのため、中堅CEには現場対応能力に加え、自身の経験を言語化して後輩に伝える役割が期待されるが、その教育の難しさを実感することも多い。本発表では中堅CEとしてチームの教育にどのように関わっているのか、当院での具体的な取り組みを紹介する。中堅CEが「やる側」から「支える側」へと役割を変化させていく過程において、教育は避けて通れない課題であり、実践可能な教育方法を共有することで、参加者それぞれが自施設での関わり方を見直すきっかけとしたい。

中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？
演題番号　PD20-6（CE）

○犠本 泰輔[1]
[1]兵庫医科大学病院 臨床工学部

中堅臨床工学技士に求められる判断力と役割 -専門性を基盤に現場と組織をつなぐ視点-

中堅臨床工学技士(CE)には,専門性を基盤としつつ多職種と協働し,現場や組織を前進させる判断力が求められる。臨床現場では,限られた情報と時間の中で意思決定を迫られる場面が多く,その積み重ねが自らの役割の変化を自覚させる。こうした判断の質を高めるには,専門知識の深化に加え,他職種との対話や経験の共有を通じて視野を広げることが不可欠である。また,中堅期には単に正しさを主張するのではなく,相手が行動に移せるように伝えられる調整力や対話力が重要となる。他職種との信頼関係は一朝一夕に築かれるものではなく,患者アウトカムの改善を通じて積み重ねた実績がその基盤となる。さらに,後輩育成においては知識や技術の伝達にとどまらず,挑戦と安全の両立を可能にする環境づくりが求められる。加えて,現場と管理層をつなぐ橋渡し役として,業務改善や組織運営に関与することも中堅CEの重要な役割である。本セッションでは,12年目CEとしての経験をもとに専門性を軸に組織を動かす力をどのように培うか考察し,中堅CEに求められる姿勢について議論したい。

中堅CEの選択：現場でどう動く？どう伝える？
演題番号　PD20-7（CE）

○加藤 孝昭[1]
[1]名古屋大学医学部附属病院 臨床工学技術部

中堅CEの“そのときどうする”：どう動き、どう伝えるか

臨床工学技士（CE）は救急・集中治療領域において生命維持管理装置の安全運用を担う専門職であり、中堅CEには現場対応のみならず、後輩育成、多職種連携の調整、さらには必要な会議やミーティングへの参画といった部署運営への関与も求められる。その役割は機器管理にとどまらず、チームが円滑に機能するための“橋渡し役”としての視点を必要とする。しかし実際には、急変対応時の優先順位決定、医師・看護師との意見調整、後輩のミスへの介入の線引きなど、判断に迷いが生じやすい場面に直面し、どのように動き、どう伝えるか悩むことも多い。本セッションでは、中堅CEが経験しやすい代表的な場面をケース形式で提示し、現場で瞬時に求められる判断プロセスと、専門性を保ちながらチームを動かすためのコミュニケーションのあり方を検討する。また、組織として一貫した対応を実現するために必要な調整力や、多職種と協働する際の視点を整理し、中堅期に求められる役割理解を深める。本セッションを通じて、中堅CEが自身の立ち位置を再確認し、次世代リーダーへと成長するための方向性を明確にすることを目的とする。

特定行為と指示医師教育の3拍子~原点・現点・頂点から考えるMC体制~
演題番号　PD21-1（E）

横浜市消防局における救命指導医体制について

○原 正利[1,2]
[1]横浜市消防局 磯子消防署 警防課, [2]横浜市消防局 救急部 救急指導課

横浜市では、平成10年４月より365日、消防司令センターに医師が常駐する、司令センター救命指導医（以下「救命指導医」という）体制としており、救命指導医が他事案対応中の場合は、横浜市ＭＣ協議会連携医療機関のうちの４病院のいずれかで特定行為の指示等を行っている。令和７年の救急出場件数は約25万件で、そのうち、心肺停止傷病者に対する特定行為指示は約6,600件、心肺機能停止前傷病者に対する特定行為の指示件数は約2,600件である。特定行為を行う事案では、救急救命士が救命指導医へ連絡し、傷病者の病態等を伝達、指示を受ける。また、心肺停止傷病者は、原則横浜市ＭＣ協議会連携医療機関へ搬送するため、救命指導医が専用回線で病院連絡を実施する。救急隊は、特定行為の指示要請だけでなく、判断に迷う症例への病態評価や搬送困難事案の医療機関選定なども救命指導医に連絡し指導・助言を受けることができる。今後、救急救命士の処置拡大により指示要請件数が増加し、救命指導医への連絡がさらに輻輳することが想定される。迅速かつ的確な指示要請のために、救急隊と救命指導医の相互理解と、救急隊の観察・判断力等の向上が求められる。

特定行為と指示医師教育の3拍子~原点・現点・頂点から考えるMC体制~
演題番号　PD21-2（D）

司令センター常駐医師体制の光と影
―常駐体制が招いた特定行為遅延とその改革―

○竹内 一郎[1]，谷口 隼人[1,2]，大井 康史[1,2]，和知 治[2,3]
[1]横浜市立大学 救急医学/高度救命救急センター, [2]横浜市メディカルコントロール協議会, [3]横浜市消防局 救急課

【はじめに】横浜市では2025年度より、MC協議会・消防局・行政・医療機関が一体となり「蘇生率No.1の都市！ヨコハマ」プロジェクト（2025 ～ 2027年）を推進中である。開始にあたり、救命指導医の24時間常駐体制に潜む構造的課題が明らかとなった。常駐医師が多くの情報を求めることで救急救命士が特定行為前に情報収集を優先する慣行が定着し、常駐体制が皮肉にも特定行為遅延を招く一因となっていた。【方法】令和7年7月より指導医への連絡を早期指示要請と詳細情報報告の2段階に分離する新プロトコルを導入した。【結果】取組前（令和5年）、目撃あり心原性事案の接触からアドレナリン投与までの時間は平均14分25秒、現場投与率4%であった。導入後半年間（令和7年7月～12月）では投与までの時間が10分21秒へ約4分短縮、現場投与率が53%へ改善し、接触から指導医連絡までの時間も4分00秒から2分59秒へ短縮された。令和8年はプロジェクト2年目としてMC・消防全体へ推進中である。【結論】常駐医師体制はその構造自体が特定行為遅延のリスクを内包しうる。自らの課題を直視し改革を重ねることがMC体制向上の一歩であり、本取組が各地域の議論の一助となれば幸いである。

特定行為と指示医師教育の3拍子~原点・現点・頂点から考えるMC体制~
演題番号　PD21-3（D）

司令センターに医師が常駐しないOn Line Medical Control

○石原 諭[1,2]，山村 尚矢[1]，梶本 智和[2]，菊池 悠[4]
[1]兵庫県災害医療センター 救急科, [2]兵庫県災害医療センター, [3]兵庫県MC協議会, [4]兵庫県救急救命研究会

現在本邦ではOn Line MCの方法として、消防指令センター常駐医師が指示を出す、センター常駐型（東京・大阪等）と、救急医療機関の医師が、日常診療業務と並行して専用電話で指示を行う病院ホットライン型が存在する。兵庫県では都市部を含めて全て後者を採用しており、その理由と課題を述べる。理由１）兵庫県は広大で地域の社会背景が大きく異なる。５つの三次医療圏域は異なるプロトコールを持ち、搬送時間や医療機関数等の地理的社会的条件にも大きな格差がある。また同じ三次圏域内でも、例えば阪神南と丹波二次医療圏では上記背景が全く異なる。２）各圏域に救命センターがあり、圏域内で完全不応答はほとんど存在しない。３）指示医が患者を受け入れるので情報伝達が容易。４）救急医不足のため、指令センターに常駐させる余裕はない。５）全県でMC従事医師研修を開催し、多くの医師が受講している。一方問題点は、１）当直医が大学派遣の非救急医の病院も多く、質の担保が困難。２）行政からのMC支援が十分とは言えず、従事医師研修においても講師の手弁当状態が多い。今後MC協議会中心にこれら課題解決の方策を確立する必要がある。

特定行為と指示医師教育の3拍子~原点・現点・頂点から考えるMC体制~
演題番号　PD21-4（E）

ＭＣ医師の継続的な教育の重要性について

○中田 達也[1]
[1]神戸市消防局 救急部救急課

【背景】近年、救急需要・社会ニーズの拡大により、救急隊プロトコールは複雑化している。神戸市では、救急隊への具体的指示は、地域ＭＣ内にある計１５の医療機関に勤務する医師が出している。このような指示体制のもと、常時・迅速に指示、指導・助言を得ることができる一方で、救急隊の処置に対する具体的指示を、医師がいかに適切に行うかが課題としてあがっている。【取り組み】兵庫県では、平成２７年に県ＭＣ主催でＭＣ従事医師研修会を開催しており、それ以降は県ＭＣ事業として地域ＭＣ単位でオンラインＭＣに携わる医師の教育を実施している。神戸市地域では、年に２～３回の指示医師研修会を開催し、オンライン学習とグループディスカッションを組み合わせた研修スタイルにより、救急隊プロトコールの習熟を図っている。【課題と今後】継続して研修会を実施することで、ＭＣに関わる医師は増えているが、医師の入れ替わり、新プロトコール作成等に伴い、ＭＣ医師の知識面でのアップデートという課題が出てきている。県ＭＣ協議会主催の従事医師研修会を強化し、繰り返し教育を体系化することで、ＭＣ医師教育を持続的なものに昇華する必要がある。

特定行為と指示医師教育の3拍子～原点・現点・頂点から考えるMC体制～
演題番号　PD21-5（D）

○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

病院医師直通ホットラインを介したオンラインMC体制の「強み」と「弱み」

沖縄県では、救急医療機関の医師直通電話に、救急隊からの特定行為指示要請をはじめとしたオンラインMC案件がかかってくる体制が取られている。指示要請先は搬送予定の医療機関であったり、地域の救命救急センターであったり様々であるが、多くは搬送予定としている、かかりつけ医療機関であることが多い。この場合、指示要請に対応する医師は、当該患者の自院での診療歴や患者背景などを参照した上で対応することが可能であり、傷病者のACPなどの背景を勘案した、より的確な指示を行う事ができる。また、自院で勤務している専攻医などに特定行為指示を行っているところを見てもらうことも可能であり、日常診療の中での指示医育成に繋がっていると言える。しかしながら、救急診療を行いながら指示要請に応えることは、特に小規模の救急医療機関においては、少なからず救急医の負担となっている。今後は、救急隊が適切にアセスメントを行い、適宜、患者背景に応じて指示要請を行う医療機関を、より規模の大きな救命救急センターとしたり、医療DXを導入するなど、負担の分散や具体的指示を的確に行える環境整備を図る必要がある。沖縄県での取り組みを交えて考察する。

特定行為と指示医師教育の3拍子～原点・現点・頂点から考えるMC体制～
演題番号　PD21-6（D）

○酒井 智彦[1]，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

救急科専門医養成と特定行為指示医師教育の接点

【背景】救急救命士制度は医師の具体的指示の下に特定行為を実施する制度であり、指示医師の医学的判断はプレホスピタル医療の質と安全性を左右する重要な要素である。一方、救急科専門医の到達目標には「病院前救護のメディカルコントロールが行える」能力が明示され、専門医には指示出しを含む病院前医療への理解と実践力が求められている。【現点】しかし指示医師体制は指令室常駐による一元化体制、地域単位で指示出しを行う医師に対する研修を整備している体制、各医療機関に委ねられる体制など地域差が大きく質担保の方法も一様ではない。制度設計上の安定性と、専攻医が実践的に学ぶ教育機会との関係は十分整理されているとは言い難い。【考察】救急科専門医を目指す専攻医が所属する救命救急センターにおいては、病院前活動と搬送後診療を連続的に経験し、具体的指示を臨床経過と結び付けて学修できる体制である。特定行為の指示制度の質保証と専門医養成の双方の充実につながる可能性があるため、地域単位の指示医師研修がない救命救急センターでは、メディカルコントロール体制や特定行為指示出しに関する教育を計画的に行うことが重要である。

特定行為と指示医師教育の3拍子～原点・現点・頂点から考えるMC体制～
演題番号　PD21-7（D）

○小橋 大輔[1]，田邊 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]SUBARU健康保険組合 太田記念病院 救急科，[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]高山赤十字病院 救急部，[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医師教育の課題と、オンラインMC基本ガイドパンフレット作成の意義

わが国のメディカルコントロール(MC)体制は地域により大きく異なり、指示医師のMC経験や知識・理解度にも大きな差がある。近年、オンラインMCに関連するインシデントも散見されており、指示医師の質的担保は喫緊の課題であるものの、MC業務の経験が浅い医師にとっては、救急救命士の処置範囲、地域プロトコールなど習得すべき知識が多岐にわたる上に、その教育体制は未だ十分ではない。特に救急非専門医が指示を担う場合、体系的な知識習得の機会そのものが乏しいのが現状である。そこで、日本臨床救急医学会MC検討委員会は、初めてオンラインMCを担う医師や経験の浅い医師を対象に「オンラインMCの基本ガイド」を作成した。本パンフレットは、現場の制約への理解や救急隊との協働姿勢といった「心構え」と、特定行為の適応といった「実務知識」を簡潔に網羅している。本演題では、現在の本邦におけるMC体制の現状と課題を整理したうえで、本パンフレットの内容を紹介し、MC医師の教育ツールとしての有用性と、地域MC体制の向上に寄与する可能性について述べる。

多職種で考えるリアル大量出血
～相互理解による明日からの調和～
演題番号　PD22-1（MT）

○三平 りさ[1]
[1]泉大津急性期メディカルセンター 臨床検査室

安全な輸血業務

救急の現場において、医師が血液製剤を早く欲しいのに届くのが遅いと感じられることがあると思います。血液製剤を準備する技師は早く届けることは勿論ですが、それだけではなく、「安全な輸血」であるかということも重要であると考えます。この安全な輸血ということを担保するために、どのような事を行う必要があるのでしょうか？輸血を行う上で血液型検査は必須です。輸血療法の実施に関する指針」や「赤血球型検査ガイドライン」などに患者の血液型検査についての記載があり、同一患者からの異なる時点での2検体で二重チェックを行う必要があると記載されています。これは間違った血液型の製剤が患者さんに投与された場合、重篤な副反応につながってしまうからです。血液型の二重チェックが未実施の場合は、RBC：O型　PC／FFP：AB型を使用します。このような輸血を急ぐ状況はインシデントやアクシデントが起こりやすくなります。輸血依頼から製剤払い出しまでの輸血部門の業務の流れや輸血実施について各施設で緊急度に応じた手順を作成し、注意ポイントなどを含め院内に周知し、安全な輸血を実施できるシステム作りが必要であると考えます。

多職種で考えるリアル大量出血
～相互理解による明日からの調和～
演題番号　PD22-2（N）

○宮田 佳之[1]
[1]長崎大学病院 高度救命救急センター 看護部

「危機的出血オーダーしましたか？」と言えるスタッフを増やしたい -MTP対応におけるチーム機能の質改善-

救急医療の現場では、重症外傷や産科危機的出血などにおいて大量輸血プロトコール（MTP）を発動し、迅速かつ組織的な医療展開が求められる。看護師は患者ケアと同時に、多職種間の調整や状況把握を担い、今後の治療方針を予測しながら他部門との連携を図る重要な役割を担っている。しかし、複数診療科にまたがる症例では、コマンダーの役割が不明瞭であることや治療方針の共有不足により、チーム医療が円滑に機能しない課題を実感している。そこで当院では、これらを医療提供体制上の質改善（QI）の課題と捉え、MTPに関するシミュレーションを定期的に実施し、救命医師と産婦人科医による合同シミュレーションも行ってきた。加えて、今年度より看護師も主体的に関与するブリーフィング・デブリーフィングの運用を本格化した。現在は、多職種・複数診療科が関与した症例を対象に、チーム医療の形成的評価を実施している。本パネルでは、看護師の立場から、QIを通じたチーム医療評価の意義と、より効果的なチーム医療構築に向けた課題と展望について議論する。

多職種で考えるリアル大量出血
～相互理解による明日からの調和～
演題番号　PD22-3（D）

○伊藤 優太[1]，藤田 基生[1]，宮坂 矩博[1]，工藤 康[1]，前澤 翔太[1]，工藤 大介[1]
[1]東北大学 高度救命救急センター

救急医の視点からみた大量出血への対応と今後の課題

大量出血を伴う患者では、低体温、代謝性アシドーシス、血液凝固異常からなる外傷死の三徴が生じ得る。これらを回避、最小限にするための蘇生戦略がMTPを含む damage control resuscitationであり、チームとしての対応が重要である。救急医は、救急隊からの情報をもとに受傷起点、バイタルサインや生理学徴候から重症度を判断し、MTPの発動を宣言している。蘇生のリーダーを行いつつ、輸血追加や中止の判断などMTPの包括的管理も行う。当院ではMTP 1セット目のクリオプレシピテートはフィブリノゲン値を待たずに使用しているが、2セット目以降は患者の状態により新鮮凍結血漿のみの使用への切り替えや脱クリオ製剤の使用、血小板製剤オーダー要否の判断など血液資源の配分も考慮している。加えて、診療の標準化を目的に、急速輸液・輸血加温システムの管理、輸血製剤の搬送・管理などの基本的な動きに加え、手術やTAEの準備、REBOAが挿入されている場合の動きなど、実践的な動きを念頭に置いたシミュレーション教育を定期的に行なっている。個人の診療能力に依らない標準化された大量出血への対応を24時間体制で提供できるようチームとしての完成度を高めていきたい。

多職種で考えるリアル大量出血
～相互理解による明日からの調和～
演題番号　PD22-4（D）

○前中 隆秀[1]
[1]市立東大阪医療センター 産婦人科

産科領域の大量出血に対する産科医の考え方について

バイタルの異常等に加えて出血の持続を認めることを指す産科危機的出血は、妊産婦死亡の主要因のひとつであり続けており、また、産科単独での対応が困難であることも少なくないため、防ぎ得る母体の死亡の減少には、多職種による集学的加療が可能な体制の構築が必須である。そして、妊産婦の血液は過凝固に傾いており容易に播種性血管内凝固症候群に陥りやすい等の特徴があることから、周産期救急に携わる医療従事者は、これら産科的特徴を認識し、共通の治療戦略を共有することが重要である。産科危機的出血等の周産期救急症例におけるより良い多職種連携のあり方に係る議論の端緒とするべく、産科医として、産科領域における大量出血への考え方を妊産婦の特徴と共に概説する。

多職種で考えるリアル大量出血
～相互理解による明日からの調和～
演題番号　PD22-5（MT）

○塩山 愛加里[1]，榎木 雄美子[1]，吉田 元治[1]，黒田 舞子[1]，清水 楓梨[1]，松浦 裕司[1]，岸本 正文[1]
[1]大阪府立中河内救命救急センター 検査室

大量輸血時における検査室の対応

当施設は独立型救命救急センターであり、専属の検査室として大量輸血を年間約40回程度経験している。大量輸血はRBC10単位以上の輸血として定義し、重篤な出血症例では血液検査および輸血依頼が頻回に発生するため、迅速かつ正確な対応が求められる。当施設では、臨床検査技師が直接、初療室等へ出向き、検査結果の報告や輸血依頼の確認を実施し、検体提出から結果報告・輸血投与までの迅速化に寄与している。一方で、業務が過度に繁忙になると、出血の状況や追加輸血の必要性の把握が不十分となる場合がある。そのような状況下でも、患者のバイタルサインや検査値、払い出し時のコミュニケーションを通じて、臨床現場へ働きかけを行い補完している。今回、心肺停止で搬入され社会復帰に至った臨床的羊水塞栓症患者を経験し、その状況下における検査室の対応について時系列で振り返り検討した。本症例は産科的DICを合併し、RBC54単位、FFP90単位、PC55単位を要したが、検査室における在庫管理と迅速な製剤の払い出し、病態・治療状況の把握など臨床との密な連携が大量輸血時の救命に不可欠であると考えられた。

転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について　~救急車の適正利用のために~

演題番号　PD23-1（E）

○腹子 歩夢[1,3]，橋本 克彦[2]，石田 時也[3]，松本 亮[3]
[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]名古屋大学附属病院 救急集中治療科 / 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター，[3]太田西ノ内病院 救命救急センター

消防救急での転院搬送抑制の鍵は？ ～病院救命士組織体制強化が重要～

総合南東北病院では令和5年度から救急救命士の採用を開始し、病院救命士による他院への転院搬送調整、転院搬送業務を開始した（令和6年度病院救急車による他院への転院搬送件数：251件）。加えて当施設では、他医療機関から当院へ搬送する患者に対しお迎え搬送を実施することで、各医療機関でのタスクシフトを実現し、患者安全向上にも寄与している。病院救急車で出動することで、消防救急の転院搬送削減に繋がり、紹介元医療機関の転院搬送同乗は不要となる。重症患者に関しては救急集中治療科医師及び専門診療科医師の同乗によりドクターカーとして出動体制を整えている。一方患者側の視点では、お迎え搬送による救急救命管理料、下り搬送による救急患者連携搬送料の診療報酬負担が生じることとなる。地方の患者搬送ニーズを鑑みると消防救急による転院搬送を完全に無くすことは現実的ではないが、その抑制のためには病院救命士組織体制強化が一つの鍵となる。公的な体制強化補助に加え、消防救急による急性期病院からの下り搬送時に患者ではなく医療機関側に費用支払いを求める方針も、病院間搬送数の抑制と病院救命士組織の整備・活用の促進に寄与すると考える。

転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について　~救急車の適正利用のために~

演題番号　PD23-2（D）

○柿 佑樹[1]，小島 光博[1,2]，松田 就[1,2]，横山 貴久[1,2]，佐久間 佑希[1,2]，飯島 章子[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，北園 真子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，高安 弘美[1,2]，土肥 謙二[2]，宮本 和幸[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

重症急性大動脈解離の転院搬送経験から考える救急搬送有料化の課題

急性大動脈解離に対する救急搬送，とくに医療機関からの転院搬送は地域医療において不可欠な救急業務である．一方，救急需要の増大を背景に救急搬送の有料化が議論されている．今回，Stanford A型急性大動脈解離症例の転院搬送を経験した．患者は胸痛で当院へ搬送され，造影CTでStanford A型大動脈解離と診断した．転院先からのドクターカー方式は対応困難であり，当院も多忙な状況下で医師同乗が困難であった．循環動態は安定しており，本人・家族へ十分な説明のもと救急隊単独での搬送を判断したが，出発直前に心タンポナーデを伴う急変を来した．院内で迅速な対応を行い救命し，その後は医師同乗で転院搬送を行った．医療機関からの転院搬送には，医師同乗判断や搬送後の医師帰院手段など多くの課題が存在する．さらに，有料化により救急搬送が行政サービスから対価を伴う行為に近づいた場合，患者側の期待値上昇や結果責任の問題が生じる可能性がある．本症例を通じて，医療機関・消防・市民の三者にとって最適な救急搬送のあり方について議論したい．

転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について　~救急車の適正利用のために~

演題番号　PD23-3（D）

○谷口 健太郎[1]
[1]松阪中央総合病院 救命救急センター

選定療養費徴収開始後の経過と当地域における課題 ～選定療養費徴収未実施症例の検討～

【背景】当地域では救命救急センターを含む3病院が救急搬送を受け入れ、令和6年6月より選定療養費徴収を開始した。導入後、救急出場件数は約10数％減少し、当初みられた病院間の徴収率の差も現在は約10％前後へと収束している。一方、未徴収例には対応の妥当性に疑問が残る症例も散見される。【目的】令和6年6月～令和8年1月に当院へ救急搬送された11,598例のうち、帰宅例6,090例を対象に背景および未徴収理由を分析し、運用上の問題点と地域課題を明らかにする。【結果】年齢別では小児、時間帯では深夜帯で徴収率が高かった。未徴収5,062例の理由は「救急患者として判断」1,847例、「再診」1,033例、「交通事故」511例、「生活保護」204例（重複あり）であり、行政制度の影響が大きかった。【考察】3病院間では連絡会議等を通じ運用が標準化されつつあるが、行政側の制度見直しが追いつかず、現場との乖離が残存している。選定療養費徴収は一定の受診抑制効果を示す一方、制度の曖昧さが現場判断のばらつきを生み、適正徴収の妨げとなる。今後は、現場実態と行政制度を整合させる仕組みを構築し、徴収の是非を含め地域としての合意形成を図る必要がある。

転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について　~救急車の適正利用のために~

演題番号　PD23-4（D）

○加藤 宏[1,2]，関 裕[1]，登坂 直規[1]，金子 翔太郎[1]，益子 邦洋[1]，安藤 高夫[1]
[1]医療法人社団永生会南多摩病院 救急災害科，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

救急搬送有料化の前に解消すべき構造上の間隙 ～病院救急車による下り搬送促進と消防負担軽減の実証～

超高齢社会を迎え、救急業務の有料化議論は需要抑制に主眼が置かれがちであるが、本質的な課題は、消防本来の業務外かつ民間搬送では対応困難な「低緊急だが、搬送中も医学的管理やモニタリングを要する患者」に対する搬送手段の欠如にある。当院では、2014年12月から患者費用負担のない病院救急車（HA）による在宅療養患者搬送および地域共同型病院間搬送を行っており、この構造上の間隙への介入効果を検証した。結果、搬送種別は病院間下り搬送が経年的に増加し、38.0%と最多を占めた。次いで患者宅から病院への搬送が27.5%であった。搬送先病院は慢性期が増加して54.7%と急性期を逆転し、在宅からの搬送も60％以上が慢性期への直接搬送であった。病院間搬送件数の推移を八王子消防署データと比較すると、消防救急車の減少分をHAが代替する傾向が確認された。上記結果は、HA運用が急性期病院の入口・出口問題の緩和と、消防の負担軽減に寄与することを示唆している。救急業務の有料化を論じるにあたっては、こうしたHAを活用した搬送機能分化による消防救急車の適正利用の可能性についても併せて検討すべきであると考える。

転院搬送を含めた救急業務の有料化の是非について　~救急車の適正利用のために~
演題番号　PD23-5（E）

○重田 光貴[1]，津川 奏[2]，楳座 憲正[1]，島田 音和[1]，川本 龍成[3]
[1]医療法人徳洲会大和徳洲会病院 看護部 救急外来，[2]医療法人徳洲会大和徳洲会病院 救急科，[3]医療法人徳洲会大和徳洲会病院 総合診療科

病院救命士主体の病院救急車の活用と消防転院搬送数の変化 ～院内資源活用による地域救急への影響の検討～

【背景】救急車の適正利用が求められる中、医療機関間の転院搬送においても消防への依頼が発生している。当院も予定転院搬送を含め消防へ依頼していた。そこで適切な消防救急車利用を目的に、病院救命士を主体とした病院救急車運用を整備、転院搬送を院内で担う体制を構築した。【目的】病院救命士主体の病院救急車活用拡大に伴う消防依頼転院搬送数の変化を明らかにし、地域救急体制への影響を検討する。【方法】2023年度から2025年度（2025年12月時点）までの病院救急車出動件数および当院から消防へ依頼した転院搬送数を後方視的に集計し、年次推移を検討した。【結果】病院救急車出動件数は2023年度25件、2024年度52件、2025年度77件と増加した。一方、消防依頼転院搬送数は110件、103件、48件と減少、2023年度比で約56％減少した。2025年度の集計期間は出動重複時を除き、予定転院の消防依頼は0件であった。【結論】病院救命士主体の運用体制整備により消防転院搬送は減少傾向を示した。院内資源の活用は地域救急体制における役割分担の再整理に寄与する可能性が示唆された。本結果は転院搬送の在り方や制度設計を検討する上での基礎資料となり得る。

Rapid response systemの教育とその効果・課題
演題番号　PD24-1（D）

○武田 聡[1]，鹿瀬 陽一[2,3]，万代 康弘[1,3]，挾間 しのぶ[3]，川原 千香子[4]
[1]東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座，[2]東京慈恵会医科大学 麻酔科学講座，[3]東京慈恵会医科大学 教育センター，[4]帝京大学 シミュレーション教育研究センター

「Rapid Response System 起動要素研修コース」について

院内心停止の予知予防を目指したRapid Response System (RRS）の重要性に疑いの余地はない。これまでも心停止へのトレーニングは数多くおこなわれてきたが、予知予防のための「RRSトレーニング」はまだあまりおこなわれていないのが現状かと思われる。 我々は10年以上前から日本に特化した「RRS起動要素研修コース」の開催を続けてきたが、現在は日本臨床救急医学会「RRS起動要素研修コース」として全国に展開している。知識は事前のe-ラーニング講義を受講して習得いただき、当日は３時間程度のシミュレーターなどを使用したシミュレーションで症例体験いただき、RRS起動基準（シングルパラメーター）や早期警戒スコア（マルチパラメーター）の活用、さらに高度な医療者間のコミュニケーションを必要とする対応、などを事後のデブリーフィングも含め学んでいただく。さらに患者安全の観点から、失敗から学ぶSafety Iや成功から学ぶSafety IIの概念も網羅している。 多くの皆さんにこの「RRS起動要素研修コース」にご興味をお持ちいただき、これを有効にご活用いただくことで、それが日本での院内心停止の予知予防に繋がれば幸いである。

Rapid response systemの教育とその効果・課題
演題番号　PD24-2（D）

○藤田 健亮[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 栃木県救命救急センター

振り返りを教育に変える：三拍子を可視化する当院RRSのデータ駆動型CQI

【背景】RRSの実効性向上には、「起動」「対応」「運用（振り返り）」の三拍子をCQI(Continuous Quality Improvement)として回し続けることが重要である。【活動紹介】当院では2020年にRRSを導入し、2024年度に全事例を再検証するデータベースを再構築した。データから抽出した現状をに基づき、毎朝のRRS事案振り返りと申し送り、非発動事例教育、RRSチームと病棟看護師による病棟カンファレンス、新入職員・BLS/ICLS教育へのRRS教育取り込み、院内講演を組み合わせて実施している。介入前（2024年4月～2025年3月）には、RRS発動件数は月平均10.5件（7.96/1000入院）、RRS発動事例中のCPA割合32.0%、予期せぬ死亡は1.37/1000入院であった。CQIに基づく教育・普及・振り返りを本格化した2025年4月以降（～2026年2月）には、発動件数は月平均28.5件（18.8/1000入院）へ増加し、CPA割合は17.0%へ低下、予期せぬ死亡は0.70/1000入院と低水準で推移した。【結語】RRS教育をデータ駆動型CQIとして設計し、「起動・対応・運用」の三拍子を回し続けることで、非CPA段階でのRRS起動が促進された。本アプローチは、各施設の現状に応じたRRS発展の一つのモデルとなり得る。

Rapid response systemの教育とその効果・課題
演題番号　PD24-3（D）

○木口 雄之[1]，金山 悠[1]，岸本 吉登[1]，森田 孝[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

Rapid Response Systemを通じた院内教育―3拍子への挑戦―

Rapid Response System（RRS）は、患者の異常を早期に認識・介入し、致死的急変を防止するシステムである。円滑な運用には院内全体への教育が不可欠であり、「起動」「対応」「運用」の3要素が重要である。当院では2023年3月にRRSを導入した。「起動」では病棟からのコール対応に加え、NEWS自動計算システムを用いたRapid Response Team（RRT）によるピックアップラウンドを実施している。起動力とNEWS入力率向上を目的に、看護師を対象としたラダー別研修2種類および病棟説明会を行っている。「対応」ではRRTメンバー増員を目的に養成研修を作成し、これまでに2回実施し計16名を育成した。「運用」では導入当初より事例報告システムを構築し、データ収集・分析・評価を行い課題抽出を進めている。現在は病棟へのフィードバック体制の構築を進めており、院内全体へは医療安全部門と協働し年1回の講習会を実施している。本報告では、当院におけるRRSを通じた院内教育の取り組みと今後の課題を報告する。

Rapid response system の教育とその効果・課題
演題番号　PD24-4（D）

○田邊 翔太[1]
[1]松江赤十字病院 救急部

RRSの“量”から“質”へ：NEWSを用いた教育介入の実践

【背景】松江赤十字病院では2022年よりICU看護師主導の院内迅速対応システム（Rapid Response System：RRS）を導入し、研修会やリンクナースを通じた教育を行ってきた。その結果、RRS要請件数は2022年の9.1件/1000入院から2025年には32.2件/1000入院へ段階的に増加した（P＜0.01）。一方で、重症な患者に対する要請遅延も認められ､RRSの「量」だけでなく「質」の向上が課題となった。【活動内容】2025年より電子カルテを用いて全入院患者のNEWS（National Early Warning Score）を毎日算出し、NEWS≧7の高リスク患者を抽出した。RRS管理者が診療録を確認し、重症化が予測される患者に回診を実施し、帯同したICU看護師（対応側）への教育も行った。さらに、各病棟での毎朝のNEWS確認やRRS要請症例の後方視的解析を通じ、病棟看護師（要請側）の教育にもNEWSを活用した。【結論】NEWSを用いた病棟ラウンドと振り返りは、RRSの適切な起動と対応能力向上に寄与する有益な教育手法である可能性がある。

Rapid response system の教育とその効果・課題
演題番号　PD24-5（D）

○鹿瀬 陽一[1]，武田 聡[2]，挟間 しのぶ[3]，川原 千香子[4]
[1]東京慈恵会医科大学附属柏病院 麻酔部，[2]東京慈恵会医科大学 救急部，[3]東京慈恵会医科大学 看護キャリアサポート部門，[4]帝京大学医学部シミュレーションセンター

RRS起動要素研修コースの全国展開への取り組み

日本臨床救急医学会の患者安全検討推進委員会のもとでRRS起動要素研修コースを全国で開催を行っている。当該のコースはRRSの起動を容易にすることを大きな目的としているが、RRSに対応する側の要素の対応の習得も可能である。受講対象は、日常的に患者と接する機会の多い病棟看護師、リハビリ技師、薬剤師、臨床工学技士などの医療スタッフが対象である。また、RRSの対応を行う側のスタッフも、RRSの起動をするにあたって、病棟のスタッフが抱えている問題点を把握することができる。さらに、RRS起動件数が伸び悩んでいる病院の医療安全スタッフ、病院の管理者にも有益な設計となっている。このコースは、米国で行われていたRRS起動のための研修コースの内容を本邦の現状に合わせて運用している。当初は、ひとつの大学病院でのコースであったが、他のRRS教育のコース異なり、ハンズオンを基本に如何にRRSを容易に起動できるかという内容が、多くの施設の医療スタッフにも有益であることから、2022年ごろより全国展開を始めて、全国に拠点となる施設を構築して、広く全国で行える体制を整えているので、この状況を今回報告をする。

Rapid response system の教育とその効果・課題
演題番号　PD24-6（TH）

○小池 朋孝[1,10]，藤谷 茂樹[2,10]，川原 千香子[3,10]，谷井 梨美[2,10]，鹿瀬 陽一[4,10]，森 一直[5]，仲 俊行[6,10]，山崎 早苗[7,10]，冨岡 譲二[8,10]，野々木 宏[9,10]
[1]北里大学病院 集中治療センター RST･RRT室，[2]聖マリアンナ医科大学 救急医学，[3]帝京大学シミュレーション教育研究センター，[4]東京慈恵会医科大学 麻酔科学講座，[5]愛知医科大学病院 NP部，[6]テルモ株式会社 テルモメディカルプラネックス，[7]東海大学医学部付属八王子病院，[8]社会医療法人緑泉会 米盛病院 救急部，[9]静岡県立大学 薬学部，[10]日本臨床救急医学会 患者安全検討推進委員会

Rapid response system新時代のビジョン（続報）-RRSの教育と患者・家族のRRS起動について

Rapid response system(RRS)においては起動要素（要請者）が柔軟に遅滞なく起動できることが非常に重要であり、教育に最も力の入る点である。対応要素においても要請遅延が患者をより重症な状態にすることを踏まえ、日常から起動要素に対して教育的コミュニケーションを図ることを教育に盛り込んでいる。しかし、要請遅延に対するフィードバックは必ずしも良好な効果を与えるとは言えず、心理的安全性を害する可能性もあるため時間をかけた信頼関係構築の上で慎重に行わなければならない。一方で要請不全、要請遅延に対して、もう一つのセーフティネットとして患者（家族）の医療参画、すなわち患者（家族）によるRRS起動が世界各国で導入されている。患者安全検討推進委員会では本邦医療施設においても患者（家族）によるRRS起動の導入を推奨するべく市民対象研究を進めている。本発表では要請遅延に対する教育の現状と中間結果を含めた市民対象研究の概要を報告するとともに、患者（家族）のRRS起動実現のための医療者と市民の教育について提示する。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。

つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン
－medication reconciliationの3拍子－
演題番号　PD25-1（P）

○吉川 博[1]，大川 恭昌[2]，齋藤 靖弘[3]，志馬 伸朗[4]
[1]広島大学病院 薬剤部，[2]岡山大学病院 薬剤部，[3]札幌東徳洲会病院 薬剤部，[4]広島大学大学院医系科学研究科 救急集中治療医学

救急医療におけるケア移行時の薬剤情報連携
― 全国急性期施設調査から考える「評価」をつなぐ視点 ―

救急医療の現場では、患者の薬剤情報を正確に把握し、次のケアへ確実に伝達することが患者安全に直結する。しかし、救急搬送患者では情報が不完全なまま入院することが多く、入院前・入院中・退院時というケア移行の各局面において、薬剤情報が断絶しやすい。我々は、厚生労働科学研究（24IA002）として全国の急性期500施設を対象に実施したアンケート調査結果を基に、救急外来、集中治療室、手術室を含むケア移行における薬剤情報連携の現状と課題を分析した。その結果、救急外来や重症病棟、手術室が関与するケア移行では、情報共有の実施状況に施設間が大きく、特に救急外来では情報不足やタイムラグが顕著であった。一方、救急外来や手術室に薬剤師が関与している施設では、薬剤情報共有の頻度が高い傾向が認められた。不要な薬剤の継続や必要な薬剤の未再開といった問題の背景には、薬剤の使用理由、変更意図、フォローアップ計画などの「医療者の評価」が十分に共有されていない構造的課題が存在すると考えられる。本講演では、ケア移行における薬剤師の役割と多職種連携の意義を整理し、移行場面に応じ薬剤情報の評価を「つなぐ」ための方策について議論する。

つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン
－medication reconciliationの3拍子－
演題番号　PD25-2（P）

○柴田 啓智[1]
[1]済生会熊本病院 薬剤部

救急薬剤師が主導するBPMH/Med Rec/MR導入と地域連携の取り組み

救急で遭遇する患者の多くが不完全な情報のまま入院することが多いのならば，そこから続くmedication reconciliation(Med Rec)も不完全であろう。Med Recを行うにはbest possible medication history (BPMH)が不可欠である。Electronic health record (EHR)は十分でなく，例えばサプリメントの情報などが欠落する。患者のdrug related problems (DRP)や，アドヒアランスに関する情報も重要であるが，Med Recに続くmedication review (MR)の概念も浸透していないのが現状である。このような課題だらけのMed Rec界隈に対して，救急の薬剤師が実施できることは地域における本領域のリーダーとなることだと考える。当院では入院した全患者にMed RecとMRを実施した記録を転院・退院問わず可能な限り連携先へ提供している。記録の効率化と実施率の可視化にはDXを利用している。加えてMed Recの普及を目的に薬剤師会を通して研修会を開催している。ケア移行が頻回な救急領域ではMed Recの機会は多く，BPMHとMRの実施は患者に対応する時間軸が長いかかりつけ薬剤師による実施が理想である。救急搬送時にBPMHとMRが病院に届き，完全なMed Recを実施できる未来について議論したい。

つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン
－medication reconciliationの3拍子－
演題番号　PD25-3（P）

○塚本 裕貴[1]，黒岩 信太郎[1]，塚田 大昂[1]
[1]福岡県済生会福岡総合病院 薬剤部

地域の三次救急医療機関における救急から退院後までの薬剤管理サマリーを活用した薬剤情報共有の実践

入院時、一般病棟へ転棟時、転院先や施設や在宅への移行時、それぞれの時点における薬剤情報の断絶は、薬剤に関連する有害事象の要因となる。福岡県済生会福岡総合病院（以下、当院）では薬剤管理サマリーを活用して、救急担当と一般病棟担当で薬剤情報を連携し、また、当院薬剤師と地域薬局・かかりつけ医療機関で薬剤情報を連携している。入院時の常用薬の把握には薬剤管理サマリーと同じシステムで運用する持参薬鑑別書を用いる。薬剤名や用法用量のみならずかかりつけ医療機関や薬局を追記し、患者情報の共有が実現した。入院早期から退院後を見据えた評価を実施し、薬剤変更理由やモニタリング内容等の薬剤管理サマリーの記載に必要な情報収集を行った。退院時の薬剤情報提供については、薬薬連携勉強会を通じて双方向の意見交換を行い、薬剤管理サマリーや返書の質を向上させる取り組みを実施した。地方都市の三次救急医療機関における救急認定薬剤師として心不全療養指導士ネットワークの代表として、入院から退院後までの薬剤情報の連携を検討する中で得た、薬剤管理サマリーを軸とした情報共有体制の現状と課題を検討する。

つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン
－medication reconciliationの3拍子－
演題番号　PD25-4（P）

○松井 統哉[1]，石丸 裕登[2]，脇田 史明[2]，西村 哲郎[2]，川口 博資[1]
[1]大阪公立大学医学部附属病院 薬剤部，[2]大阪公立大学医学部附属病院 救命救急センター

薬剤情報連携に対して病院薬剤師のできること：３症例の報告

救命救急センターでは常用薬の確認が極めて重要である。しかし、救急搬送された患者はその服薬情報が不十分なまま入院となることも多く、入院時のみならず転棟・転院など多様なケア移行の場面で薬剤師が果たせる役割は大きいと考える。本発表では、病棟薬剤師として薬剤情報の収集・伝達に貢献した実症例を３つ共有し、薬剤師の職能と課題について報告する。症例1は、患者から得た剤形・色・服用錠数と診療情報提供書を照合し、治療上重要な薬剤の同定に至った例である。症例2は、低Na血症を呈した患者において、家族から得た塩カプセルの服用歴を医師へ共有し、医師の評価に寄与した例である。症例3は、複数の薬剤が新規に開始となった肝硬変患者に対し、薬剤管理サマリを作成することで転院先へ詳細情報を伝達できた例である。これらの経験から、救急領域におけるmedication reconciliation の重要性と薬剤情報の「つなぎ手」として薬剤師の果たす役割と課題について考察する。

つなぐ、救急患者の薬剤情報のバトン
－medication reconciliationの3拍子－
演題番号　PD25-5（MS）

○福森 優司[1]，髙橋 裕美[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

救命センターMSWがつなぐ薬剤情報のバトン
—医療DXの活用と薬剤師との協働による実践報告—

当センターは高度救命救急センターであり、意思疎通が困難な患者や家族情報が不明な状態で診療を開始する症例が多い。そのため、搬送時には限られた患者情報から入院前の薬剤情報を把握することが重要となる。当センターでは医療DXを活用し、救命病棟担当薬剤師と連携して薬剤情報の確認・補完を行っている。入院中には、かかりつけ医等からの情報を共有し、治療に活用している。退院・転院調整の場面では、転院先医療機関や在宅医を含む地域支援機関への移行に際し、薬剤の調整を薬剤師と協働して実施している。本発表では、救急領域における「入院前・入院中・退院後」の三つの局面において、医療ソーシャルワーカーと薬剤師が協働し、薬剤情報の共有と調整を行ってきた実践を報告する。

現場のニーズに応える異常値報告とは

演題番号　PD26-1（MT）

異常値結果報告　～本当に必要な結果報告とは～

○中村 政敏[1]
[1]鹿児島大学病院 検査部

救急診療においてパニック値が発生した場合、臨床検査技師は担当医師へのより迅速な報告が必要である。また、パニック値を含む異常値の原因は、採血手技や検体性状に起因するピットフォールの可能性もあるため、臨床検査技師はその背景を推察、加味した検査報告を行う能力が求められる。そのためには、直接患者と接することがない検査室においても、患者の基礎疾患や診療情報をカルテから収集し、検査値の報告の際に生かす日々の努力が重要と考える。臨床検査技師は、検査結果を最初に確認する唯一の職種である。したがって、単なる受動的な数値報告に留まらず、他検査との組み合わせや溶血等の影響を考慮した「根拠ある追加検査」や「再検の要否」の提案が望まれる。その際、医師や多職種との適切なコミュニケーションも不可欠となってくる。本演題では、当院におけるパニック値発生時の運用ルールと対応を紹介する。また、生化学項目を中心に実症例を交えて解説する。本発表が、検査室内にいながらも専門知見を活かした多職種連携を促し、臨床検査技師の視点で救急医療の質の向上に寄与できる一助となれば幸いである。

現場のニーズに応える異常値報告とは

演題番号　PD26-2（MT）

凝固検査の異常値報告－臨床検査技師が考慮すべき背景要因とは－

○大前 星佳[1]
[1]京都大学医学部附属病院 検査部

凝固検査は止血機能の異常を反映する検査であり、出血傾向や血栓形成リスクの評価に用いられる。止血機能異常は重篤な転帰を招く可能性があるため、救急および集中治療の分野においても重要であり、検査結果の正確性が求められる。一方で、当該検査はさまざまな要因により検査値が変動しやすい特性を有する。採血手技などの検査前工程に加えて、薬剤の投与状況といった患者の状態も検査値に影響を及ぼすため、病態以外を反映した異常値の出現は少なくない。このような凝固検査において、異常値を単に「数値」として報告するだけで良いのだろうか。臨床検査技師が背景情報を整理し、時には現場とコミュニケーションを取ることで、異常値報告を有益な「情報」へと発展させることができるのではないだろうか。本演題では、プロトロンビン時間（PT）や活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）、Dダイマーといった基本的な検査項目に焦点を当て、臨床で遭遇する異常値とその背景要因について、実症例を交えて紹介する。有意義な異常値報告に繋げるため、臨床検査技師の視点から確認すべきポイントや、他職種と共有すべき情報等について考える契機としたい。

現場のニーズに応える異常値報告とは

演題番号　PD26-3（D）

多くの救急医は「溶血」の重症性に気が付いていない

○梅村 穣[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 救命救急科

【症例】50歳代男性。大酒家で来院2週前より全身倦怠感を自覚し、前医でアルコール性肝障害を指摘された。来院当日、意識障害と尿失禁を認め救急搬送された。来院時、黄疸、点状出血、重度血小板減少、貧血、肝腎機能障害、炎症反応高値を認め、画像で肺炎および腹水を認めた。肝硬変を背景とする敗血症性DICおよび多臓器障害と診断しICU入室、DIC治療と血小板輸血を開始したが改善乏しく、第3病日に破砕赤血球出現を契機に血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）を疑い血漿交換、ステロイド療法を開始した。第6病日にADAMTS13活性低下を確認しTTPと確定診断した。TTPは極めて希少な疾患であり、多くの医師にとって診療経験が乏しい。そのため血小板減少の鑑別においてTTPが候補に挙がらず、「溶血」や「破砕赤血球」といった重要所見が軽視されることが多い。筆者らの多施設共同観察研究では、TTPの古典的5徴候を満たす346症例中、ADAMTS13活性が測定されたのは43症例のみであり、多くのTTPを疑うべき症例で、それが疑われもしていない現状を示唆している。また溶血や破砕赤血球の評価基準にはばらつきがあり、検査室と救急医の緊密な情報共有が診断精度向上に重要である。

現場のニーズに応える異常値報告とは

演題番号　PD26-4（MT）

臨床推論に基づく異常値報告から自ら次への行動が出来る臨床検査技師とは

○河井 伸午[1]
[1]医療法人徳洲会名古屋徳洲会総合病院 検査科

二次救急病院および三次救急病院でも臨床検査技師が救急診療に参画出来ていない現状がある。24時間救急外来に常駐し救急診療に携わることが出来るのが理想であるが、時間的、人為的な制約等があり携われないという声をよく耳にする。果たして本当にそうだろうか。救急診療では検査の知識だけではなく主訴、バイタルサイン、既往歴、服薬歴、紹介状、そして依頼検査等から救急医とともに病態を推論していく知識、能力が必要になってくる。電子カルテで院内のどこにいても検査結果、画像結果、そして患者情報等を習得、共有することが出来るため現場にいなくとも出来ることはある。その過程において異常値に遭遇した際は、真値の見極め、直接報告の有無、さらにはこの異常値が刻一刻と状況が変化する現場で救急医が今欲しい情報なのかどうかを判断していくこととなる。そのうえで、自ら考え次への行動に移すことが出来る臨床検査技師が救急診療には求められるのではないだろうか。当院も救急外来に臨床検査技師が常駐出来ていない現状の中で、救急診療へ参画するためにどのような異常値報告を行っているかを超音波検査、心電図検査、輸血検査を中心に紹介していく。

現場のニーズに応える異常値報告とは

演題番号　PD26-5（D）

○渡瀬 剛人[1]，岩田 充永[1]
[1]藤田医科大学 救急総合内科

救急医療はチーム医療　臨床検査技師に求められるもの

救急のスタイルは病院によってさまざまであるが、大事なのは混沌とする診療の中、患者にとって有益な情報を迅速かつ的確に把握して次のアクションに繋げることである。多くの病院の救急外来では研修医が前面に立って働くことが多く、その知識・経験が限られるため診療のサポートが医療安全・診療の効率化にもつながる。では、臨床の現場に立つ医師として異常値が出た際に臨床検査技師の対応が助かると実感するのはどのような場合であろうか？検査値の異常が出たのに、患者診療から手が離せず必要な追加オーダーができなかったり、次の検査を進めないと診療が前に進まなくなる律速段階が大幅に遅れることがある。救急の現場で出される検査項目は限られており、とくに患者の予後や治療方針に関わるものとして頻用されている検査の例が、トロポニン、心電図、Dダイマー、極端な血糖値異常などである。これらの値に異常が出た際に患者が「助かり」、医師も「助かる」next step が何であるかを共有していきたいと思う。

救急救命士の教育体制の現状と課題

演題番号　PD27-1（E）

○西原 帆風[1]，成田 麻衣子[2,3]，東 明日香[3]，樫元 允良[3]，中尾 彰太[2]，松岡 哲也[2]
[1]地方独立行政法人りんくう総合医療センター 救命初療／手術室，[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救命診療料，[3]地方独立行政法人りんくう総合医療センター 危機管理室

当院における病院救命士認定制度の構築

【背景】医療機関に所属する救急救命士（以下、病院救命士）は、医師・看護師のタスクシフトやタスクシェアに貢献し活躍の場を広げている。一方で、その専門性を評価・育成する仕組みは施設ごとに構築されており、質の担保と指導的人材育成を見据えた教育体制の整備が求められている。【目的】当院におけるラダーを用いた教育体制および独自の病院教命士認定制度を紹介する。【概要】当院では、4段階のラダーシステムを導入し、計画的なスキルアップとキャリア形成を支援している。さらに、独自に病院教命士のためのOSCE試験を開発し、その試験に合格することで、認定病院救急救命士に任命される。認定病院救急救命士に任命されると、診療介助業務や救急救命処置を自立して行え、さらに、医師指示による特定行為も可能となる。さらに、ラダーⅢ以下の病院救命士や養成課程学生の指導、災害医療やドクターカー活動にも参画し、専門性の確立に繋げている。【結語】教育体制と認定制度の設計は専門性確立とキャリア形成に有用である。今後は教育体制の質保証と指導的役割の明確化を進め、持続可能な育成体制の構築を目指す。

救急救命士の教育体制の現状と課題

演題番号　PD27-2（D）

○説田 守道[1,2]，宮崎 伊佐夫[1,2]
[1]日本赤十字社伊勢赤十字病院 救命救急センター 災害医療部，[2]三重県救急搬送医療連携協議会 メディカルコントロール専門部会

三重県における指導救命士制度は充実したか - 未だ道半ばか

【背景】三重県では2006年の薬剤投与認定講習から、救急救命士が指導医師の補助を行う体制を整えてきた。その後2009年のエピペン投与、2012年の特定行為実証研究、2014年の追加特定行為認定、2015年ビデオ喉頭鏡認定など指導的立場の救急救命士の存在が不可欠となった。【指導救命士制度】そのため並行して2012年より独自の指導的立場の救命士養成を開始し、2015年には指導救命士標準テキストの内容と救急救命九州研修所のカリキュラムを取り入れ、三重県指導救命士養成制度として確立した。指導救命士を県下全ての署所に配置するため約100名の指導救命士を要請したが、それらを束ねるため2019年に上級指導救命士制度を開始した。【質の維持・向上】指導救命士の任期は3年で、再任には講習の受講を必要とする。指導実績、学会参加等の研究活動、地域・県MC協議会における活動等が評価される。またMCに関する知識の確認、救急隊活動に関わるデータ収集と解析、資料作成、発表などの技能の確認を行っている。【問題点】現状では様々な場面で指導医師の関与が必須であり、指導救命士の自立・自律の観点からは未だ道半ばと考えられる。

救急救命士の教育体制の現状と課題

演題番号　PD27-3（E）

○楳座 憲正[1]，重田 光貴[1]，津川 奏[2]，島田 音和[1]，川本 龍成[3]
[1]医療法人徳洲会大和徳洲会病院 看護部 救急外来，[2]医療法人大和徳洲会病院 救急科，[3]医療法人大和徳洲会病院 総合診療科

当院における病院救命士教育体制の構造化と進捗可視化の取り組み ～到達基準明確化と進捗共有体制の構築～

【背景】救急救命士法改正により医療機関に勤務する救急救命士の業務は拡大した。当院においても病院救命士が多様な業務を担っているが、体系的教育モデルは確立されておらず、教育過程の進捗状況や到達基準が不明確であった。そのため担当指導者以外が当日の教育内容や業務の到達段階を把握しづらく、自立の判断基準も明確でなく、教育目標が共有されにくい状況であった。【目的】当院における病院救命士教育体制の構造化および到達基準明確化の取り組みを報告する。【方法】業務を抽出・分類し、「座学」「見学」「シミュレーション」「指導下実施」「実施後報告」「自立」の段階評価を設定した進捗チェックリストを作成した。さらに年間教育計画を策定し、到達目標を時系列で明示するとともに手順書と連動させた。【結果】教育内容と到達基準が明確化され、進捗状況を共有できる教育体制が構築された。これにより指導者間の教育内容の差異が縮小し、一定の教育水準を担保できる体制が整備された。【結論】業務構造化と段階評価の導入は、法改正後の院内教育体制の安定化に寄与する可能性が示唆された。

救急救命士の教育体制の現状と課題

演題番号　PD27-4（D）

民間救命士の教育体制再考〜個人の管理からシステムの管理へ〜

○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

改正救急救命士法施行に伴い、医療機関に勤務する救急救命士（民間救命士）が増加しており、医療現場におけるタスクシフト・タスクシェアの主翼を担っている。元来、消防吏員の救急救命士に対して、その質の担保を目的に運用されてきたメディカルコントロール（MC)体制であるが、近年においては、その対象が民間救命士にも拡大している。改正救急救命士法施行当初は、特に特定行為の認定作業にスポットが当てられていたが、民間救命士に対しても、MCの主要要素である指示・指導体制、検証体制、教育体制、そして適切なプロトコル策定が必要である。消防吏員と異なり、民間救急救命士は、その背景や勤務環境などが様々であり、画一的な対応が困難であることから、これらすべてを個別に都道府県MCや地区MC協議会で対応する事は困難となるため、現実的には彼らの勤務する医療機関などがその役割を担う必要がある。沖縄県では、医療機関におけるMC体制の統一した質の担保のため、民間救命士への個別対応ではなく、かれらの所属する機関におけるMC体制の質を担保する取り組みを開始した。個々の質の担保から、システムの質の担保へシフトした沖縄県での取り組みを紹介し考察する。

救急救命士の教育体制の現状と課題

演題番号　PD27-5（E）

指導救命士が消防署で活躍する屋根瓦式教育体制の構築

○阪井 雅[1]，河原 利之[1]，澤野 博一[1]，上甲 誠[1]，上田 聡[1]，上田 博之[1]，石田 裕規[1]，中西 祐太[1]
[1]堺市消防局 救急部 救急ワークステーション

【背景】堺市消防局では指導救命士を教育機関である救急ワークステーションの他、各消防署へ広く配置し、現場教育の中心を担っている。しかし、指導救命士間で指導内容や評価方法にばらつきがあり、教育の平準化と質向上が課題であった。【取組】①検証会議での医師とのマンツーマンでの症例検討（知識向上）②指導救命士養成課程修業者によるフィードバック研修（指導技法のアップデート）③各消防署単位での症例検討会実施（指導能力向上）④救急に関わる諸課題の解決を目的とする課題解決ワーキンググループの開催（課題解決能力向上）に加えて、⑤指導救命士会議での活動内容の振り返りと次年度への課題共有。【結果】指導救命士間で指導手法などを共有する機会が増加し、指導内容の均質化が進展。若手が先輩から学び、次の後輩を指導する循環が形成。判断根拠の言語化機会の増加、各署間の課題共有と改善提案の活性化がみられた。【考察】屋根瓦式教育の概念を導入することにより、指導負担の分散や心理的安全性の向上につながる。そして組織全体で「教え、教えられる」循環型の教育体制を構築することが可能になると考える。

救急救命士の教育体制の現状と課題

演題番号　PD27-6（D）

我が国における救急救命士の教育の歴史とこれからの将来像

○田中 秀治[1]
[1]全国救急救命士教育施設協議会 代表理事

全国救急救命士教育施設協議会（JESA）は救急救命士教育の質向上と制度発展を目的に全国の50近い教育機関で構成され、毎年1800名以上の救急救命士を社会に送り出している。救急救命士法改正により活動領域は病院前から医療機関内へと拡大し、医療安全、チーム医療、臨床判断能力など医療機関で働くための教育内容の再構築が急務となってきた。施設の確保、指導者育成、地域差の是正など、教育体制の均一化も重要な課題である。一方、シミュレーション教育の進展、ICT を活用した学習環境、国際的な救急救命士の教育基準との接続など、MDコントロール体制を含め新たなモデルが構築する時期になった。救急救命士の活躍領域が消防に限らず民間医療機関や産業領域へ拡大する中、多様なキャリアに対応した教育体系の整備が求められるようになってきた。今後は。JESA の連携強化、指導者研修の体系化、実習環境の標準化とアップデートを推進し、変革期にある救急救命士の専門性を確実に高める教育体制を構築していく。今後も社会の要請に応える救急救命士を継続的に育成し、国民の安全と医療の質向上に寄与することが我々に課せられた使命であると考える。

小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題

演題番号　PD28-1（D）

全国消防本部アンケート調査から見えた小児緊急度判定基準の現状と課題

○余湖 直紀[1]，南 さくら[1]，問田 千晶[1]，賀来 典之[1]，安部 猛[2]，守谷 俊[1]
[1]日本臨床救急医学会 小児救急員会，[2]福島県立医科大学 総合科学教育研究センター

【背景】小児救急医療では年齢ごとの生理学的特徴に基づいた緊急度判定は重要である．しかし，日本では病院前救護の緊急度判定プロトコルは統一されていない．【目的】小児病院前救護で用いられる緊急度判定の相違を明らかにする．【方法】2024年に全国消防本部を対象に収集した小児病院前救護の緊急度判定プロトコルの解析を行った．【結果】回答率は77.9%(561/720)であり，32件のプロトコルを解析対象とした．評価指標は，定量および定性的指標の組み合わせが多かったが，定性的指標のみの施設もあった．バイタルサインの上下限値にはばらつきがあり，低年齢層における差異が顕著であった．年齢区分も統一されておらず，多くの地域で救急振興財団の基準が使用されていたが，科学的根拠の明示は限られていた．【結論】小児病院前救護の緊急度判定では，評価指標，バイタルサイン基準，年齢区分に地域差が存在していた．今後科学的根拠に基づいた統一した基準の整備と，実地検証が求められる．

小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題
演題番号　PD28-2（D）

全国ウツタイン統計データによる小児特定行為に関する調査報告

○河野 淳[1,3]，賀来 典之[1,3]，問田 千晶[2,3]
[1]九州大学病院 救命救急センター，[2]信州大学 医学部救急集中治療医学教室，[3]日本臨床救急医学会 小児救急委員会

【緒言】院外心停止（OHCA）の小児例は稀であり、小児OHCAに対する特定行為の実態は不明な点が多い。【方法】2013年から2021年までの全国ウツタイン統計データに登録されている18歳未満のOHCA 19,796名のうち初期心電図波形が不明であった者を除外した11,188名を対象に病院前アドレナリン(AD)投与の現状について後方視的に検討した。【結果】対象患者のうちAD投与を行われたのは5.0%であり、年齢別では0~7歳 0.3%、8~12歳 7.4%、13~15歳 13.8%、16~17歳 15.6%であった。医師の同乗は全体の4.8%で認め、AD投与は7.2%で行われた。AD投与559例中、19.0%で心拍再開を認め、1か月後の生存は12.3%、1か月後の良好な神経学的転帰は4.5%に認めた。覚知からAD投与までの時間別では、1か月後の生存は覚知からAD投与が10分以内 16.7%、11 ～ 20分 16.2%、21 ～ 30分 12.9%、31分以上 5.8%、良好な神経学的転帰は覚知からAD投与が10分以内 8.3%、11 ～ 20分 7.8%、21 ～ 30分 3.9%、31分以上 0.7%に認めた。【結論】小児OHCAに対する病院前AD投与は年齢が高いほど実施され、覚知からAD投与までの時間が1か月後の転帰に影響している可能性が示唆された。

小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題
演題番号　PD28-3（D）

小児救急搬送と特定行為の実施状況：地方消防本部における10年間の後方視的調査

○田中 大貴[1]，問田 千晶[2]，今村 浩[2]
[1]長野県立こども病院 小児集中治療科，[2]信州大学医学部 救急集中治療医学教室

【目的】長野県の中信地域を管轄する松本広域消防局における小児救急搬送の実態と特定行為の実施状況から、一地域における現状と課題の検討を目的とした。【方法】2014年4月1日から2024年3月31日までの10年間に、松本広域消防局が救急搬送した17歳以下の患者を対象とした後方視的記述研究を行った。消防局のデータベースから、年齢、傷病程度、傷病名分類、搬送時間、特定行為の実施状況を抽出した。【結果】期間中の小児救急搬送総数は13,632件であった。そのうち、不搬送、医師搬送、転院搬送の1,766件を除外した11,866件を対象とした。傷病名分類は、内因性が7,309件、外因性が4,526件、心停止が31件であった。心停止例では声門上気道デバイス3件、静脈路確保7件、アドレナリン投与6件が実施された。アナフィラキシー 223例に対するアドレナリン自己注射製剤の使用はなかった。【結論】小児重症例、特に心停止は遭遇頻度が低く、プロトコールで認められている特定行為の実施率も低かった。背景には症例経験の不足、年齢制限、手技の難易度、短い搬送時間などが影響していると考えられた。教育体制の強化や、処置拡大などプロトコールの継続的な評価と改善が望まれる。

小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題
演題番号　PD28-4（D）

救急救命士の処置範囲の拡大：アナフィラキシーに対するエピペンの実証事業について

○田邉 晴山[1,2]，鶴田 良介[2]，畑中 哲生[2]，安田 康晴[2]，津田 裕士[2]，高橋 宣明[2]，壽田 栄輔[2]，長山 英太郎[2]，畑中 大祐[2]，竹井 豊[2]，新井 悠介[2]，澤野 博一[2]，片岡 竜彦[2]，佐々木 広一[2]，山内 聡[2]，上村 修二[2]，水野 浩利[2]，江川 健太[2]，坂本 哲也[2]
[1]救急振興財団救急救命東京研修所，[2]厚生労働科学研究「救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究」研究班

救急救命士の実施可能な処置範囲拡大の具体的な対象として、アナフィラキシーに対するアドレナリン筋肉内注射（エピペン®）が検討されている。R5年度の観察研究において、救急救命士が一定の精度でアナフィラキシーおよび製剤適応を判断できることを確認した。12歳未満が、救急搬送アナフィラキシーの約24%を占めていた。R7年度に、全国26MC協議会・77消防本部において実証事業を実施した。未就学児では症状確認や鑑別判断が困難であることから、未就学児を除いた小児を対象とし、小学校1年～3年生には0.15mg、4年生以上には0.3mgのエピペン®を用いて実証事業を行った。実証事業において、38例のエピペン®使用事例があったが、うち0.15mgは3例において使用された。小児の適応範囲については、頻度、効果、安全性等を勘案して検討する必要がある。

小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題
演題番号　PD28-5（E）

救急救命士養成教育（民間）における小児科領域教育の現状と課題

○福岡 範恭[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 救急救命学専攻

【背景・目的】救急救命士の小児病院前救護には、包括的指示下で行う小児科領域の救急救命処置や、具体的指示が必要な特定行為が含まれる。これらの学習の基礎となる救急救命士養成教育の状況を中心に課題を整理し、今後の質向上にむけた検討を行うことを目的とする。【方法】厚生労働大臣が指定する科目を中心とした4年制大学のカリキュラムや、民間救急救命士養成校の臨地実習の状況、先行研究を対象に救急救命士養成教育における小児科領域教育の課題を抽出した。【結果】座学配当時間は一定数確保されているものの、臨地実習時間は諸外国と比較して少ない傾向にある。過去20年間（平成17年度から令和6年度まで）の臨地実習における小児科領域処置（実施項目A）の実施割合（実施学生数/学生数）は平均26%（最大35%，最小17%）であった。【結語・今後の展望】養成教育だけでなく、就業前教育を含む生涯教育において、限られた実習機会を補完する多様な教育方法が求められる。

小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題
演題番号　PD28-6（D）

○山上 雄司[1]
[1]兵庫県立尼崎総合医療センター 小児救急集中治療科

小児病院前救護トレーニングコースPPMECの現状と課題・今後の展望

日本国内では小児の病院前救護に関する教育機会が極めて限られている。日本臨床救急医学会小児救急委員会は、2015年より救急救命士を主な対象として、小児内因性病態に対する病院前救護の標準化を目的に小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC）を開催してきた。本コースは、成人内因性傷病者対応の標準化を目指したPEMECに準じ、総務省消防庁の緊急度判定プロトコルとの整合性を保ちながら、小児内因性疾患の初期対応の標準化を図っている。小児は好発疾患や病態が成人と異なるため、評価、小児Basic airway、Advanced airway、アナフィラキシー（エピペン®）を中心に構成しているが、成人と同様の緊急度判定プロトコルを用いることで、小児症例への苦手意識軽減が期待される。また、現地参加型に加えオンラインコースを導入し、参加費用の低減と受講機会の拡大を進めている。オンデマンド教材も充実させ、稀な小児重症病態への反復学習を可能とする体制を整備している。本発表ではPPMECの現状、課題、今後の展望について述べる。

小児病院前救護の質向上にむけて解決すべき課題
演題番号　PD28-7（E）

○佐々木 史哉[1]，有井 嵩典[1]，谷口 龍雄[1]，松尾 逸平[1]，上田 善之[1]，時岡 孝平[1]，小原 隆史[1]，塚原 紘平[1]，湯本 哲也[1]，内藤 宏道[1]，中尾 篤典[1]
[1]岡山大学病院 救命救急科

岡山大学病院における病院救命士の小児救急教育体制

【背景】2022年に小児救命救急センターの認定を受け2020年108件であった小児救急搬送件数は2025年には514件に達した。2023年からドクターカーの運用が開始となり約15件/月の現場要請があり、その需要は拡大している。急増する小児救急搬送件数に対し、当院では、病院救命士に対する小児救急教育体制の構築に取り組んでいる。【実際の取り組み】病院救命士２名に対して指導看護師１名を配置するメンター制を導入し、チェックリストを用いて、年３回、小児症例に対する理解度や経験症例の確認を実施している。診療においては、体重別のブローズローファイルを活用したデバイス選定の標準化を図り、安全性を担保している。さらに、重症例の対応後には、医師や看護師を交えた多職種によるデブリーフィングを徹底することで、臨床能力の向上を図っている。【結語と展望】小児病院前救護の現場では重篤な小児患者に遭遇する頻度は低く、小児救命救急センターのように集約化された環境は良質な教育の現場である。今後はプロトコルの下、処置拡大や重症度判定の精度向上に貢献出来るような活動を継続する。

高齢者救急・救急終末期における看護師の役割
演題番号　PD29-1（N）

○井村 春香[1,2]，寺本 千恵[1]，上野 恵子[3]
[1]広島大学大学院医系科学研究科，[2]にじのはな株式会社 にじのはな在宅看護センター，[3]金沢大学附属病院先端医療開発センター

慢性疾患を有する独居高齢者の繰り返す救急要請の１事例における背景要因の探索と看護職への期待

【目的】高齢者の救急搬送数は年々増加している。その背景には、多疾患併存や認知機能低下、独居等の課題が挙げられる。本研究は慢性疾患を有する独居高齢者の繰り返す救急要請の１事例から、救急要請に至る背景要因を明らかにする。【方法】医療・福祉従事者を対象に喘息を有する90歳代の模擬事例を用いて、救急要請の背景を検討した。得られた自由記載を内容分析で解析した。【倫理的配慮】広島大学疫学倫理審査委員会の承認を得ている。【結果/考察】研究参加者は看護師、社会福祉士、医師の計36名であった。自由記載は全1,308語であり、「社会的孤立」、「体調・疾患」、「医療資源」等のカテゴリーが生成された。孤立や症状から不安が増強し救急要請に繋がる構造以外にも、疾患管理や日常生活を整えること、独居であっても安心して暮らせるような支援者との繋がりにより救急要請の低減に向かう構造が示された。これらは単一職種による対応では完結せず、必要な支援が届くよう多職種連携の重要性が示唆された。中でも看護職には、疾患のみならず生活や社会背景の包括的アセスメントや、地域資源・サービスの調整等の療養環境を整える多職種の調整役の役割が期待された。

高齢者救急・救急終末期における看護師の役割
演題番号　PD29-2（N）

○岡林 志穂[1]
[1]高知医療センター 救急外来・中央診療

救急外来における理想と現実の狭間で実践する終末期患者・家族への意思決定支援

救急医療の場では、患者の背景や家族の置かれた状況、環境などから様々な倫理的課題が生じやすく、救急看護師は、倫理的な看護実践を行う責務がある。しかし、救急外来では、時間的制約が最大の障壁となり患者・家族との信頼関係が築けない、意思決定をするための時間を捻出することができない、タイムリーに医療チームで倫理的意思決定を協議できないなどの現状がある。また、日々倫理的課題を感じていてもそれを解決するまでに至っていないことも多い。さらに、これらのことが日常となり、いつしか倫理的課題に違和感を生じなくなってきつつあることが少なからずあるのではないだろうか。特に終末期患者・家族への意思決定支援では、時間的制約の中で悲嘆ケア、全人的苦痛緩和への直接ケア、多職種連携によるチーム医療の実践をしながら支援していくことが必要不可欠であり、救急看護師は、短時間の中で多くのケアを実践している。しかし、望ましいと考えるあるいは、ありたいケアの実践ができないことにより看護師の役割を果たせていないジレンマを感じている。今回、時間的制約の中で実践する意思決定支援における看護師の果たすべき役割を検討したい。

高齢者救急・救急終末期における看護師の役割
演題番号　PD29-3（N）

○鈴木 寛代[1]
[1]地方独立行政法人東京都立墨東病院 看護部

救命の限界と家族の願いの狭間で揺れる意思決定支援
―突然の別れに直面する家族への看護介入と倫理的葛藤―

救急医療において、高度な蘇生技術の進歩は救命の可能性を広げる一方、救命困難な状況下での終末期移行において深刻な倫理的課題を浮き彫りにしている。本症例では、既往のない30代の心室細動に対し補助循環装置を用いて治療（ECPR）を行ったが、臨床医学的に蘇生の限界に達した事例について検討する。本症例では、妻や両親にとって若年死という現実は到底受け入れ難く、あらゆる治療や手段の継続が熱望された。このように、医学的妥当性と家族の心理的受容に著しい乖離がある場合、看護師は救命の使命と医学的限界の間で苦悩する医療チームと、悲嘆の中にいる家族の双方に深く関わり、深刻な倫理的ジレンマに直面する。患者の尊厳を保持しつつ、家族が現実と向き合うことができ、家族・医療者共に合意に至るプロセスをいかに構築するか検討していく。さらに、急激な転帰を辿る救命現場での意思決定支援の在り方や、突然の別れを余儀なくされる家族へのグリーフケアを含め、救命救急の看護師が果たすべき倫理的役割と実践について多角的に検討したい。

高齢者救急・救急終末期における看護師の役割
演題番号　PD29-4（N）

○山本 小奈実[1]，田戸 朝美[1]
[1]山口大学大学院医学系研究科臨床看護学講座

救急終末期における家族の代理意思決定支援と看護師の役割

救急領域では、救命困難となり短時間で終末期へ移行する事例が多く、急激な病状変化の中で治療継続か中断かという重大な判断を家族が迫られる。この状況において看護師は、家族の動揺や葛藤に向き合いながら、医療者としての責務と患者の尊厳の尊重との間で倫理的葛藤に直面することもある。本演題では、救急終末期看護における倫理的課題を整理し、意思決定支援の実践とその意義を検討する。事例を通して、延命治療の是非に苦悩する家族に対し、患者の生前の価値観を明確化し最善利益を共有することで代理意思決定を支えた実践を提示する。さらに、時間的制約や医療チーム内の価値の差異といった課題の中で、チームの合意形成や悲嘆ケアを含む実践が、質の高い終末期ケアの実現に果たす役割につながると考える。あわせて関連ガイドラインを踏まえ、救急という現場で患者と家族にどう向き合い、チームで最善を追求していくか、今後の看護実践のあり方や課題について考察する。

高齢者救急・救急終末期における看護師の役割
演題番号　PD29-5（N）

○三橋 乙矢[1]
[1]岡山大学病院 入院棟西3階 EICU

三次救急医療における患者・家族との共同意思決定（shared decision making: SDM）と看護師の役割

本邦における高齢化は急速に進行している。それに伴い、救急搬送に占める高齢者の割合も増加しており、2025年には全救急搬送件数の63.0％を高齢者が占めている。当院における救急搬送の実情も同様である。私達が携わる三次救急医療の目標は、救命、そしてその後の人生へと“つなぐ”ことであると考える。近年、ACP（Advance Care Planning）の重要性が指摘されるようになったが、現在も搬送されてくる高齢患者のうち、ACPについて事前に話し合いがなされ、重篤な状態となった場合の方針が決定されている患者はほとんどいない。多くのケースでは、本人や家族の意思を十分に確認できないまま、挿管・人工呼吸管理などの侵襲的な処置が実施されているのが現状である。更に、多数の医療機器に囲まれた患者の姿を前に、代理意思決定を担う家族が葛藤を抱え、その家族をケアするスタッフも精神的なストレスを感じている。ACPが十分に普及しない社会状況の中で、搬送されてくる高齢者がその人らしくその後の人生を送ることができるように、「患者・家族との共同意思決定（shared decision making:SDM）のプロセスに看護師としてどのように関わることができるのかを検討したい。

救急医療におけるエビデンス定着への挑戦―“橋渡し救急ナース”の取り組みと多職種の視点
演題番号　PD30-1（N）

○赤崎 芙美[1]
[1]大阪医科薬科大学 看護学部 看護学科

エビデンスを現場に“橋渡しする看護師”とは
～スタッフの共感を得て組織文化を変えるプロセス

医療の高度化に伴い、看護師にも根拠に基づく実践（EBP）が求められている。しかし、研究成果が臨床で活用されるまでには平均17年を要するとされ（Morris et al., 2011）、本邦でも時間不足や慣習への依存が大きな障壁となっている。このエビデンスと実践の乖離を埋める存在として注目されるのが「ナレッジブローカー」である。ナレッジブローカーとは、人々を結びつけ、関係を築き、スタッフのニーズを明らかにし、アイディアやエビデンスを共有する存在と定義される。本セッションでは、この役割を担う看護師を「橋渡しナース」として位置づける。橋渡しナースは、最良のエビデンスを現場の状況に合わせて調整し、組織に定着させるよう、多職種とも連携を図りながら活動している。先行研究から、患者に最善のケアを提供する信念を持つ「橋渡しナース」の活動プロセスを概説し、現場スタッフの共感を得ながらEBPを組織的に普及させるための実践的なアイディアと、今後の活動のあり方を展望する。

演題番号　PD30-2（N）

臨床現場におけるエビデンス定着への道のり ～実体験を通して専門看護師の視点から～

○山本 克英[1]
[1]医療法人社団顕鐘会神戸百年記念病院 救急部

エビデンスに基づく医療（evidence-based-medicine）の概念が提唱されてから、約30年が経過しています。この間に、様々な臨床研究がなされ、多くの知見が臨床現場で活用・応用されています。また、インターネットにより情報も入手しやすくなり、エビデンスという言葉は、日常的なものとなりました。一方で、エビデンスがあるにも関わらず、実際の臨床現場では十分に活用されていないとも言われています。これらは、隔たりという意味で、「エビデンス・プラクティスギャップ（evidence-practice gap）」と呼ばれており、本邦だけでなく、世界中で課題となっています。実際、エビデンスを、臨床現場で当たり前のものにする（実装）ということは、容易ではありません。その背景として、現場の多忙さ、マンパワー、スタッフの意識、組織の風土、予算など、様々な要因が存在します。本セッションでは、急性・重症患者看護専門看護師として、エビデンスを現場に定着させるために、自身が経験したケースにおいて、プロセスを交えながら紹介をさせていただきます。本セッションが、様々な視点から皆様と共に考える時間となり、エビデンス定着への一助となれば幸いです。

演題番号　PD30-3（N）

エビデンスを実践へ橋渡しする看護師の役割 ― 多職種協働による知識翻訳の実際 ―

○山崎 千草[1]
[1]東京女子医科大学病院 看護部

救急・集中治療領域では、多職種が関わる高度医療の中でエビデンスを実践へ定着させることが求められている。しかし研究成果が存在しても、現場では慣習や職種間の認識差により実装が進まないことが少なくない。本発表では急性・重症患者看護専門看護師として、生命維持管理を要する患者ケア（人工呼吸管理や低体温療法など）において、エビデンスを共有し実践へ橋渡しする過程を「橋渡しナース」の視点から紹介する。さらに近年は外来部門における急変対応体制の整備や多職種合同勉強会を通じ、部署横断的にエビデンス共有を推進している。多職種と協働しながらエビデンスの必要性を可視化し、共通言語化や教育的関わりを通してスタッフの理解と行動変容を促してきた経験を取り上げ、エビデンスを実践可能な形へ翻訳するプロセスと課題について考察する。

演題番号　PD30-4（N）

救急・クリティカルケアにおける看護実践を問い直す ― エビデンスと実践をつなぐ学びの場づくり ―

○八尾 みどり[1]
[1]大阪医科薬科大学病院 看護部

救急・クリティカルケアの現場では、業務の過密さや治療優先の文化により、患者・家族の価値観に基づく看護実践が後景化し、看護師は葛藤や無力感を抱きやすい。本取り組みは、演者が急性・重症患者看護専門看護師（CNS）として日々の臨床に関わる中で拾い上げてきた看護師の声を起点に、現場で生じている「違和感」を可視化し、エビデンスと実践をつなぐ視点を共有することを目的として開始した。有志による「クリティカルケアにおける看取りの看護を考える会」を立ち上げ、文献講読、基礎知識の共有、事例検討を継続的に実施した。これらの実践を通して、患者・家族の語りに寄り添う関わりが現場に広がり、看護師の行動や多職種との関係性にも変化がみられた。特に、現場に入り実践をともにする関わりが、エビデンスを日常実践として理解・定着させる一助となったと考える。本報告では、救急現場における看護実践を基盤とした学びの場づくりを紹介し、EBPを現場に根付かせるための手掛かりを共有する。

演題番号　PD30-5（CE）

専門知識はどのように現場で共有されるのか -臨床工学技士の立場から見た橋渡しナースへの期待-

○髙木 淳志[1]
[1]独立行政法人国立病院機機構名古屋医療センター 臨床工学部

救急・集中治療領域では、人工呼吸器をはじめとする生命維持管理機器の運用に高度な専門知識が求められる。しかし、その知識が職種間で十分に共有されなければ、エビデンスに基づく実践は現場で機能しにくい。専門性の違いによる理解の差は、判断の迷いや対応のばらつきにつながることがある。本発表では、臨床工学技士の立場から、人工呼吸管理や体外循環管理における多職種協働の経験を通して、専門知識がどのように共有され、実践として定着していくのかを検討する。機器設定や数値の意味を看護師が患者の状態理解や観察に活用できる形へ伝える過程に加え、看護師から得られる臨床的視点や患者の変化に関する知見が、機器管理の質向上にどのように生かされるかにも焦点を当て、多職種から見た橋渡しナースの役割とエビデンス実装への影響について考察する。

救急現場デビュー：若手CEが乗り越えた初めての“非常時”
演題番号　PD31-1（CE）

○塩原 結衣[1]，吉野 秀樹[1]
[1]埼玉医科大学総合医療センター 臨床工学部

言葉が出ない瞬間から：若手CEの初動対応と踏み出すきっかけ

当院は地域三次救急を担い、ドクターヘリ基地病院として外傷を中心に多様な重症搬送を受け入れている。外傷性ECMOや薬物中毒への血液浄化など、教科書的な定型手順だけでは終わらない場面もあり、CEにも状況判断と情報共有が求められる。救急固定のCEはおらず、若手CEは半年ごとのローテーションを経て3年目春から当直を開始する。領域が変わるたび知識が追いつかないまま、当直や日中のファーストタッチを迎える不安も大きいが、経験して初めて身につくとも感じた。初めての非常時、目の前のタスクは分かっても「今何を優先し、誰に何を伝えるか」で頭が真っ白になり、言葉が出ない瞬間があった。当直帯にECMO対応中、別のECMO疑いが重なり一人での対応が頭をよぎったが、トレーニングを思い出して手順を確認し、早めに周囲へ支援を求めた。独り立ち前のカテ対応でも、急患であっても教わりながら進めることで、手技だけでなく“非常時の進め方”を学べた。事例共有と短い振り返り（デブリーフィング）の中で、迷いを言葉にする一言と相談の出し方が踏み出すきっかけになった。若手の戸惑いを出発点に、安心して一歩踏み出せる支援の要点を共有したい。

救急現場デビュー：若手CEが乗り越えた初めての“非常時”
演題番号　PD31-2（CE）

○富樫 玲奈[1]，石井 宣大[1]，海津 達也[1]
[1]東京慈恵会医科大学附属柏病院 臨床工学部

若手CEが学んだ初動対応の実情

当院は地域の中核病院の救命救急センターとして、年間約7,400人の救急患者を受け入れ、救急隊搬送は年間約4500件に対応している。救命救急センターで受け入れた患者の緊急手術は年間約1,800件に及ぶ。救急医療において臨床工学技士（CE）は初動対応を担っている。若手CEにとって、突然の急変対応や夜間呼出しは、限られた情報の中で判断を迫られる緊張の連続である。とりわけ複雑化するMCS（Mechanical Circulatory Support）管理では、思考プロセスが個人の経験則や、体系化されない暗黙知の中で対応している可能性がある。本発表では、若手CEが初めて直面した緊急対応事例を振り返り、戸惑いや判断への不安、その後の振り返りを通じて得た学びを共有する。さらに、指導者の具体的助言やチームの支援が思考の言語化と安心感の醸成にどのように寄与したかを検討し、初動対応を支える教育体制の在り方を提言する。

救急現場デビュー：若手CEが乗り越えた初めての“非常時”
演題番号　PD31-3（CE）

○安江 優希[1]，樋口 知之[1]，春田 良雄[1]，中島 義仁[2]
[1]公立陶生病院 臨床工学部 臨床工学室，[2]公立陶生病院救命救急センター

単独当直体制下におけるECMO初動対応の経験

当院救命救急センターでは、夜間は臨床工学技士（以下CE）1名が院内待機する単独当直体制をとっている。ECMO導入時は待機者が自宅から応援に駆けつける体制であり新人当直期間は近隣在住の先輩CEが待機となっている。しかし急変時には応援を待てない場合もあり新人当直CEにとってECMO導入は1つの壁となっている。単独当直中にV-A ECMO導入初動を経験し、装置準備、プライミング、導入を1人で行った。「トラブルが起きたら対応できるのか」という強い不安と緊張の中で、迅速性と正確性の両立の難しさを痛感した。同時に、医師・看護師との的確な情報共有と役割認識が円滑な導入に直結することを学んだ。当院では数例のECMO症例経験後に評価表を用いたシュミレーション訓練等を実施し、到達確認を経て当直開始となる。本経験を通じ、段階的教育体制が心理的安全性を支える基盤となっていたことを実感するとともに、若手が経験を自信へと転換するためには組織的支援が不可欠であると認識した。本発表では、単独当直体制における若手CEの課題と成長の過程を共有し、安全な救急医療体制の在り方について考察する。

救急現場デビュー：若手CEが乗り越えた初めての“非常時”
演題番号　PD31-4（CE）

○菅森 歩[1]，沖島 正幸[1]，谷 亮太[1]
[1]JA愛知厚生連豊田厚生病院 臨床工学室

当院の体制から経験した救急対応

当院は西三河北部医療圏で606床の三次救急を担う急性期病院であり、年間救急車受け入れ台数は約9600台となっている。CEの当直業務は1名体制で対応しており、業務内容は緊急心臓カテーテル対応、補助循環管理、人工呼吸管理、救急外来でのNPPV・挿管対応、急性および持続血液浄化療法など多岐にわたる。当院では基本業務の習得後、本人の希望と部署内の需要を踏まえ当直業務への参画が決定される。当直教育はICU業務と並行し、教育プログラムをベースにOJT・OFF-JTを通じ約3か月間で実施される。これにより一定の基準には到達するが、実際の当直は1名での対応となるため、複合的に発生する事案に対し、機器操作のみならず病態理解、状況判断、優先順位付けを含めた対応力が求められる。特に院内急変時には、迅速な判断を迫られる場面もあるため、機器を操作する技術だけでは乗り越えられない現実を経験し、臨床的思考力と判断力の重要性を強く実感した。本発表では1名当直体制における救急医療の非常時を振り返り、若手CEに求められるスキルについて議論したい。

救急現場デビュー：若手CEが乗り越えた初めての“非常時”
演題番号　PD31-5（CE）

○川端 輝[1]，塩屋 玲[1]，米野 優美[1]，砂原 翔吾[1]，菊池 佳峰[1]，中村 年宏[1]，木田 博太[1]，上野山 充[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 臨床工学部門

補助循環の緊急導入を経験して見えた課題

【背景】救急現場における補助循環導入時の循環確立までの時間は患者予後を左右する重要な要因であり、特に夜間や緊急時には限られた人員の中で臨床工学技士（CE）の判断力と実践力が求められる。特に若手CEにとって初めての緊急時対応は大きな緊張と不安を伴うが、成長の契機にもなる。本報告では、若手CEが経験した重症例から得られた学びを共有する。【症例】急性心筋梗塞で搬送された症例がPCI中にVFストームを発症し、血行動態が破綻した。当直中の若手CEは先輩技士の支援を受けながら、自らVA-ECMOを導入し、さらにIMPELLAを追加導入した。補助循環導入後に循環動態は安定し、後日補助循環から離脱可能となった。【考察】当直帯にて初めて重篤な救急対応を経験した若手CEは、医師とのコミュニケーションや手技への緊張など多くの課題に直面した。しかし、チーム連携と標準化された手順により安全に対応し得た。本症例を通じ、シミュレーションを含む定期的なトレーニングが非常時の判断と行動の基盤となることを実感した。経験を教育体制や手順整備へ還元することが、更なる次世代CEの育成に繋がると考えられた。

救急現場デビュー：若手CEが乗り越えた初めての“非常時”
演題番号　PD31-6（CE）

○菊池 晴斗[1]，今泉 均[2]
[1]市立函館病院 臨床工学科，[2]市立函館病院 ICU

VA-ECMO導入時の低灌流、人工肺内圧上昇へのMEの気づきによる迅速かつ安全な回路交換

【はじめに】CPA症例に対するVA-ECMO導入時、低灌流および人工肺内圧上昇を認めたため、カテーテル室内において迅速にECMO回路全交換を行い良好な循環を維持できた症例を報告する。【症例】患者は50歳台男性。ACS疑いでCAG施行中に急激な循環・呼吸状態の悪化を認め、挿管下人工呼吸管理を開始した。その後PEAへ移行しCPAとなったためVA-ECMOを導入した。Pump on直後より人工肺前圧は持続的に380mmHgまで上昇し、流量は2.0L/minまで低下し十分な循環補助が得られなかった。肺前圧は上昇していた一方、肺後圧は167mmHgと低値であったことから人工肺内での抵抗増大を疑った。迅速性と安全性を考慮し、２台目ECMO装置を準備したうえで人工肺部分交換ではなく、ECMO回路全交換を選択した。交換は約1分で完了し、回路交換後は内圧上昇なく十分な流量が得られ循環補助は安定した。その後5日間ECMO管理を継続し、独歩退院となった。【結語】救急領域でのECMO導入は、時間的、空間的な制限下で行わなくては成らず、担当MEは回路の異常部位を迅速に同定し、迅速で安全な対応が必要となるため、トラブルシューティングを含む事前のシミュレーショントレーニングが対応に役立った。

救急外来における重症患者の安全な体位変換・移動：多職種協働による実践的アプローチ
演題番号　PD32-1（N）

○江﨑 留奈[1]
[1]徳島赤十字病院 看護部

当院における腹臥位療法のお作法　～声をそろえると、安全がそろう～

人工呼吸器やECMOなどの生命維持装置を装着した重症患者の体位変換は、カテーテル抜去、出血、血行動態破綻といった重大な合併症の危険を伴います。一方で、重症ARDSにおける腹臥位療法は治療上重要な介入であり、リスクを回避しつつ最大限の安全を担保しながら実施する必要があります。当院では、人工呼吸器、ECMOなどの生命維持装置装着下の患者に対する腹臥位実施の際は、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士による多職種チームを編成し、役割分担の明確化、事前カンファレンス、デバイス固定の確認などを行っています。実践において重要視するのは、「声だし」です。声だしは単なる配慮ではなく、患者への説明であると同時に、チーム内の状況確認、情報伝達の役割を持ちます。全員の認識を揃え、次に起こる行為を共有するための合図です。チームの頭の中が一致していない状態での体位変換はわずかなタイミングのずれから重大なリスクを生じ得ます。多職種が同じ状況認識を持つことで動きが同期され、安全性の向上に繋がると考えています。

救急外来における重症患者の安全な体位変換・移動：多職種協働による実践的アプローチ
演題番号　PD32-2（TH）

○高尾 弘志[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 医療技術部 セラピスト部門

理学療法士の視点からみた医療者と患者にとって安全かつ効果的な体位変換について

重症患者に対する体位変換は褥瘡予防や下側肺障害の改善に寄与する重要な治療介入である。COVID-19流行期には重症呼吸不全患者に対する腹臥位療法が広く導入され、その有効性が示された。一方で、重症患者に対する腹臥位療法は12～16時間の長時間管理を要し、気管内チューブや動静脈ライン、ECMOといった医療機器の自然抜去やMDRPU（医療機器関連圧迫創傷）を含む皮膚障害、循環動態の変化といった多面的なリスク管理が不可欠である。また、体位変換等の患者介助は医療者の職業性腰痛の主要因であり、厚生労働省の調査からも保健衛生業に従事する医療従事者では職業性腰痛の発生率が高いことも示されている。患者の安全と治療効果を両立しつつ、医療者の身体的負担を軽減する体系的な体位管理の構築が求められる。本発表では理学療法士の専門性を活かした安全管理、介助のポイントに加えて、教育体制を含むこれまでの取り組みを紹介し、多職種で共有すべき重症患者の体位変換のあり方について議論する。

救急外来における重症患者の安全な体位変換・移動：多職種協働による実践的アプローチ

演題番号　PD32-3（CE）

医療機器を装着した患者の移動や体位変換時の臨床工学技士の視点について

○藤江 建朗[1]
[1]森ノ宮医療大学 医療技術学部 臨床工学科

重症患者の生命維持には生命維持管理装置など医療機器の使用が必要となってくる。医療機器は、液体や気体などを使用して治療や対処療法を行うため、トラブル発生時には重大なインシデント、アクシデントに繋がる可能性もある。そのため、このような重症患者のケア、移動や体位変換には様々な職種が関わり行うことが必要となる。臨床工学技士は、医療機器や装置と患者が接続されているチューブ類について、特に注意して観察を行い介助を行う必要がある。挿入部位、固定、接続方法、患者と機器やチューブの長さ等、様々な条件でインシデントやアクシデントの発生を未然に防ぐ役割を担う。今回のワークショップでは、臨床工学技士が参加することで医療機器のトラブルを防ぎ、チームとして患者に安全な医療を提供できるかについて討論を行ってきたいと考えている。

救急外来における重症患者の安全な体位変換・移動：多職種協働による実践的アプローチ

演題番号　PD32-4（CE）

重症患者の安全な体位変換・移動における臨床工学技士の役割

○中村 有希[1]
[1]森ノ宮医療大学 医療技術学部 臨床工学科

救急外来における重症患者の体位変換や移動は、人工呼吸器やECMO、多数の輸液ラインが装着されているため、抜去や回路屈曲といった致命的なインシデントの危険性が常に伴う。このハイリスクな状況下で安全を担保するには、多職種による綿密なタスクシェアが不可欠である。本パネルディスカッションでは、実際の体位変換・移動場面の実演（シミュレーション）を交えながら、臨床工学技士（CE）の役割とアプローチを提示する。CEは「機器の安全管理者」として、事前のルート整理、確実な固定、移動中のアラーム管理、物理的な死角のカバーを担う。これにより、医師や看護師が患者のバイタルや全身状態の観察に専念できる環境が構築される。実演を通じて、CEの介入がいかに機器トラブルを未然に防ぎ、チーム医療の質を向上させるかを可視化する。各施設へすぐに還元できる実践的なノウハウを共有し、会場全体で活発なディスカッションを行いたい。

「災害対応における常設型専従対応室は医療に必要か？」～行政・消防の危機管理室の実態から学ぶ、医療における設置の利点と課題～

演題番号　PD33-1（O）

平時における危機管理室の役割

○木村 賢次[1]
[1]大阪市危機管理室 危機管理課

大阪市危機管理室は、自然災害のほか、大規模な事故、事件、テロ、新型インフルエンザ等の感染症など、市民の生命・身体・財産に重大な影響を及ぼす危機事態への対処措置を迅速かつ総合的に実施するため、危機管理に関する基本施策の企画立案に努め、各局を指揮し、全庁的な総合調整を行っています。 また、本市の地域にかかる災害の予防・応急対策・復旧等を定める「地域防災計画」を策定しており、災害対策基本法の改正等に合わせて適宜見直しを行っています。 加えて、災害対策本部の設置や関係機関と連携して行う訓練等の実施、防災行政無線や防災情報システム等の整備・運用、業務継続計画(BCP)の策定、「避難所運営にかかる備蓄計画」の策定や計画に基づく備蓄物資の確保及び配送計画の策定、安心・安全な避難生活を送るための災害時避難所の環境整備、ハザードマップ等の作成による防災意識の広報・啓発、大阪防災アプリなど様々な方法による情報発信の強化、避難所開設訓練や避難行動要支援者の避難計画作成など地域防災力の向上のための支援、津波避難施設の確保など、様々な取り組みを推進しています。

災害対応における常設型専従対応室は医療に必要か？」～行政・消防の危機管理室の実態から学ぶ、医療における設置の利点と課題～

演題番号　PD33-2（D）

大阪府における災害時の医療提供体制について

○信藤 麻友[1]
[1]大阪府 健康医療部 保健医療室 医療・感染症対策課

大阪府では、ビル火災や自動車の玉突き事故など、毎年発生する多数傷病者事案（大阪府ではエリア災害と呼んでいる）に対応するため、大阪急性期・総合医療センター（大阪府唯一の基幹災害拠点病院）に大阪府災害医療コントロールセンター（以下、「ODCC」）を設置し、３６５日２４時間体制でエリア災害対応の司令塔機能を担うことが出来る体制を整えている。 また大規模災害発生時、大阪府災害対策本部の下に大阪府保健医療調整本部を設置し、被災状況等の情報収集分析や様々な保健医療活動チームの調整、その他保健医療活動に係る総合調整を行なっている（ODCCはその際も中心的な役割を果たす）。 大阪府の災害医療体制は、前述の大阪府保健医療調整本部やＯＤＣＣのほか、府内１８か所の災害拠点病院、約270箇所の災害医療協力病院（府内救急告示医療機関）が重要な役割を果たす。これら災害時の体制について、また平時に当課が行う災害訓練等の取り組みを含め発表する。

演題番号　PD33-3（N）

備え（BCP）を運用（BCM）へ繋ぐための専従人材の創出 ～災害対応firstペンギンとしての実践から～

○仲榊 哲[1]，西 健太[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 災害対策室

災害対応の強さは、突発事象への巧拙でもなくDMAT隊員の保有数でもない。平時の「備え」の質に宿ると考える。本発表では、わが国で進められてきたBCPの制度化と普及の歩みを俯瞰し、備えの中核はBCPであることをまず位置づける。次にBCPの実効性を高める要件として、①情報（収集・統制・可視化）、②物（資機材・在庫・調達）、③管理（手順・訓練・評価）の整備と平時運用を提示し、これらを統合的・包括的に回す「人」の存在こそが最大の成否要因であることを、基幹災害拠点病院の専従災害対策室における日常業務（院内外研修・訓練企画、安否確認システム運用､BCP作成・改訂 等）の具体から示す。さらに、基幹災害病院としての常設専従機能の立ち上げを“Firstペンギン”としての実践例と捉え、今後、災害拠点病院にSecondペンギンを増やすための提案として取り組みを紹介する。参加者には、現場に根差したBCPを核に、人・物・情報を統合する仕組みづくりへ踏み出す実践的視座を提供する。

演題番号　PD33-4（D）

オールハザードに対応する病院危機管理室の構築 ― 多機関連携を基盤とした持続的危機管理体制 ―

○成田 麻衣子[1]，中尾 彰太[1]，松岡 哲也[1]
[1]りんくう総合医療センター 危機管理室

【背景】これまで当院には、災害を含む各種危機を統括する専従組織はなく、対応は委員会体制にとどまっていた。そこで2023年、地域中核病院として診療継続と地域減災を担う責務のもと、病院内に専従組織として機能する危機管理室を設置した。【目的】危機管理室の業務内容と運用実態を報告し、災害対応における常設型専従体制の必要性を示す。【概要】院内では、病院全体の危機意識向上と対応力強化のため危機管理指針および計画を策定し、事案発生時の報告体制を明確化するとともに迅速な意思決定を可能とした。さらにDMATを組織化し、月例会議を通じて院内対応から広域出動までを担える災害対応要員として育成している。また、サイバー攻撃を含む情報システム障害など、あらゆる危機に備えたBCPおよび対策本部マニュアルを整備した。院外では地域全体の危機対応を視野に、消防・警察・海保・行政・周辺医療機関との継続的協議と合同訓練を重ね、相互理解と役割共有を深化させながら危機対応体制の実効性を高めている。【結語】病院危機管理室は、多機関連携を基盤としてあらゆる危機に備え、継続的に機能するオールハザード型危機管理体制の中核となりうる。

演題番号　PD33-5（D）

地域中核病院における「災害対策準備室」設置の利点と課題

○今村 浩[1]，前田 保瑛[1]，秋田 真代[1]，上條 泰[1]，問田 千晶[1]，高山 浩史[1]
[1]信州大学医学部 救急集中治療医学

多くの機能を求められる地域中核病院が災害時に最大限の医療活動を行うためには、平時からの準備が重要であるとともに、一部の部署の業務と見なされがちな事前対策に多くの職種が参加することが必要である。信州大学医学部附属病院は2015年に「災害対策準備室」を設置し平時の災害対策業務全般を担っている。構成員は医師(救急，外科系，内科系），看護師，各中央診療部門，事務系職員に2025年より院内救命士が加わり現在約30名全て兼任である。業務は防災訓練の企画・運営、実災害時の活動の事後検証、災害対策マニュアル改訂、BCP更新とBCM推進、DMAT関係、災害関係予算の計画と執行、情報収集・研究、他機関との連携など多岐にわたる。コロナ禍においては当準備室が中心となって感染症対策BCMを推進し、流行時の当院の対応に寄与した。地震や火山噴火などの災害に加えて深夜の停電など突発的事態もPDCAサイクルに取り込んでいる。専従でないためメンバーの負担が課題となる一方、多くの兼任職員が参加することで災害対策業務が病院に広く浸透する効果が認められる。発表では当準備室の活動を報告し、病院における災害対策の常設組織のあり方について述べる。

演題番号　PD34-1（N）

看護師の耳は地獄耳！？　拾い上げる看護 ～　断片情報からチーム医療を起動するICUへ～

○江﨑 留奈[1]
[1]徳島赤十字病院 看護部

事故や急病で搬送される患者は、数分の遅れが予後を左右されます。当院は、ドクターカーを運用しており、現地で初期対応が行われ、同時に院内では無線連絡により受け入れ準備が開始されます。ＩＣＵでも無線で得られる情報を共有しています。看護師は、得られた情報をもとに、必要となる検査・治療を予測して準備を進めます。救急医療では、医師の判断、救急隊の報告、各職種の所見、家族対応など多くの情報が断片的に発せられます。現場では、それらが“独り言“のように聞こえることも少なくありません。しかし、その１つ１つは重要な臨床情報です。多職種が専門性を発揮するためには、患者の状態や変化を適切なタイミングで共有する“ハブ”の存在が必要です。看護師は、患者の最も近くにいる医療者として、現場に散在するその「独り言」を拾い上げ、意味づけし、統合し、チームへ伝達します。情報が共有されることで多職種介入が組織化され、医療は進みます。本セッションでは、ERでの初療からの過程を通して、各職種の専門性がどのように結びつき、患者のとって望ましい医療へと繋がるのかを考えます。

臨床救急IPEセッション　ーこの症例を各職種はどう対応する？ー
演題番号　PD34-2（MT）

○横山 健輔[1]
[1]京都桂病院 検査科

救急臨床検査技師の目線

AMIが疑われる症例に対し臨床検査技師が貢献できることについて共有したい。正確な心電図の記録を素早く行い、波形を判読する。虚血の可能性の有無、責任冠動脈の推定、追加誘導記録の施行、右室梗塞や不整脈合併の検索を行う。心臓エコーの施行。的確で素早い描出を行い、左室及び右室の壁運動異常の有無を評価する。その壁運動異常が急性が疑われるか陳旧性が疑われるか、弁膜症の有無や程度の評価、中隔穿孔の有無を評価する。大動脈解離などの可能性も評価する。肺エコーにて肺鬱血の所見の有無を評価する。採血、ルート確保困難例においてエコーガイド下での静脈路確保を行う。採血などの検体を検査室へ搬送、状況を検査室と共有し、より早く検査結果が出るように手配する。採血項目の追加について提案する。

臨床救急IPEセッション　ーこの症例を各職種はどう対応する？ー
演題番号　PD34-3（R）

○渡邊 朋哉[1,2]，入澤 太郎[2]，東 丈雄[1]，蛯原 健[2]，梅村 穣[2]，織田 順[2]
[1]大阪大学医学部附属病院 医療技術部 放射線部門，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

診療放射線技師の一人前とは？（救急領域における急性冠症候群編）

救急領域において、急性冠症候群(Acute Coronary Syndrome:以下、ACS)は時間との勝負であり、診療放射線技師は迅速かつ最適な画像支援が求められる。当院の救命救急センターでは、CT室と血管造影室が隣接しており、患者状態に応じた検査室で初期診療を行っている。CT検査では、冠動脈の描出を目的とした心電図同期CTを撮影することで、病変の狭窄度や性状、血管走行を把握する。CTで得られた画像から、冠動脈血管形成術で必要となる最適なアクセスルートを提供し、手技の円滑な進行を支援している。循環動態が破綻した急性期では、補助循環デバイスを滞りなく安全に挿入できるように血管造影室の検査環境を整え、速やかな冠動脈血管形成術の移行を実現している。冠動脈血管形成術では、リアルタイムに検査状況を把握し、術者と阿吽の呼吸で画像支援を行う。ACSの診断・治療に「画像」は欠かせない情報であり、最前線で対応する診療放射線技師の理解や技量が必須である。また、診断・治療に伴う「被ばく」の最適化を図り、医療被ばく３原則を多職種と共有することで、時間だけではなく、安全を確保したACS治療が実現する。

臨床救急IPEセッション　ーこの症例を各職種はどう対応する？ー
演題番号　PD34-4（CE）

○小松 義輝[1]
[1]北播磨総合医療センター 診療支援部 臨床工学室

救急外来での臨床工学技士の役割

救急外来では、限られた時間と断片的な情報の中で迅速かつ的確な初期対応が求められる。とりわけ重症患者対応では、治療開始のわずかな遅れが生命予後に直結するため、医療機器を安全かつ確実に即時使用できる体制が不可欠である。臨床工学技士は、人工呼吸器、除細動器、補助循環装置、血液浄化装置など高度医療機器の専門職として、患者の病態と治療方針を踏まえた機器選定、迅速な準備と適切な設定、作動確認、トラブルシューティングまでを一貫して担い、治療を技術面から支える。さらに、機器特性や潜在的リスクを踏まえた安全管理を実践し、医師の治療戦略を機器設定へ的確に反映するとともに、看護師や他職種とリアルタイムに情報共有を行うことで、医療事故の未然防止とチーム医療の質向上に寄与する。本発表では、救急外来における臨床工学技士の具体的役割とその思考プロセス、多職種連携の実践的取り組みについて報告する。

臨床救急IPEセッション　ーこの症例を各職種はどう対応する？ー
演題番号　PD34-5（TH）

○竹井 英人[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター リハビリテーション科

急性心筋梗塞患者のCCU入室後のリハビリテーションと多職種連携

当院は、平成19年より救命救急部門（Trauma and Critical Care Unit: TCU）、脳卒中部門（Stroke Care Unit: SCU）、心臓部門（Cardiac Care Unit: CCU）によって再編成され、平成22年より高度救命救急センターの認定を受け活動している。CCUは6床を有し、2024年CCU入室した患者数は661人だった。そのうち、緊急のPCI件数は158例だった。急性心筋梗塞患者のリハビリテーションは、エキスパートコンセンサスに基づき、当院心筋梗塞パスに準じて、心臓内科医、麻酔科医、看護師、理学療法士でその日の安静度を確認し実施する。CCUでは、入室当日より早期離床リハビリテーションを開始し、午前中は看護師、午後は理学療法士が実施している。1日に２回の介入を行い、ICU-AWやPICSの予防に努めている。CCUでの理学療法士の役割は、その専門性を生かした身体機能や動作能力の評価にあると考えている。評価の結果を医師や看護師と共有し、安全限界の中でよりオーダーメイドのリハビリテーションを実施している。CCUのリハビリテーションと多職種との協働について、当院の取り組みを踏まえて共有する。

救命救急センターの医療機器管理はできている？
演題番号　PD35-1（CE）

○木村 政義[1]
[1]公益社団法人日本臨床工学技士会 常任理事

救命救急センターの医療機器管理は十分か
― 臨床工学技士の役割と体制整備の課題 ―

救命救急センターには高度かつ多様な医療機器が配備されており、その安全かつ適正な管理は患者安全および救命率に直結する重要課題である。医療機器の不具合や誤作動は重大事故に発展する可能性があり、特に緊急性の高い現場では平時からの予防保全、標準化された点検体制、迅速なトラブル対応体制の構築が不可欠である。その中核を担う専門職が臨床工学技士（CE）であるが、救命救急センターにCEが常駐し体系的管理を実施している施設は必ずしも多くない。診療報酬上は「医療機器安全管理料」が算定可能であるものの、体制整備を十分に後押しする評価水準とは言い難い。また、機器管理に関するデータの集積・共有の仕組みや、救急領域特有の教育体制の整備にも課題が残る。日本臨床工学技士会としては、診療報酬上の適正評価の実現を要望するとともに、質の高い医療機器管理を担える臨床工学技士の育成、標準的管理指針の策定、医療機器管理に必要なデータの収集を推進し、救命救急センターにおける医療機器管理の質の向上につなげる所存である。

救命救急センターの医療機器管理はできている？
演題番号　PD35-2（CE）

○岡田 真澄[1]，平山 隆浩[2]，有井 嵩典[2]，谷口 龍雄[2]，佐々木 史哉[2]，上田 浩平[2]，湯本 哲也[2]，野島 剛[2]，塚原 紘平[2]，内藤 宏道[2]，中尾 篤典[2]
[1]岡山大学病院 臨床工学センター，[2]岡山大学病院 高度救命救急センター

救急外来における高度医療機器トラブル即応体制の構築
― 高度救命救急センター常駐臨床工学技士の役割 ―

【背景】救急外来（ER）ではECMO導入や緊急気道管理など高度医療機器が多用されるが、機器トラブルは診療遅延や安全性低下に直結する。当院では臨床工学技士（CE）が高度救命救急センター（EICU・ER）に平日日勤帯常駐しドクターカー搭載機器や災害医療資機材を含む包括的な管理体制を構築している。【取り組み】CEはER内の人工呼吸器や除細動器、麻酔器等の定期点検と日常管理を担い、回路リーク等のトラブルに現場で即応している。年間約5件のECMO導入に対し、看護師、救急救命士と共同で月1回および導入後の点検を行い配置の標準化を図った。さらに多職種合同の導入シミュレーションやドクターカーによる搬送訓練を実施し役割確認と実効性を検証している。また、DMAT資機材等もCE主導で一元管理し出動前確認体制を整備した。【結果・考察】CEの常駐により機器トラブルへの迅速な対応が可能となり、標準化や合同訓練を通じて準備の円滑化とチーム連携が強化された。ドクターカー出動や災害派遣時も支障なく対応できCEが教育・訓練を含む高度医療機器即応体制の中核として機能することが示唆された。一方で、人的資源確保や持続可能な体制構築が今後の課題である。

救命救急センターの医療機器管理はできている？
演題番号　PD35-3（CE）

○川尻 将守[1]，渡辺 弦輝[1]，北野 信之介[2]，田上 隆[2]
[1]東京慈恵会医科大学附属病院臨床工学部，[2]東京慈恵会医科大学附属病院 救命救急センター

東京慈恵会医科大学附属病院救命救急センターにおける医療機器管理の現状と課題

【背景】当院では院内手順書に基づく医療機器安全管理責任者の下で安全使用のための研修、保守点検計画の策定・実施、安全性情報の収集および改善を行っている。救命救急センター体制拡大に伴い納入機器が増加し、臨床工学技士（CE）非常駐体制下で管理対象機器が拡大している。【目的】当院救命救急センターの医療機器管理体制の現状と課題を整理する。【現状】CEは機器納入段階から機器情報を把握し、医療機器管理システムにより一元管理している。放射線および臨床検査関連機器を除き点検計画の策定・管理を行い、納入区分に応じて対象者を明確化したうえで研修および履修管理を担っている。生命維持管理装置は年2回の定期研修をeラーニングで実施している。救命救急センターではCEの日常ラウンドで機器の配置や運用状況を確認しており、オンコール体制で機器に関する問い合わせやトラブルに対応している。【課題】体系的な医療機器の運用管理は整備されているが、救命救急センターでは医師・看護師、救急救命士が医療機器の操作や初期対応を担う場面も多く、CE非常駐体制下において医療機器の安全管理が実効的に機能しているかは検証が必要である。

救命救急センターの医療機器管理はできている？
演題番号　PD35-4（CE）

○竹下 太郎[1]，二谷 たか枝[1]
[1]市立ひらかた病院 診療局麻酔科 臨床工学技士室

当院救急外来における医療機器管理の課題と医療DXを活用した管理体制改善の検討

【はじめに】医療の質および安全性の確保には、組織的かつ継続的な医療機器管理体制の構築が不可欠である。しかし、人的資源や運用体制、情報基盤の差異により、医療機器管理の質の均質化は依然として課題である。【背景】当院は335床を有する二次救急医療機関である。臨床工学技士（CE）5名が臨床業務と医療機器管理業務を兼任し、限られた人員で救急外来を含む院内機器管理を担っている。【課題】救急外来の医療機器保守管理はCEが担当しているが、人員制約により十分な点検頻度の確保が困難である。また、現行の医療機器管理システムは院内ネットワークおよび電子カルテと連携しておらず、機器所在や稼働状況を即時に把握できない課題がある。【今後の展望】電子カルテおよび医療機器管理ソフト更新を契機として、両システム連携による統合的管理体制の構築を検討している。電子カルテと医療機器情報を連携させることで、使用状況の可視化、点検情報の自動反映、データ活用による予防保全強化が期待される。医療DXを基盤とした管理体制整備により、限られたマンパワー下でも効率的かつ安全な医療機器管理を実現し、救急医療における医療の質と安全性向上を目指す。

救命救急センターの医療機器管理はできている？
演題番号　PD35-5（CE）

救命救急センターにおける医療機器管理体制の理想と現実

○樋口 知之[1]，春田 良雄[1]，中島 義仁[2]
[1]公立陶生病院 臨床工学部，[2]公立陶生病院 救命救急センター

救命救急センターには高度かつ多種多様な医療機器が存在するが、臨床工学技士（CE）が常駐し体系的に管理している施設はいまだ多いとは言えない。当院は2014年、新棟開設と同時に救命救急センター認定を受け、CEの常駐を開始した。それ以前は週末の限定的な機器点検とオンコール対応のみであり、緊急現場における即応的な医療機器管理体制は十分とは言い難かった。救命救急センター長の要請により救急救命士資格を有するER-Aideを立ち上げ、その現場責任者として常駐し、日常点検、物品整理、定期点検、機器選定、不具合調査および改善提案を一体的に実施した。生体情報モニタの内部コンデンサ異常を早期に指摘しリコール対応へと発展させ、除細動器の意図しないノイズにより心肺蘇生時のパルス確認が困難となった事例では、心電図フィルターの改修を実現した。しかし現在は兼任体制となり、即時対応や細密な管理は限定的である。専従配置は人員的に困難であり、専任あるいは兼任が現実的選択肢である。救急医療の安全を維持するために必要な体制について、本パネルで議論したい。

重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）
演題番号　PD36-1（CE）

当院の体外循環式心肺蘇生法における臨床工学技士の役割

○西別府 飛鳥[1]
[1]済生会熊本病院 臨床工学部門

【背景】体外循環式心肺蘇生法（ECPR）は、高度な専門性と迅速な多職種連携を要する救命治療であり、安定した実施には組織体制および教育体制の整備が不可欠である。当院では臨床工学技士（CE）がECPRに積極的に関与し、体制構築と人材育成を行っている。【方法】多職種からなるECPRチームを編成し、補助循環管理を担う組織体制を構築した。教育体制として、2017年より年1回ECPRシミュレーション訓練を実施し、回路準備、機器操作、トラブル対応を含む実践的訓練を行い、シミュレーション訓練前後で各種指標を比較した。【結果】訓練後、循環停止からECMO導入までの時間は有意に短縮し（44分 vs 36分、p=0.006）、Kaplan-Meier解析では30日死亡率は改善した（81% vs 72%、log-rank p=0.009）。訓練において、CEは回路管理および補助循環中の機器管理を担い、治療の安全性と円滑な実施に寄与した。【結語】CEは、ECPR導入手技の標準化とチーム内連携の強化に寄与し、ECPRの安定した実施と質の向上に大きく貢献している。

重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）
演題番号　PD36-2（CE）

救命医療における臨床工学技士としての関わり
－ ECMO・血液浄化を通じた治療参画 －

○山中 光昭[1]，三木 隆弘[1]
[1]日本大学病院 臨床工学室

救命医療に携わる臨床工学技士（以下CE）の役割は、生命維持管理装置の管理・操作にとどまらず、病態生理や診断、治療を理解したうえで能動的に治療へ参画することにある。関連学会における専門認定制度の整備も、こうした役割拡張を背景としている。　当院では1990年代より心肺停止患者に対する体外循環式心肺蘇生法（ECPR）を積極的に導入し、高度救命医療チームの一員として装置管理・操作を担ってきた。また1994年にエンドトキシン吸着療法が保険適応となって以降は、敗血症性急性腎障害に対する腎代替療法のみならず、炎症制御を視野に入れた血液浄化戦略もCEとして関与してきた。虚血・感染いずれの病態においても、生体侵襲を的確に評価し、より最適な生命維持管理のための調整をすることがCEの使命と考えている。　本発表では当院CEの関わりを症例ベースで提示し、初療から集中治療まで一貫して関与する意義と多職種連携の在り方について述べる。

重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）
演題番号　PD36-3（CE）

急性期医療の臨床工学技士の役割と責務～原点から頂点、その先へ～

○上岡 晃一[1]，山田 眞由美[1]
[1]東京医科大学病院 臨床工学部

院外心停止の原因として急性冠症候群（ACS）が多く、多くの症例で緊急PCIが施行される。院外心停止では、ECPRが選択される。臨床工学技士は、ホットラインの情報や入室時の体格に応じてカニューレサイズの選択を提案する。カニューレサイズは、その後の治療戦略に大きく影響するため、慎重かつ迅速に選択することが求められる。ECMO確立後、全身管理の面では人工呼吸器設定も検討する必要がある。特に努力呼吸様であれば、鎮痛鎮静筋弛緩の検討の提案が必要となる。心臓カテーテル室では、IABPやpVADの追加が検討される。各デバイスによって注意する点も異なる。管理期には各デバイス管理や出血・抗凝固管理をしなければならない。また、輸液・輸血管理は脱血不良に直結し酸素供給量や出血にも影響する。ECPELLA（V-A ECMO + pVAD）管理では、初動より人工呼吸管理も非常に重要となる。また、管理上ECMO依存からpVAD依存に移行させていくが、その際に右心補助として薬剤や一酸化窒素吸入療法を要する。これらの治療をフェーズごとにチームで治療の情報共有が重要であり、臨床工学技士は患者状態に合わせた各デバイスの特性を効率良く使用する提案が求められると考える。

重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）
演題番号　PD36-4（CE）

○開 正宏[1]，都築 通孝[2]
[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 臨床工学科，[2]救命救急センター/集中治療部/救急部

多量カフェイン摂取による急性中毒の2症例 --治療経過と臨床工学技士の関与--

カフェインは容易に入手できる一方、過剰摂取による中毒例が散見される。急性中毒は6.5mg/kg/時で約半数、17mg/kg/3時間で全例が発症し、致死量は5～10gと報告されるが、確立された根治治療や解毒方法はないとされる。今回、カフェイン大量摂取の2症例に対し、循環補助・血液浄化・人工呼吸の施行管理に臨床工学技士（CE）として関与した。【症例1】20代男性。飲酒後にカフェイン20g（200mg×100錠）を摂取し嘔吐、家族が救急要請した。救急隊接触時は会話・歩行可能であったが、搬送中に心室細動（Vf）となりVf stormへ移行した。V-A ECMO導入後、循環動態を維持しつつカフェイン除去目的に血液浄化療法を施行した。ECMOおよび血液浄化から離脱し、独歩退院した。【症例2】70代女性。大量飲酒と睡眠薬に加えカフェイン12g（100mg×120錠）を摂取し、屋外で倒れているところを発見された。低体温状態で搬送され、挿管後に血液浄化療法を施行した。経過良好で独歩退院した。　カフェイン中毒に対する血液浄化療法としては吸着療法、間欠的・持続的血液透析などが選択肢となる。今回の治療戦略の妥当性について議論いただきたく、2症例を提示する。

重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）
演題番号　PD36-5（D）

○岩瀬 正顕[1]，吉村 晋一[1]，李 強[1]，山村 奈津美[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

失神を繰り返す特発性血小板減少性紫斑病患者の治療経験

【目的】失神を繰り返した、特発性血小板減少性紫斑病（ITP：Immune Thrombocytopenic Purpura）患者の治療経験を得たので、文献的考察を加え報告する。【症例】50歳代男性。既往症として、10歳代ITP診断。30歳急性胃腸炎入院歴。30歳代血小板減少症に対し薬物療法アザチオプリン・脾臓摘出術。50歳代消化管出血入院歴。X年意識消失を伴う失神を繰り返すため精査目的に入院となった。神経脱落症状なし、入院時脳画像診断で異常なし。血小板1.4万。洞性徐脈を認めシェロング陽性で調整性失神の診断でドロキシドパ内服し症状改善を得た。【考察】ITPと失神の直接的な関与は指摘されていない。間接的には、出血に伴う貧血やショックを生じる疾病・治療経過と鑑別を要する。脾臓摘出後の重症感染症（OPSI）や心臓合併症を生じる遺伝性血液疾患、薬物療法アザチオプリン等の副作用。血小板減少を伴う他血液疾患疾患との鑑別。また、治療過程で血血小板輸血やトロンボポエチン受容体作動薬の使用により小板が急増すると門脈血栓症や血栓症による脳血流障害に注意を要する。【結語】ITP自体が直接失神を起こすわけではないが、合併症や治療過程の影響で失神に至る可能性がある。

重篤疾患セッション（院外心停止・ACS・敗血症）
演題番号　PD36-6（D）

○松本 寿健[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

統合オミクスとAI解析による敗血症サブタイプ同定と個別化治療戦略

敗血症は、患者背景や病態段階により炎症・免疫・代謝応答が大きく異なる、極めて異質性の高い病態である。我々は、臨床情報と分子情報を統合する逆方向トランスレーショナル戦略に基づき、救急・集中治療領域における精密医療の実装を目指している。救急外来および集中治療室で取得可能なバイタルサイン、検査値、重症度スコアと、遺伝子発現・タンパク質発現を含むマルチオミクスデータを統合し、機械学習解析により炎症・免疫・代謝の不均衡に基づく再現性のある患者サブタイプおよび主要分子ドライバーを同定する。さらに、主要分子ドライバーに基づきサブタイプを識別し、その分類に応じた治療戦略を検証する臨床試験へと展開することで、早期層別化および個別化治療の確立を目指す。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-1（D）

○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

JRC蘇生ガイドライン2025におけるバイスタンダーサポート体制

JRC蘇生ガイドライン2025「普及・教育のための方策（EIT）」は、エビデンスを効果的に教育・普及し社会実装するための方策を示している。EITでは、バイスタンダーが救助に直面した際の潜在的障壁や、口頭指導時に個人的要因へ配慮する必要性、医療従事者の負担・ストレス要因について言及している。一方、精神的な影響についてはCoSTR 2025にないためEITでは扱われず、「わが国の疫学とシステムの現状」というJRC独自部分の章で「バイスタンダーへの精神的影響」として記載されている。本委員会の提言が取り上げられ、心的サポート体制の不十分さ、感謝カードの工夫、MC協議会の取り組み、民間団体の支援例といった取り組みと共に、学校教育による土壌づくりや法整備の必要性が言及されている。バイスタンダーによる応急手当を促進するには、心的ストレスに配慮した支援体制の強化が求められる。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-2（E）

バイスタンダーのサポートについて～相談内容からの考察～

○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 尾張中北消防指令センター，[2]名城大学 人間学部，[3]日本赤十字社 事業局・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の心身の負担に対する社会的関心は高まりつつあるが、学術的知見は乏しく、実態は十分に明らかになっていない。バイスタンダーの負担について探索的に検討することを目的に、全国の日赤救急法指導員に対して市民からの相談内容を尋ねるWeb調査を実施した。【対象と方法】1,359名の有効回答のうち、86名がバイスタンダーを経験した市民から相談を受けた経験を有しており、これらを本報告の分析対象とした。【結果】相談内容は、自責の念や手技・判断の不安（53.5%）が最も多く、次いで心的外傷性ストレス症状（30.2%）、法的・社会的責任への懸念（11.6%）、予後・経過への不安（11.6%）であった。自責の念や手技・判断の不安には「自分の対応は正しかったか」「助けられなかったのは自分の責任ではないか」といった内容が多く含まれていた。心的外傷性ストレス症状としては、フラッシュバックや不眠、過覚醒などが報告された。【考察】講習段階における確実な手技習得と自信形成に加え、バイスタンダーを対象とした心理的支援や相談窓口、事後フォロー体制の整備が重要と考えられた。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-3（O）

救命講習と実際の救命現場のギャップ～バイスタンダー体験からの提言～

○長野 庄貴[1]
[1]日本AED財団

演者は一般市民としてランニング中に心肺停止の現場に遭遇し、バイスタンダーとして胸骨圧迫およびAEDを実施した経験を有する。事前に救命講習を受講していたものの、実際の現場では、呼吸の有無の判断の難しさ、AEDが現場に届くまでの不確実性、衣服を脱がしてパッドを装着する困難さ、救急車到着までの長時間にわたる胸骨圧迫など、講習での状況とは大きな隔たりを感じた。この体験談を基に、演者はメディアを通じて一般市民向けに救命講習受講の啓発活動を行うとともに、救命講習の指導者や消防職員を対象に、実際の救命現場で一般市民が感じたことの講話を行っている。一般市民と消防職員や指導者との間に救命に関する意識のギャップがあることも感じている。本発表では、バイスタンダーが直面する困難や心理的負担を共有するとともに、救急隊員や指導者に対して、救命講習の状況と実際の現場とのギャップをどのように伝え、救命講習の内容や指導方法を再考する契機としたい。また、一般市民に現場の現実とともに、救助後の不安や心理的負担に対する支援体制が存在することが、救命処置に着手する心理的なハードルを下げる可能性について考察する。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-4（D）

バイスタンダーの心的サポートのための教育者および周囲の人向けの冊子制作と展開のための課題

○本間 洋輔[1,2]，長野 庄貴[2]，平舘 宏美[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

心停止現場における一般市民（バイスタンダー）による救命処置は、救命率向上において重要な要素である。一方で、救助活動後にバイスタンダーが心的ストレスを抱える事例が報告されている。そこで、心的ストレスを抱えたバイスタンダーのためのリーフレットを作成・公開した。リーフレットを公開したところ、①救命教育を実施する立場にとっての体系的な教材、②心的ストレスを抱えた当事者の家族や友人など、周囲の人が学ぶための資料、という新たなニーズが明らかとなった。そこで、昨年作成したリーフレットを発展させ、救命講習会内で活用可能な具体的な教育ガイド案および、心的ストレスを抱えた当事者の周囲の人を対象とした啓発資料の作成を行った。前回の内容に加え、救助経験者へのインタビュー、家族・友人など周囲の人が取るべき対応と避けるべき対応、指導者向けガイド、救命講習会の重要性に関する情報を追加し、精神科医および臨床心理士の監修のもと、冊子『救助を手伝ってくれた方に寄り添うために』を作成・公開した。本報告では、本冊子の展開状況ならびに、当院にて開設しているバイスタンダーサポート外来の現状と課題について報告する。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-5（E）

救命講習におけるバイスタンダーの心的ストレスに対する教育の効果検証

○勇 将太郎[1]
[1]広島市消防局 中消防署

【背景】バイスタンダーによる救命処置後は、心的ストレスを生じることが報告されている。日本臨床救急医学会も重要性を提言しているが、従来の救命講習は実技指導に重点が置かれ、心的ストレスに関する体系的教育は十分とは言えない。【目的】救命講習において心的ストレスに関する教育を導入することで、受講者の心理的負担軽減および将来的な救命処置への行動意欲に与える効果を検証する。【方法】令和7年7月から現在までに実施した普通救命講習受講者を対象とした。講習の終盤で「救命処置後に不安や不眠等のストレス反応が出るのは正常な反応であること」や「相談窓口の周知」を説明し、終了後、アンケート（6項目）で心理的負担と行動意欲の変化を評価した。【結果】有効回答数は1,386件（令和7年12月時点集計）。説明により『安心した』との回答が900件（64.9%）。今後の行動への影響について『行動しやすくなる』が687件（49.6%）と最も多く、『少し安心できる』が586件（42.3%）と、91.9%が前向きな回答であった。【考察】心的ストレスに関する教育を導入することは、受講者の不安を軽減し、救命処置に対する心理的ハードルを下げる可能性が示唆された。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-6（O）

○塩谷 壮史[1]，木村 成寿[1]，八木 秀典[1]，村橋 咲子[1]，新庄 亮友[1]，松本 茉与[1]
[1]大阪市消防局 救急部

バイスタンダーサポート体制の構築に向けた大阪市消防局の取組 ～誰もが安心して救命活動を行える社会へ～

救急隊が到着するまでの間、現場に居合わせたバイスタンダーが救命活動を行うことは、救命率の向上に寄与するため、多くの消防本部では、救命活動への協力を促す広報や市民救命講習等を実施している。一方で、救命活動に携わった人や救命現場に遭遇した人の中には、心身の不調や不安を抱える人が一定数いることが報告されている。しかし、こうしたバイスタンダーのストレスに関する周知や支援策は、十分に行われていないのが現状である。当局の取組も、これまでは感謝カードの配布などにとどまっていたが、令和７年４月の日本臨床救急医学会バイスタンダー体制検討委員会の提言やバイスタンダー本人の声などをきっかけに、令和７年度からバイスタンダーストレスに関する広報と心的ストレスの軽減策に着手した。今後は、ストレスを抱えるバイスタンダーを関係機関と連携して支援できる体制の整備を進めていく予定である。本発表では、当局のこれまでの取組と今後の展望について報告する。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-7（E）

○川﨑 知美[1]，永島 凌太[1]，黒﨑 久則[2]，福岡 範恭[3]
[1]奈良市消防局 救急課，[2]京都橘大学 救急救命学科，[3]愛知淑徳大学 健康医療科学部

応急手当後のバイスタンダーの心身の反応と支援に関する検討

【目的】バイスタンダーによる一次救命処置は、院外心停止事案の救命率向上に寄与する一方、その後に心的ストレスを抱えることがある。しかし、行動後の心身の反応や支援のニーズは十分に把握されていない。本研究では、応急手当後のバイスタンダーの心身の反応を可視化し、実態に即した支援に繋げることを目的とする。【対象と方法】2025年12月から2026年1月の間に、バイスタンダーとなった市民を対象とした。感謝カード配布時にアンケート（改訂出来事インパクト尺度短縮版：IES-6および手当内容の記述）への任意回答を依頼する試行的取り組みを行い、得られた回答内容を整理した。【結果】カード配布数60枚に対し、3名から回答を得た。うち1名（即日回答，IES-6：7点）は、「反省しています」、「励ますことしかできませんでした」といった自身の行動を肯定できない記述を認めた。【結語】IES-6の定量評価のみでは捉えきれない記述が確認された。心身の反応は多くの場合、時間の経過とともに和らいでいくとされるが、事案発生後早期におけるDefusingの重要性を再確認する必要性が示唆された。

G2025を踏まえたバイスタンダーサポート体制
演題番号　PD37-8（E）

○今井 徳彦[1]
[1]大津市消防局 警防課 救急高度化推進室

「大津市消防局バイスタンダーサポート事業」の立ち上げについて

【背景】大津市では令和7年7月からAED運搬支援アプリ（AED GO）の運用を開始、救命ボランティアによる早期の応急手当が期待される一方でバイスタンダーサポートの整備については喫緊の課題となった。【目的】当局が行った事業の立ち上げについて紹介する。【方法】1.相談窓口となる機関との連携：バイスタンダーから相談を受け専門的介入が必要な場合に備え、バイスタンダーサポートサイトと連携。2.キャラクターの作成：市民にとって心安い事業を目指し、市観光部局の承諾を得て市公式キャラクターのバイスタンダーサポート絵柄を作成。3.バイスタンダーサポートカードの作成：バイスタンダー目線に立った配布用カードの作成。4.HPの作成：相談窓口やカード配布の案内だけでなく、知って頂きたい多くの内容を掲載したHPを作成し、カードのQRコードから閲覧可能とした。5.局内文書の作成：救急隊の活動や負担を考慮し、スモールスタートで事業を開始。【結果・考察】令和7年9月9日「大津市消防局バイスタンダーサポート事業」を開始、まずはサポート体制の枠組みができた。今後は、内容のブラッシュアップを図りながら職員の意識向上や事業の広報に取り組んでいく。

持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために ― 院内連携・地域連携・人材育成の三拍子
演題番号　PD38-1（D）

○中堀 泰賢[1]，渡邊 篤[1]，中西 泰造[1]，中本 直樹[1]，木口 雄之[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

Subspecialty救急医を軸とした持続可能な救急整形外傷診療体制 ―症例集積と機能回復の両立―

【背景】救急整形外傷は重度四肢外傷に加え骨盤・肋骨・脊椎外傷など多岐にわたり、一施設での完結は困難である。当院では院内外連携を重視し、救急医が全身管理と初期対応を担うことで、各診療科が専門領域に集中できる体制を構築している。【方法】2023 ～ 2025年に当院高度救命救急センター（整形外科Subspecialtyを有する救急医1-3名体制）へ搬送された整形外傷症例を後方視的に解析し、来院24時間以内死亡例を除外した。【結果】症例数は154、190、251例と年次増加を認め、開放骨折は18、14、25例、創外固定は19、25、38例、骨盤手術は7、24、63例（ナビゲーション使用0、16、36例）と増加した。2025年は251例中149例で手術を要し、9例で他院外傷整形外科医による手術支援を受けた。転帰は約6割が自宅退院または回復期リハビリ病棟への転床であった。【結語】救急医が緊急対応と全身管理を担い、手術は院外支援を含め多科協働で補完する体制により、症例集積と機能回復を両立した持続可能な救急整形外傷診療体制が構築可能と考えられた。

持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
― 院内連携・地域連携・人材育成の三拍子

演題番号　PD38-2（D）

救命救急科と整形外科の融合が支える持続可能な救急整形外傷診療体制

○川本 匡規[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 救命救急科

救急整形外傷診療は、四肢・骨盤・脊椎外傷のみならず、軟部組織・血管損傷、全身管理を要する多発外傷を含む領域横断的医療である。診療科間の分業で治療するには限界があり、救急科と整形外科が一体となって診療する体制そのものに本質的意義がある。当院では救命救急センター内に外傷整形外科チームを配置し、全整形外傷症例を救急科入院として管理することで、全身管理と手術判断を同一線上で行う体制を構築してきた。本体制の大きな特徴は、救命救急センター内の整形外科医と院内整形外科医が同一大学医局からの派遣で構成されている点にある。これにより初期治療から再建手術、晩期合併症治療までが診療科や所属の壁なくシームレスに連続し、症例に応じた柔軟な手術協力が可能となる。さらに大阪大学整形外科と連携した人材循環型の教育体制により、専攻医が当院で外傷診療に専従し、大学・関連施設へ循環することで、組織としての診療能力が年々強化されている。今後は運動器外傷再建センターとして組織化を進め、院内多職種連携と地域医療機関との役割分担を明確化することで、救命・機能回復・社会復帰を支える持続可能な救急整形外傷診療体制の確立を目指す。

持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
― 院内連携・地域連携・人材育成の三拍子

演題番号　PD38-3（D）

大腿骨近位部骨折に対するチーム治療
―多職種・多診療科連携による早期手術と二次骨折予防の取り組み―

○江口 英人[1]
[1]山梨県立中央病院 整形外科

大腿骨近位部骨折は高齢化に伴い増加しており，機能予後のみならず生命予後にも影響する重要な外傷である．大腿骨頚部／転子部骨折診療ガイドライン改訂第3版では受傷後48時間以内の手術が推奨され，さらに術後早期の骨粗鬆症評価と薬物治療導入，治療継続の必要性が示されている．当院では早期手術の実現と二次骨折予防を両立させる診療体制の構築を目的とし，整形外科を中心に内科，看護師，放射線技師，理学療法士，薬剤師，栄養士，医師事務作業補助者を含む多職種連携体制を整備した．多職種会議により診療過程の課題を抽出し，各部門のマニュアルおよび院内ガイドラインを作成した．これにより早期手術体制の整備，骨粗鬆症評価および薬物治療導入の標準化を図り，二次骨折予防まで一貫した介入を実現した．連携体制を整備後も継続して定期的に多職種会議を行い，ブラッシュアップを図っている．本発表では地域連携を含めた継続可能な診療体制の構築過程についても報告する．

持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
― 院内連携・地域連携・人材育成の三拍子

演題番号　PD38-4（D）

救命救急センターへの整形外傷チーム参入　～広島大学での試み～

○大饗 和憲[1]
[1]広島大学病院 整形外傷講座

広島大学では2020年、整形外科内に寄附講座として外傷チームを設立し、現在4名の整形外傷医が救急部に常駐し初療から重症外傷治療に参画している。救急医と密に連携しながら治療戦略を立案することで、脊椎・骨盤などの体幹部外傷、重度四肢外傷、再建外科まで幅広く対応し、救命及び機能予後改善に取り組んでいる。整形外傷医の常駐により外傷診療の質は向上し、重症外傷患者数および手術件数は年々増加、患者集約化とアウトカム改善が得られている。さらに寄附講座の寄付元を関連病院とすることで大学特有の手術室・病床制約を回避し、全身状態が安定した患者を関連病院へシームレスに移送して治療継続する体制を構築した。これにより双方にとってwin-winの高度な地域連携が実現している。加えて若手医師の教育体制整備を進め、持続可能な外傷診療体制の確立を目指している。現在、県主導による新病院建設と急性期医療の集約化が計画されており、外傷センターの組み込みが予定されている。その端緒として広島県病院機構より寄附講座への支援が決定した。本発表では外傷チーム設立後の変化をデータに基づき報告し、新たな外傷センター構想の展望について述べる。

持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
― 院内連携・地域連携・人材育成の三拍子

演題番号　PD38-5（D）

持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
～ 10年以上に渡る当センターでの取り組み～

○森井 北斗[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 外傷センター

現状、整形外科領域の中で整形外傷治療はヒエラルキーの底辺であると言っても過言ではない。いつどんな外傷が搬送されてくるかわからない、しかも緊急手術を要する患者も決して少なくない現場に勤務することは体力的にも精神的にも負担が大きく、さらに働き方改革の波、外科志望の若手医師の減少など逆風ばかりで一向に状態は改善しない。当センターはその状況の中、15年以上色々な方策で人材確保や国内留学医師の獲得とその教育、主要全国学会の開催などのタスクを乗り切ってきた。現在も戦いの真っ最中であり一時も気が抜けない状況は変わっていないが、手術件数や所属医師数は波こそあれど徐々に増加傾向となっている。今後も持続可能な救急整形外傷診療体制を築くための戦いは続いていくが、これまでの取り組みの一部を発表する。

持続可能な救急整形外傷診療体制を築くために
ー院内連携・地域連携・人材育成の三拍子
演題番号　PD38-6（N）

○久保田 美樹[1]，今本 俊郎[1]，
森井 北斗[1]，井口 浩一[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

持続可能な整形外傷診療を支える院内連携―特定看護師の継続的介在―

【背景】当院外傷センターでは、高度管理を要する整形外傷症例が多く、救急・整形外科・集中治療・リハビリ部門が横断的に関与している。持続可能な整形外傷診療には院内連携の最適化が不可欠である。【目的】整形外傷診療における院内連携の構造を整理し、特定看護師の実践的役割を明らかにする。【方法】特定看護師の活動を、急性期対応、周術期管理、感染・創傷管理およびリハビリ連携、診療調整支援の観点から整理した。【現状と成果】整形外傷診療では多職種が関与している。その過程において特定看護師は、創部所見と感染リスクを評価・共有し、創部管理（必要時のブリードマンを含む）を中心に担った。これにより診療情報が整理・共有され、治療方針決定が円滑化し、診療の継続性と院内連携の安定化に寄与した。また、リハビリ部門と創部状態や荷重条件を共有し、機能回復への橋渡しを行うとともに、病棟看護師へ創部評価と感染管理に関する教育を実践した。【結論】整形外傷診療の持続可能性を高めるには、院内連携の構造的整理が重要である。特定看護師の専門性を活かした介在は連携を支える機能となり得る。今後は役割の明確化と組織的運用が求められる。

都市部と地方での救急需要の違いと対応策
演題番号　PD39-1（D）

○有元 秀樹[1]
[1]医療法人医誠会医誠会国際総合病院 救急科

都市部における病院救急救命士による救急搬送業務への取り組み

【はじめに】高齢化社会への変化に伴い都市部における救急搬送数は増加傾向にあり，特に高齢者の搬送割合が増加している．一方で近年は病院に勤務する救急救命士(以下病院救命士)の存在がクローズアップされており，民間施設として自ら搬送を行っている施設も存在する．【対象・方法】当院に所属する30名の救急救命士が24時間365日のシフトを組み、救急救命士3名体制による無料施設間搬送を当院周辺の病院・施設に加えマンションやホテルへも搬送のシステムを案内し集患を行っている．【結果】2024年度の搬送数は6938件であり，全例当院で受け入れを行った．患者層として80歳台が最も多く，疾患としては誤嚥性肺炎，尿路感染症が多く，軽症・中等症の症例が主であった.【今後に向けて】当事業は民間の営業努力として開始したもので集患面では目的を果たすとともに，結果として多くの患者搬送に携わっており公設救急のバックアップの役割を担っていると考える．今後の高齢者社会に対する救急医療の一つの方策として当院の取り組みを報告する．

都市部と地方での救急需要の違いと対応策
演題番号　PD39-2（D）

○山田 哲久[1]，鮎川 勝彦[1]
[1]飯塚病院 救急科

地方での地域唯一の救命救急センターの役割とは？
ー受け入れ患者の検討からー

【はじめに】当院は地方の人口40万の医療圏の唯一の救命救急センターである。受け入れ患者の特徴を検討し今後の課題を考察した。【方法】2025年に救急科が初期診療した症例を対象とし時間別症例数、性別、年齢、救急車有無、紹介有無、疾患別症例数、重症度、転帰を検討した。【結果】対象は6582例、日勤44.6%、準夜36.4%、深夜19.0%、男女比1.25:1、平均年齢(±標準偏差)70.3±20.1歳、救急車91.3%、紹介21.6%、循環器14.8%、消化器14.6%、神経14.5%、呼吸器12.5%、外傷11.8%、腎泌尿器5.3%、心停止4.6%、感染症2.2%、中毒1.9%、内分泌糖尿病0.9%、産婦人科0.7%、精神科0.4%、血液0.3%、その他15.5%、一次20.0%、二次49.0%、三次31.0%、入院74.6%、死亡3.6%、転院1.3%、帰宅20.5%であった。【考察】重症例は可能な限り受け入れる必要がある。軽症例の受け入れに関しては、住民理解のための筑豊地域医療サポーター制度や二次救急窓口を試行中である。【結語】安心して医療が受けられる地域を目指して、あらゆる分野の重症例を24時間体制で受け入れる必要がある。軽症例を地域としてどうするかが今後の課題である。

都市部と地方での救急需要の違いと対応策
演題番号　PD39-3（D）

○永嶋 太[1]，松井 大作[1]，間 崇史[1]，高須 惟人[1]
[1]公立豊岡病院 但馬救命救急センター 救急集中治療科

地方の救急医療を支える病院前救急診療と重複要請応需率向上への取り組み

【背景】地方でも救急需要は減少せず,搬送距離延長は時間依存性疾患の予後に影響する.都市部と同水準の救急医療を維持するには病院前早期医療介入が不可欠である.当センターではキーワード方式によるドクターヘリ(DH)要請,現場滞在時間短縮,病着前トラウマコード・緊急手術・IVR・MTP起動を標準化している.【目的】病院前救急診療の関与割合,DH重複要請に対する応需率を明らかにしさらなる改善につなげることを目的とした.【方法】2024年度の救急搬送受入状況,救急搬送症例におけるDH・ドクターカー（DC）関与率を算出し,DH重複要請に対する応需率および対応内訳を後ろ向きに解析した.【結果】救急搬送受入応需率は100％で，救命救急センター受診13332人中,救急搬送5466人,その約30％にDH(943人)またはDC(1013人)が関与していた.DH要請2230件中,重複要請は798件(35.8%)であり,重複要請に対する応需率は62.1％であった.【結論】救急搬送受入は100％を維持している一方,DH重複要請応需率はさらなる向上のため体制運用の継続的改善を行う必要がある.病院前救急は地域救急の中核を担い,全応需志向モデルは時間価値を再配分する戦略である.

都市部と地方での救急需要の違いと対応策
演題番号　PD39-4（D）

○中尾 俊一郎[1]，横野 良典[1]，射場 治郎[1]，入澤 太郎[1]，織田 順[1]
[1]大阪大学医学部附属病院

本邦におけるドクターヘリに関する国際的エビデンスの整理：スコーピングレビュー

目的：本邦でドクターヘリは広く運用されている一方、発表されたエビデンスは不均質である。本研究では、本邦におけるドクターヘリの患者に対する影響を評価した、英文誌に掲載された文献の分布を調査し、今後の研究を要する領域を明らかにすることを目的とした。方法：本邦におけるドクターヘリにおける患者アウトカムの影響を報告した原著研究で、英文誌に掲載されたものを対象としてスコーピングレビューを実施した。MEDLINE、Web of Science、CINAHL、Cochrane Libraryから検索を行った。2名の評価者が独立して適格性を判定し、研究の特性の分布を記述した。結果：45件が解析対象となった。出版数は経年的に増加しており、研究の多くは単施設観察研究（64.4%）またはレジストリ研究（28.9%）であった。対象集団は外傷が最多（28.9%）であった。主要アウトカムとしては死亡が最も多かった（46.7%）。結論：日本のドクターヘリに関する英文文献は経年的に増加しているが、少数の施設に偏在し、後ろ向きの観察研究が中心であった。今後の課題として、前向き研究、機能予後および長期アウトカム、費用対効果を含む経済評価、地域差などに関する解析が挙げられる。

都市部と地方での救急需要の違いと対応策
演題番号　PD39-5（D）

○奥山 学[1]，鈴木 悠也[1]，佐藤 大祐[1]，中永 士師明[1]
[1]秋田大学医学部附属病院 高度救命救急センター 救急科

過疎・広域分散地域における救急医療体制の再構築

秋田県は広大で人口が分散した県土を有し、人口減少率・高齢化率とも全国最高水準にある。これまで人口当たり病床数は全国平均を上回り、比較的余裕のある体制で救急医療が運用されてきた。しかし人口減少と病院経営環境の変化により病床削減と地域救急病院の規模縮小が進み、高度救急医療への対応が困難な地域が増加している。救急搬送件数は2023年をピークに減少へ転じたが、受入医療資源の低下がそれを上回り、救急搬送困難事案が増加している。また、重症例を地域病院へ搬送後に転院する二段階搬送は、重症患者の治療開始遅延のリスクに加え人的負担が大きい。これに対し、全県を一医療圏と捉え、軽症・中等症は地域救急病院が担い、重症例は救命救急センターへ直接搬送する広域搬送戦略に着手した。ドクターヘリ・カーの活用、救急救命士の判断力向上が必須であり、加えてビデオ通話による医師の遠隔助言システムの導入をすすめている。さらには地域救急病院の機能維持と地域全体での役割分担が必要であり人的支援も含め当院が中心となり推進している。本発表では、過疎・広域分散地域における救急医療体制の再構築に向けた取り組みと今後の方向性を報告する。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-1（E）

○腹子 歩夢[1,3]，橋本 克彦[2]，石田 時也[3]，松本 亮[3]
[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]名古屋大学附属病院 救急集中治療科 / 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター，[3]太田西ノ内病院 救命救急センター

消防救命士再教育担当は病院救命士が担う～互いを理解しあうホットライン教育～

福島県メディカルコントロール（以下MC）は4つに分かれており、総合南東北病院は人口約62万人と県内最多の県中・県南MCに属している2次救急医療機関である。令和6年度までは当MC唯一の救命救急センターで消防救命士の再教育が行われていたが、総合南東北病院は郡山地方広域消防組合と新たに協定を結び、地域の救命率向上、救急隊教育の一環で派遣型ワークステーション（以下WS）事業を令和7年6月から開始した。WSでの救急隊教育は病院救命士が担当しており、通常の再教育内容に加え、ホットライン対応を含めた病院連絡の教育も実施している。救急救命士養成課程には病院連絡という公式カリキュラムは無く、消防職員になった際に各所属、各隊によって教育をされているのが一般的である。本研修を通して病院側が必要とする情報を理解することで、スムーズな搬送受け入れ依頼が可能となり、病院側もより良い受け入れ準備に繋がる。実際、病院連絡を受ける側になることで、「話が長い」、「情報がよくわからない」などの気づきが得られたようであった。質の高い病院連絡からスムーズな院内での診療につなげられるよう、さらに教育内容を充実させていきたい。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-2（D）

○森田 正則[1,2]，澤野 博一[2,3]，河原 利之[2,3]，中田 康城[1]，横田 順一朗[2]
[1]堺市立総合医療センター 救命救急センター，[2]堺地域メディカルコントロール協議会，[3]堺市消防局救急部

消防機関と医療機関をつなぐ生涯教育：救急ワークステーションと連携した病院実習

【背景】救急救命士には生涯教育が義務付けられており、その目的は現場で有益な救護と適切な病院選定を行うための技能向上にあると考えられる。しかし、その実施内容は標準化されていない。そのため、消防と医療機関が連携し、迅速な病院前救護、適切な病院選定、および円滑な病院連携を目的とした教育体制の構築が必要である。【方法】堺市立総合医療センターに併設された救急ワークステーションと連携し、救急救命士を対象とした病院実習を実施した。実習内容は、毎朝の入院患者カンファレンス参加、搬送患者の診察補助、静脈路確保などの特定行為、院内感染対策実践、ドクターカー同乗による重症傷病者対応とした。【結果】実症例を基に議論することで、病院前プロトコールと院内診療の連続性に対する理解が深まった。ドクターカー同乗を通じて、医師・看護師と協働した重症症例対応を学ぶ機会が得られた。また、院内感染対策を通じて、感染情報伝達の重要性に対する理解が向上した。【考察】消防と医療機関が一体で行う生涯教育は、相互理解を促進するとともに特定行為の習得にとどまらず傷病者の予後を見据えた病院前救護を実践できる人材育成につながる。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-3（D）

「病院実習」を“初めて”、“多職種”で見直す

○中村 誠昌[1]
[1]長浜赤十字病院 救急科

【背景】当メディカルコントロール協議会（以下MC）は１医療圏１消防本部を所管している。病院実習は管内の２病院で行っているが、MCは主に特定行為の事後検証を行い、教育には関わってこなかった。しかし、４年前からドクターカーの運用が始まり、病院と消防との関係が深化した。現場や初療での協働が深まる一方で、救命士の質向上の教育の重要性が増してきていた。【目的】消防所属の全救命士を対象にアンケートを行い、その結果を病院実習にフィードバックする。【結果】回答率は97.8%で、実習病院ごとの評価を調査した。実習の主目的として、「知識・技術の向上」に並び「病院職員との関係性構築」が挙げられていた。実習内容ではいくつか不用と思われる項目が挙げられた。結果を受けMC内に医師/看護師/病院救命士と現場救命士代表から成る「病院実習」検討部会を設置し、実習の質の向上を図った。【まとめ】救命士が研修したい内容と病院が研修して欲しい内容をすりあわせ、また実習の度に相互評価を繰り返す体制を整備した。「病院実習」は消防と病院双方の努力により質が維持されるものと感じており、今後もMCを中心にこの意識の継続が重要である。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-4（E）

救急救命士の病院実習における臨床教育体制の拡充

○佐々木 秀志[1]
[1]岡崎市消防本部 中消防署本署 救急係

【背景と目的】当消防本部は救急救命士の病院実習を救急外来で行っている。実習中の患者対応時間に偏りがあることに課題を感じ、より効果的な実習方法を検討、実習内容の拡充を図った。【方法】令和４年１２月から令和５年３月末までの間に実習参加した救急救命士８０名を対象に実習内容と時間を調査、全時間の約３０％が待機時間であると判明し、救急外来以外での臨床教育導入を検討した。【結果】救急外来の実習だけでは臨床経験が不足しがちな分野から、専門医によるNCPR教育、分娩と新生児の初期対応教育、救急救命士の処置範囲拡大を見据えたアレルギー負荷試験見学について専門医と検討を重ね、令和７年９月からNCPR教育と周産期臨床教育を開始した。これまで実習を行った救急救命士４１名のうち９６％が自信に繋がったと回答している。【考察】新生児蘇生や周産期対応は救急事案数が少ない分、消防本部の教育だけでは傷病者対応に不安が残る。また各専門診療科で診療や処置を行っているため、救急外来での実習だけでは救急救命士が関与できない分野であったといえる。今回の病院実習における臨床教育体制の拡充は救急救命士の病院前救護の対応力向上に繋がると考える。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-5（E）

小児救急に特化した病院実習 ～オーダーメード型病院実習の可能性～

○大野 治[1]，小室 健司[1]，館 真太郎[1]，髙野 博紀[1]，上畠 篤[2]，関 知子[3]，福島 亮介[4]
[1]秦野市消防本部，[2]東海大学医学部 救命救急医学，[3]秦野赤十字病院 救急科，[4]藤沢市民病院 救命救急センター 小児救急科

【背景】当市では救急隊員を含む救急救命士再教育として二次救急医療機関における救急ワークステーション（WS）の運用を継続、５年半で1,400件超の出動を経験してきた。WSは病態理解や現場対応能力向上に有効である一方、小児科関連出動割合は6.0％と少なく、小児対応経験の不足が課題となっていた。【目的】小児救急に特化した再教育体制を構築し、小児対応能力の向上を図ること。【実習方法】地区MC協議会の協力のもと、当市医療圏外の救命救急センターにて、救急救命士ごとに小児特化型再教育実習を令和６年度に計画、令和７年度に２日間×３名を派遣した。小児の解剖学的・生理学的特徴、BLS、チーム医療、虐待対応の講義と初療室での観察処置の実習、気道確保等のシミュレーション実習を医師と１対１の16時間で履行した。【考察・結語】不足していた小児症例経験を補完し、個別課題に応じた教育機会の創出につながった。院内救命士との情報交換、小児救急受入れの実態について知見共有が深められた。WSと小児特化型病院実習を組み合わせた再教育は、学び続ける生涯教育の構築に寄与し、産科・精神科等の専門領域再教育への展開可能性が示唆された。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-6（D）

当院における消防救命士病院実習～３拍子で行う～

○安藤 雅樹[1]，山田 貴大[1]，尾中 秀行[1]，澤田 雄一郎[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

当院は救命救急センターとして年間1万件弱の救急搬送、2.5万人以上の救急受診を受け入れている。近隣消防からの病院実習も積極的に受け入れ、2025年度は挿管実習10名を含む78名を受け入れた。当院の特徴として、麻酔科医が主体となり救命救急センターを運営していることがある。当院麻酔科医は手術麻酔だけでなく、救命救急センター（ICU）内の重症患者管理や3次救急初療も常時行っており、ERから手術室、ICUにおいてシームレスな管理を行っている。このシームレスな環境は当院での消防救命士病院実習においても有益と考えられる。例えば手術室での挿管実習は普段救急に関与しない麻酔科医が指導する医療機関も多いが、当院では日常臨床で3次救急対応時にも消防救命士と関わっている麻酔科医が手術室内で直接指導している。ERだけでなく手術室においても同じ医師による指導を受けられることは、指導医側の情報共有も容易であり、指導の質の均一化も可能とする。また希望者はドクターカー実習も行う環境を整えている。消防救命士に対する病院実習は、救急医療で不可欠な3拍子（エリア：ER/手術室/病院前）で効果的に病院実習を提供できる体制整備が実習病院には求められる。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-7（D）

○岩瀬 史明[1]，宮崎 善史[1]，宮坂 千理[1]，前嶋 大地[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

再教育が地域救急を動かす
—200名超の実習生で実現した24時間ドクターカー体制—

【背景】救急救命士の再教育病院実習は地域差が大きく、標準化が課題である。当センターは県内唯一の三次救急施設として、就業前・再教育実習を一元的に担っている。【実践】年間1,200人超の重篤患者を受け入れる診療基盤のもと、年間200名超の実習生を受け入れている。初療室・ICU・手術室での見学介助、夜間当直、ドクターカー同乗を通じ、生理学的所見に基づく迅速な重症度判断、病態に沿った重点観察と処置の優先順位付け、収容依頼時の要点を押さえた情報伝達を修得できる体制としている。他本部の実習生とともに事後検証の振り返りを行い、県内救急活動の標準化につなげている。多数の実習生がドクターカー運転を担うことで24時間運航を実現し、今後は下り搬送を含めた転院搬送業務にも協働を拡大する予定である。【結語】再教育を“見学の場”にとどめず“地域救急を動かす戦力育成の場”へ転換することこそが標準化への道である。本取り組みは、教育と地域医療体制強化を同時に実装する実践モデルとなり得る。

消防救命士の再教育（病院実習）の工夫
演題番号　PD40-8（D）

○木本 慧[1]，藤田 健亮[1]，宮里 実幸[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

「教えられる側」から「学び続ける専門職」へ
—病院実習を起点とした救急救命士継続教育の設計—

【活動紹介】病院実習を以下の4要素で構成し,学習→実践→省察→継続運用へ接続する設計とした.(1) 臨床推論を意識した座学：病態生理を基盤に,現場情報から病態仮説を立て,重症度/緊急度評価,リスクを意識しつつ,病院選定および特定行為の適応判断へ落とし込む思考過程を養うことを目的とし,判断根拠の言語化も重視した.(2) ドクターカー同乗実習：接触タイミングや役割の差で生じる視点の違いを学習資源とし,現場での意思決定（優先順位付け,治療戦略,搬送判断,コミュニケーション）を「なぜそうしたか」の形で可視化する.院前での“つなぎ方”を検討し,引継ぎの質向上に焦点を当てた.(3) 伴奏支援による学会支援：消防側の学会発表を伴走し,MC圏域のトピックスをデータで振り返って現状と課題を抽出する機会とした.抽出した課題を教育内容・運用改善にフィードバックし,データドリブンな改善サイクルを回す.(4) 所属署で継続可能なハンズオントレーニングのknow-how移転（自走化）：実習で得た学びを所属署で再現できるよう,短時間・少人数で回せるハンズオンの設計,指導手順（評価方法,振り返りなど）をパッケージ化して共有し,継続実施を可能とした.

RRS/院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦
演題番号　PD41-1（D）

○松山 匡[1]
[1]京都府立医科大学 救急医療学教室

院内心停止に対するILCOR10ステップの概要と意義

院内心停止（IHCA）は、全入院患者にとって最も重篤な急変の一つであり、迅速かつ組織的な対応が求められる医療安全の中核事象である。近年、国際蘇生連絡委員会（ILCOR）は、IHCAに対する包括的な改善指針として「院内心停止のための10のステップ」を提唱した。本提言は、予防、急変対応、心停止後ケア、医療者支援を含む医療機関全体の体制を対象とし、医療の質と安全文化の持続的改善を目的とする。本発表では、ILCORが示す10のステップの内容と背景を概説し、ガバナンス、データ活用、教育、RRS、蘇生対応、心停止後ケアなどの主要な要素について整理する。あわせて、日本における現状を踏まえ、その意義について解説する。

RRS/院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦
演題番号　PD41-2（D）

○桑原 正篤[1]，中田 徹朗[2]，満田 幸士[2]，光武 智子[2,3]
[1]宝塚市立病院 救急科，[2]宝塚市立病院 看護部，[3]宝塚市立病院 医療安全対策室

多職種による院内急変コール全例レビューは神経予後を改善し得るか

【背景】院内心停止の転帰改善には、国際標準に基づく記録と蘇生プロセスの可視化、それに基づくQuality Improvement（QI）が不可欠である。しかし、院内急変コールを全例対象に、多職種で継続的なレビューを行い、その成果を検証した報告は限られている。【目的】院内急変コール全例の多職種レビューが、神経学的予後に与える影響を検討する。【方法】2016年4月から2025年11月までに発生した院内心停止症例107例を対象とした。当院では院内急変コールを全例、救急医、特定行為研修修了看護師、医療安全担当者、急変対応に関与したスタッフを含む多職種でレビューしている。前半期間と後半期間で退院時CPCを比較し、覚知からROSCまでの時間（DT）との関連を評価した。【結果】後半期間では良好神経学的転帰（CPC1-2）が増加傾向を示した。DTは神経学的予後と関連し、DTが短い症例ほど良好な転帰が得られた。【結論】院内急変コールを全例・多職種で継続的にレビューする取り組みは、蘇生プロセスの質を改善し、神経学的予後の向上につながる可能性がある。院内急変体制の質的向上において、レビュー文化の重要性が示唆された。

RRS/院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦
演題番号　PD41-3（D）

○清水 直樹[1]，新田 雅彦[2]，徳平 夏子[3]
[1]聖マリアンナ医科大学 小児科学講座，[2]大阪医科薬科大学 医療安全推進室，[3]大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部・集中治療部

小児の院内心停止防止と患者安全向上のための、RRS/PEWS導入の前提となるアラーム・ビジランス向上の検討

背景：わが国の小児院内心停止は、諸外国に比し病棟発生が多く転帰も悪い（Kurosawa, Honma, JNRCPR）。近年は小児病棟でも蘇生ガイドラインに準じたRRS/PEWS導入が始まっているが、大前提となるアラーム・ビジランス意識が低く、関連医療事故報道も増えている。方法：当学小児病棟で実践したアラーム疲労対策の経年的介入の効果につき、2023年以降計6回計測されたアラーム・データ（計507,022件）の解析に基づき、院内外多領域の専門家と共に検討した。結果：アラーム閾値変更により鳴動件数は減少したが（475→117件/日・人）、単位時間中の解除行動上限のため解除率等の改善は限定的であり（2.3→15%）、遅延設定やSpO2間歇測定等の包括的戦略を要した。一方、バイタル・トレンドをリアルタイムにベッドサイドで多職種共有し、アラームに依存しない方略も新たに涵養された。考察：アラーム・ビジランス向上には、閾値調整のみでなく遅延設定含めた包括的戦略が必要である。トレンド把握の文化醸成はRRSの実効的運用を支え、小児患者の安全向上に資する可能性があった。小児院内心停止/RRSレジストリの再始動と小児病棟安全にかかる科学的検討がさらに求められる。

RRS/院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦
演題番号　PD41-4（N）

○金山 悠[1]，木口 雄之[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター

標準化された記録様式を用いた当院の取り組み ー院内心停止の実態把握を目指してー

院内心停止の生存率は依然として低い状況にあり、その実態を把握し質改善につなげることが求められている。国際的には、国際蘇生連絡委員会が、国際的な比較が可能となる院内ウツタイン様式によるデータ収集を推奨している。日本医療機能評価機構が運用する医療事故情報のデータを用いて院内心停止の実態把握を試みたが、自由記載の部分が多く、院内心停止かどうかの判断などデータの抽出に膨大な時間を要した。また、統一された記録様式ではないため、施設間比較ができないという課題もあった。当院でも独自の心停止報告書を用いてデータ収集を行っていたが、院内ウツタイン様式と比較すると項目の網羅性に乏しく、欠損率も高いことから、十分な実態把握に結びついていなかった。そこで院内ウツタイン様式に準拠した記録様式を作成した。院内ウツタイン様式は項目数が多く、1人がすべてのデータを入力することは現実的ではなかった。そのため、当院のCPRシステムに合わせ、データ入力の分担とデータシートの工夫をすることで院内心停止の実態把握に努め、その成果を報告する。

RRS/院内心停止ー国際標準にのっとった院内急変対応への挑戦
演題番号　PD41-5（N）

○小船 千尋[1]，渡部 弥生[1]，山澤 隼[1]，藤谷 茂樹[2]
[1]聖マリアンナ医科大学 診療看護師技術部，[2]聖マリアンナ医科大学 救急医学

ダッシュボードを用いたRapid Response Systemによる院内急変対応と質改善の取り組み

院内心停止の転帰改善にはRapid Response System（RRS）による早期介入と、標準化されたデータ収集に基づく継続的な質改善が重要とされている。国際Rapid Response System学会（iSRRS）は院内急変対応の質評価指標を提唱し、RRS運用におけるデータ収集と解析の重要性を示している。当院ではダッシュボードを用い、バイタルサインから算出される早期警告指標を可視化し、診療看護師（NP）によるRapid Response Team（RRT）ラウンドを導入した。RRTラウンド導入前後の任意の6か月間に入院した患者を対象とし、院内急変対応の指標を比較した。その結果、Code Blue起動率は導入前2.25/1000入院患者から導入後0.81/1000入院患者へ減少した。また院内心停止症例のレビューでは、予防可能と考えられる症例の多くがRRT未介入症例であった。RRSは急変後対応のみならず、早期警告指標の可視化と能動的ラウンドを組み合わせることで院内急変予防に寄与する可能性がある。本発表では当院の取り組みを提示し、国際標準を踏まえた院内急変対応体制のあり方について議論する。

救急外来における薬剤師の配置の最適解を探る！　常駐体制 vs オンコール体制

演題番号　P/C1-1（D）

救命救急センターにおける薬剤師24時間常駐体制の意義と実践

○中林 隼斗[1]，岩渕 聡[2]
[1]日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター，[2]日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部

救急医療では分単位の意思決定が連続し、薬物療法の適正化と医療安全の担保を同時に達成する体制が不可欠である。医師の働き方改革とタスク・シフトが進む中、救急外来における薬剤師24時間常駐体制が診療の質と効率に与える影響を、医師側の視点から整理する。薬剤師が初療段階から常時参画することで、緊迫した場面での口頭指示に対し、その場で指示内容の確認とダブルチェックが完結し、診療の流れを止めずに安全性を確保できる。また、麻薬や向精神薬、毒薬等の厳格な運用・記録業務を薬剤師が完結させることで、医師は管理業務のストレスから解放され、迅速に薬剤を使用できるとともに周辺業務が大幅に軽減される。さらに、持参薬や救急隊からの情報に基づく迅速な既往・治療背景の推定、中毒診療における薬理学的評価など、専門的助言が即座に共有されることで、医師の診断・治療の幅が広がり、判断の精度が向上する。薬剤師常駐は医師の負荷と周辺業務を軽減し、より高度な意思決定と処置に集中できる環境を整える 。24時間常駐体制は、救命現場の安全性・迅速性・チーム力を最大化させる、救急医療における極めて有効なモデルである。

救急外来における薬剤師の配置の最適解を探る！　常駐体制 vs オンコール体制

演題番号　P/C1-2（P）

救急外来における薬剤師24時間常駐体制の意義と実践 ～常駐 薬剤師の立場から～

○岩渕 聡[1]
[1]日本大学医学部附属板橋病院 薬剤部

高齢化の進展に伴い救急搬送件数は増加しており、多病併存やポリファーマシーを有する高齢患者への対応を含め、救急医療における薬剤師の参画は不可欠である。医師の働き方改革が進む中、薬剤師の配置には常駐体制とオンコール体制があるが、初療現場で求められる即時性と安全性の観点から、常駐体制の重要性は高い。 常駐体制の最大の利点は、あらゆる症例に対して常時・即時に介入できる点にある。初期診療における口頭指示への即時ダブルチェックは薬剤誤投与の防止に直結し、医療安全の確保に貢献する。さらに、気管挿管時の循環動態変化を予見した昇圧薬の先行準備などの先読み支援も、現場を継続的に把握している常駐薬剤師だからこそ可能である。加えて、服用薬情報の迅速な反映は治療の適正化に資し、管理薬業務を担うことで看護師のケア専念を支え、診療効率と処置の質の向上につながっている。薬剤師が救急外来に常駐することは、チーム機能を補完し診療の質を高める体制を構築することにほかならない。オンコールでは生じ得る時間的空白を補い、常時・即時対応を可能とする点において、常駐体制は救急外来における薬剤師配置の最適解となり得る体制である。

救急外来における薬剤師の配置の最適解を探る！　常駐体制 vs オンコール体制

演題番号　P/C1-3（D）

ER型救急医療における薬剤師のオンコール体制の現在、そして未来

○濱崎 健太郎[1]，小谷 晃紀[2]
[1]岡山市立市民病院 救急科，[2]岡山市立市民病院 薬剤部

岡山市立市民病院はER型救急医療を担い、軽症から重症まで幅広い患者を受け入れている。2025年の年間搬送数は5,323名で、そのうち7.4％がERからICUへ入室している。当院ではICU専属薬剤師が救急認定薬剤師として2025年よりオンコール体制を開始した。平日日勤帯を中心に、循環不安定例、挿管時、中毒搬送時などに要請が入り、薬剤選択、投与量調整、相互作用確認を行い処方の妥当性を評価している。ERからICU入室までの平均滞在時間は3.2時間であり、その間の全身管理支援を通じて患者安全の向上に寄与している。ER型救急医療において、ICU入室が想定される重症患者を中心としたオンコール体制は人的資源の最適化にも有用と考えられる。本報告では本体制の現状と課題、今後の展望を検討する。

救急外来における薬剤師の配置の最適解を探る！　常駐体制 vs オンコール体制

演題番号　P/C1-4（P）

二次救急医療機関におけるオンコール体制下の薬剤師介入 ―必要な場面に応える体制を目指して―

○古谷 晃紀[1]，濱崎 健太郎[2]
[1]岡山市立市民病院 薬剤部，[2]岡山市立市民病院 救急科

二次救急医療機関では薬剤師数が限られており、救急外来への薬剤師常駐が困難な施設が多い。2025年2月に示された救急外来における薬剤師業務の進め方を踏まえ、当院では集中治療部担当薬剤師がオンコール体制で救急外来に関与する運用を構築した。本体制では、人手不足を理由とした要請ではなく、救急外来患者において薬剤師の専門的判断を要する場面を明確化し、オンコール要請の判断基準を設けた。具体的には、挿管を要する重症例など不慣れな対応が求められる状況に加え、使用薬剤の選択・投与設計、配合変化の確認、薬剤情報の不足により医師・看護師のみでは対応困難な場合をトリガーとした。挿管時には想定薬剤の情報共有、濃度・投与速度の確認、看護師との協働による準備を行い、安全な初療を支援した。一方、夜間・休日は当直薬剤師1名体制で即時対応が困難な場面もあるため、電話対応のみのオンコール体制を併用し、相談が断絶しない体制を重視した。本シンポジウムでは、二次救急医療機関においても実装可能なオンコール薬剤師モデルを提示する。

身体拘束最小化　できる？できない？

演題番号　P/C2-1（N）

○物袋 哲也[1]
[1]神戸大学医学部附属病院 救急放射線部/ECU

救急集中治療室でも身体拘束は減らせる -当院の実践とその成果-

救急集中治療室（以下、ECUとする）における身体拘束は、患者の安全確保の観点から実施される一方で、患者の尊厳やせん妄の増悪などの弊害が指摘されている。厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」では、身体拘束は原則禁止とされ、「切迫性・非代替性・一時性」の3要件を満たす場合に限り例外的に許容される。当部署は4床のオープンフロア型ECUであり、看護師はECU2名・隣接ER2名配置しており、常時視認可能な環境と柔軟な連携体制を活かし、身体拘束最小化に取り組んできた。2026年1～2月は入室69件、総抑制時間19時間であり、抑制の実施は最小限にとどまっていた。気管挿管患者11例、総挿管日数75日と一定の重症度を有する中でも予定外抜去は1件であり、抑制最小化が可能であった。具体的には、環境調整や睡眠確保、鎮痛鎮静評価、早期離床に加え、スタッフ間の情報共有、安全カンファレンスなどを実践した。単に抑制を回避するのではなく、アセスメントに基づき回避可能な要因への介入と必要性の適切な判断を共有することで、抑制に依存しない風土づくりに取り組んでいる。これらの実践と成果から、ECUにおいて安全性を担保しつつ身体拘束の最小化は実現可能であると考える。

身体拘束最小化　できる？できない？

演題番号　P/C2-2（N）

○金光 史恵[1]
[1]京都第一赤十字病院 集中治療病棟

身体拘束最小化は最善か—現場における限界と課題

身体拘束は患者の尊厳に関わる重要な倫理的課題であり、その最小化は各種ガイドラインにおいて推奨されている。一方で、急性期医療においては患者安全確保の観点から身体拘束が選択される場面があることも報告されている。当院においても身体拘束が実施される場面があり、患者特性や人的資源、療養環境など複数の要因が関与していると考えられる。さらに、病棟特性や時間帯による影響も示唆される。　特に、意識障害やせん妄を有する患者では自己抜去や転倒のリスクが高く、その対応として身体拘束が選択される場面がある。また、夜間帯や人員制約下では十分な見守り体制の確保が困難な状況も存在する。　身体拘束最小化は重要な理念であるが、一律の適用は必ずしも患者安全に寄与するとは限らない。臨床現場においては、安全と尊厳の両立を踏まえた個別的判断が求められる。本発表では、その限界と現実的課題について考察する。

ホンネでDiscuss!!立場の違いを徹底検証　~データまだ？vs再検中ですねん~

演題番号　P/C3-1（MT）

○牟田 誠矢[1]
[1]久留米大学病院 臨床検査部

救急医療における再検査をどう捉えるか　—再検査推奨派としての意見—

救急医療では検査結果の迅速性が診療の意思決定に直結する。一方で検査室では結果の信頼性の担保が重要であり、異常値が検出された場合には再検査を行い、機器エラーや測定異常がないことを確認する運用が一般的である。特にISO取得施設では異常値対応が手順として定められており、当院でもパニック値を検出した場合には再検査を実施し、結果の妥当性を確認したうえで報告している。夜勤帯など専門担当者が不在となる状況では、再検査の要否を個々の経験に委ねることは難しく、一定の基準に基づく再検査は結果の信頼性担保の観点から重要と考えられる。しかし、前回値との乖離のみを理由とした再検査や機器エラーの確認にもかかわらず同一測定系で再検査を行うなど、目的が十分整理されていない場面にも遭遇する。また輸液混入など臨床的背景が関与した異常データを再検査後に報告すると、「再検査済み＝正確な値」と解釈され、臨床判断を誤らせる可能性もある。このように再検査は検査の安全性と救急医療のスピードの間でバランスを求められる課題である。本企画では再検査推奨の立場から、その必要性と限界を整理し、迅速性と信頼性を両立させる運用について議論したい。

ホンネでDiscuss!!立場の違いを徹底検証　~データまだ？vs再検中ですねん~

演題番号　P/C3-2（MT）

○大城 佑馬[1]
[1]沖縄県立中部病院 検査科

再検査の要否判断を再考する—中立的視点からの検討—

救急医療において検査結果の迅速性は診療の意思決定に直結する一方、検査室では結果の信頼性担保のため異常値に対する再検査が求められる。当院はERを有する24時間体制の検査室であり、内部ローテーションや技師の転勤により経験値に差が生じやすい環境にある。加えて夜間帯では検査体制の特性上、再検査の要否判断が担当技師の経験や習熟度に依存しやすい。再検査ロジックは整備されているものの、その適用は個々の判断に委ねられている。本発表では時間帯別の再検傾向や測定値変化に着目し、再検査の実態と臨床的意義を考察する。再検査は信頼性担保の手段である一方、その実施自体が目的化している可能性も否定できない。「どの再検査が本当に必要なのか」という視点から中立的立場で議論する。

ホンネでDiscuss!! 立場の違いを徹底検証 ～データまだ？vs再検中ですねん～
演題番号　P/C3-3（D）

○神原 淳一[1]，神宮司 帆乃香[2]
[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 救急科，[2]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 医療技術部臨床検査科

当院救急外来で実施された生化学検査の再検率とパニック値についての報告

当院救急外来では2025年3月1日から2026年1月31日の間に20057項目の生化学検査を実施した。うち、基準値を逸脱し機械による自動承認がなされなかった項目が11073項目（55.2%）あり、そのうち再検査を行ったものが1133項目（5.6%）、パニック値が510項目（2.5%）であった。自動承認されなかった項目に関しては検査技師が過去データとの比較や溶血の有無などを確認して再検査を行うか否かを判断しており大きな労力となっている。当院ではNa、K、Cl、Ca、Gluの5項目にのみパニック値が設定されており医師へ報告する仕組みが運用されている。救急医としての視点ではパニック値のうちKとGluを特に重視しておりいち早く知りたい異常値である。パニック値に対する再検査が臨床現場に与える影響について論じたい。

ホンネでDiscuss!! 立場の違いを徹底検証 ～データまだ？vs再検中ですねん～
演題番号　P/C3-4（MT）

○吉田 元治[1]，黒田 舞子[1]，榎木 雄美子[1]，清水 楓梨[1]，塩山 愛加里[1]
[1]大阪府立中河内救命救急センター 検査室

救急医はなぜ結果を急ぎ、検査技師はなぜ立ち止まるのか

救急医療において検査結果を得られるまでの時間は、診断や治療開始のタイミングに影響を及ぼす。一方、臨床検査部門は結果の正確性と信頼性を担保するため、異常値の確認、再検査、機器エラーや検体要因の評価など複数のプロセスを経て結果を報告している。そのため迅速な結果報告を求める臨床側と、結果の妥当性を担保しようとする検査側との間には認識の差が生じ得る。実際の救急診療では、検査結果を待つ時間の中で医師がバイタルサインや身体所見、臨床経験を基に経験的治療を開始する場面も少なくない。すなわち救急医療の現場では、検査データが揃う前から診断が進んでいるという現実がある。このような構造的ギャップは多くの医療機関で日常的に存在していると考えられるが、その背景や合理性について臨床と検査が同じ場で議論する機会は必ずしも多くない。本企画では、再検査が必要となる理由や結果報告遅延の要因、診療への影響を双方の視点から整理し、迅速性と信頼性をいかに両立させるかを当センターの事例を踏まえて検討する。本討論を通じて、救急医療における臨床部門と検査部門の相互理解を深め、より実践的な多職種連携の構築に資することを目指したい。

ホンネでDiscuss!! 立場の違いを徹底検証 ～データまだ？vs再検中ですねん～
演題番号　P/C3-5（CE）

○向井 慎治[1]，谷口 健太郎[2]
[1]三重県厚生連 松阪中央総合病院 CE部（臨床工学部），[2]三重県厚生連 松阪中央総合病院 救命救急センター

救急医療におけるパニック値の再検査判断は最適か ～臨床意図と測定精度の乖離に対する臨床工学技士の視点～

救急・集中治療領域ではPoint of Care Testing（POCT）データが迅速な意思決定に不可欠である。臨床検査技師はこれらを高精度かつ迅速に提供し、生体状態を客観的数値として可視化する。一方、治療前の救急医療において医師はショックや呼吸不全、代謝異常などの病態を想定し検査を評価するが、検査値はその後の治療により変化することが予測される。そのためパニック値に対する画一的な再検査は臨床意図と乖離し、初期対応の遅延を招く可能性がある。臨床検査技師と医師の間に位置する臨床工学技士は、医療機器設定や薬剤の影響を踏まえ、測定誤差か病態による変化かを判断し、動的パラメータとして治療へフィードバックする。さらにパニック値の出現を予測し、人工呼吸器設定や補助循環導入、血液浄化療法を見据えた初期介入に関する助言を行い、再検査を待たずに治療判断を補完し得る。すなわち臨床工学技士は、この時間的ギャップにおける臨床判断の連続性を担保し、初期治療の最適化に寄与する。再検査判断には測定精度のみならず臨床文脈および今後の治療介入を含めた統合的評価が不可欠であり、検査室と臨床の連携強化と多職種による情報共有により、適切な判断体制の構築が求められる。

終末期救急
演題番号　HS1-1（D）

DNARではなく、CMOでも不搬送へ　2つの提案

○真弓 俊彦[1]，二神 紘美[2]，田中 淳[2]，加納 正也[3]，川野 悠也[3]，大須賀 章倫[2]，小野寺 睦雄[1]
[1]独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 ICU，[2]独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 救急科，[3]独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院

傷病者が本人の意向に沿った終末期を迎えることができるようにするための2つの提案を行う。【現状】DNARは心停止時に蘇生を行わないことであるが、臨床現場では、「急変時DNAR」などと誤用され、心停止でない場合にも積極的な治療を控えることが少なからず行われている。その一因に、「積極的な医療を行わない」ことを意味する適切な用語が周知されていないことである。救急分野で時に使用されるBest supportive care (BSC)は適切な用語ではない。また、ACPを行っている方の多くは、積極的な医療を望まず、心停止でない急変時にも救急搬送を望まないと思われるが、急変時に家族が動揺して119通報を行い搬送となることは少なくない。【2つの提案】そこでこれらを解消するために2つの提案を行う。1.「積極的な医療を行わない」を意味する用語として、Comfort Measures Only (CMO)を提案する。2.心停止ではない場合でも、本人または家族からのCMOの申し出があり、かかりつけ医に連絡が取れ、CMOが確認された場合には、不搬送とする。これらによって本当の意味でのACPが実現できる。

終末期救急
演題番号　HS1-2（D）

阪神・丹波地域におけるDNAR事例対応プロトコール策定の経緯と実装

○高松 純平[1]，安原 翔太[1]
[1]阪神丹波地域MC協議会 事後検証委員会

【はじめに】阪神・丹波地域メディカルコントロール（MC）では、DNAR事例への対応は個別判断で対応可能と考え、プロトコール策定を見送ってきた。背景には法的整理の困難性、かかりつけ医の負担増大、導入検討のための会議体設置の必要性などへの懸念があった。しかし兵庫県内5MCのうち未策定は当地区のみとなり、県域としての整合性確保が課題となった。【当地域での取り組み】既存の他地域プロトコールを参考に法的問題は一定整理済みと判断し、地域医師会へ説明を行い、MC協議会事後検証委員会を中心に1年間で策定した。新規大規模会議体は設けず、既存枠組みを活用した。【まとめ】少数ながらDNAR事案に適用し、本人・家族の意思を尊重した対応が可能となった。過度な負担をかけずに地域合意形成は可能であり、今後はACPについての理解を深め、普及させる体制の強化が課題である。

終末期救急
演題番号　HS1-3（D）

南河内医療圏におけるＡＣＰ普及啓発の多職種アプローチ
～医療、福祉、消防との職能横断的実践～

○太田 育夫[1]，南 民衛[2]，中村 匡志[2]
[1]近畿大学病院 救急医学科，[2]大阪南消防局

大阪府南河内地域では救急患者に占める後期高齢者の割合が高く,その多くの傷病者が事前の意思表示を行っていないため,緊急時における救命医の治療方針決定が困難な状況にある. これら課題解決のため,高齢者を取り巻く生活や福祉環境を調査し,各々の環境について意見交換の上,共同してアプローチすることが必要であると考えられる.この地域課題を解決することを目的に,大阪社会福祉士会南河内支部と地域の救急医療関係者である救命医,消防機関との多職種連携により、以下の取り組みを行った。大阪社会福祉士会主催の学会にて「地域の医療圏におけるＡＣＰの普及啓発」をテーマとした多職種シンポジウムを開催した。医師・福祉施設職員や介護支援員・訪問看護師・消防救命士といった高齢者をとりまく専門職をシンポジストとして迎え,ＡＣＰの取り組みの現状と今後の展望について議論することができた。本取組により判明したＡＣＰ普及の課題と今後の展望について,地域の消防機関との協働によりまとめた結果を報告する。

終末期救急
演題番号　HS1-4（D）

介護保険を利用し訪問看護を受けている高齢者における身体に関わる緊急時の訪問看護師の対応

○小野寺 誠[1]，内村 尚樹[2]，佐藤 元昭[2]，合原 由佳[3]，佐々木 由佳[3]，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支援室，[4]福島県立医科大学医学部救急医療学講座

【目的】岩手県立一戸病院在宅医療支援室より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こと。【方法】対象は2025年4月から12月までの9か月間に、あらたに訪問看護が開始された65歳以上の高齢者。1か月あたりの訪問回数、緊急連絡件数ならびに対応、予後について調査した。【結果】条件を満たした症例は17例。平均年齢は85.1歳、男性11例、女性6例。疾患別では担癌患者5例、認知症3例、体動困難・経口摂取困難4例、その他5例であった。1か月あたりの訪問回数の中央値は3回（範囲1-17）で認知症患者に多い傾向であった。緊急連絡件数は計24件で、電話対応のみが9件、医師報告2件（以上で45.8%）、医療機関受診推奨6件、救急車搬送8件であり、救急車搬送8例中5例は担癌患者でいずれも死亡した。予後は全身状態の改善による訪問看護終了が6例、認知症センターや施設入所のための終了が4例、死亡が6例、入院中が1例であった。【結語】身体に関わる緊急時の訪問看護師の介入は、医療機関への受診抑制や全身状態の改善に寄与している可能性がある。

終末期救急
演題番号　HS1-5（N）

救急外来受診後の帰宅患者への電話訪問

○田﨑 修平[1]，國府田 真伴[1]，河原 今日子[1]
[1]川崎医科大学総合医療センター 救急外来

【目的】高齢者は救急外来受診後に入院とならず帰宅する例も多いが、症状の再燃や説明理解の不足、不安の残存により再受診や重症化に至ることがある。特に独居や認知機能低下を背景とする症例では、帰宅後のセルフマネジメントが困難となりやすく、症状悪化の見逃しにつながる可能性がある。当院では電話訪問を導入していたものの、対象基準が明確でなく運用が統一されていなかった。そこで、高齢者に焦点を当てた介入基準の明確化と運用改善を行い、その効果を検討した。【方法】2024年4～8月の実態調査後、①電話訪問対象患者の基準作成②スタッフ教育③患者指導パンフレット整備を実施し、2024年9～3月までの3日以内再受診件数および電話訪問内容を比較検討した。【結果】改善策実施後、再受診件数は月平均6.3件から3.4件へ減少した。電話訪問を契機に再受診を促し、重症化前に治療介入できた高齢者症例を4件認めた。【結論】帰宅高齢患者への電話訪問は、不安軽減と早期介入に寄与し、安全な在宅療養を支える有用な看護介入であることが示唆された。

病院前救急
演題番号　HS2-1（TH）

救急車有料化に対する頻回に搬送される傷病者からの視点と意見

○西村 博章[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科

演者は2008年6月8日に発生した秋葉原無差別殺傷通り魔事件の現場に偶然居合わせ、バイスタンダーとして3名の傷病者に対し救急隊到着前に初期トリアージと救命処置を実施した。その後、この救急活動が原因となりPTSD（心的外傷後ストレス障害）に罹患した。現在も精神科に通院し治療を受けながら救急医療、災害医療の研究にあたっている。精神疾患の罹患により「突然に子供の大声を耳にする」などの心の準備のない状況での突発的な出来事により精神症状のフラッシュバックで見当識を失い倒れるなどの事が多くあり、救急車での搬送を10回以上経験した。救急車で頻回に搬送される傷病者の1人として「自分でコントロールできない疾患と症状により救急車を必要とする状況に陥る事の辛さ」「救急隊と搬送先医療機関の医療従事者への申し訳なさ」を感じると同時に「緊急の場面や判断に迷う場面で躊躇なく要請できる存在」として救急車は現状通り無料であってほしいという考えを持っている。近年の救急出場件数の増加より救急隊と医療従事者の厳しい状況も理解できる中で、救急車有料化の議論の場に当事者の1人として視点、意見をお伝えしたい。

病院前救急
演題番号　HS2-2（D）

時間外選定療養費を徴収しても救急車の適正利用は促進されない？

○垂水 庸子[1]
[1]昭和医科大学病院 総合・救急診療科

昭和医科大学病院（以下、当院）は地域の基幹施設として機能し、「断らない救急」を実践している。一方、2011年10月以降、生活保護受給者や医師の指示・紹介で受診した患者を除き、帰宅する患者からは救急搬送であっても時間外選定療養費として一律8,000円（＋税）を徴収してきた。当院の統計では、時間外選定療養費の算定を理由に受診を控えた患者は1%程度にとどまっており、年間12,500名あまりの1・2次救急患者（2次：50～55%）のうち、60%前後が算定対象となっている（入院率は2次救急35～40%、1次救急15～20%）。総務省消防庁の統計によると救急搬送患者の入院率は45%前後であり、少なくとも当院では時間外選定療養費を徴収することが救急要請の抑制にはつながっていないと考えられる。救急車の適正利用を促すのであれば、救急搬送にかかった費用を救急隊の活動時間に応じて患者から徴収することを明言し、患者関係者により搬送先医療機関を決定したり、直近の医療機関への搬送に同意したりした患者には費用を還元する仕組みを設けることが有用なのではないかと考えられる。

病院前救急
演題番号　HS2-3（D）

診療報酬改定後の当院の病院内救命士による搬送収益の調査

○増井 伸高[1]
[1]札幌東徳洲会病院 救急センター

【背景】救急車の有料化が議論されるなか、令和6年度の診療報酬改定により初期診療後の救急患者の転院搬送の加算が追加された。【目的】病院内救命士による搬送収益について明らかにする。【方法】2025年1月～12月に当院の病院内救命士(15名)が担った救急車搬送症例の収益を調査した。【結果】1年間で2036件(1日平均5.58件）の病院内救命士による搬送が発生していた。このうち1042件が搬送業務による加算の対象であった。内訳としては救急救命管理料が628件(60.3%)、救急患者連携搬送料の入院中の患者以外が348件(33.4%)、入院1日目が34件(3.3%)、入院2日目が17件(1.6%)、入院3日目が10件(1.0%)、重症患者搬送加算が5件(0.5%)であった。加算による1年間の収益は1031.3万円、救命士1人当たり68.7万円/年、1件当たり平均9897円であった。933件は加算がなく、主な理由は高次医療機関への搬送(228件)やグループ内病院搬送(208件)であった。【結語】院内救命士の搬送の約半数は加算対象外であり、搬送加算の収益だけでは救命士の給与を賄うことは難しい状況だった。

病院前救急
演題番号　HS2-4（E）

秦野市・伊勢原市共同消防指令センターにおける映像通報システムの運用実績と課題—消防DX推進に向けた映像通報—

○青木 季道[1]
[1]秦野市消防本部 情報指令課,
[2]秦野市・伊勢原市共同消防指令センター, [3]伊勢原市消防本部

【はじめに】2025年1月より秦野市・伊勢原市共同消防指令センターの運用を開始し、映像通報システムLive119を同センターの指令システムに組み込んだ。【方法】2025年1月1日から12月31日までに実施したLive119の全142症例を対象とし、事案の内訳、成功数・失敗数および失敗要因について後方視的に分析した。【結果】事案の内訳は、火災37件（26%）、救助21件（15%）、救急79件（56%）、その他5件（4%）であった。映像通報の成功は103件（73%）、失敗は39件（27%）であった。失敗要因は、機器の不対応22件（56%）が最多で、不感地帯5件（13%）、通報者の理解不足6件（15%）、操作不慣れ4件（10%）、OS非対応3件（8%）であった。【考察】映像通報の説明に一定の時間を要する点や失敗割合が高い点は課題であるが、災害現場状況の正確な把握や迅速な部隊運用、応急手当指導が可能となり、初期対応および医療体制準備の質向上に寄与すると考えられた。【今後の課題】2025年12月に東海大学医学部付属病院と映像提供協定を締結し、出動部隊撮影映像を病院がリアルタイムで共有できる体制を構築した。今後はドクターヘリとの連携も含め、消防防災分野におけるDX推進が期待される。

病院前救急
演題番号　HS2-5（E）

林野火災対応における多職種連携と航空隊運用における指令センターの役割—林野火災事案の検討—

○青木 季道[1,2]
[1]秦野市消防本部 情報指令課,
[2]秦野市・伊勢原市共同消防指令センター, [3]伊勢原市消防本部

【はじめに】林野火災注意報・警報が発表される状況下では、乾燥と強風の影響で、林野火災の発生・延焼リスクが著しく高まる。近年の林野火災多発を受け、総務省は火災予防対策の強化を目的として火災予防条例の改正を進めており、自治体には予防啓発および初動対応体制の充実が求められている。【方法】2026年1月11日10時13分に覚知した秦野市の林野火災事案を対象とし、指令センターの対応記録を基に、東京消防ヘリ、横浜消防ヘリ、川崎消防ヘリおよび自衛隊ヘリの出動状況、要請から投入までの時間、活動内容について後方視的に分析した。【結果】覚知当日の15時に横浜市消防局ヘリが偵察を実施し、消防ヘリからの映像提供により指令センターでの情報集約が図られた。12日には空中消火が実施され、投下量は川崎消防2,500L、横浜消防1,500L、東京消防13,300L、自衛隊3,500Lであった。13日12時40分に鎮圧、15日10時54分に鎮火に至った。【考察】本事案では、指令センターを中核とした早期の情報集約および航空部隊への同時並行的な要請が、効果的な航空消火と延焼抑制に寄与したと考えられる。林野火災対応においては、平時からの広域航空消防連携体制の構築が重要である。

病院前救急
演題番号　HS2-6（D）

災害医療体制構築によりつなぐ地域連携

○丸山 正裕[1], 田口 真貴[2], 尾形 巧[2], 河野 翔太[2]
[1]北里大学メディカルセンター外科, [2]北里大学メディカルセンター看護部

埼玉県県央地域は約50-60万人の人口地域であり、災害拠点病院は当院含めて2病院が指定を受けている。災害対策に関する実践的な行動が2年前までほぼ皆無であった。能登半島地震で再認識された被災時の地域連携の重要さを背景に、首都直下型地震の際に当地域が被災する可能性と都内被災時の全国からの医療チームなどの参集拠点になる可能性を考えて行動に移した。まずは当院の災害対策から始まり、保健所に協力を得て、地域全体に災害対策の流れを作り、医療側は11の病院と2つの医師会、行政は4市1町、消防は2つの消防本部、そして自衛隊の協働の体制を作り、合同での訓練を行った。当地域には2次救急病院しかなく、この環境下で災害医療体制を構築する難しさと「災害対策の重要性はわかっていても何をしていいかわからない」という共通の課題を今回の行動で認識した。災害時にDMATを受け入れるための体制すらできていないのが現実である。この状況を変えるための活動と今後の課題について報告する。

病院前救急
演題番号　HS2-7（D）

災害時の災害医療における行政との協力体制について

○髙山 泰広[1], 森村 尚登[2], 髙橋 宏樹[1], 横堀 將司[3]
[1]花と森の東京病院 救急科・脳神経外科, [2]社会医療法人 正志会 , [3]日本医科大学 救急医学

【背景】フェーズ0において東京都北区災害対策医療衛生本部（以下災対衛生本部）の設置・運営が不可能となった場合、当院の災害対策本部内に仮の北区災対衛生本部を同時設置し共同運営する机上訓練をしている。また、フェーズ1～2において要配慮者に対する迅速な医療提供を想定した取り組みをし災害関連死を抑制する方法を検討している。【方法】1.緊急救護所設置トリアージ訓練および災対衛生本部院内同時運営の机上訓練も提示する。2.要配慮者医療提供の机上訓練について提示する。【結果】1.訓練内容を提示する。2.保健所と協力し以下の巡回・搬送・診療支援①周辺病院、クリニック、②避難所(57ヶ所)、③高齢者施設(15ヶ所)④孤立者・孤立集団巡回、⑤要配慮者利用施設情報共有（388ヶ所）【考察】緊急救護所設置・トリアージ訓練を3-5回/年、月1回の災害医療運営連絡会を15年間行っている。地域医療事情や地形的特性を憂慮し当院での北区災対衛生本部設置・同時運営について提携書を交わす状況となっている。メリット・デメリットについて提示し意見を集約し新たな方針を取り入れる予定である。

救命士教育
演題番号　HS3-1（E）

鹿児島県におけるPEMECコースの開催状況と展望

○池田 克也[1]，伊福 達成[2]，軸屋 稔明[3]，真邉 航太[4]，新屋 秀斗[5]，本山 ゆかり[7]，桐野 郁子[9]，坂口 有希子[8]，原﨑 千亜美[5]，竹井 涼[6]，北崎 礼繁[2]
[1]薩摩川内市消防局 東部消防署，[2]鹿児島市立病院 救急科，[3]いちき串木野市消防本部，[4]さつま町消防本部，[5]医療法人青仁会 池田病院，[6]姶良市消防本部，[7]医療法人七徳会 大井病院，[8]県立北薩病院，[9]帝京大学福岡医療技術学部

【はじめに】鹿児島県では、令和７年５月の第一回鹿児島PEMECコースを皮切りに、計４回のコースが開かれ、受講者からも同僚へ勧めたい講習会として高い評価を得ている。また、これまでのコース開催を経て、順調に指導者が育成されたことにより、県内のインストラクターのみでコース開催が可能となった。【課題と対策】本県には２０の消防本部と６つの地域MC協議会があり、PEMECコースの受講状況について、MC地域差や消防本部による偏りがみられ、その要因の一つとして地理的条件が考えられることから、今後、会場選定や開催方法についても検討する必要がある。さらに、本県における救急隊の編成について、１５６１人の救急隊員のうち１２２６人が、消防隊や救助隊との兼任救急隊員である実情を踏まえ、救急業務に従事する消防吏員に対し、大がかりな準備の必要がなく、かつ、短時間で研修が可能なPEMECを普及させることにより、救急現場活動における隊員間連携の強化に結び付けたいと考える。【展望】鹿児島PEMECでは、コース開催を通して救急隊員教育に寄与し、将来的にPEMECに準拠した内因性活動プロトコルの策定と運用に向け一層邁進していく所存である。

救命士教育
演題番号　HS3-2（CE）

救急救命士に対する医療機器研修のニーズ調査

○相嶋 一登[1]
[1]横浜市立市民病院 臨床工学部/医療安全・医療品質管理センター

【背景】救急救命士の業務範囲が拡大されていく中で、救急車には多種多様な医療機器が搭載されている。医療安全のためには救急救命士も医療機器の安全管理が必要となっている。横浜市では、消防局に所属するすべての救急救命士に対して、市立市民病院臨床工学部に在籍している臨床工学技士による医療機器研修を開始した。【方法】横浜市消防局に所属する救急救命士に対して、医療機器の使用実態および研修の需要に関するアンケート調査をおこなった。【結果】203名から回答を得た。臨床工学技士による医療機器研修を受講したのは85名であった。転院搬送で使用する医療機器では輸液ポンプが最も多く、次に保育器であった。研修が必要と考えられる医療機器ではジャクソン・リース回路が最も多かった。臨床工学技士による研修の必要性については、95.6%が肯定的な回答であった。【考察】使用頻度が高く、体系的な研修が行われていない医療機器について、研修のニーズが高かった。また、転院搬送においては、医療機関内で使用される医療機器が持ち込まれるため、その取扱いに苦慮している様子がうかがえた。救急救命士に対する臨床工学技士による医療機器研修は有効である。

救命士教育
演題番号　HS3-3（E）

三重県指導救命士制度の現場運用と問題点
-医療側制度設計と消防側10年の検証-

○宮崎 伊佐夫[1,2]，説田 守道[1,2]
[1]日本赤十字社 伊勢赤十字病院 救急部，[2]三重県救急搬送・医療連携協議会

【背景】平成16年の気管挿管に始まる薬剤投与その他の特定行為の拡大に伴い、指導的立場の救急救命士の存在が不可欠となった。やがて正式な指導救命士制度が発足、三重県でも平成24年以降指導救命士制度を充実させ、再任制度や上級指導救命士制度を創設して救急救命士の質を担保してきた。【質の維持・向上】指導救命士は所属での教育・指導・訓練等に加え、集合研修、各種認定講習、ブラッシュアップ講習、地域や県MC協議会における事後検証やプロトコルの改定等に参画するなど多様な役割を果たしてきた。これにより教育・訓練内容の均質化や評価方法の標準化が進み、質の維持・向上に寄与してきたが、救急救命士の自立・自律は未だ道半ばと感じることが少なくない。【問題点】令和7年、指導救命士の満足度等を把握する目的でアンケートを実施。制度自体は、肯定的が47.7%、改善提案とする中立が52.3%。活動継続の課題は、業務が負担になる（76.5%）、所属からの評価不十分（63.7%）が上位。解決すべきは指導救命士業務に対するインセンティブ付与と所属業務内での位置付けが不明確なことで、これが救急救命士の自立・自律（主体的役割発揮）を阻む構造的原因と考えられた。

救命士教育
演題番号　HS3-4（E）

エピペン®実証事業の経験から検討する新救急救命処置導入における効率的かつ持続可能な教育体制

○長沼 史朗[1]，吉田 定義[1]，小松 裕弥[1]，須田 湧登[1]
[1]さいたま市消防局 警防部救急指導室

【目的】厚生労働省補助金事業であるエピペン®実証事業への参画を通じ、新救急救命処置の導入における教育体制の課題と対策を検証する。【方法】埼玉県中央地域MC協議会の救命士への教育（e-learning ６時限、実技・効果測定４時限）を実施した。当初、実技は全対象者を一堂に集める集合研修を計画したが、夜勤明けの職員の労務負担や拘束時間が課題となった。そこで教育体制を再編し、e-learning及び実技を各所属での分散学習とし、医師の立ち合いが必要な効果測定のみを集合形式で実施した。【結果】教育体制を効率化した結果、参加救命士全員が効果測定に合格、質の担保と負担軽減を両立し全過程を事故なく完遂した。確認期間中の症例は１０件、投与症例は２件であった。【考察】大規模な集合研修は、救急隊の労務管理や運営コスト面で課題が多い。本事業の経験から、各所属での自主学習・実技習得と、指導医の評価のみに限局する体制が認定取得の迅速化と質の維持に有効であることが示唆された。【結語】救命士の処置拡大を見据え、本事業の知見を基に時間・費用・労務負担を最適化し、質の担保と現場の持続性を両立した、効率的な地域MC教育体制の構築を目指す。

救命士教育
演題番号　HS3-5（D）

病院実習における直視下挿管教育支援装置の開発

○須田 志優[1]，片山 貴晶[1]
[1]岩手県立磐井病院 麻酔科

【背景】医療において、安全性の観点からビデオ喉頭鏡を用いた挿管が主流となり、手術室等での直視型挿管の機会は減少している。とはいえ救急救命士には、喉頭直視による挿管手技が求められており、臨床現場と実習ニーズの間に乖離が生じている。2025年日本麻酔科学会の指針改正案でも、映像出力機能付き喉頭鏡の使用を推奨する一方で、映像を見ながらの挿管は成功症例に算入しないことが明記され、手術室での日常診療と救命士活動の現場との間に教育的ギャップが存在している。McGRATH™ MAC（MAC）は、国内に広く普及するビデオ喉頭鏡のひとつだが、画面が正面に固定されるため映像を目視せずに挿管操作を行うのは容易ではない。【方法】MACのモニタに装着する、マイクロルーバーフィルム（VCF）を用いた補助器具（IWI）を作製し装着した。【結果】VCFは特定角度以外の光線を遮断する光学的フィルターで、IWIを装着したMACでは，実施者の視野では画面が暗転し直視下操作に集中でき、指導者は映像を共有しつつ具体的助言が可能となった。【結語】本装置は教育的ギャップを補完し、安全かつ効果的な直視下挿管実習の標準化に寄与するものと考える。

院内救命士１
演題番号　HS4-1（E）

独自の教育ラダー作成による院内救命士教育体制の構築

○西村 昌秀[1,2]，森田 正則[2]，中田 康城[2]，天野 浩司[2]
[1]堺市立総合医療センター 救急救命技術科，[2]堺市立総合医療センター 救命救急科

【背景】救急救命士法改正以降、病院救命士の採用は増加しているが、消防救命士や看護師と比較して体系的な教育体制は十分に確立されておらず、各施設で独自に教育体制を構築しているのが現状である【目的】病院救命士の教育に活用可能な当院独自の教育ラダーを作成し、能力に応じた目標を明確化することで継続的に成長できる教育環境の構築を目的とした【方法】日本病院救急救命士ネットワークが公開するクリニカルラダーおよびキャリアラダーを参考に、当院看護師ラダーの項目を踏まえて作成した【結果】多職種で構成される救急救命士業務WGでの意見交換を経て修正し、5段階からなる独自のラダーが完成した。臨床経験10年程度で最終段階まで到達する想定とし、三次医療機関として災害医療やICLS等のコース運営を含む多岐にわたる内容となった【考察】ラダーの明確化により、新卒のみならず中堅層の将来像も可視化され、就労意欲の維持に寄与すると考えられた。業務内容の変化に応じて適宜見直すことが重要である【結語】病院救命士の教育体制構築には、各施設に即した教育ラダーの作成が有用であり、継続的な改善により成長を支える環境整備が求められる

院内救命士１
演題番号　HS4-2（E）

医学生教育における院内救急救命士の参画とタスクシフトの効果

○田畑 慶多[1]，和田 剛志[2]
[1]北海道大学病院 医療技術部 臨床工学/救急救命部門，[2]北海道大学病院 救急科

【背景・目的】医師の働き方改革における院内救急救命士(救命士)へのタスクシフトとして、紹介元医療機関への治療経過報告書(礼状)の下書きや、病院職員へのBLS研修を実施してきた。これまでの取組みによる効果と課題を整理するとともに、新たに救命士が参画した、大学病院ならではの医学生教育に関するタスクシフトについて報告する。【方法】令和6年10月から令和８年１月末までに実施したタスクシフトの件数を算出した。医学生教育は救急科に臨床実習中の医学生を対象とし、医師の代替としてBLS教育、末梢静脈路確保の手技指導を行った。【結果】対象期間において、礼状の下書き107件、病院職員へのBLS研修14件であった。礼状については、医師の関与時間は従前の約25分/件から、タスクシフトで約5分/件に軽減された。BLS研修は完全に救命士へ移行した。医学生へのBLS教育、末梢静脈路確保の手技指導は指導可能な救命士が限られた為、実習期間中に全てを代替することはできなかった。【結論】救命士によるタスクシフトは医師の時間的負担軽減に寄与した。礼状の下書きや医学生教育への関与にあたり、救命士の教育体制が今後の課題である。

院内救命士１
演題番号　HS4-3（E）

救急外来における院内救急救命士のタスクシフト・シェアの実践
—初期研修医へのアンケートによる効果検証

○平岩 竜之介[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】当院は年々救急搬送患者が増加傾向にあり、マンパワー不足解消を目的に2022年4月より救急救命士を院内採用し、電話応需・初療業務・搬送業務・転院調整を担っている。これらの業務は初期研修医とタスクシェアを行っている。【目的】救急救命士の院内業務が初期研修医の業務負担軽減に与える効果を明らかにする。【方法】救急外来をローテーションした初期研修医32名を対象に5段階評価および自由記述によるアンケート調査を実施し、効果および業務適合度を検証した。【結果】貢献度は「非常になっている」31名（97%）、業務適合度は「非常にあっている」26名（81%）と高評価であった。自由記述では転院調整・病歴および社会生活歴のカルテ記載・外傷対応支援が評価された。一方、追加要望では病歴・社会生活歴のカルテ記載が最多5件（28%）であった。【考察】院内救急救命士は、タスクシフト・シェアの担い手として高く評価された。特に診療記録の代行入力や診療補助業務への期待が大きく、これは医師の働き方改革が示すタスクシフト推進の方向性と整合する結果である。【結語】救急救命士の活用は、働き方改革と医療の質向上を両立させ得る。

院内救命士１
演題番号　HS4-4（D）

病院救命士が定着するには医療機関と病院救命士双方の共闘が必要である

○田口 大[1]，林 浩三[1]，鈴木 悠介[1]，曳田 彩子[1]，川端 崇太[2]，熊谷 将俊[2]，水越 祐弥[2]，酒井 昌平[2]，寺島 悠[2]，堂野 嵐[2]
[1]勤医協中央病院 救急センター，[2]勤医協中央病院 救急救命部

2022年10月の救急救命士法改正とガイドライン発行後、救急医療機関での病院救命士雇用が進んでいる。しかし雇用する医療機関での業務ニーズや活用方法・給与・待遇・研修制度は様々である。また病院救命士は20代から30代の比較的若い世代が多く、定着率に頭を悩ませる医療機関も少なくない。勤医協中央病院（以下、当院）では現在6名の病院救命士が活躍しているが、2年間で4名入れ替わりがあった。当院では医師からのタスクシフトが円滑に進み、転院調整においては病院救命士がほぼ100%担うことで、新規傷病者の応需が可能となり、1月2月の繁忙期の応需率が例年70% 台から98%に改善した。彼らの様々な院内貢献と院外貢献に対して医師・看護師は静脈路確保の指導を行い、救急出動手当支給を労働組合へ申し入れし、MCLSやBHELP、ICLSなどのOff-the-Job Training受講費用も予算化するよう申請中である。病院救命士の働き方はまだまだ手探り状態が続くと予想される。雇用側は病院救命士定着のために環境整備を怠らず、病院救命士自身も様々な院内貢献と院外貢献によって双方が共闘してゆくことが求められている。

院内救命士１
演題番号　HS4-5

演題取り下げ

院内救命士１
演題番号　HS4-6（E）

病院救急救命士の教育３段階モデル（院内研修・病院前業務・特定行為認定）と院外活動の課題

○日野 哲弥[1]，岡 和幸[1]，三代 魁生[1]，松岡 冴[1]，三枝 俊平[1]，阿部 啓太[1]，糸原 誠二[1]，比良 英司[1]，渡部 広明[1]
[1]島根大学医学部附属病院 高度外傷センター

【背景】当院の病院救急救命士（HP)はドクターカーによる病院前活動に加え、院内メディカルコントロール(MC)体制の下に特定行為を含めた初療活動も行っている。【研修体制】院内研修で初療チームの役割と院内システムに習熟後、病院前業務は先任救命士監視下でon-the-job trainingを行い、効果測定を経て入職約5カ月程度で単独業務を開始する。特定行為は入職2カ月以降に就業前実習を行い、静脈路確保15例・薬剤投与1例後、院内MCによる審査で可否を判断される。【目的】当院HPの教育体制の現状について検討し、今後の課題を抽出する。【方法】教育を①院内研修、②病院前業務、③特定行為認定の3段階に分類し運用を確認する。併せて当該年度のその他の活動を調査した。【結果】在籍救命士6名のうち、4名が3段階全てをクリアーしている。これまでに特定行為に係るインシデント発生はない。また、その他の活動として院外活動は学会発表1名、学生救命講習1回であった。【結論】教育体制は段階的に整備され、実践されていた。院外活動の機会を計画的に確保し、他機関との情報交換や教育活動を通じた継続的学習を促すことが課題である。

院外心停止
演題番号　HS5-1（TH）

愛知県内のコミュニティバスにおけるAED設置状況について

○西村 博章[1]，田久 浩志[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】路線バスは基本的に民間のバス会社により運行されているが、これとは別に自治体が公費で運行するコミュニティバスが存在する。コミュニティバスは公共施設、医療機関を結ぶ路線も多く高齢者の利用も多い傾向にある。また公費で運行されているためAED設置のハードルも低い。このため愛知県内の自治体で運行されるすべてのコミュニティバスを対象にAED設置状況などを調査した。【目的】愛知県内で運行されるコミュニティバスにおけるAEDの設置状況、運転士へのBLS講習の実施状況、AEDの使用例を明らかにした。【方法】愛知県内の54市町村のうち、コミュニティバスを運行する51市町村のコミュニティバス担当部署に対し事前に調査の説明をする書類を送付したのち、電話、郵送、直接訪問にてアンケートを実施した。【結果】51市町村86のコミュニティバスのうち、AEDを設置していたのは6市町8のコミュニティバスであった。このうち車検等でコミュニティバス専用車両が運行できない際に代走する予備車にAEDを設置していたのは3市町4のコミュニティバスであった。また運転士へ定期的なBLS講習を実施しているのは5市5のコミュニティバスであった。AEDを使用した例はなかった。

院外心停止
演題番号　HS5-2（E）

Jrメディカルラリーによる救急啓発の多角的効果

○茅野 俊幸[1]
[1]蓮田市消防本部 消防総務課

【目的】市民の救急医療への理解と適切な行動変容を目的として、令和7年度、埼玉県初となるJrメディカルラリーを開催した。本報告では、アンケート調査に基づき本事業がもたらす効果を報告する。【方法】競技対象は市内小学5・6年生（公募制）でチームを編成。1.心肺蘇生2.AED3.応急処置4.119番通報5.筆記試験のステーションを設置し獲得得点で順位付けを実施。大会終了後、保護者も含めGoogleフォームを用いたアンケート調査を実施した。【結果】選手のラリー認知度は開催前0%であったが、終了後の満足度100%であり、来年も参加したいとの回答は100%に達した。特にCPR、AED、応急手当の評価で満足度が高かった。保護者からは「119番通報の重要性を再認識した」等の肯定的な意見が多数寄せられ、親子による救急意識の変容が伺えた。【考察】本事業において、①既習知識の定着と達成感の醸成②保護者への救急知識の向上が確認された。また消防主導のイベントは、住民との心理的距離を縮め、救急需要対策として極めて有効な方策であると考えられた。

院外心停止
演題番号　HS5-3（E）

救急隊員のCPRの質改善システム構築における課題
～HP-CPRコース受講者アンケートからの示唆～

○髙田 康平[1]
[1]白山野々市広域消防本部 鶴来消防署

【目的】院外心停止時の良質なCPRの実施は、傷病者の転機に良い影響を与える可能性があり、CPRの質を継続的に改善するCQI（継続的質改善）システムの構築が重要である。本研究は、ハイパフォーマンスCPR（HP-CPR）コース受講前後のアンケート調査を通じて、CPRの質に対するCQIシステム構築への影響を明らかにすることを目的とした。【方法】令和7年に石川県で開催されたHP-CPRコースを受講した95名を対象に、受講前後に同一内容のアンケートを実施し、CPRの質（深さ・リズム・リコイル）や胸骨圧迫比率（CCF）に対するデブリーフィングの変化を比較検討した。【結果】受講後、CCF記録と胸骨圧迫中断要因の分析を行うデブリーフィングが増加した。しかし、多くの隊がCPRの質を客観的に評価できる機器を保有しておらず、活動後のデブリーフィングが困難である現状が明らかとなった。【考察】CPRの質向上にはCQIシステムと現場での質評価機器の普及が必要である。デブリーフィングの質向上には教育や訓練の強化、フィードバック文化の醸成が求められる。また、リーダーシップやチームワークの改善も重要であり、今後は評価機器の導入と体制強化が鍵となる。

院外心停止
演題番号　HS5-4（E）

救急要請時の通報者による通報前CPA認知に係る分析
～口頭指導及びバイスタンダーCPR改善施策の検討～

○木村 信広[1]，金沢 優実[1]，岡野 克也[1]，久米 勲生[1]，後藤 裕二郎[1]，古家 誠[1]，向井 秀之[1]，前田 高志[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 警防部指令課，[2]地方独立行政法人りんくう総合医療センター

【背景】口頭指導の質的向上は救命率改善に重要で、通信指令員による通報時CPA認知の有用性を示す既報は多い。一方、通報者による通報前CPA認知に着目した検討は行われていない。【目的】通報前CPA認知の実態を把握し、口頭指導及びバイスタンダーCPR（以下BCPR）改善に向けた施策を検討する。【方法】令和7年中に当消防救急隊が対応したCPA事案211件を対象とした後方視的観察研究である。通報前CPA認知有無により二群に分類し、救急隊接触時のBCPR実施有無及び初期心電図波形のショック適応有無を比較した。群間比較にはχ^2検定を用い有意水準は5%とした。【結果】通報前CPA認知ありは122件（57.8%）であった。CPA認知あり群で認知なし群よりBCPR実施率が高く（82.8% vs. 65.2%, $p < 0.05$）、ショック適応波形は少なかった（19.7% vs. 41.6%, $p < 0.05$）。【まとめ】通報前CPA認知はBCPR実施率向上に寄与する可能性が示された。一方で、ショック適応波形を呈する症例では通報前認知が困難となる可能性が示唆された。口頭指導及び応急手当普及施策においてこの点を踏まえ戦略を検討すべきである。

院外心停止
演題番号　HS5-5

演題取り下げ

院外心停止
演題番号　HS5-6（D）

心肺蘇生後の高次脳機能障害に対し、長期にわたる包括的リハビリテーションにより社会復帰可能となった一例

○福山 香詠[1]，小澤 恭子[1]，笠井 智晴[1]
[1]洛和会音羽リハビリテーション病院 内科

高次脳機能障害は一般的には回復が乏しく、社会復帰を果たすのは困難な例が多い。今回我々は、突然の心室細動発作により心肺停止となり、蘇生後の低酸素脳症により多彩な高次脳機能障害をきたした一例を経験した。急性期病院での治療後、当院回復期リハビリテーション病棟への転院時には多彩な高次脳機能障害を認め、夜間不穏や徘徊なども見られ複数の鎮静剤等を要した。四肢麻痺や感覚障害は認めなかった。高次脳機能訓練を主としてリハビリテーションを進め、音楽療法も導入した。180日間の入院でFIM評価は運動項目72点→91点(91点満点)、認知項目20点→25点(35点満点)まで改善した。退院後は外来リハビリテーションにて高次脳機能訓練を週1回継続し、自宅でも家族と共に家事動作や調理訓練、計算訓練を続けた。発症1年後より調理師として仕事を再開し、2年後には自動車運転も可能となった。脳血流シンチグラフィーでは発症1か月後に見られた両側前頭葉～頭頂葉の広い範囲での血流低下所見が、発症3年後には著明に改善していた。入院期間のみならず、退院後も包括的にリハビリテーションを継続したことが、著しい高次脳機能の回復につながったと考えられた。

少子高齢化社会
演題番号　HS6-1（D）

社会実装された動画救急通報(Live119)の実態

○本村 友一[1,2]，小田 向日葵[3]，久城 正紀[4]
[1]日本医科大学 千葉北総病院 救命救急センター，[2]日本医科大学 救急医学教室，[3]西南学院高等学校，[4]済生会福岡総合病院 救命救急センター

【はじめに】2019年よりスマートフォンによる動画を伴う救急通報（Live119）の社会実装が開始され、全国780消防本部中174か所（管轄人口約5,700万人）で導入されている（2025年3月現在）。社会実装が拡大する中でその効果と課題を報告する。【方法】2022-24年（3年間）の福岡都市圏消防共同指令センターの活動記録から、通報総数、携帯電話通報数、Live119映像通報実現数、Live119通報の内容内訳、Live119を使用した口頭指導の数と内容を後方的に調査した。【結果】全436,142例の救急通報があり、うち携帯電話からの通報は294,188例［67％］で、218例で映像通報が実現した。映像通報の内訳は救助89例、火災65例、救急51例、警戒13例であった。期間中Live119を使用した口頭指導の実施は21件あり20件が胸骨圧迫、1件が窒息に対する背部叩打であった。利点は、重症度判定・口頭指導の必要性の判定・増隊の判断などで有用、口頭指導が容易、などで、課題は、通信の説明に一定時間を要す、通報者がスマートフォンの操作に不慣れ、などであった。【考察】動画通報の実施数はまだ限定的である。社会的意義が大きい同通報様式はさらに活用が広がることが期待される。

少子高齢化社会
演題番号　HS6-2（O）

ひとり親世帯における救急搬送要請の特徴

○山岡 淳[1]，中澤 真弓[2]，花木 奈央[3]
[1]神戸大学経済学部 経済学科，[2]日本体育大学救急蘇生・災害医療学研究室，[3]大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学教室

【目的】小児の医療受診行動は世帯構造により異なると考えられるが、救急搬送における定量的評価は十分ではない。本研究は、神戸市の住民基本台帳および救急搬送データを突合し、未就学児(0-6歳)において、ひとり親世帯が抱える救急搬送利用のリスクおよび重症度に与える影響を明らかにすることを目的とした。【方法】2022年の神戸市救急搬送データと住民基本台帳データを連結し、ロジスティック回帰分析を行った。被説明変数を「救急利用の有無」「搬送後重症度（中等症以上）」とし、説明変数として「ひとり親世帯」「一人っ子世帯」およびその交互作用項を用いた。【結果】ひとり親世帯では、有意な救急搬送要請頻度（OR 1.26 [1.10-1.43],p＜.001）と傷病程度が中等症以上（OR 2.18[1.29-1.69],p＜.005）となるリスク上昇が確認できた。【考察・結論】初めての育児に対する不安解消のための支援（#8000等の周知）に加え、「ひとり親かつ一人っ子」世帯をハイリスク層と捉えた重点的な支援（早期訪問やアウトリーチ）が必要である。孤立防止と早期相談を促す介入が、重症化予防に寄与すると考えられる。

少子高齢化社会
演題番号　HS6-3（D）

まごころネット八王子の空床情報共有システム「まごころベッド」の実証報告

○登坂 直規[1]，益子 邦洋[2]，関 裕[2]，加藤 宏[2]，田中 裕之[3]，数井 学[4]，平川 博龍[5]
[1]医療法人社団永生会南多摩病院 救急科，[2]医療法人社団永生会南多摩病院，[3]医療法人永寿会陵北病院，[4]八王子市医師会在宅担当，[5]八王子市医師会まごころネット担当

【背景・目的】少子高齢化の進行と感染症流行期における救急病床のひっ迫は、全国共通の課題である。八王子市では冬季救急需要増大に対応すべく、多職種連携システム「まごころネット八王子」に空床情報管理機能「まごころベッド」を導入し、2025年12月より実証実験を開始した。【方法】計28病院が参加し、空床情報・担当者情報等を毎日更新・共有する仕組みを構築した。運用定着を図るため、八王子市在宅医療相談窓口が継続的サポートを行った。【結果】2025年2月現在、まごころベッド経由での転院は2件成立し、いずれも法人枠を超えた転院であった。今冬、大規模な病床ひっ迫は発生しなかったが、システム導入が参加病院の地域連携への意識向上につながった。【考察・結語】まごころベッドの導入は、地域全体での下り搬送促進と救急受け入れの閾値の低下につながる可能性を示唆する。今後も運用定着を推進し持続可能な地域完結型救急医療体制確立を目指す。

少子高齢化社会
演題番号　HS6-4（D）

いま一度「救急搬送患者の初診時傷病程度」の“定義再考”を

○太田 友[1]，池上 徹則[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 救急科

救急搬送患者の初診時における傷病程度は、主に入院の有無および入院期間で区分されており、入院期間が３週間を超えるものが「重症」と定義される。この定義は昭和３９年から現在に至るまで不変である。しかしながら、医療の進歩により早期退院が進む中で、臨床的に重症と捉えられる傷病者が「重症」の定義を満たさず、ADLが低下した高齢者の脆弱性骨折などが長期入院となり、「重症」の定義を満たすことも少なくない。こうした背景から、平成１５年には財団法人救急振興財団が定義の見直しを提言しているが、その後も改訂は行われていない。今回実施した院内アンケート調査においても、現場医師の多くは入院期間を重症度の判断基準とは捉えておらず、現行定義と臨床的な重症度認識の間に乖離があることが示唆された。現行定義に基づき集計される傷病程度別の救急搬送患者数は、消防白書として全国的に公表されるのみならず、各地域においても搬送体制や救急医療システムの評価に活用されており、その定義の妥当性を確保することは極めて重要である。今後の救急医療の未来図を正確に描くための礎となるであろう、傷病程度の定義再考について提案する。

少子高齢化社会
演題番号　HS6-5（D）

エビデンスに基づく「Less is more」による持続的な救急医療の構築

○河間 俊成[1]，松島 久雄[1]，末次 祐介[1]
[1]獨協医科大学埼玉医療センター 救急医療科

高齢化の進行および医療技術の高度化に伴う社会保険料の増大により、医療提供体制の持続可能性が課題である。医療現場においても、不要または低価値とされる医療介入を削減しつつ医療の質を維持する取り組みが必要である。その一つとしてエビデンスに基づき介入の適正化を図る「Less is more」の考え方が注目されている。　当院では先行研究を踏まえ同概念に基づき診療プロトコル改定を行ってきた。具体的には、昇圧薬の組成濃度の変更と統一、気管切開カニューレの交換頻度の低減・カニューレ挿入位置の確認を目的とした胸部X線写真の撮像の廃止、誤嚥性肺炎に対する抗菌薬の統一、動脈ラインフラッシュ用薬剤へのヘパリン混注の廃止などである。各取り組みは、医師や看護師、検査技師の業務効率化、医療材料費および検査関連コストの削減が得られた。賃金上昇が物価上昇に十分に追いついていない医療現場においてこれらの業務効率化は医療従事者の負担軽減につながり、離職防止に寄与する可能性がある。本取り組みは救急医療現場において再現性の高い医療財政改善策として有用であり、持続的な救急医療体制の構築に資する実践例として報告する。

少子高齢化社会
演題番号　HS6-6（D）

救急クリニックを基盤とした少子高齢化時代の持続可能な救急医療モデル

○松岡 良典[1]
[1]松岡救急クリニック 救急科

少子高齢化が進行する中、救急医療の需要は増大する一方で、人的・財政的資源は限界を迎えつつある。本邦の救急医療を持続可能とするためには、従来の「病院完結型」からの脱却が不可欠である。私達の救急クリニックは、24時間365日体制で高齢者の急性期・慢性期を一貫して診療する「強力なかかりつけ救急」という新たな役割を担っている。高齢者は複数疾患を同時に発症し、受診タイミングも重なりやすいが、救急クリニックが平時はかかりつけ医として健康管理を行い、急変時には救急医として即応することで、一次・二次救急症例の多くを院内で完結可能とする。本当に入院や手術を要する重症患者のみを適切に選別し病院へ搬送することで、救急車・病床・専門医資源の逼迫を軽減できる。本演題では、救急クリニックを基盤とした地域救急医療再構築モデルを提示し、少子高齢化社会における救急医療のサバイバル戦略を論じる。

院内救命士２
演題番号　HS7-1（D）

病院救命士は大学病院において必要な職種である！

○塩見 直人[1,2]，畠山 乃愛[2]，山田 瑠華[2]，小森 颯[2]，宮元 達仁[2]，吉岡 大祐[2]
[1]滋賀医科大学医学部 救急集中治療医学，[2]滋賀医科大学医学部附属病院 救急・集中治療部

当院では2023年から救急救命士の採用を開始し、現在5人の救急救命士が勤務している。ホットライン対応および患者受入が主な業務であるが、院内にメディカルコントロール委員会を設置して、特定行為が行える環境を整備している。病院救命士の活用により、ERで働く医師および看護師の負担が大きく軽減している。看護師に行ったアンケート調査では、病院救命士の採用により救急車が応需しやすくなり、救急業務が円滑に遂行できるようになったという意見が多かった。救急救命士は蘇生のプロフェッショナルであり、院内における蘇生講習の中心メンバーとして活躍している。大学病院では4年生の後半から5年生にかけて臨床実習が行われるが、本学では1班4～5人が2週間毎に救急・集中治療部をローテーションしてくる。実習期間中に救急車同乗実習を行っているが、病院救命士に実習前のレクチャーと実習後の総括をお願いしている。大学病院では医学教育の観点から、救急救命士は必要な職種と考えられ、チーム医療のおいて欠かせない存在になっている。当院での病院救命士の役割について考察し、病院救命士のキャリアップと専門性の確立について議論したい。

院内救命士２
演題番号　HS7-2（E）

病院救急救命士の搬送業務への取り組みと特定行為認定制度の課題

○秋田 健太郎[1]
[1]医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院 救急救命士科

【背景】２０１０年頃から救急逼迫が社会問題として顕著となった。当院では２０１４年から搬送業務を開始し、転院搬送に加えて地域の介護施設などへの迎え救急搬送を行っている。現在、多くの地域において病院救命士に対する特定行為認定制度の整備が進んでおらず、必要時に実施できない現状がある。【取り組み】搬送基準の作成と依頼時の電話トリアージを実施し、救急医と情報共有のうえ自院救急車で搬送すべきかの判断している。対応する症例は軽症から中等症に限定し、重症症例は消防救急車を優先するなどの対策を行っている。【現状と課題】病院救急車の運用は、社会問題に対して一定の効果を示すことができると考えられる。しかし、重度傷病者という概念をもとに対応する中で、一定の確率で重症症例に当たる可能性は十分にあり、早急な認定制度開始が望まれる。一方で、病院救命士は様々な医療機関に広がっており、それぞれの規模や就業形態で活躍している現状がある。認定制度を整備する際には、その点を考慮した基準を検討する必要があると考える。

院内救命士２
演題番号　HS7-3（E）

病院救命士の専門性確立とキャリアパスの提言：大学院教育を活用した認定制度と救命士版ダブルボードの構想

○佐藤 大地[1,2]，小川 理郎[3]，菊地 一樹[4]，鈴木 恵輔[4]，平井 隆仁[1]，垂水 庸子[1]，横田 裕行[5]
[1]昭和医科大学病院 総合・救急診療科，[2]東京医科大学 基礎社会医学系 法医学分野，[3]学校法人 日本体育大学 危機管理，[4]昭和医科大学病院 救命救急科，[5]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科

【背景】病院（診療）では、救急患者の問診、種々の症状、身体異常所見から時系列を踏まえて、意識、呼吸・循環を維持するためにテクニカルスキル（TS）を実施し、科学的根拠に基づいて患者の病態把握から救急医が確定診断を行う。さらに大学病院では、この診断にいたる過程の学術的研究と教育指導も求められる。救急医療に携わるスタッフは、この経過を十分に理解しなければならない。病院雇用救急救命士（病院救命士）は、キャリアアップを考えたときに救急医のもとでこの過程を学習しなければならない。TSの習得は比較的容易であるが、チームで活動するために不可欠なノンテクニカルスキル（NTC）の習得には、医学とその周囲の関連知識と患者の病態把握をするための体系的思考と学術的なTSが必要になり、その達成には時間を要する。演者は日本体育大学救急医療学科にて修士を取得し、現在は東京医科大学の博士課程（法医学専攻）に進学し、病院勤務をしている救急救命士である。【目的と方法】大学院への進学体験から病院救命士の認定制度などの設計案を検討する。【考察と結語】大学院でのNTSの習得経験が病院救命士によるキャリア形成の明確化に寄与すると考えられた。

院内救命士２
演題番号　HS7-4（D）

医療機関に所属する救命士が行う特定行為の研修・認定は誰が担うべきか ～兵庫県における現状を中心に～

○石原 諭[1,2]，山村 尚矢[1,2]，梶本 智和[2]，菊池 悠[3]
[1]兵庫県災害医療センター 救急科，[2]兵庫県MC協議会，[3]兵庫県救急救命研究会

（背景）医療機関に所属する救命士（院内救命士）が行う特定行為の研修・認定状況は都道府県によって大きな温度差がある。兵庫県における議論を中心に課題と対応を整理する（方法）兵庫県MC協議会では、対象が院内救命士であり、消防職員が対象となる現状のMCとは一線を画すべきと判断され、医務課が他県や県内の現状を調査した。以前救急医療機関に対する調査で「救命士を雇用」と回答した施設に対して、特定行為の必要性に関するアンケート調査を実施した。（結果）回答のあった17施設中救命士を雇用しているのは15施設、75名。うち12施設は院内講習が可能なのであれば新たな特定行為を実施させたいと回答。しかし講習が有料でも実施させたいのは8施設であった。院内MCに該当する委員会は全ての施設で設置されていたが、消防職員が委員であったのは2施設、協議内容における消防関係者の意見が反映できているのは４施設のみであった。（考察）院内講習が認められるのであれば新たな特定行為のニーズはある。しかし消防機関との連携が期待できない中で病院研修に全て依存した場合、消防救命士が行うスキルとの整合性・質の担保が問題である。

院内救命士２
演題番号　HS7-5（D）

医療機関に所属する救急救命士の気管挿管実施認定に向けた長崎県の取り組み

○平尾 朋仁[1]，野口 裕樹[2]，松尾 健自[2]
[1]佐世保市総合医療センター 救急集中治療科，[2]長崎県危機管理部消防保安室

令和3年の救急救命士法改正により、定められた条件のもと医療機関に所属する救急救命士（病院救急救命士）による院内での救急救命処置が可能となった。その実施項目については各医療機関内のメディカルコントロール（MC）委員会等で規定されるが、気管挿管の実施にあたっては都道府県MC協議会の認定が必要であるとガイドラインに明記されている。一方既存のMC体制は消防機関所属の救急救命士を前提として構築されており、病院救急救命士を対象とする制度が十分整備されていない都道府県が多い。このため、制度上の空白により病院救急救命士の気管挿管の認定・実施が進まない状況にある。長崎県では、既存の気管挿管実施救急救命士認定要領における申請者要件「各消防本部消防長」を「医療機関等の長」と読み替えることができる改定を行い、新たな規定を策定することなく病院救急救命士の気管挿管実施認定を可能とした。県MC協議会の承認のもと令和7年度より本運用を開始し、現在までに２名の病院救急救命士が認定を取得している。本演題では本県の取り組みを紹介し、全国的な体制整備へ向けた示唆を提示する。

院内救命士2
演題番号　HS7-6（E）

病院救急救命士の教育体制の模索 ～滋賀県内の病院救急救命士団体を設立してみて～

○谷村 仁志[1]，中村 誠昌[1]
[1]長浜赤十字病院 救急科部救急救命課

【背景】当院では、救急救命士法改正を契機に令和6年度から救急救命士の雇用を本格的に開始している。しかし、滋賀県内においては、病院救急救命士（以下、病院救命士）の特定行為の認定制度が整備されていないのが現状である。【目的】令和６年度末病院救命士の認定制度整備に向けて、滋賀県内の病院救命士の団体を立ち上げた。滋賀県MC協議会への参画実現を目指し、加えて病院救命士の技術向上、情報共有、病院間の連携強化を進めることを目的とした。【方法】定期的な研修会、勉強会を開催して技術や知識の向上を図った。また、病院間での情報交換を積極的に行い協力体制の構築を行った。【結果】滋賀県MC協議会の病院／民間救命士MC検討WGに参画した。団体設立後、知識研修や情報共有を通じて、モチベーションの向上にも寄与することができ、広い視野で業務を行うきっかけ作りとすることができた。【考察】病院救命士の団体設立は、課題である病院救命士の研修教育体制に大きく寄与する可能性があると考える。【結語】本団体設立を契機として、滋賀県内の病院救命士ネットワークを活用し、「学び続ける病院救命士」を実現していきたい。

多職種連携
演題番号　HS8-1（E）

幸帽児施設外分娩例からみた救急救命士初期対応と産科・小児科側との連携における課題

○相馬 進之介[1]，横山 美奈子[2]
[1]弘前地区消防事務組合 東消防署北分署，[2]国立病院機構弘前総合医療センター 産婦人科

【背景】施設外での幸帽児分娩は極めて稀であり、現場では限られた情報下での対応に迫られ、医療機関との連携が鍵となる。【症例】40歳、妊娠30週、腹痛及び性器出血あり。かかりつけ病院へ自家用車で移動中、腹痛増強を訴えパートナーが救急要請し救急隊現着前に児娩出。要請8分後救急隊現着し卵膜に包まれた児を発見。周産期母子医療センターの医師指示下で卵膜切開（破膜）処置、新生児蘇生を実施。児娩出後32分で同センターNICU搬入となる。最終的に神経学的異常を認めず、特別な医療的介入も要さず日齢59に退院。【考察】本症例は施設外発生した幸帽児分娩であり、要請時点で分娩前情報が乏しい中、分娩様式の判断、新生児の初期評価及び母体管理を同時に行う必要があり、救急救命士の周産期対応能力の重要性が示唆された。【結語】救急領域の周産期教育充実と地域連携体制の強化が急務である。



図1　救急隊現着時に確認された卵膜に包まれた児と胎盤

多職種連携
演題番号　HS8-2（CE）

急ぐ救急現場にて臨床工学技士が役に立てること

○開 正宏[1]，都築 通孝[2]
[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 臨床工学科，[2]救命救急センター/集中治療部/救急部

臨床工学技士（clinical engineer:CE）の主たる業務として、生命維持管理装置の操作および保守点検がある。救急現場では、院外からの搬送症例や院内発生を問わず、生命維持管理装置を速やかに使用する必要が生じる。生命管理装置には呼吸を代行する人工呼吸器、循環を代行するV-A ECMO等の人工心肺装置、代謝を代行する血液浄化装置があり、さらにペースメーカや植込み型除細動器（implantable cardioverter defibrillator:ICD）などのデバイスも含まれる。これらは救急現場においてCEが深く関与する領域であり、高度な専門性を要する。しかし、CEが24時間対応で対応できる施設は限られており、当直や夜勤体制を敷いていない病院も多いだろう。また、すべての分野に精通したCEを常に配置することは現実的に困難である。したがって救急現場では、特定領域に特化したspecialistよりも、幅広い知識と技術を備えたgeneralistとしてのCEが求められる場面が多いと考えられる。CEも多職種チームの一員として迅速な判断と柔軟な対応ができる急ぐ救急現場で頼りにされる存在になりたい。

多職種連携
演題番号　HS8-3（CE）

救急医療における臨床工学技士の可能性～存在感が増している!? ～

○安達 一眞[1]
[1]兵庫県立こども病院 診療部

【本文】昨今，本邦では集中治療関連の人材育成が活発化している． 2023年には「集中治療専門臨床工学技士」が新設されたがICUに関わるCEが一定の評価を得たからであろう事が推察される．加えて「重症患者対応強化加算」によりCEの専従化が明文化され，活躍の場を広げているが救急医療ではCEはまだまだである．そんな中，2024年度の診療報酬改定に特定集中治療室管理加算5・6が新設された．今まで加算取得の困難であった施設に朗報である一方で医師のICU専従勤務を要件としていないため，見方によってはタスクシフトの推進とも取れる内容となっており，タスクシフトを推進すると保険点数が下がるといったパラダイムシフトが生じている．ではこのような中，CEの業務移管は可能なのだろうか.CEは多様な診療科と共に業務遂行しており，この多くの経験が救命センターでは貴重な資源である．また，救命センターを経由した疾患群で患者の移動と共に診療を継続できるのは院内ではCEを置いて他ならない．すなわち医師の包括的指示さえあればサステナブルな業務遂行が可能である．救命センターへの業務経験のある自験例を元にディスカッションしたいと思う．

多職種連携
演題番号　HS8-4（D）

脳ヘルニアを呈していたがHybrid ER system内での多職種連携により救命した急性硬膜下血腫の一例

○高橋 未来[1,2]，尾崎 博一[1]，松田 律史[3,4]，大原 勇人[3]，川内 健太郎[4]，山崎 竣平[5]，斉藤 寿子[6]，清水 豊和[7]，佐藤 正夫[1]
[1]札幌東徳洲会病院 脳神経外科，[2]旭川医科大学 脳神経外科学講座，[3]札幌東徳洲会病院 救急科，[4]札幌東徳洲会病院 画像・IVRセンター，[5]札幌東徳洲会病院 放射線科，[6]札幌東徳洲会病院 看護部 手術室，[7]札幌東徳洲会病院 看護部 救急外来

【はじめに】Hybrid ER system（HERS）はCTと血管造影装置を備えた初療室であり，当院では2024年4月より運用を開始した。今回，救急隊からの入電時点で脳神経外科が早期にコールされ，多診療科・多職種が同時並行的に介入し，HERSで迅速に穿頭ドレナージを行い救命し得た1例を報告する。【症例】50代男性。約7m墜落で搬送された。入電時点でJCS300，左瞳孔散大を認め，脳神経外科医師が招集された。病着後，救急科医師が気管挿管を含む全身管理を行った。HERSで撮影したCTは放射線科医師がリアルタイムに読影し，肺挫傷・多発肋骨骨折に加え，脳ヘルニアを伴う左急性硬膜下血腫を認めた。手術室入室に約1時間を要するため，手術室看護師の機械出しのもと，脳神経外科医師がHERS内で穿頭ドレナージを施行した。初回CTから穿頭開始まで実質10分，処置終了から術後CT撮影までは6分であった。同日開頭血腫除去術を施行し，第90病日に自力歩行可能となった（mRS4）。【考察】本症例では，救急隊からの早期情報共有を起点に多職種が同一空間で連携し，迅速な外科的介入と画像評価を実現できた。HERSは多職種連携を最大化する初療プラットフォームとして有用である。

多職種連携
演題番号　HS8-5（MS）

死後の尊厳に配慮した支援

○原 一正[1]
[1]SUBARU健康保険組合 太田記念病院 地域医療連携課

救命救急センターにおいて救命に至らなかった場合、ご遺体の殆どは親族に引き取られるが、引き取り手のない場合、警察やNPO法人といった第三者へ引き取りをお願いする。このような現状下で、雇用主Aさんに引き取られたケースを報告する。70歳代の男性、当院到着後に心肺停止となり死亡が確認された。付き添われていたAさんより情報収集を行ったが、独身という情報だけで親族に関する情報は殆どなかった。辛うじて兄弟へ連絡が取れたが、親族関係の疎遠を理由として関係を拒否された。そして、Aさんも雇用関係という立場から、ご遺体の引き取りを拒否されていた。しかし、Aさんへの聴き取りを通して故人の生前の様子が明らかとなり、高齢の故人にとってAさんは最も関係の深い人物であったと考えられた。このため、見ず知らずの第三者に引き取られるよりも、Aさんに引き取られ見送られる方が、故人は寂しくなく旅立てるのではないかと考えた。そして、Aさんを要支援者として捉え、支援を行った。結果、Aさんは自ら葬送儀礼を執り行うことが、せめてもの故人への弔いになると話され、ご遺体を引き取られた。

救急外来
演題番号　HS9-1（D）

発熱患者のトリアージにおけるCRT測定の有用性

○大西 新介[1]，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

【背景と目的】毛細血管再充満時間（CRT）は簡便な身体所見であるが、発熱患者における従来のバイタルサインへの付加価値は不明である。本研究では成人および小児の発熱患者におけるCRTの独立した入院予測能を検証した。【方法】5年間に当院救急外来を受診した発熱患者7,953例のうち、主要項目に欠損のない成人1,250例、小児1,123例を解析対象とした。CRT≧2秒を延長と定義し、年齢および従来のバイタルサインで調整したロジスティック回帰および逆確率重み付け法（IPTW）を用いて入院予測能を評価した。【結果】CRT延長は成人10.0%、小児10.4%に認めた。多変量解析では、CRT≧2秒は小児で独立した入院予測因子であった（調整OR 1.79、95%CI 1.21-2.59）が、成人では有意差に至らなかったが同様の傾向を示した（調整OR 1.48、95%CI 0.98-2.20）。IPTW解析でも一貫した関連が確認された（成人：OR 1.45、小児：OR 1.61）。【結論】発熱患者においてCRTは、従来のバイタルサインとは独立した入院予測因子となりうる。特に小児で有用性が高く、トリアージにおいて重視すべき指標である。

救急外来
演題番号　HS9-2（D）

病院前NEWSは救急外来トリアージを補完し得るか？

○田邊 翔太[1]
[1]松江赤十字病院 救急部

【目的】Japan Triage and Acuity Scale（JTAS）を用いた看護師トリアージは本邦の救急外来で広く普及している。一方、National Early Warning Score（NEWS）は主に入院患者で使用され、救急外来においてICU/HCU入室予測能をJTASと比較した報告は限られている。本研究では、病院前および病着時に評価したNEWSとJTASの予測精度を比較検証した。【方法】2019年2月に松江赤十字病院へ救急搬送された18歳以上の患者を対象とした。病院前NEWS、JTASトリアージ、病着時NEWS、年齢、性別、入院前生活環境を収集し、ICU/HCU入室をアウトカムとした。予測能の評価にはROC曲線下面積（AUC）を算出し、DeLong検定で比較した。【結果】解析対象は298例で、71例（23.8%）がICU/HCUに入室した。単変量および多変量解析において、病院前NEWS、JTAS、病着時NEWSはいずれもICU/HCU入室と有意に関連した（P＜0.01）。AUCによる予測精度の比較では、三者間に有意差を認めなかった。【結語】病院前および病着時NEWSはICU/HCU入室と有意に関連し、JTASと同等の予測精度を示した。NEWSは病院前から救急外来まで一貫して使用可能な重症度評価指標として活用できる可能性が示唆された。

救急外来
演題番号　HS9-3（N）

救急外来における静脈内アクセス困難例に対するエコーガイド下末梢静脈カテーテル留置の有用性

○安武 穂高[1]，升井 淳[1]，川崎 道代[1]，津谷 量哉[1]
[1]社会医療法人きつこう会 多根総合病院 救急科

【背景】救急外来では、末梢静脈カテーテル留置が困難な症例において治療遅延等が生じる。透析室では、エコーガイド下穿刺の有用性が報告されているが、救急外来での検討は限られている。今回救急外来におけるエコーガイド下穿刺の有用性を検討した。【対象と方法】エコー使用未経験、臨床経験３年以上の看護師４名に対して介入としてエコー教育を行い、介入前後を比較した。穿刺血管は、A：触知＋／目視＋、B：触知＋/目視－、C：触知－／目視＋、D：触知－／目視－に分類した。主要評価項目はPIVC留置成功率、副次評価項目は３回以上の穿刺を要した率とした。【結果】介入前に335件、介入後に235件。介入前後で、全体の留置成功率は91.9％から97.0％へ上昇した。血管分類別ではC分類で79.3％から96.0%、D分類で37.5％から61.0％へ改善した。D分類の３回以上穿刺率は45.8％から5.6％へ減少した。【結論】救急外来でのエコーガイド下穿刺は、成功率改善および反復穿刺抑制に寄与し、有用であることが示唆された。

救急外来
演題番号　HS9-4（MT）

救急外来における臨床検査技師常駐体制の維持を困難にする要因

○佐藤 由佳[1]
[1]春日井市民病院 臨床検査技術室

当院は2023年10月より、平日午後に臨床検査技師（以下MT）を救急外来へ常駐配置し、研修医および看護師のためのタスク・シフト／シェアの一環として各種業務を担当してきた。その取り組みと成果の内容は2024年当学会で報告し、2025年には腹部超音波検査における研修医教育への関与を報告した。常駐により検査結果報告時間の短縮、検体不備の減少、診療方針決定の迅速化に寄与した。しかしMTの慢性的な人員不足や働き方改革への対応により現在は呼び出し体制へ移行。救急外来への移動に数分を要する事や検査室業務中の即時対応困難により代替対応が増え、迅速性が求められる救急医療では「その場にいること」の価値が示唆された。部門間の業務調整の困難さや人的制約が継続的参画を制限する要因であり、常駐体制と呼び出し体制の比較を通じてMT参画の阻害要因と持続可能な体制構築を検討する。

救急外来
演題番号　HS9-5（MT）

救急外来参画における臨床検査技師の課題と実践　～当院の経験から～

○磯部 勇太[1]
[1]医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 臨床検査・病理技術科

当院では、臨床検査技師の救急外来業務への参画を開始して3年が経過した。業務開始までには、人員や組織風土、知識・技術、多職種の理解など、いくつもの壁があったが、さまざまな施策を積み重ねながら、それらを乗り越え、現在の運用に至っている。具体的には、業務改善による余力の確保、年度目標に位置付けて検査科全体で取り組むことによる方向性の統一、科内協力による教育の実施を行った。また、部門責任者同士の協議に加え、実務者レベルでの話し合いや段階的な導入を通じて、相互理解を図った。一方で、こうした体制が整っていても、当事者にとって心理的な障壁は決して低くなかった。役割や有用性、専門性に対する不安は少なからず存在していた。しかし、救急外来で実際に業務に携わる中で、現場で求められる役割を実感できるようになり、これらの不安は次第に軽減していった。救急外来における臨床検査技師の役割は多様であり、専門性の発揮も重要であるが、現場を支える役割としての関与にも十分な意義があると感じている。本セッションでは、当院の経験を共有できればと考えている。

救急外来
演題番号　HS9-6（CE）

臨床工学技士に求められる動きと伝え方

○青木 宏介[1]
[1]横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 臨床工学部

救急・集中治療領域において臨床工学技士は、生命維持管理装置の専門職として重要な役割を担う。臨床経験を重ねた臨床工学技士は、後輩育成や多職種間の調整を求められる立場となり、急変対応や機器トラブル時の優先順位判断、医師・看護師との情報共有において困難に直面することも少なくない。急変時の初動対応、人工呼吸器トラブル発生時のチーム連携、業務優先順位の瞬時判断、後輩指導と現場支援の両立、多職種連携におけるコミュニケーションと組織内調整力が求められる。しかし、中堅期に必要なのは技術力のみではなく、状況を俯瞰しチームを前進させる力である。専門性を土台とし、柔軟な対話と明確な意思表示を行うことが現場での信頼形成につながる。中堅期は迷いと成長が交錯する時期であり、本発表を通じて専門性と調整力を統合した次世代リーダー像を提示したい。

周産期救急
演題番号　HS10-1（D）

設置主体の異なる地域の中核医療機関間における周産期救急に係る連携体制構築について

○前中 隆秀[1]
[1]市立東大阪医療センター 産婦人科

市立東大阪医療センター(以下、当施設)は、人口約80万人を擁する二次医療圏（以下、当医療圏）の基幹医療施設であり、大阪府の第8次医療計画における周産期医療提供体制において地域周産期母子医療センターとして認定されており、周産期救急疾患への対応等が期待されている。しかし、当施設内に救急医による継続的な救急医療提供体制がない等により多職種が連携した集学的治療を要する重篤な患者への緊急対応が困難であるなど、当医療圏において周産期救急医療を十分に提供できておらず、入院を要する周産期領域の患者の4割以上が圏域外に流出していた。当医療圏における適切な周産期救急医療の提供を目的とし、令和6年4月より当施設に隣接する大阪府立中河内救命救急センターと、周産期救急医療における施設間連携体制の構築および近隣医療機関への周知をおこない、令和7年4月より特に産科異常出血等、周産期救急症例を応需可能な体制を構築したことから、異なる文化をもつ施設間の新たば領域における連携体制構築や多職種連携に係る課題等を概説する。

周産期救急
演題番号　HS10-2（E）

さっぽろ連携中枢都市圏事業による周産期救急教育の普及と持続可能な指導者養成体制の構築

○澁谷 勝之[1]，齊藤 良玄[1,2]，大滝 達也[1,3]，松宮 寛子[1,2]，石田 泰敬[1,4]
[1]北海道周生期医療救急支援の会，[2]北海道大学産婦人科，[3]旭川医科大学病院，[4]檜山広域行政組合消防本部上ノ国消防署

【目的】分娩施設の集約化に伴い、病院前産科救急の重要性が増している。救急救命士への教育機会の確保が急務だが、従来の講習会は指導者の献身的な貢献に依存しており、継続性に課題があった。本研究では、行政との協働により教育普及と地域指導者養成を両立させた運営モデルの効果を報告する。【方法】2022年度より「さっぽろ連携中枢都市圏」事業として実施したBLSO（Basic Life Support in Obstetrics）コース（計7回）を対象とした。2022年5月から2026年2月までの受講者数、認定指導者数の推移、および養成体制を分析した。【結果】累計受講者は169名（圏域内56.8%）であった。認定指導者数は、事業開始時の道内5名（圏域内3名）から13名（同5名）へと増加した。行政との協働による運営基盤の安定化で、各グループに認定指導者を配置し、指導者候補（キャンディデート）を直接教育する体制が整った。結果、招聘コストを抑制しつつ、北海道内リソースで質を維持できる自律的な教育体制が確立された。【結論】行政との協働は、教育普及と指導者養成への集中的な資源投入を可能にする。これは持続可能な救急医療体制を構築する上で有効なモデルとなり得る。

周産期救急
演題番号　HS10-3（D）

産婦人科救急：40年目に入った「大阪府産婦人科診療相互援助システム(OGCS)」から得られる運用のヒント

○織田 順[1]，竹川 良介[1]，片山 祐介[1]
[1]大阪大学 救急医学 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

背景：大阪府では1977年に新生児診療相互援助システム(NMSC)が、1987年には産婦人科診療相互援助システム(OGCS、大阪産婦人科医会)が発足し、現在3次救急を含め34施設が参加する。目的：最重症妊産婦受入事業の悉皆調査から現システムの運用のポイントを再確認する。結果：2024年の大阪での出生数53,351人中、定義を満たした最重症妊産婦は391件、発生率は10年で漸増して0.3ポイント増加した。71%が産科危機的出血（弛緩出血、常位癒着胎盤、前置胎盤、産道裂傷で3/4）であった。391例中救命救急センターへの転送は67件、依頼～決定までの時間は93%で10分以内、周産期センターへの転送は62件、最重症妊産婦の死亡率は1.8%であった。考察とまとめ：最重症妊産婦の最重症合併妊産婦受け入れ施設への転院搬送は迅速に行われている。最重症妊産婦の発生率は136人に1人で増加傾向であるものの、全て救命救急センターを入り口とした転院搬送にしたとしても対応可能。統計の取り方により地域比較が進んでいない点は全国的な課題かもしれない。謝辞：OGCS構成員の国立循環器病研究センター病院吉松淳先生、金川武司先生、大阪母子医療センター光田信明先生に感謝いたします

周産期救急
演題番号　HS10-4（D）

大阪の周産期・母体救命医療体制（OGCS）：有事における既存医療体制の活用/運用例から

○古谷 毅一郎[1]
[1]りんくう総合医療センター 産婦人科

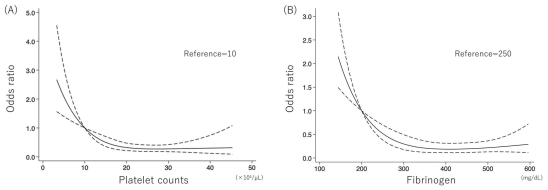
大阪府では、産科救急・周産期医療の安全な運用を目的に、全国初の都道府県単位母体搬送システム「OGCS」が整備されている。大学医局間の垣根なくシンプルに最寄りの高次施設への母体搬送依頼/応需が可能となっており、高年妊娠や体外受精妊娠など急変リスクの高いハイリスク妊産婦に対し強力なセーフティーネットとなっている。当院は救命センターを併設し、大量輸血・IVR・集中治療が24h実施可能な「最重症合併症妊産婦搬送受入施設」の認定を受けており、OGCS母体搬送に救命診療科など多職種連携サポートを加え、多くの母体救命搬送を受け入れてきた。昨今、自然災害などの「有事」が頻発しつつあるが、有事下であっても母体搬送・母体救命は平時同様生じうる。既存のシステムでどこまで母体搬送・救命の体制が維持可能か考えることはきわめて重要である。本発表では、OGCSで長年構築された円滑な母体搬送システム運用により、有事下でも弾力的に母体搬送/救命を実現できた近年の2つの事例を共有したい。１）大阪北部地震(2018年)におけるOGCS加盟施設間での情報共有例２）COVID-19パンデミックにおける、感染妊婦・ハイリスク妊婦母体搬送応需・管理の運用例

周産期救急
演題番号　HS10-5（D）

重度産後出血に対するリスク評価：血小板数10万以下が示す侵襲的処置の必要性と一次施設での活用可能性

○久宗 遼[1]，飯居 華美友[1,2]，生塩 典敬[1]，山川 一馬[1]
[1]大阪医科薬科大学 救急診療科，[2]大阪医科薬科大学医学部医学科

本邦では産科医療提供体制の縮小により、一次施設での分娩時に重度産後出血へ移行した際の迅速な救急搬送判断が重要となっている。本研究では、全国約600施設を含むJMDCデータベースを用い、止血介入または輸血を要した重度産後出血症例の特徴を解析した。902例中343例が介入を要し、入院時の血小板数およびフィブリノーゲン値の低下がリスク上昇と関連した。特に非線形解析では、血小板10万/μL未満、フィブリノーゲン200 mg/dL未満でリスクが急増した。これらの指標は既存の産科DICスコアと同等の予測能を示し、一次施設における早期リスク層別化や救急搬送判断の客観的基準として有用である可能性が示唆された。血液検査に基づく搬送基準を整備し、救急受け入れ体制を強化することが地域の分娩環境を支える鍵となる。



周産期救急
演題番号　HS10-6（E）

千葉市内における周産期救急医療協力体制の確立と効果について

○竹内 裕一[1]，座間 洋明[1]
[1]千葉市消防局 警防部救急課，[2]千葉市消防局警防部救急課

【背景と目的】千葉市の救急出動のうち施設外分娩は年間約６件（０．０１％）と稀であり、実戦経験の乏しさから隊員の不安が課題であった。そこで周産期救急対応力向上を目的に、プロトコール改訂と体系的教育、効果検証を実施した。【対象と方法】ＢＬＳＯ及びＮＣＰＲに基づく救急活動プロトコールを改訂し、座学資料・動画教材を作成、救急隊員に業務の合間でも効率よく学習でき、スキルの平準化を目的とした救急隊員教育を実施した。（１）対象：全救急隊員（２）方法：①指導救命士によるＢＬＳＯ及びＮＣＰＲ受講②千葉市版「新生児蘇生プロトコール」「周産期救急プロトコール」改訂（市内周産期母子医療センター医師監修・ホットライン整備）③指導救命士による座学資料作成及び救急隊員教育用動画作成④集合教育⑤指導救命士による各署訓練【結果・考察】 教育後、多くの隊員で不安感の軽減が認められ、知識・技術の向上に加え、動揺する母親への共感的対応も可能となり、体系的教育と医療機関との連携強化は、周産期救急対応力向上に有効であった。

■併設コース

RRS起動要素研修コース

○患者安全検討推進委員会

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、First 5 Minutes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：2026年7月16日（木）
時間：13時から16時
会場：大阪国際会議場 10階 会議室1003
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
＊学術集会での開催ですので、学術集会参加を前提とさせていただきます。
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/grpP/
チラシ掲載ホームページ：http://rrsjapan.com/

入院時重症患者対応メディエーター養成講習会

○入院時重症患者対応メディエーター養成小委員会

この度、第29回学術集会会長 藤見 聡 先生のご好意により、会長の主催のもと令和8年度第5回養成講習会（ファシリテーターとの対面講習）を実施することに決定いたしました。

入院時重症患者対応メディエーターとは、その名が示す通り「入院時」（具体的には来院72時間以内）に、「重症患者」（＋その家族）と主治医を含む医療者との間に入って、複雑な病態の理解促進、患者とその家族による治療方針の意思決定支援、突然起こった重大事象で憔悴している家族への寄り添い、治療スタッフとの情報共有を支援「対応」するメディエーター（仲介者）としての役割を担っています。

養成講習は2019年度より始まり、2022年度からは重症患者初期支援充実加算として900点×３日間が認められています。2025年度までで約1,900名の方が受講を修了し、医療現場で当メディエーターとして活躍されています。現在、オンラインによる定期開催が年間12回開催され、受講倍率は4～5倍です。

日時：令和8年7月16日（木）13時00分～16時30分（予定）
場所：大阪国際会議場（第4会場）
募集人員：15名程度
主催：第29回日本臨床救急医学会総会・学術集会 会長

実施の詳細については、第29回学術集会ホームページ並びに入院時重症患者対応メディエーター養成講習ホームページにて公開し、準備が整い次第、募集を開始いたします。受講にあたり、受講料20,000円とは別に、学術集会参加の手続き（学術団体の会員である必要はありませんが、学術集会参加費の支払い）が必要になりますので、受講が決定されたら受講料と学術集会参加費の支払いをお願いいたします。

2026年4月
三宅　康史
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
日本クリティカルケアメディエーター協会 設立準備室
臨床教育開発推進機構

■併設コース

PACCコース

本コースは、循環器救急疾患に対する病院前救護の知識・技術の向上を目的とした実践型トレーニングコースで、PEMECのアルゴリズムと整合性をもって作成されています。

「胸痛」「呼吸困難」「動悸」「背部痛」「失神」などの症候を認める傷病者に対して適応することができ、より循環器対応に特化した内容となっています。午前はモニター心電図/12誘導心電図の判読、身体所見の観察、心不全への対応や処置について座学ベースで基礎を学びます。

午後の実技演習では、急性冠症候群だけでなく、大動脈緊急症(急性大動脈解離・大動脈瘤)や肺血栓塞栓症、心不全、不整脈、電解質異常による心電図変化、弁膜症など、さまざまな症例を通じて緊急度の判断や臨床推論能力の向上を目指します。多職種でのディスカッションを通じ、発見から治療まで一連のプロセスを体感できるのもPACCの特長です。

循環器救急の治療は、プレホスピタルから始まっています。PACCコースはあなたを待っています‼

セデーションコースエッセンシャル版

○セデーション研究会

処置時の鎮静・鎮痛（procedural sedation and analgesia: PSA）を体系的に学ぶことを目的としたコースです。

コース自体は60回以上開催されており、学術総会での開催は、日本救急医学会総会、呼吸療法学会、日本病院総合診療医学会学術総会に続き、臨床救急医学会では初の開催となります！

ER、病棟、内視鏡室などで鎮静が必要となる場面は多い一方、日本では体系的に学ぶ機会が限られてきました。その結果、鎮静関連の有害事象が問題となる一方で、安全性への過度な懸念から十分な鎮静・鎮痛が行われない状況も見受けられます。本コースはこうした課題の解決を目指し、米国の教育プログラムを基盤に2012年より展開してきました。

今回のエッセンシャル版では、従来コースの内容から重要なエッセンスを抽出し、短時間で効率的に学べるよう再構成しています。講義により基礎知識を整理するとともに、実臨床を意識したハンズオンに重点を置き、日常診療に直結する理解の獲得を目指します。

対象は医師に限らず、看護師や救急救命士など、セデーションに関わるすべての医療従事者とし、多職種での安全な実践を推進します。また、本コースは救急科専門医更新基準における講習として認定されており、受講により2単位の取得が可能です。安全で質の高いPSAの普及に向け、実践的かつ汎用性の高い学習機会を提供します

■併設コース

第29回小児病院前救護トレーニングコース（PPMEC Advanced Course）

○小児救急委員会

第29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	2026年7月16日（木）13：00 ～ 16：30
開催場所	第7会場（大阪国際会議場 10F 会議室1005）
開催形式	現地開催
定員	30名程度 （定員に達し次第、締め切らせていただきます。）
費用	7000円 （但し、第29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
応募方法	下記、応募フォームからお申し込みください。 https://ped-em-care.com/ppmec/



ワークショップ
「きっと見つかる新たな自分　救急現場のコミュニケーション」

○日本救急救命学会

救急現場におけるコミュニケーションは、傷病者や家族、関係者への対応のみならず、救急活動全体の質やスムーズな展開に大きな影響を及ぼします。日本救急救命学会教育研修委員会では、救急隊員を対象とした実践的なコミュニケーション教育として、ワークショップを継続的に実施しています。

本ワークショップでは、これまで実績のある3時間構成のプログラムを基に、救急現場で遭遇しやすい具体的な場面を題材とした体験型・参加型の学習を行います。取り上げるテーマは、コミュニケーションの基本スキル、高齢者やバイスタンダーへの対応、悪い知らせの伝え方、医療機関への情報伝達（MIST with T）などです。

動画教材はHMDを使用し臨場感を向上させ、グループディスカッションでは心理的安全性を確保し、ファシリテーターがサポートします。

参加者同士で知見を共有しながら、すぐに実践可能な引き出しを増やせることが最大の特徴です。救急隊員のみならず、すべての医療従事者にとって、自分の立ち位置や個性に合ったコミュニケーションについて考え、明日から現場で活用できるスキルとフィードバック手法を身につけることができます。奮ってご参加をお願いします。

開催日時：令和8年7月16日（木）15時00分～ 18時00分
会場：大阪国際会議場
主催：日本救急救命学会 教育研修委員会
対象：救急隊員、救急救命士、医師、看護師　キャリアを問いません、すべての医療従事者とその教育者におすすめです
定員：24名（学習者）
参加費：学習者3,000円、見学者無料（第29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）
事前参加申し込み方法：専用フォームから【https://forms.gle/a3bqzwXvk5nLFegY8】
参考図書：救急隊員が語る 救急現場のコミュニケーション　へるす出版
https://www.herusu-shuppan.co.jp/045-2/
＊当日会場での販売もあります

JPTECブラッシュアップセミナー 2026

○JPTEC協議会

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、昨今の社会情勢に鑑み、組織としての危機管理についての理解を深めることを目的に、個人情報保護に関すること、COIに関すること、登録商標「JPTEC」に関すること等を議論することとする。

続いて、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、学術部会より提示することとする。

PEMECコース

○PEMEC企画運営小委員会

本コースは、内因性疾患に対する病院前診療の標準化と臨床推論能力の向上を目的とした実践型トレーニングコースです。症候ベースのアプローチに基づき、「腹痛」「呼吸困難」「意識障害」など、現場で遭遇頻度の高いハイリスク症候への対応を体系的に学びます。

講義とシナリオトレーニングを融合させ、「緊急度」を判断し、内因性ロード＆ゴーを宣言する力を養うと同時に、「なぜその判断に至るのか」を重視した思考過程を共有します。医師、看護師、救急救命士など多職種が同じ視点で議論することで、シームレスな医療連携の実現を目指します。

現場で“使える判断力”を身につけたい方へ。PEMECは、明日からの診療を変える一歩となるコースです‼

■併設コース

救急領域における薬剤師研修コース（SGD版）

○救急・集中治療における薬剤師研修コース運営小委員会

昨年度に引き続き、薬剤師の研修コースを第29回日本臨床救急医学会総会・学術集会に併設し、「薬剤師を対象とした救急領域における薬剤師研修コース（SGD版）」を開催いたします。今回のコースは、救急外来での薬剤師業務、救命救急センター等の重症系病棟での薬剤師業務の学習コースです。

＜救急領域における薬剤師研修コース（SGD版）＞

開催日：　2026年7月16日（木）
時　間：　13：00 ～ 16：45（予定）
会　場：　第8会場（大阪国際会議場 10F 会議室1006-1007）
対　象：　薬剤師（救急認定薬剤師取得の有無を問わない）
定　員：　60名
費　用：　3,000円
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
　　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：　臨床救急医学会HPに後日、参加申し込みのURLを掲載いたします。

RtARS（ラース）シミュレーションコース

急変時対応シミュレーションコース
（RtARS ： Radiological Technologists Assessment Recognition Stabilization）

このRtARS（ラース）は、INARSをもとに診療放射線技師に即したシミュレーションコースです。私たち診療放射線技師は、患者の急変時に心停止に陥るのを回避するために、危機的状態移行の前兆となる症状と兆候を早期に評価（Assessment）して、状態を認識（Recognition）し、認識に基づく安定化（Stabilization）が図れることです。

RtARS では、患者の状態変化を迅速に評価・認識し、医師または看護師への連絡後、到着するまでの間、同僚と協力して状態の安定化を図り、心停止を回避するための適切な行動が必要です。

そこで心停止を回避するために以下の3つを目的としています。

1. 患者の変化に気づき、対応できること（個々のスキルアップ）
2. チームで戦うことの意義を知る（チームのスキルアップ）
3. 必要なタイミングで応援を要請するための報告について学ぶ

RtARSのスキルについて・目的

①1次評価ABCDの評価法・認識の仕方・行動の手順を通して、体系的アプローチの思考過程を学ぶ。

②認識に基づく行動として酸素循環を維持するための具体的な手技について学ぶ。

このコースは、上記のように診療放射線技師が患者を心停止にしないためのコースです。

■併設コース

ICLSブラッシュアップセミナー

○日本救急医学会ICLSコース企画運営委員会

G2025に合わせたICLSの指導内容について
2026年7月18日（土）10：50 ～ 12：20
第8会場（大阪国際会議場 10F 会議室1006-1007）

座長：髙平　修二（埼玉医科大学病院　救急科）
　　邑田　　悟（岩手県立中部病院　外科・災害医療科・救急医療科）

演者：ICLS-1　畑中　哲生（健和会大手町病院　救急科／救急救命九州研修所）
　　ICLS-2　真弓　俊彦（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院　ICU）
　　ICLS-3　名知　　祥（中濃厚生病院　救命救急センター）
　　ICLS-4　小川　史洋（横浜市立大学　医学部　救急医学教室）
　　ICLS-5　足助　和真（埼玉医科大学病院）
　　ICLS-6　丹保亜希仁（旭川医科大学　救急医学講座）

ICLSブラッシュアップセミナー
ICLS-1（D）

BLSの指導内容

○畑中 哲生[1]，西山 知佳[2]，乗井 達守[3]
[1]健和会大手町病院 救急科／救急救命九州研修所，[2]京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 先端中核看護科学講座 クリティカルケア看護学分野，[3]University of New Mexic Department of Emergency Medicine

BLSの指導内容の変更点や留意点について、2025年10月に公表されたJRC蘇生ガイドライン2025パブリックコメント版に基づいて簡単に述べる。
- 強く・速く・絶え間ない胸骨圧迫30回と人工呼吸2回を行い、適応があれば2分間おきに電気ショックを行うという基本路線に大きな変更はない。
- 人工呼吸2回のための胸骨圧迫の中断時間、および電気ショック前後の胸骨圧迫の中断時間について「10秒以内」という具体的目標値を撤廃し、単に「可能な限り短く」とした。
- AEDの電極パッドの貼付位置についての注意が喚起された。
- 電気ショックを3回行った後もVF が持続する場合には，パッドを前胸部と背部に貼付することを考慮するとされた。
- 30：2のCPRと、胸骨圧迫を連続的に行いながら適宜人工呼吸を行う（いわゆる非同期CPR）ことについて、欧米のガイドラインでは気道デバイス使用の有無にかかわらず、いずれかを選択できる余地を残しているが、JRC蘇生ガイドライン2025では非同期CPRは気道デバイスを使用している場合に限定している。

セミナーでは以上の点その他について解説する。

ICLSブラッシュアップセミナー
ICLS-2（D）

成人の二次救命処置

○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 ICU

成人の二次救命処置での主な変更点を紹介する。
1) 心尖部側の除細動パッドの正確な配置、2)波形カプノグラフィを気管チューブ位置確認、CPRの質評価、ROSCの症候としての上昇波形の活用、3)静脈路確保ではIV優先で，2回以上不成功時にIO考慮。3) 3回以上電気ショック後もVF/pVTが持続する心停止で二重連続電気ショック(DSED)（弱い推奨，低い，Grade 2C)またはベクトル変更(VC)による電気ショック（弱い推奨，非常に低い，Grade 2D)を考慮することを提案。4）蘇生中に使用する薬剤に関しては大きな変更はない。5）心停止の可逆的原因を診断するためのCPR中のルーチンでのPOCUSは推奨されないが（非常に低い，Grade 2D)、経験豊富なスタッフがCPRを中断することなく実施できる場合は，特定の可逆的原因の疑われる臨床的状況において，診断方法の追加としてPOCUS実施の検討を提案（非常に低い，Grade 2D)。6）院内・院外心停止で実施可能な施設においてはECPRの導入を考慮することを提案。7）ROSC後の管理に大きな変更はないが、予後良好の予測指標が提示された。

ICLSブラッシュアップセミナー
ICLS-3（D）

ICLSコースのためのJRC蘇生ガイドライン2025 EIT改定ポイント

○名知 祥[1]
[1]中濃厚生病院 救命救急センター

JRC蘇生ガイドライン2025「普及・教育のための方策（EIT）」では、ガイドラインのエビデンスを効果的に教育・普及し社会実装することで、転帰改善に繋げるための方策を示している。教育では「トレーニング方法や対象」として特定集団やハイリスク集団へのBLS教育、医療従事者へのALSトレーニングが推奨された。チームコンピテンシーに関する教育をBLSとALSトレーニングに含めることも提案され、指導者の育成の導入も言及されている。「トレーニング効果を高める工夫」としては、テクノロジーの活用や様々な学習手法が検討されているが、特にCPRフィードバックデバイスを用いたトレーニングが医療従事者だけでなく市民にも推奨され、資源とアクセスが許すのであれば混合型学習も推奨された。普及と実践の面では、地域社会やシステムへの取り組みが検討され、「搬送中のCPR」では現場で一定時間救命処置を行うことが提案された。他にもCPRコーチングやデブリーフィングなどチーム蘇生の工夫、通信指令員関連、市民救助者のアプリによる召集、AED活用の最適化など、システム構築と継続的な評価が重要とされた。

ICLSブラッシュアップセミナー
ICLS-4（D）

国際蘇生ガイドライン2025に合わせたICLSの指導内容について —ILCOR CoSTR 2025およびJRC GL2025を踏まえた教育戦略の再構築—

○小川 史洋[1]
[1]横浜市立大学 医学部 救急医学教室

【背景】2025年10月の国際蘇生連絡委員会（ILCOR）によるCoSTR 2025およびJRC GL2025の公開を受け、ICLSコースにおける指導内容のアップデートが不可欠となる。公式教材の改訂に先立ち、最新の蘇生科学を指導に反映させる必要がある。【目的】ガイドライン移行期におけるICLS指導内容の最適化戦略を提案し、教育の質を維持・向上させることを目的とする。【変更点と強調点】今回の改訂は「教育・実装・チーム（EIT）」領域の強化が特徴である。CPRフィードバックデバイスの活用、CPRコーチの配置、デブリーフィングにおけるRCDP（迅速な反復演習）の導入が推奨される。臨床面では、難治性不整脈へのベクター変更除細動の考慮や、アドレナリン早期投与の再強調が挙げられる。【指導への提言】公式教材の改訂に先立ち、インストラクターは最新エビデンスを理解し、特にチームダイナミクスの可視化と質の高いフィードバックに重点を置くべきである。フィードバック・デバイスを用いた質の高いCPRの視覚化や、デブリーフィングの質の向上を図る教育手法の導入を提言する。【結語】GL2025への対応は、蘇生教育を最適化する好機である。柔軟な指導体制を構築し、救命率向上に寄与することが期待される。

ICLSブラッシュアップセミナー
ICLS-5（E）

ICLSコース事前学習用資料動画撮影における救急救命士の役割

○足助 和真[1]，清水 美砂子[1]，遠山 笑里[11]，北原 嶺[10]，早川眞人[10]，服部 恭平[10]，木島 唯弥[10]，岸田 全人[11]，渡辺 琴乃[1]，藤江 聡[10]，名知 祥[6]，小川 史洋[8]，遠藤 穣治[3]，清水 隆文[4]，辻 哲平[5]，丹保 亜希仁[7]，小野寺 俊幸[9]，邑田 悟[2]，髙平 修二[1]
[1]埼玉医科大学病院，[2]岩手県立中部病院，[3]小林市立病院，[4]手稲渓仁会病院 救命救急センター，[5]香川大学医学部循環器・腎臓疾患地域医療学講座，[6]中濃厚生病院，[7]旭川医科大学病院 救命救急センター，[8]横浜市立大学医学部救急医学教室，[9]北見赤十字病院，[10]東京科学大学病院，[11]埼玉医科大学国際医療センター

【背景】ICLSコースの質向上および時間短縮を目的として、日本救急医学会ICLSコース企画運営委員会は、事前学習用動画教材とプレテスト受講の必須化を決定した。本研究では、低予算での動画教材作成と、その過程における救急救命士の関与について検討した。【目的】質の高いICLS事前学習用動画教材を低コストで作成し、教育設計における救急救命士の役割を明らかにすること。【方法】委員会主導で動画撮影を実施し、救急救命士はシナリオ原案作成、Web会議を通じた教育設計、演者としての実演を担当した。撮影は3台のカメラによる多視点撮影とし、編集には業者の協力を得た。機材は自前および借用機材を活用し低コスト化を図った。【結果・考察】実践的かつ視認性の高い教材作成が可能であり、多視点撮影により手技やチームダイナミクスの理解向上に寄与した。また、救急救命士が教育設計から撮影・演者まで一貫して関与することで、現場視点を反映した教育コンテンツ作成に有用である可能性が示唆された。

ICLSブラッシュアップセミナー
ICLS-6（D）

ここが変わる第6版！参考文献も読んでみよう
～ICLSコースガイドブック編集秘話～

○丹保 亜希仁[1]，髙平 修二[2]，邑田 悟[3]
[1]旭川医科大学 救急医学講座，[2]埼玉医科大学病院 救急センター，[3]岩手県立中部病院 外科

2025年，国際蘇生連絡委員会（ILCOR）による国際コンセンサス（CoSTR）が発表され，各国で蘇生ガイドラインの改訂が行われた。日本蘇生協議会（JRC）ガイドライン2025の書籍版は，第29回日本臨床救急医学会学術集会が開催される2026年7月に発刊予定である。
日本救急医学会ICLSコースガイドブックはJRC蘇生ガイドラインに準拠して作成されており，ガイドライン2025の発刊後に，改訂「第6版」が完成・発行される予定である。教材開発ワーキンググループにおいて，ガイドライン2025の主な変更点の整理，コースガイドブックへの反映，その背景にある新たなエビデンスの追加など，改訂作業が進められている。
本講演では，ICLSコースガイドブック改訂第6版の編集秘話を共有する。また，ガイドラインの背景にある重要な「参考文献」も紹介する。

一般演題

- 口演 …… 499
- ミニオーラル …… 517

教育・研修
演題番号　O1-1（E）

全国消防本部の自動式心マッサージ器の導入状況と課題

○菊川 忠臣[1]，高梨 利満[1]，酒本 瑞姫[1]，高山 祐輔[1]
[1]帝京大学医療技術学部 スポーツ医療学科救急救命士コース

【背景・目的】胸骨圧迫の質の維持、人員不足の補完、救急隊員の身体的負担軽減を目的に自動式心マッサージ器は全国的に普及しているが、教育・運用体制の標準化は十分とはいえない。本研究は全国消防本部における導入状況および運用実態を把握し、教育的課題を明らかにすることを目的とした。【方法】全国720消防本部を対象に、導入状況、使用頻度、機種、運用体制、訓練内容等について郵送およびWebによる質問紙調査を実施した。【結果】回答率74.9％、導入率91.9％であった。全隊配置66.8％、一部隊運用24.9％で、使用は「ほぼ毎回」および「状況に応じて」が大半を占め、判断は現場裁量に委ねられていた。訓練は定期的シミュレーションが最多であったが、体系化された独自カリキュラムの整備は限定的であった。課題として重量・収納、装着時間、適応判断の難しさが挙げられ、体格差や搬送時の圧迫位置ずれも示唆された。【考察】普及は進む一方、運用水準や判断基準にばらつきがあり、機種に依存しない共通原理に基づく標準的教育プログラムの構築が求められる。

教育・研修
演題番号　O1-2（E）

共通原理に基づく自動式心マッサージ器の導入モデルの構築

○菊川 忠臣[1]，高梨 利満[1]，酒本 瑞姫[1]，高山 祐輔[1]
[1]帝京大学医療技術学部 スポーツ医療学科救急救命士コース

【背景・目的】自動式心マッサージ器は全国の大多数の消防本部で導入されている一方、使用判断や装着工程には本部間で差異が認められ、標準化が十分に確立されていない。本研究は、自由記述回答の質的分析を通じて装着判断の構造を整理し、機種に依存しない共通原理型導入モデルの構築を目的とした。【方法】アンケート自由記述から装着判断のタイミングおよび装着工程最適化に関する記述を抽出し、内容分析を行った。抽出項目を統合し、装着判断と実装方法の二軸構造モデルとして再構成した。【結果】装着判断は①早期装着型、②現場後期装着型、③車内装着型の三類型に整理された。早期装着型はCCF向上および特定行為実施率向上と関連し、現場後期装着型は処置優先戦略と整合していた。車内装着型は安全確保を最優先とする判断基準の下で選択されていた。装着工程は事前セッティング、移乗同時装着、標準挿入、腰部仮固定法等に整理され、腰部仮固定法は少人数・狭隘環境下で併用される横断的技術として位置付けられた。【考察】装着は決断タイミングと工程最適化の二軸構造で説明可能であり、共通原理に基づく標準的教育プログラムの整備と検証が今後の課題である。

教育・研修
演題番号　O1-3（E）

ハイパフォーマンスCPR実装に向けたデブリーフィング定着を推進する要因構造の探索的分析

○立松 健二[1]，齋藤 駿佑[2]
[1]尾三消防本部 豊明消防署，[2]国士舘大学体育学部スポーツ医科学科

【目的】当本部ではハイパフォーマンスCPRの実装を進めているが、デブリーフィング(DB)の定着が課題である。本研究では、DBが自律的に継続される環境構築のため、DB定着への推進要因を分析する。【方法】職員150名に意識調査(25項目5段階リッカート尺度)を実施した。DB実施頻度により実施群(n=100)と未実施群(n=50)に分類し、各項目の肯定的回答割合(4点以上)を比較した。Holm補正を適用したフィッシャーの正確確率検定を用い、効果量(Ø係数)で実務的影響度を評価した。また、偏相関ネットワーク分析を用いて要因間の構造を可視化し、DB定着の推進要因を探索した。【結果】16項目で有意差を認め、効果量では「上司の推進(0.46)」、「DB場所整備(0.41)」、「DB時間確保(0.39)」が高値を示した。ネットワーク分析では、特定の中心的要因は認められなかったが、「上司の推進」は、「課題の反映」と強い相関を認め、「質向上実感」や「チーム自信」といった主観的評価要因との関連を経て、「DB継続意欲」へ至る連結構造が確認された。【結語】DB定着には、上司の推進や環境整備等の外的要因のみならず、内発的動機の向上を促す組織的マネジメントが重要であることが示唆された。

教育・研修
演題番号　O1-4（E）

会話型カードゲーム教材「ソレジャナイ会議」を用いた救急救命士教育における心理的安全性と学習効果の検討

○片山 直広[1]，益満 茜[2,3]，関根 和弘[1,2]
[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]滋賀医科大学医学部附属病院 救急・集中治療部

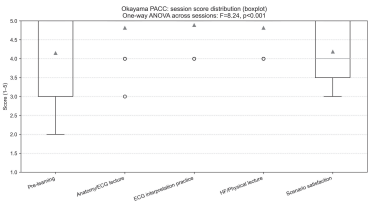
救急活動はチームで遂行され、円滑なコミュニケーションと心理的安全性は状況判断や処置選択の質に影響する。一方、消防組織では人事異動や階級制度により、経験年数や立場の違いが対話を阻害する要因となり得る。本研究では、独自に考案し作成した会話型カードゲーム教材“ソレジャナイ会議”の有用性を検討した。 本教材は対話を通じて少数派を推理する構造を有し、立場に依存しない発言を促す特徴を持つ。研修に参加し質問紙調査に回答した救急救命士62名を解析対象とした。満足度および楽しさはいずれも高値を示し、学習的効果、心理的効果は消防実務歴10年未満群で有意に高い評価を認めた（$p < 0.05$）。自由記述では、10年未満群において学習や病態理解に関する評価が多く、若手層の学習促進に寄与していた。一方、期待できる効果としては、10年以上群で「チームの距離感が縮まる」との回答割合が高く、心理的側面については両群ともに肯定的評価が多かった。以上より、本教材は心理的安全性を担保しつつ学習を促進する特徴を有しており、医師・看護師を含む医療職種を対象として、コース教育等に先立ち心理的安全性を高めるプレ教材として活用できる可能性がある。

教育・研修
演題番号　O1-5（D）

救急救命士向け循環器教育コース(PACC)の教育効果と地域再現性：CMDの視点による解析

○藤本 竜平[1]，森本 瑞樹[3]，貝阿弥 裕樹[4]，大谷 浩史[5]，當別當 洋平[6]，石原 嗣郎[7]
[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]倉敷市消防局，[4]津山圏域消防組合消防本部，[5]日本救急システム株式会社，[6]徳島赤十字病院 循環器内科，[7]埼玉医科大学総合医療センター 循環器内科

【目的】救急救命士向け循環器救急教育コース（PACC）の有効性と、全国展開における再現性を評価する。【方法】全国6地域計177名の5段階アンケートを解析した。筆頭演者がCourse Medical Director（CMD）および講師を務めた岡山コース（n=27）のセッション別評価をANOVAで比較し、全地域の項目別再現性について検討した。【結果】岡山では心電図判読演習4.89、解剖・心電図講義4.81、フィジカル講義4.81と高い評価を得たが、セッション間に有意な評価差を認めた(F=8.24, p<0.001)。地域間比較では、共通教材を用いる事前学習は地域差が小さい傾向(p=0.065)であったが、講義・演習・シナリオ等の対面要素では有意な地域差を認めた（p≦0.003)。【結論】PACCは高い教育効果を有する一方、対面教育の質には地域差が生じうる。救急科専門医および循環器専門医CMDの関与による指導法や運営の標準化が、教育の標準化において重要である。



教育・研修
演題番号　O1-6（CE）

救急WSにおける臨床工学技士主導の車載呼吸器教育と地区運用共通化

○吉野 秀樹[1]，今本 俊郎[2]，澤野 誠[2]
[1]埼玉医科大学総合医療センター 臨床工学部，[2]埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター

【背景】救急ワークステーション（WS）は救急車への医師・看護師同乗型の病院前診療支援と救急隊教育を担う。当院ではWS待機時間に地区消防と合同教育を実施している。車載自動式人工呼吸器は不安から使用が消極的で、事前調査でWS外教育機会も乏しかった（全くない／あまりない93%)。特に自己心拍再開（ROSC）後の換気方針も統一されていなかった。【目的】臨床工学技士（CE）が専門性を活かし教育を担い、安全運用の知識共有とROSC後対応の共通化を図る。【方法】40分講義（消防庁資料、理想体重、過換気回避、設定・アラーム対応）後、各救急車内で実機シミュレーションを実施した。MC救急指導医と協議し、ROSC後は自発呼吸の有無を問わずBVMへ切替える方針をMC地区で合意を得た。受講者へアンケートで不安軽減（3段階）、有用性、使用意欲を調査した。【結果】受講者は全部で76人で内訳は救急救命士71%、消防隊員29%であった。事後アンケートでは不安軽減99%（大きく50%、ある程度49%)、現場で役立つ99%、積極的に使用したい97%という結果であった。【結語】WSを教育基盤とし医師統括下でCEが主導する教育と地区協議は、心理的障壁と判断ばらつきを低減し得る。

教育・研修
演題番号　O1-7（D）

トレーニングシナリオの重ね合わせについて：ケースマップを用いた検討

○安心院 康彦[1,2]，橋本 真由美[3]，今中 翔一[4]，池田 尚人[5]，本多 満[5]，金子 一郎[1,7]，城戸 隆[8]
[1]帝京大学医学部 救急医学講座，[2]帝京大学先端総合研究機構危機管理部門，[3]福島県立医科大学大学院災害・被ばく医療科学共同専，[4]帝京大学医学部附属病院薬剤部，[5]昭和大学江東豊洲病院脳神経外科，[6]東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター，[7]帝京大学シミュレーション教育研究センター，[8]帝京大学共通教育センター

【背景】救急医療教育では、限られた時間内に病態理解、優先順位判断、チーム連携など多層的能力の習得が求められる。しかし従来の逐次型シナリオでは、一症例ごとに単一課題を扱うため時間効率に課題がある。【目的】ケースマップ(CM)を用い、単一症例内に複数課題を同時に内包する「トレーニングシナリオの重ね合わせ」を設計し、その理論的妥当性と将来的展望を検討する。【方法】時間軸と医療行為等から成る二次元構造のCMを基盤とし、1)複数病態の潜在的併存、2)情報の不確実性、3)医療行為の優先順位課題といった異なるレイヤーを同一時間軸上に重ねた統合型シナリオを設計した。受講者の判断に応じて状況が収束する構造とし、一つのシミュレーション空間で複数認知経路の可能性を検討した。【結果】本設計により、単一シナリオ内で病態評価、優先順位決定、チーム相互作用を並列的に可視化・検討できる構造などが予想され、時間当たりの学習密度向上が期待される。【考察】将来的には、AIによる動的シナリオ分岐、VRを用いた多層的状況再現などとの組み合わせで拡張され得る。【結論】本手法は救急教育の効率化と高度化に向けた新たな設計概念として検証に値する。

教育・研修
演題番号　O1-8（E）

クラッシュ症候群の病態理解を促すカリウム急速投与実習（Wet Lab）の教育効果

○小野木 堂人[1]，三木 大輔[2]，大西 光雄[3]，島崎 淳也[4]，中島 清一[5]
[1]愛知淑徳大学健康医療科学部スポーツ健康医科学科・救急救命学専攻，[2]大阪市消防局，[3]国立病院機構 大阪医療センター 救命救急センター，[4]関西医科大学総合医療センター 救急医学科，[5]大阪大学大学院医学系研究科 次世代内視鏡治療学

【背景と目的】クラッシュ症候群（以下、CS）の救命には、圧迫解除前の輸液や駆血帯使用が不可欠である。しかし、消防・警察・海上保安庁（以下、海保）等の実動要員が、その急激な病態変化を座学のみで実感することは困難であった。本研究では、CSの致死性を視覚的に理解させるため、Wet Lab Trainingでカリウム（以下、K）急速投与による心停止再現実習を行い、その教育効果を検討した。【方法】実習参加者24名（海保10名、警察8名、消防5名、他1名／救急救命士10名含む）を対象とした。K製剤の急速投与により心電図変化から心停止に至る過程を展示し、事後アンケート（5段階評価）で理解度と意識変容を調査した。【結果】K投与から心停止までの「時間の短さ」や「変化の急激さ」に対し、参加者の95.8%が「想定を上回る」と回答した。【考察】全参加者が「解除前の処置の重要性」や「困難な状況下での処置実施」に肯定的な意識変容を示した。急激な心停止を目の当たりにしたことで、致死的不整脈の切迫度が強く印象付けられたと考えられる。【結論】本実習は、実動部隊に対し救助前の医療介入の必要性を再認識させる教育として有用であることが示唆された。

中毒
演題番号　O2-1（E）

東京都における急性薬物中毒搬送基準の妥当性の検討

○岩﨑 恵[1]，庄古 知久[1]
[1]東京女子医科大学附属足立医療センター 救急医療科

【背景】東京都では50錠以上の薬物過量を３次選定する通称「50錠ルール」が運用されている。迅速だが救命センターに収容すべき重症度が伴わない現状がある。【目的】50錠ルールの妥当性を検討する。【方法】過去10年間に救急隊が薬物過量内服を疑い当科に搬送された急性薬物中毒患者を対象とした。18才未満、服薬錠数不明、転院搬送等は除外。現着時バイタルでＡ群は50錠ルールの判断、Ｂ群はJCS20以上、Ｃ群はバイタル異常の3群に分け集中治療適応を検討。集中治療は、ECMO、人工呼吸管理、血液透析、昇圧剤投与、または来院時SOFAスコア3点以上と定義。【結果】542例の群別ではＡ群351例（64.8%）、Ｂ群170例（31.4%）、Ｃ群21例（3.9%）。集中治療適応は171例（31.5%）、群別ではＡ群45例（12.8%）、Ｂ群114例（67.1%）、Ｃ群12例（57.1%）。項目別では人工呼吸管理16例（3.0%）、透析10例（1.8%）、昇圧剤8例（1.5%）、来院時SOFAスコア3点以上163例（30.1%）。94.4%は神経項目による加点が主因。Ａ群内服5時間以上で集中治療を要したのは4例（0.7%）【結論】50錠ルールは実際の重症度と乖離があり、内服5時間以上かつバイタル異常のない症例は２次救急への搬送が妥当と考えられる。

中毒
演題番号　O2-2（P）

アセトアミノフェン中毒におけるN-アセチルシステイン投与判断の妥当性とER常駐薬剤師の役割

○安部 敏生[1]，木村 心[1]，松田 遵[2]，有元 秀樹[2]
[1]医誠会国際総合病院 薬剤部，
[2]医誠会国際総合病院 救急科

【はじめに】アセトアミノフェン（APAP）過量摂取は重篤な肝障害を来し、治療にはN-アセチルシステイン（NAC）が有効である。当院では血中濃度測定が困難なため、摂取量に基づき投与判断を行っている。【目的】ER常駐薬剤師によるAPAP中毒患者への介入効果、特にNAC投与判断の妥当性を検討した。【方法】2023年10月～2025年9月に救急搬送されたAPAP中毒患者45名を対象に、医師および薬剤師によるNAC投与判断、推定摂取量、投与開始時間、転帰を後方視的に調査した。【結果】NAC投与患者の平均摂取量は薬剤師判断13.1g、医師判断13.4gで、非投与患者では3.2g、3.0gであった。投与開始時間は薬剤師介入群0.8時間、医師介入群2.7時間であった。入院期間はNAC投与患者で薬剤師介入2.8日、医師介入3.4日、非投与患者では2.1日であった。肝機能障害は6例に認めたが全例軽快退院した。【考察】ER常駐薬剤師によるNAC投与判断は医師と同等であり、早期介入により迅速な治療開始に寄与する可能性が示された。

中毒
演題番号　O2-3（CE）

マムシ咬傷による重度腫脹に対して高気圧酸素療法を併用した１例

○川村 勇樹[1,2]，久保田 華衣[2]，中辻 仙之[2]，桑原 健太[2]，古田 和彦[2]，池田 拓洋[2]，抜井 雄二[2]，西岡 亮平[3]
[1]森ノ宮医療大学医療技術学部臨床工学科，[2]医療法人たちばな会 西岡病院 透析室，[3]医療法人たちばな会 西岡病院 外科

高気圧酸素療法（hyperbaric oxygen therapy, HBO）は、高気圧状態によって溶存酸素量を増加させ、組織浮腫の改善、微小循環の回復、白血球殺菌能の増強などをもたらす治療法である。マムシ咬傷は強い局所浮腫や組織壊死などを呈するが、標準治療にHBOを併用し良好な経過が得られた1例を報告する。症例は81歳男性。左踵のマムシ咬傷後、6日間経過観察されたが、腫脹が下肢全体に進展したため受診し、左下肢蜂窩織炎を伴うマムシ咬傷（Grade 2）と診断され入院となった。抗菌薬（セフトリアキソン）の点滴静注とスルファジアジン銀の塗布に加え、第2病日より第1種高気圧酸素装置によるHBOを開始した。条件は2.0気圧で加圧・減圧各15分、治療60分を1回として計7回施行した。第1病日に0.18 mg/dLであったCRPは、受診遅延により炎症が遷延し、第5病日には0.54 mg/dLへ一過性に上昇したが、その後は速やかに改善し、HBO終了後の第16病日には0.01 mg/dLまで低下した。第18病日には左下肢腫脹は完全に消失し軽快退院となった。マムシ咬傷による高度な腫脹に対して、標準的治療にHBOを併用することは症状改善に寄与する有効な補助療法となり得る可能性が示唆された。

中毒
演題番号　O2-4（D）

血中エチレングリコール濃度測定が治療終了判断に寄与した一例

○筒井 悠巴[1]，田中 保平[1]，藤屋 将眞[1]，由井 憲晶[1]，倉井 毅[1]，川上 亮[1]，堀越 未来[1]，伊澤 祥光[1]，松村 福広[1]，米川 力[1]，相澤 健一[2]，間藤 卓[1]
[1]自治医科大学医学部 救急医学講座/救急救命センター，[2]自治医科大学附属病院 臨床研究センター TR研究推進部

エチレングリコール(EG)中毒は代謝性アシドーシスと急性腎障害を来し、迅速な診断と治療介入が重要である。治療にはEG血中濃度測定が有用だが、実施可能な施設は限られている。症例は77歳男性。意識障害を主訴に救急要請された。搬送中に嘔吐は認めず、当院到着時JCS3の意識障害を認めた。問診から、飲酒とともに不凍液を約500mL(EG約250g相当)飲用したことが判明し、EG中毒が疑われた。入院後もanion gap開大性代謝性アシドーシスの進行を認めたため、ホメピゾール投与と血液透析による治療を開始した。血清浸透圧によるEG濃度推定は、ホメピゾール投与下では実測より低値となる可能性があり、治療終了時期の判断に苦慮した。そこで院内臨床研究センターにEG血中濃度のLC-MS/MSによる定量を依頼、経時的に測定を行ったところ、入院4日目に治療終了目安の20mg/dL未満となったため、これを根拠に治療を終了した。本症例ではEG血中濃度測定により治療効果の評価および治療終了時期の判断が可能であった。EGに限らず、迅速な薬物測定が可能な施設では、測定と治療に関するメリットやコストを考慮しつつ、測定値を活用した合理的な治療戦略を構築することが望ましいと考えられた。

中毒
演題番号　O2-5（D）

硝酸イソソルビド常用下にメトクロプラミドを併用し、メトヘモグロビン血症を発症した一例

○稲田 香澄[1]，永井 冴映[1]，岡野 雄一[1]，桑原 謙[1]，原富 由香[1]，山家 純一[1]，加藤 陽一[1]，奥本 克己[1]
[1]熊本赤十字病院 救急科

【背景】硝酸イソソルビドは治療用量でメトヘモグロビン血症を来すことはまれである。今回硝酸イソソルビドを常用下にメトクロプラミドを併用してメトヘモグロビン血症を発症した症例を経験したので報告する。【臨床経過】高血圧に対して硝酸イソソルビドを常用している83歳女性。胃腸炎症状に対してメトクロプラミドが処方され、2日後にSpO2低下と意識障害をきたし、前医へ搬送されて人工呼吸器管理開始、精査の結果メトヘモグロビン血症の診断となり、治療目的に当院へ搬送。当院来院時SpO2 56％で、メチレンブルー90mg投与後に改善、第２病日に抜管、第８病日に退院。【結語】硝酸薬もメトクロプラミドも代謝産物がヘモグロビンを酸化しメトヘモグロビン血症をきたすことが報告されているものの、両者とも単独の使用で発症することはまれである。本症例は両薬剤の併用により酸化ストレスが増大し、還元酵素の還元能を超えてメトヘモグロビン血症を発症したと推測された。メトヘモグロビン血症のリスクとなる薬剤を使用中の患者に新規薬剤を併用する際には注意を要し、原因不明のSpO2低下を認めた場合には本症を鑑別に挙げる必要がある。

中毒
演題番号　O2-6（P）

救急・薬剤部・法医学連携により原因物質を同定した急性中毒の一例

○青山 剛一[1]，横尾 卓也[1]，長谷川 智華[2]，山浦 美咲[1]，磯田 凌[1]，本多 満[3]
[1]東邦大学医療センター大森病院 薬剤部，[2]東邦大学医学部法医学講座，[3]東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター

【はじめに】東邦大学医療センター大森病院では、急性薬物中毒患者搬送時、質量分析により原因物質の定性・定量分析を行い、解毒薬投与や透析適応判断など治療方針決定に活用している。分析は薬剤部LC-MS/MSおよび医学部法医学講座GC-MSで実施し、推定物質と機器特性を鑑み救命救急センター担当薬剤師が依頼先を判断している。今回、法医学講座との連携により原因物質同定に至り、治療方針決定に寄与した症例を報告する。【症例】26歳男性。解体工事現場で意識障害と痙攣を認め救急搬送。代謝性アシドーシスも認め挿管・人工呼吸器管理を開始した。工事現場の使用溶剤は安全データシート上、ベンジルアルコールが記載されており、同中毒が疑われたが、血液分析によりジクロロメタンを同定し、代謝に伴うCOHb値上昇も確認された。酸素投与後改善し第5病日に抜管した。患者は近くにあったジクロロメタン含有溶剤を誤って吸入した可能性を述べた。【結語】原因物質同定によりCOHb値上昇の機序が明確となり、COHb値を指標とした全身管理が可能となった。本症例は、推定困難例の分析に長けた法医学講座との連携および分析体制整備の重要性を示す。

中毒
演題番号　O2-7（D）

インチュニブ急性薬物中毒により心機能低下と肺水腫を呈した一例

○小野 秀[1]，山縣 英尋[1]，三島 世奈[1]，島田 航輔[1]，早川 翔[1]，野垣 文子[1]，髙橋 耕平[1]
[1]横浜市立市民病院 救急診療科

【背景】ＡＤＨＤ治療薬して処方されるグアンファシンは、前頭前野のシナプス後アルファ２アドレナリン受容体を選択的に刺激することで症状を軽減する。副作用として心機能低下が指摘されているが、循環合併症に着目した報告は少ない。今回、グアンファシン過量摂取により肺水腫を呈した症例を経験した。【症例】２６歳女性。ＡＤＨＤと不安障害の既往があり、処方されていたグアンファシン８０ｍｇおよびゾルピデム７０ｍｇを自殺目的で内服した。来院時低酸素血症を認め、胸部Ｘ線検査で肺水腫を認めた。グアンファシンによるうっ血性心不全が疑われ、利尿薬による体液管理を行った。臨床症状は改善し、第１３病日に退院した【結論】グアンファシン過量摂取では中枢抑制のみならず、心機能低下や肺水腫、心電図異常を合併しうる。意識状態の改善後も心エコーによる心機能評価および心電図モニタリングを含めた慎重な循環評価が重要である。

中毒
演題番号　O2-8（D）

デキストロメトルファン過量内服に伴う遅発性毒性低酸素性白質脳症に高気圧酸素療法を施行し改善した１例

○山荷 大貴[1,2]，宮本 和幸[1]，深見 彩音[1]，佐久間 佑希[1]，飯島 章子[1]，森 ちひろ[1]，北園 真子[1]，柿 佑樹[1]，高安 弘美[1]，土肥 謙二[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

【背景】遅発性毒性低酸素性白質脳症（DTHL）は薬物中毒に低酸素血症を合併した際に発症しうる稀な病態である。一酸化炭素中毒後の発生率は約3%と報告されているが、薬物中毒後の発生率は不明である。今回、デキストロメトルファン（DXM）過量内服後にDTHLを発症した症例に高気圧酸素療法（HBO）を実施し改善を得たため報告する。【症例】23歳女性。境界性パーソナリティ障害、うつ病の既往あり。自宅で倒れているところを発見され、市販DXM錠80錠分の空包を認めDXM中毒疑いで搬送された。来院時GCS 3点、ショック状態で自発呼吸も微弱であり気管挿管の上入室した。第3病日に抜管しGCS 15点まで改善したが、頭部MRIで灰白質優位にDWI高信号を認めた。低酸素血症の関与を考慮しHBOを計10回実施した。第5病日より意識レベルの再悪化を認めたが、第11病日にGCS 15点まで改善し第15病日にリハビリ目的で転院した。【考察】本症例は薬物毒性と低酸素が関与するDTHLとして説明可能である。オピオイド中毒後DTHLへのHBO有効例の報告があり、本症例でも同様の機序が神経学的回復に寄与した可能性がある。DXM中毒後DTHLへのHBO使用報告は検索範囲で見当たらず貴重な症例と考える。

地域医療
演題番号　O3-1（E）

病院救急車を活用して長距離患者搬送を実施している大学病院の取り組み

○河上 誠[1]，岩﨑 初芽[1]，本荘 康一郎[1]，藤森 太一[1]，関口 千紘[1]，島田 彩華[1]，工藤 孝子[1]，門田 勝彦[1]，比企 誠[1]，近藤 豊[1]
[1]順天堂大学医学部附属順天堂医院 救急科

【背景】消防機関の救急車の適正利用が求められる中、複数の医療機関において入院・外来診療中の患者の転院を目的として病院保有の救急車が活用されている。一方で都道府県を跨ぐ様な長距離搬送を実施している医療機関は多くない。【取り組み】大学病院であり、東京都の2次救急医療機関である当院では、病院救急車で当院に患者を直接搬送でき、また当院からの転院や自宅に退院する際に病院救急車で搬送できるシステムを2019年より運用開始した。当初は運転士1名体制で運用してきた。2025年度からは救急救命士も救急車の運行に携わり、長距離搬送にも対応できる体制の整備を進めている。【結果・考察】2019年9月の運用開始より2025年12月末まで1,946件の搬送に達した。その内、片道50ｋｍ以上の距離を搬送したのは全25件で、そのうち100㎞を超えるものは6件であった。最長は2023年に280㎞で新潟県の医療機関までの搬送であった。【まとめ】地域への周知・普及および医療機関同士の相互連携により、病院救急車の重要性はさらに高まると考えられる。長距離搬送も行っている当院の取り組みは全国的にも珍しく、長距離搬送事案の特徴と将来的な運用構想を含めて発表する。

地域医療
演題番号　O3-2（D）

離島における地域救急医療の現状と課題

○小川 太志[1]，酒井 俊輔[1]，友利 幸大[1]，喜納 誠[2]，大城 千恵美[2]
[1]沖縄県立宮古病院 救急科，[2]沖縄県立宮古病院 看護部

日本の救急医療は様々な進歩をとげてきたが、近年、働き方改革、病院財政赤字、医師・看護師不足など様々な問題を抱えている。学会で最先端の議論を交わすことも重要であるが、地方の救急医療体制をどの水準まで整備するのか議論が必要である。宮古島は、観光客が年間100万人を超える観光地であるが、現状では日本の標準的救急医療が提供されているとはいえない。今回、当院におけるマンパワー確保、緊急大量輸血、転院搬送体制、島内救急医療体制の現状と課題について報告し対策について検討する。救急専従医は、3名から6名になったが、専攻医が中心で正職員が増えない。緊急大量輸血が必要な場合は、リスクがある院内採血輸血（生血輸血）を施行している。転院搬送は、最短5時間以上かかる空路での沖縄本島への搬送になるため間に合わない症例もある。救急医療体制は、宮古島市MC協議会開催や救命士教育、消防と島内救急受け入れ病院連携体制は構築できたが、クリニック、高齢者施設との連携は不十分である。このように、地域救急医療は様々な問題を抱えており、病院単独、救急医だけでは改善できない状況であり、国や救急関連学会の介入が必要であると考える。

地域医療
演題番号　O3-3（D）

医療機関受入照会４回以上の救急搬送症例に関連する要因：７年間データによる年齢層別解析

○上野 恵子[1,2]，寺本 千恵[3]
[1]金沢大学附属病院 先端医療開発センター，[2]京都大学大学院医学研究科社会疫学分野，[3]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・目的：近年、救急搬送困難事案が深刻な社会問題となっている。指標の一つである医療機関への受入照会回数4回以上に関連する要因を年齢層別に検討した研究はほとんどない。本研究ではその要因を年齢層別に検討することを目的とした。方法：2016年1月～2022年12月に東広島市消防局管轄地域で救急搬送された49,412件を解析対象とした。受入照会回数4回以上の有無を目的変数、性別、傷病程度、事故種別、覚知日時、現場滞在時間延長（30分以上）、搬送先病院種別、コロナ禍の時期を説明変数として、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年齢層別に行った。結果：受入照会4回以上は1.04％（516件）だった。18歳未満では週末昼間、その他の事故が関連した。18～64歳では週末準夜帯、コロナ禍の時期、自損行為が関連した。65歳以上では自損行為、交通事故・火災事故、週末準夜・夜間帯、コロナ禍の時期が関連した。いずれの年齢層においても管轄外の救急医療機関への搬送と関連した。結論：受入照会回数増加の関連要因は年齢層により異なり、時間帯対応や精神保健対応の充実と地域内外の医療機関間の円滑な受入調整の重要性が示された。

地域医療
演題番号　O3-4（D）

札幌市二次救急医療体制における、拠点病院活動の報告（臓器別診療機関では二次救急を支えきれない）

○佐藤 朝之[1]，石井 瑤子[1]，松田 知倫[1]，窪田 生美[1]，早川 峰司[1]，中村 雅則[1]
[1]市立札幌病院 総合臨床センター

【背景】札幌市の二次救急医療体制は臓器病態毎に輪番制が敷かれており、初めから専門家の診察を受けられる体制をとっていた。しかし、高齢化に伴い複合疾患患者が増加し、単一診療科で患者を受け入れることが難しくなってきている。これを踏まえて、札幌市では、2023年から拠点病院制度を整備し、臓器別病院で応需できない病態の患者を受け入れる体制を敷いた。しかし、現在でも受け入れ困難や特定病院への患者の集中が見られている。【方法】拠点病院の診療担当者による懇話会を開催し、診療体制、受入状況、院内対応、課題および今後の体制整備について情報共有し地域の二次救急の方向性を検討した。【結果】二次輪番と拠点病院の役割分担は不明瞭で、本来二次で対応可能な患者が拠点病院に集中していた。また救急隊の搬送先選定基準の不徹底、複合疾患患者の院内受入困難、医師不足と人員偏在、などの問題が認められた。【結論】札幌市の二次救急医療は輪番病院の機能不全が顕在化しており、輪番病院と拠点病院の役割の明確化、搬送基準の徹底、人的資源の適正配置および関係機関の連携強化を含む制度設計の再構築が必要である。

地域医療
演題番号　O3-5（O）

病院前12誘導心電図伝送の実装成熟度評価指標の構築：構造化定性分析による検討

○小林 春香[1]，守谷 俊[1]，藤田 英雄[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・目的】病院前12誘導心電図伝送は循環器救急の質向上に寄与するが、教育・運用・技術等の地域差により普及・活用度にばらつきがある。本研究では、実装成熟度を規定する要因を構造的に整理し、定量的な評価枠組みを構築することを目的とした。【方法】第28回日本臨床救急医学会総会「心電図討論」の発表および討論内容を対象に構造化定性分析を実施し、実装成熟度を規定する要因を抽出した。【結果】抽出された課題は、連携・制度（33.7%）、教育（14.0%）、運用設計（14.0%）、技術（10.5%）、コスト（7.0%）など多領域に及んだ。質の高い活用のためには、実装環境における一定水準の整備が不可欠であることが示唆された。【結論】分析知見に基づき、実装成熟度を定量化する評価基準を設計し、救急救命士標準化教育（PACCコース）等で活用可能な調査質問票を開発した。本枠組みは、JRC蘇生ガイドライン2025で推奨される心電図伝送の評価を定性から定量へ発展させ、臨床的有効性に資する質の高い普及を促進する一助となる。

地域医療
演題番号　O3-6（E）

地域支援救命士による独居高齢者等支援の効果 — 質的分析による心理的変化と行動変容の検討 —

○一柳 保[1]
[1]高野町消防本部 高野町消防署

【目的】過疎・高齢化が進む本町(全1,500世帯の約3分の1が独居高齢者世帯)において、地域包括ケアシステムの一環として消防の救急救命士が予防的支援に参画する取組みを開始した。個別避難計画登録者や救急車頻回利用者などを対象に、福祉関係者と連携し健康・生活状況確認、防火指導、転倒リスク把握等を実施している。本研究では独居高齢者等の心理的変化と行動変容への効果を質的に分析した。【方法】令和6年12月から1年間で延べ55人の職員が10世帯へ戸別訪問43回、電話相談11回を実施した。3回以上訪問した5世帯に対し半構造化インタビューを行い、2名の研究者が独立してコーディング・カテゴリー化しテーマ分析を実施した。【結果】4つの主要テーマが抽出された。1)「顔が見える関係」構築により孤立感から安心感への変化、2)不安時の即座の救急要請から消防署への事前相談への行動変容、3)医学的知識を持つ専門職としての高い信頼獲得、4)月1~2回の定期訪問継続への強い期待。【考察】救急救命士による地域支援は、独居高齢者等の心理的安定と適切な救急サービス利用促進に効果的であり、医療資源が限られた地域における有効な支援モデルとなり得る。

地域医療
演題番号　O3-7（D）

ラリンゲルチューブサクションによる咽頭後壁穿孔：司法解剖で確認された1症例

○益満 茜[1,2]，一杉 正仁[2]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科，[2]滋賀医科大学社会医学講座法医学部門

【背景】ラリンゲルチューブサクション（ＬＴＳ）は心停止傷病者に対して救急救命士が行う気道確保の方法として広く用いられている。今回我々は、院外心停止傷病者に救急救命士がＬＴＳを挿入し、司法解剖で咽頭後壁穿孔を認めた症例を経験した。【症例】９１歳男性、意識レベルが低下しているのを家族が発見し救急要請。救急隊接触時心停止状態であり、胸骨圧迫と人工呼吸が開始された。搬送中にＬＴＳが挿入され、病院のＣＴで頸部の皮下気腫とＬＴＳ先端の気管外への逸脱を認めた。司法解剖の結果、ＬＴＳは咽頭後壁を貫き甲状腺後面に達していた。【考察】ＬＴＳは盲目的に短時間で挿入できる利点がある反面、解剖学的条件や挿入経路逸脱により穿孔などの致死的合併症を来す可能性がある。本症例ではＬＴＳのサイズ選択は適切であったが、ＬＴＳ先端の形状が咽頭後壁穿孔に関与した可能性が考えられた。【結語】ＬＴＳ挿入において適切な体位管理、デバイスサイズの選択、挿入時抵抗感への注意、カプノグラフィーによる確認が不可欠である。救急医療従事者は、ＬＴＳが有用なデバイスである一方で重篤な合併症をきたし得ることを十分認識したうえで使用すべきである。

地域医療
演題番号　O3-8（E）

新型コロナウィルス感染症拡大に伴う心停止対応の通知が大阪府の高度気道確保実施と患者予後に与える影響

○一ノ瀬 佳彦[1]，南 真吾[1]
[1]岸和田市消防本部 消防署 春木分署

【目的】新型コロナウイルス感染症の流行を受け発出された提言が，院外心停止患者に対する高度気道確保の実施と患者予後に与える影響を明らかにすること．【方法】2016年から2020年に大阪府内で発生し，ORIONに登録された院外心停止患者37,010例を対象に，分割時系列解析を用いて高度気道確保の実施，自己心拍再開（ROSC），1か月生存，良好な神経学的予後に対する介入効果を推定した．【結果】高度気道確保は有意に低下した（OR 0.94; 0.88-0.99）．デバイス別解析において気管挿管は有意に低下した（OR 0.68; 0.60-0.77）が，声門上気道デバイス挿入に有意な変化は無かった（OR 1.12; 1.05-1.24）．ROSCは有意な変化は無かった（OR 0.88; 0.76-1.03）．1か月生存は有意に低下した（OR 0.82; 0.79-0.86）．良好な神経学的予後に有意な変化はなかった（OR 0.91; 0.76-1.09）．すべてのアウトカムでslopeの傾きに変化は無かった．【結語】提言は，高度気道確保の実施割合の低下に関連し，特に気管挿管の実施割合の低下に影響を与えた．

学生セッション
演題番号　O4-1（S）

大規模救急搬送データベースを用いた安全な受診抑制対象群の検討

○二宮 佐和[1]，片山 祐介[2]，清水 健太郎[2]，織田 順[2]
[1]大阪大学医学部 医学科，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

【背景】救急搬送件数の増加により救急医療資源は逼迫する一方、救急搬送患者の約５割を軽症者が占めることから救急車有料化の議論がある。一律の受診抑制策は患者予後への不利益が懸念される。本研究の目的は、地域を網羅した救急搬送患者レジストリを解析し、抑制可能な患者群を探索的に明らかにすることであった。【方法】本研究は後方視的観察研究で、2016～2023年に大阪府のORIONデータベースに登録された患者を対象とした。救急現場での緊急度と、時間帯、曜日、年齢階層、事故種別別に層別化し、初診時帰宅率および入院後死亡率を記述疫学的に検証した。【結果】研究対象は3,531,641例であった。非緊急群の入院後死亡率は、小児0.2%（49/30,124例）、成人2.7%（5,287/196,443例）であった。緊急群ではそれぞれ小児0.1%（16/13,153例）、成人2.5%（2,569/103,347例）であった。死亡理由としては、頭部外傷や脳内出血などの中枢神経疾患、悪性新生物などの末期的基礎疾患が含まれていた。【結論】非緊急群においても特定の疾患背景を有する症例で死亡が認められ、受診抑制の検討には疾患特性を踏まえた慎重な設計が必要であることが示唆された。

学生セッション
演題番号　O4-2（S）

スポーツイベント救護活動における傷病発生と使用資器材の傾向

○佐藤 あいり[1]，長友 羽美[1]，坂梨 秀地[1]，木村 龍[2]，大森 俊平[1]，井上 拓訓[2]，喜熨斗 智也[1,2,3]，田中 秀治[1,2,3]
[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]国士舘大学防災・救急救助総合研究所

【目的】スポーツイベント救護における傷病発生と使用資器材の傾向を明らかにすること。【方法】2024年4月から2025年3月までに実施されたスポーツイベントにて対応した救護記録データを用いた記述研究である。イベント種別、傷病分類、使用資器材等の項目を抽出し、集計・解析を行った。【結果】対象となった大会は計22大会であり(マラソン n=15[68.2%], トレイルラン n=5 [22.7%], サッカー n=3[13.6%])、対応件数は計534件であった (マラソン n=446 [83.5%], トレイルラン n=66 [12.4%], サッカー n=22 [4.1%])。マラソンでは筋痙攣への対応(n=159[35.7%])および経口補水液の使用(n=119[%])が多かった。トレイルランでは外傷の対応およびガーゼの使用が多く(外傷; n=51 [77.3%], ガーゼ; n=21[34.4%])、サッカーにおいても外傷の対応およびガーゼの使用が多く見られた(外傷; n=20 [90.9%], ガーゼ; n=7 [36.8%])。【結語】救護記録データの分析により、スポーツイベント種別によって傷病発生および使用資器材の傾向が異なることが示された。本結果は、イベント特性に応じた救護体制および資器材配置の最適化に資する基礎資料となる可能性がある。

学生セッション
演題番号　O4-3（S）

一般市民における心肺蘇生法に対する動機づけと実施意思の関連に関する研究

○内藤 翼[1]，守岡 大吾[1]，福井 建皓[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

【目的】高校生を対象とした心肺蘇生法（CPR）講習会の前後におけるCPRに対する動機づけおよび実施意思の変化を検討することを目的とした。【方法】2025年9月9日に実施された高校生対象のCPR講習会において質問紙調査を実施した。講習前後に、CPRに対する動機づけ尺度（CPRMS）および計画行動理論（TPB）に基づく尺度を日本語版・一般市民向けに整えた5件法により測定した。中央値（Q1-Q3）を算出し、Wilcoxon符号付順位検定により前後比較を行い、効果量rを算出した。【結果】109名中80名を解析対象とした。CPRMS総得点および多くの下位尺度において講習後に有意な上昇を認め、大きな効果量を示した（p<0.001，r=0.70-0.73）。TPBでは主観的規範、行動制御感（自己効力感）、実施意思において大きな効果量を示した（p<0.001，r=0.70-0.75）。一方、態度の変化は統計的には有意であったものの、効果量は小さかった（r=0.25）。【結語】本講習により高校生のCPRに対する動機づけおよび実施意思の向上が示された。特に、自己効力感および主観的規範の向上が実施意思の増強に関与している可能性が示唆された。

学生セッション
演題番号　O4-4（S）

病院内移動中のストレッチャーの高さの違いが胸骨圧迫の質にどのような影響を及ぼすか

○宮本 理子[1]，綾田 亮[2]，徳重 結珠[1]，井上 智顕[2]，藤田 基[3]，鶴田 良介[3]
[1]山口大学医学部 医学科，[2]山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター，[3]山口大学大学院医学系研究科 救急医学講座

【目的】移動中のストレッチャーの高さの違いが胸骨圧迫の質に及ぼす影響を明らかにする。【方法】CPRマネキンを用いた前向きランダム化クロスオーバー研究を実施した。ストレッチャー(GTストレッチャー、松永製作所)を３つの高さ(66cm:低，86cｍ:中，105cm:高)に設定し、移動中に各1分間の胸骨圧迫を行った。主要評価項目はLaerdal CPR score、副次的評価項目は胸骨圧迫の圧迫深度、適切な圧迫深度率、圧迫テンポ、適切な圧迫テンポ率、圧迫解除率、Borg rating of perceived exertion(RPE)、脈拍数とした。【結果】研究対象者は山口大学医学部附属病院の医師、看護師合わせて24名(34±5.1歳)であった。Laerdal CPR scoreは低条件で高値であった(高2.00[0.00-6.25]%、中31.50[5.25-54.00]%、低84.00[40.25-96.25]%)。圧迫深度は高さの低下に伴い有意に増加しすべての条件で経時的に圧迫深度は減少した。適切なテンポ率は低条件が高条件より有意に高かった。低条件でBorg RPEが低かった。【結論】移動するストレッチャーを66cmとすることで胸骨圧迫の質が向上した。短時間の搬送でもストレッチャーを適切な高さへ調整し、より短い間隔で実施者を交代することが重要である。

学生セッション
演題番号　O4-5（S）

真夏での海浜実習におけるCPR実習体験からの学生認識

○惣田 碧[1]，鈴木 陽和[1]，三橋 正典[1,2]，糟谷 一心[1,2]，小玉 響平[1,2]，宮永 彩加[1]，藤本 賢司[1]，鈴木 健介[1,3]，小川 理郎[4]，増野 智彦[1,3]
[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 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，[4]学校法人日本体育大学 危機管理

【背景】当学科の学生は、最初に仲間との協調性、社会性、利他精神などを養うため、入学後の夏にCPR講習も兼ねた海浜実習を行っている。2025年度から新プログラムを導入した。【目的・方法】砂浜でのCPRの習得状況を検証するため、1年生82名を対象に自由記載アンケートから質的分析を行った。【結果】学生の99％が満足な実習と回答し、CPRの実施では、猛暑下で、フラットでない砂浜に両膝をついて沈み込む様な不安定状況での胸骨圧迫とそれに伴う除細動パッド装着の困難性、十分にお互いのコンタクトがとれず、また救助地点とかけ離れた場所での救護活動の難しさ、明確な指示が出せずにチームの連携の困難さも回答した。【考察と結語】暑熱の砂浜での未体験のストレス環境下での胸骨圧迫の難しさと適切にCPRを維持する大変さを体感した。良好な身体活動とチームワークが最重要であることも学習した。講義では得られない実際の現場環境に適応した対応力と実践的な手技の方法が理解でき、さらなる学習意欲への向上につながった。今まで学習してきた蘇生理論と実践の乖離を再認識した。現場の状況に応じた対応能力を醸成する上で極めて有効であった。

学生セッション
演題番号　O4-6（S）

ECPRとその後の治療における予後関連因子の検討―単施設後ろ向き研究―

○野々部 駿人[1]，清水 健太郎[2]，蛯原 健[2]，中尾 俊一郎[2]，入澤 太郎[2]，織田 順[2]
[1]大阪大学医学部 医学科，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター

【背景】院外心停止に対するECPRにおける、転帰と相関する因子は十分に解明されていない。【目的】ECPRにおける輸液量、血液検査結果と生死の関連について検討した。【方法】2016年2月から2025年12月に搬入された院外心停止患者のうちECPRを施行した患者を対象として単施設後ろ向き研究を行った。患者背景および血液検査結果の分布と生死の関連について検討した。【結果】対象となった119例の内、男性90人(76%)、目撃あり心停止は64人(73%)であった。ECMO開始までの時間は22分（中央値）であった。28日間生存は29人(24%)、GCSでM5以上は10人(14%)であった。総輸液輸血量は、第2病日が4628ml（中央値）と最も多く、その後減少した。来院時血液検査は、全体の中央値でLDH416U/ml、リン8.5 mg/dL、FDP37.5 μg/mL、乳酸値134mg/dLであり、各々の因子は死亡群で有意に高値であった。また来院時の血液ガス検査より、pHは全体の中央値で6.9であり、死亡群では有意に低値であった。【結論】ECPR後の予後には来院時の凝固線溶異常と逸脱酵素などが相関していた。今後は病態に基づく治療戦略の研究が期待される。

学生セッション
演題番号　O4-7（S）

通信指令員による口頭指導下におけるバイスタンダーCPR実施の関連要因の検討

○大畑 沙椰[1]，福井 建皓[1]，守岡 大吾[1]，村上 龍[2]，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

【目的】通信指令員による口頭指導は、バイスタンダーの心肺蘇生法(BCPR)は、生存率向上に寄与するが、必ずしも実施されるとは限らない。口頭指導によるBCPR実施に関連する要因を調査し、バイスタンダーCPRが実施されない要因について検討することを目的とした。【方法】2015～2023年に全国ウツタイン統計および搬送人員データに登録された口頭指導が実施された目撃あり心原性OHCA（99歳以下）を対象として、多変量ロジスティック回帰分析を実施した。目的変数をBCPRの有無として発生場所やバイスタンダー種別とのAORおよび95%CIを算出した。【結果】123,747件が解析対象となり、うち92,913件(75.1%)においてBCPRが実施された。口頭指導によるBCPRについて公共の場と比較した医療施設、職場および福祉施設では正の関連が見られた(p<0.001)。反対に自宅や道路での発生や、通行人と比較した家族によるバイスタンダーでは、負の関連が見られた(p<0.001)。【結論】BCPRの実施には、発生場所やおバイスタンダー種別などが関連していた。口頭指導によるBCPRの実施率向上のためには、背景状況に即した対応が必要である。

学生セッション
演題番号　O4-8（S）

ADDEIモデルを用い受講者のニーズに沿ったオーダーメイド型救急救命講習の実施と検討

○澤 亮志[1]，黒﨑 久訓[1]，野口 佐弥香[1]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科

【目的】本研究では、ADDEIモデルを用いた救急救命講習を実施し、受講者の満足度などを検討することを目的とした。【方法】小学校、中学校、高齢者施設の職員を対象とし、事前インタビューを行い救急救命講習に対するニーズを調査した。それをもとにADDEIモデルを用いて救急救命講習をデザインし実施した。救急救命講習実施後、講習内容の満足度等を調査する事後アンケートを実施し、講習内容を振り返った。【結果】救急救命講習は小学校・中学校・高齢者施設で計３回実施し、受講者は小学校教員１４名、中学校教員５名、高齢者施設職員１０名であった。全施設において、一般的講習会よりニーズに合った講習会の方が関心度が高いと全員が回答し、その理由に「ライフスタイルに特化した内容であった」「講習会の内容が実際に役に立った実感があった」などの意見が挙げられた。【結論】今回の取り組みにより、受講者のニーズを反映したオーダーメイド型救急救命講習は、受講者の満足度や関心が高く有用な講習会実施方法である可能性がある。

内因性　脳神経
演題番号　O5-1（E）

痙攣重積症例に対する救急活動の一例について

○杉澤 一茂[1]
[1]東京消防庁西新井消防署 警防課救急係

はじめに：痙攣は様々な原因により発症する救急現場で目にする機会が多い症状のひとつであり長く続いた場合に脳へ与える影響は不可逆的で心停止に陥ることもあり緊急性が高い。本症例では傷病者の基礎疾患と病院の分布状況から抗痙攣薬の早期投与に資する病院選定を行い直近二次病院で抗痙攣薬を投与し三次病院へ転送した活動について考察し今後のより良い救急活動に寄与することを目的に報告する。症例：てんかん既往の２０代男性が令和７年６月某日１７時過ぎに自宅で痙攣を発症。約３０分間痙攣を断続的に繰り返すため母親が救急要請。判断と転機：てんかん重積発作と判断。病態と病院分布状況から救急隊指導医へ助言要請を行い早期抗痙攣薬投与可能な直近二次病院を選定し二次搬送。痙攣鎮静後に三次へ転送。翌日独歩で退院。結語：本症例では痙攣重積＝三次対応とせずに病態予測や病院分布状況から医師の助言のもと抗痙攣薬早期投与を主眼とした病院選定を行い痙攣の早期鎮静に至った。てんかん発作による痙攣重積を判断するために誘発因子が判断の手がかりになると考える。また、救急現場において的確な情報収集と積極的な医師との連携が救命に繋がると実感した。

内因性　脳神経
演題番号　O5-2（D）

ステロイドで脳静脈洞血栓症を発症したトロンボポエチン受容体作動薬内服中の特発性血小板減少性紫斑病

○松村 晃希[1]，岡野 雄一[1]，加藤 陽一[1]，奥本 克己[1]
[1]熊本赤十字病院 救急科

【目的】トロンボポエチン受容体作動薬(TPO-RA)使用中の特発性血小板減少性紫斑病(ITP)患者において、他疾患へのステロイド投与が脳静脈洞血栓症(CVT)を誘発したと考えられる一例を経験したため報告する。【症例】33歳女性。ITPに対し4ヶ月前からTPO-RAを使用していた。来院3日前に突発性難聴に対してステロイドが開始された。来院2日前より頭痛、当日に突然の両下肢脱力と歩行障害が出現し搬送された。来院時、意識清明で四肢の運動・感覚に左右差を認めず、下肢の抗重力運動は保たれていた。しかし歩行不能であったため頭部CTを施行したところ内大脳静脈の高吸収域を認め、MRVでCVTと診断した。直近の血小板数は不明だが、来院時は43万/μLと高値であり、ステロイドによる血栓性素因の増強が疑われた。診断直後に意識障害と半側空間無視が出現し、直ちにヘパリン全身投与を開始し、高次医療機関へ転送した。【結語】TPO-RA使用中のステロイド併用は、血栓症を誘発するリスクがある。CVTは非特異的な症状を呈することがあり、ITP患者の神経症状では、血小板数に関わらず早期の画像検索が不可欠である。

内因性　脳神経
演題番号　O5-3（D）

痙攣重積で救急搬送され、最終的に自己免疫性GFAPアストロサイトパチーの診断に至った一例

○片山 健朗[1]，目黒 直仁[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

【背景】自己免疫性 GFAP アストロサイトパチーは近年報告される自己免疫性脳炎である。ステロイドに反応良好で治療可能な疾患として診断することが重要であるが、痙攣重積が主訴の報告は少ない。今回痙攣重積で救急搬送され、最終的に診断に至った症例を経験した。【臨床経過】46歳男性。受診1週間前より急性前立腺炎で抗生剤加療を開始。受診当日、痙攣重積と徐皮質硬直を認め救急搬送。来院時、痙攣重積、38℃台の発熱、項部硬直を認め、同日挿管、人工呼吸器管理とした。髄液の細胞数増多（466 個/μl）、MRIのDWI/FLAIRで両側海馬扁桃体の高信号認め、脳髄膜炎を疑いステロイドと広域抗生剤投与を開始した。痙攣発作はブリーバラセタム100mgで管理した。髄液ADA上昇、先行感染、意識障害、髄膜刺激兆候、膀胱直腸障害を認め、抗GFAP抗体関連脳脊髄炎が鑑別に挙がった。髄液検査で抗GFAP α 抗体陽性が判明し、最終的に自己免疫性GFAP アストロサイトパチーと診断した。ステロイドに良好な反応を示し、第54病日に独歩退院。【結語】痙攣重積が主訴の自己免疫性GFAP アストロサイトパチーの症例を経験した。特徴的な臨床所見から本疾患を疑い、診断することが重要である。

内因性　脳神経
演題番号　O5-4（D）

髄膜刺激徴候をみとめず皮疹が診断の契機となったVZV髄膜炎

○丸島 えり[1]，前田 敦雄[1]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，原口 剛[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院 救急集中治療科

20代女性、既往に片頭痛がある。X月初旬より持続性頭痛に発熱を伴い、前医で感冒および片頭痛増悪と診断されたが改善せず当院受診。来院時意識清明、体温36.5℃、頭痛は頭頂部中心の持続性疼痛であった。身体診察で項部硬直やJolt accentuationは陰性であり、左前胸部と腋窩（Th4領域）に集簇性水疱をみとめた。髄液検査で細胞数174/μL（単核球優位）、蛋白151 mg/dL、糖39 mg/dLをみとめ、VZV髄膜炎を疑いアシクロビルを開始した。髄液PCRでVZV DNA陽性であった。治療により速やかに改善し、第9病日に神経学的後遺症なく退院した。VZV関連中枢神経感染症は10万人当たり1.92件と低頻度で生じ高齢・免疫抑制等が危険因子とされるが、健康成人でも発症し得る。本例は既往の片頭痛と性状が異なる点に着目し、皮疹の確認から早期診断・治療介入が可能となった。頭痛・発熱の診療では髄膜刺激徴候に乏しい場合でも皮疹の有無を含む全身診察を徹底し、皮疹を伴う場合にはVZV髄膜炎を鑑別に挙げ、髄液検査および髄液PCRによる早期診断と治療介入が重要である。

内因性　脳神経
演題番号　O5-5（D）

起立性頭痛を契機に診断した特発性頭蓋内低圧症に伴う両側慢性硬膜下血腫の1例

○大鹿 美花[1]，前田 敦雄[1]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，原口 剛[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院 救急集中治療科

【背景】特発性頭蓋内低圧症（spontaneous intracranial hypotension：SIH）は起立性頭痛を主徴とし、進行すると慢性硬膜下血腫を合併しうる。【症例】35歳女性。主訴は頭痛、嘔気。既往に片頭痛。1か月前より頭痛と嘔気が出現し近医でMRIを施行されたが異常を指摘されなかった。以後も間欠的に症状が持続していた。来院日、後頭部から前頭部へ回るような非常に強い頭痛が出現し救急搬送された。来院時、立位で増悪し臥位で軽快する起立性頭痛を認めた。外傷歴はなく、明らかな神経学的異常所見は認めなかった。片頭痛発作を鑑別に挙げたが、通常より症状が強く経過も遷延していたため画像検査を施行した。頭部単純CT検査で両側慢性硬膜下血腫を認め、頭部単純MRI検査で小脳扁桃下垂を認めたことからSIHと診断した。【考察】救急外来において若年女性の頭痛に対し一律に画像検査を行う必要はないが、詳細な問診により起立性頭痛を認識することが診断の鍵となる。本疾患を鑑別に挙げた上で適切に画像検査へつなげることが重要である。【結語】片頭痛既往がある症例でも、起立性頭痛を伴う遷延・増悪例ではSIHを念頭に置き、画像評価を適切に行う必要がある。

内因性　脳神経
演題番号　O5-6（D）

妊娠中にてんかんが増悪したスタージウェーバー症候群の1例

○小島 光博[1,2]，山荷 大貴[1,2]，深見 彩音[1,2]，宮本 和幸[1,2]，佐久間 佑希[1,2]，飯島 章子[1,2]，森 ちひろ[1,2]，柿 佑樹[1,2]，北園 真子[1,2]，高安 弘美[1,2]，土肥 謙二[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

【緒言】スタージウェーバー症候群（SWS）は稀な神経皮膚症候群であり、妊娠管理に関する報告は限られている。今回、SWSに伴うてんかんの既往を有する妊娠20週の患者が、抗てんかん薬血中濃度低下によるてんかん増悪を来した症例を経験したので報告する。【症例】31歳女性、妊娠20週。既往にSWS、てんかんがありレベチラセタムを内服していた。突然の右半身しびれと意識変容を主訴に救急搬送された。来院時GCS E4V4M6、従命困難で見当違いな発語を繰り返していた。痙攣の目撃はなし。脳神経内科コンサルトし、頭部MRIを施行したが新規出血・梗塞は認めなかった。血中レベチラセタム濃度は低値であり、妊娠に伴う血中濃度低下による発作後状態と診断した。経過観察にて神経症状は改善し、レベチラセタム増量の上、第4病日に自宅退院となった。【考察】SWS患者では脳血管奇形による血行動態の脆弱性から発作後症状が遷延しやすい。妊娠中はレベチラセタムのクリアランスが約2倍に増加し、第1三半期から血中濃度低下が始まる。妊娠中のてんかん発作は母体・胎児双方にリスクを及ぼすため、SWS合併妊娠では定期的な血中濃度モニタリングと予防的用量調整が重要である。

内因性　脳神経
演題番号　O5-7（D）

整形外科疾患との鑑別を要した下肢単独脱力発症のbranch atheromatous diseaseの一例

○黒田 知暉[1]，前田 敦雄[1]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，原口 剛[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院 救急集中治療科

【症例】67歳男性。来院前日朝より右下肢脱力を自覚し一旦軽快した。来院日、長時間座位後の起立で右下肢脱力が再燃し救急外来を受診。既往は頚椎症（右上肢感覚異常）、未治療の脂質異常症。来院時は自立歩行可能で、明らかな神経学的異常所見を認めなかった。脊柱管狭窄症や体位依存性の神経根障害を鑑別に挙げたが、動脈硬化因子があり頭部MRI検査を施行。左基底核から放線冠にかけて急性期梗塞を認め、branch atheromatous disease（BAD）と診断し入院加療とした。アルガトロバンを第7病日まで、以後クロピドグレルを投与し、第16病日に自宅退院した。【考察】脳卒中患者のうち下肢単独の純粋運動性単麻痺のみが認められるのは1%未満と稀であり、本症例のように神経学的異常所見に乏しく、症状が改善・再燃する場合は末梢・脊椎由来と判断しやすい。一方、基底核～放線冠などの脳梗塞でも下肢優位の純粋運動麻痺を呈し得る。危険因子を踏まえて頭部MRIを選択したことで急性期梗塞を同定し、BADの診断に至った。【結語】下肢単独脱力では、脊椎疾患の既往や症状の変動があっても中枢病変を否定できず、画像による確認が診断に直結する。

内因性　脳神経
演題番号　O5-8（E）

桑員地域MC体制下における脳卒中プロトコル変更後の活動変化について～第2報～

○高井 泰宏[1]，畑田 剛[2]，服部 宗明[1]
[1]桑名市消防本部 桑名市消防署，[2]桑名市総合医療センター

【背景】桑員地域MC管内では、一次脳卒中センターが桑名市総合医療センター内に設置され、脳卒中を疑った事例では、脳卒中ホットライン(以下SHL)を使用している。【目的】脳卒中プロトコルを発動した救急隊の観察評価の精度を調査すること。【対象と方法】対象はSHLを使用した事例と最終診断名、搬送医療機関名から陽性的中率と感度を集計した。集計期間は令和7年1月から12月までのデータを令和6年の同期間と比較検証した。【結果】陽性的中率は81.2％→71.9%、感度は84.8％→83.2％と低下した。【考察】主訴（強い頭痛）からSAHを疑った事例では陽性的中率が低かった。また意識障害がみられる傷病者への神経症状の評価に課題がみられた。【結語】桑員地域MC体制下で発動された脳卒中プロトコルは、観察評価の面において運用上の課題がみられた。【今後の展望】現在、医師が行うELVOスクリーン評価後に血栓回収療法の準備開始（プロミスコールの発動）となるが、救急隊の観察精度が向上すれば直接プロミスコール発動が可能となる。まずは院内で開催されるストロークカンファレンスなど事後検証体制をより強固にし、再教育を進めていく。

臨床検査
演題番号　O6-1（R）

PCD-CTとEID-CTのFlash Spiral撮影におけるオフセンター解像特性の比較

○崎山 寛大[1]，片山 拓人[1]，會田 直史[1]
[1]東海大学医学部付属病院 診療技術部 放射線技術科

【背景】外傷全身CT撮影では、上肢挙上困難や体位制限により、肩や肘などがガントリ中心から外れる場面がある。また息止め困難や不随意運動によりモーションが問題となるが、これに対して2管球CTの高速撮影モードであるFlash Spiral（以下FS）は有用である。一方、FSでは空間分解能低下が懸念され、特にオフセンターで顕著とされる。近年臨床導入されたPCD-CTは従来のEID-CTより高い空間分解能が期待される。【目的】FSにおけるオフセンター条件下の空間分解能をPCD-CTとEID-CTで比較する。【方法】PCD-CT（NAEOTOM Alpha）およびEID-CT（SOMATOM Force）でワイヤーファントムをFS（Pitch 2.0）にて撮影した。ファントムをガントリ中心および中心から5、10、15cmの位置に配置し、それぞれ撮影した。取得画像からMTFを算出し、空間分解能を比較評価した。【結果】オフセンター距離の増加に伴い空間分解能は低下したが、その低下はPCD-CTで小さく、EID-CTに比べオフセンターでの解像特性が保たれる傾向を示し、FSの有用性が示唆された。

臨床検査
演題番号　O6-2（R）

外傷全身CTにおける上肢下垂位の最適化
— 上肢配置の違いが画像ノイズと被ばく線量に与える影響 —

○藤村 一郎[1,2]，梅木 拓哉[1]，西池 成章[1,2]
[1]りんくう総合医療センター 診療支援局 放射線部門，[2]大阪物療大学 保健医療学部

【目的】外傷全身CTにおける上肢下垂位では，上肢配置により画像ノイズおよび被ばく線量が変化する。本研究は各上肢配置が画質と線量に与える影響を物理的に検証し，最適配置を明らかにすることを目的とした。【方法】CT撮影用全身ファントムを用い，①両上肢体側配置，②両上肢前方配置，③両上肢前方浮上配置（タオル介在），④両上肢体幹下配置の4条件で撮影した。CT automatic exposure control（SD10）を使用し，SD平均値を画質指標とした。線量指標としてCTDIvolを用い，画質線量効率の指標としてFigure of Merit（FOM = 1 /（SD^2 × CTDIvol））を算出し順位比較を行った。【結果】SDは③が最も低値で，次いで④，②，①の順であった。線量は①が最も低値で，②，③・④の順であった。FOMによる総合評価では③が最も高く，次いで④，②，①の順であった。【結論】上肢下垂位においては，両上肢前方浮上配置が画質と被ばくの両面から最も効率的である可能性が示唆された。上肢配置は画質と線量を統合的に評価した上で最適化することが重要である。

臨床検査
演題番号　O6-3（R）

外傷全身CT検査における防護板設置と散乱線分布評価に基づく医療従事者被ばく低減への取り組み

○小宅 海人[1]，鈴木 千晶[1]，鈴木 涼亮[1]
[1]社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院三方原病院 画像診断部

【目的】本研究は，救急CT撮影時における室内散乱線分布を把握し，天吊り型防護板の設置による室内散乱線量低減効果をファントム検証および臨床条件で評価し，実際の運用を含めた被ばく低減対策を検討した．【方法】人体ファントムを用い，外傷全身CT条件でOSL線量計を室内に設置して，防護板の有無による散乱線分布を作成した．さらに臨床条件下で防護板内側に医師が立会い，防護眼鏡を着用したうえで防護板と防護眼鏡の内側と外側の散乱線を測定した．【結果】防護板の設置により，設置側の室内散乱線量は最大97%の線量低減が確認された．一方，防護板設置の反対側は，相対的に散乱線分布のシフトによる線量増加が認められ，立ち位置により散乱線量に差が生じることが確認できた．【考察】天吊り型防護板の設置は，医療従事者の水晶体被ばく防護に有効であることが示された．しかしながら，複数人立会い時には防護板の使用が困難な場合もあり，低線量側への集約や距離確保など室内における立ち位置の配慮が必要である．そのため，防護眼鏡の着用も含めた総合的な防護策と，散乱線分布の共有による意識向上が，救急現場における実践的な被ばく低減につながると考えられる．

臨床検査
演題番号　O6-4（R）

外傷全身CTにおける頭部2相撮影による頭蓋内血管外漏出像の検出

○今城 健吾[1]，齋坂 雄一[2]
[1]高知医療センター 放射線技術部，[2]高知医療センター救命救急科

[背景]外傷性頭蓋内出血において、頭部造影CTで認められる血管外漏出像は血腫増大を含む不良転帰との関連が報告されている。また、後期相を追加した2相撮影により検出能が向上するとされている。しかし、これらは主に頭部単独外傷や頭部CTAを対象とした報告であり、外傷全身CTでの検討は限られている。［目的］外傷全身CTにおいて、頭蓋内血管外漏出像と血腫増大との関連性、ならびに造影2相撮影による検出能を評価する。[方法]2017～2024年に撮影された外傷全身CTのうち、頭蓋内出血範囲を含む造影2相撮影症例を対象とした。血管外漏出像と血腫増大の関連を評価し、さらに早期相検出群と後期相検出群に分類して後方視的に検討した［結果］保存治療例における血腫増大は、血管外漏出像あり73% 、なし26%であった（p = 0.014）。血管外漏出像を認めた症例のうち、後期相のみで検出された割合は41%であった。［結語］外傷全身CTにおいても血管外漏出像と血腫増大との関連が示唆された。早期相で十分な造影効果が得られながらも、後期相でのみ血管外漏出像が検出される症例が存在し、後期相撮影が頭蓋内血管外漏出像評価を補完し得る可能性が示唆された。

臨床検査
演題番号　O6-5（R）

小児外傷患者に対するスプリットボーラス注入法を用いた造影CT検査の取り組み

○阿部 圭吾[1]，高倉 永治[1]，宅間 洸士郎[1]，大井 工[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・目的】複数回に分けて造影剤を注入するスプリットボーラス注入法は多時相を同時に描出することができるため、撮影回数を減らすことで被ばく線量の低減が期待できる。外傷造影CT検査では多時相撮影が一般的であり、被ばく線量が高い傾向にあるが、小児患者では被ばくへの考慮が求められ、撮影の最適化が難しい。今回、スプリットボーラス注入法を用いて小児外傷造影CT検査を行ったので報告する。【方法】2023年1月～2025年12月の期間で小児外傷患者に対する造影CT検査23例(スプリットボーラス撮影：6例と多時相撮影：17例)を対象とした。診療放射線技師、放射線科医による視覚評価および定量評価として脈管、実質臓器のCT値の測定を行った。また、撮影時のDLPを比較した。【結果・結論】スプリットボーラス注入法を用いた小児外傷造影CT検査は脈管、実質臓器を同時に描出し、撮影回数を減らすことで被ばく低減が可能であった。しかし、従来法とは異なり動脈相と静脈相、実質相が一つの画像となるため臨床医、読影医とのコンセンサスが必要である。また、総ヨード量や休止時間等の注入方法は更なる検討が求められる。

臨床検査
演題番号　O6-6（R）

多施設医療グループにおけるSTAT画像所見学習システムの構築

○江藤 貴樹[1,2]
[1]JA愛知厚生連足助病院 診療協同部診療放射線室，[2]JA愛知厚生連診療放射線技師会

【背景】JA愛知厚生連には診療放射線技師が約230名所属し、三次救急医療機関から健診センターまで医療機能が異なる施設に従事している。このため、技師間で経験やスキルに差が生じやすく、特に三次救急指定ではない施設ではSTAT画像所見を経験する機会が限られている。近年は人事異動により、これまで救急対応経験の少なかった技師が救急撮影に従事する例もみられ、STAT画像所見を捉える能力の標準化が課題となっている。【方法】クラウド型PACSを用い、実臨床のSTAT画像所見を施設横断的に共有・学習可能なシステムを構築した。画像所見に加えて実際の臨床情報を付加することで、臨床推論に基づき鑑別疾患を想起する学習が可能な構成とした。【結果・考察】本システムにより、施設や経験年数に依存しないSTAT画像所見学習が可能となった。また、臨床推論の過程からSTAT画像所見を見つけるという思考ロジックの定着が期待された。今後は医師の協力のもと内容の充実を図り、研修医教育にも活用可能な学習コンテンツへ発展させていく。【結語】本学習システムは、多施設体制の医療グループにおけるSTAT画像所見の学習に有用であることが示唆された。

臨床検査
演題番号　O6-7（R）

診療放射線技師の救急外来常駐体制が外傷初期診療へ与える影響

○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 放射線技術科

【背景・目的】当院では2022年度より平日日勤帯に診療放射線技師が救急外来へ常駐し、初期研修医への超音波支援及び画像検査調整を行っている。本体制が外傷初期診療へ与える影響を検討する。【方法】2017年9月～2021年3月（常駐前）と2022年4月～2025年3月（常駐後）に、高エネルギー外傷で搬送されFAST及び外傷全身CTを施行した73症例（常駐前）、58症例（常駐後）の計131症例を対象とした。病着時間を起点として①FAST終了までの時間、②CT撮影開始までの時間を両群で比較し、GCS別に解析した。さらに②が45分を超過した症例の要因を分析した。【結果】①②いずれも常駐後で有意に短縮した（$p < 0.05$）。GCS≦8の重症例では②のみ有意に短縮した。超過の要因は感染対策、妊娠反応検査結果待ち、患者状態悪化及び予約検査・別の救急検査対応であり、常駐前後で13.7%（10件）から8.6%（5件）に減少した。【考察】診療放射線技師が現場の状況把握を行い、超音波支援及び緊急度に応じた画像検査調整を担うことで、外傷初期診療の迅速化が図られた。救急外来常駐体制は診療の質向上に有用であると考える。

臨床検査
演題番号　O6-8（R）

時間外緊急血管撮影における技師間対応差を解消する取り組み
—集約ワゴン導入の効果—

○大澤 伸恕[1]，山口 聖和[1]
[1]JCHO中京病院 放射線部

【背景】当院は愛知県重症外傷センターに認定され、救急科における血管撮影件数は増加している。しかし時間外（夜間・休日）に緊急血管撮影へ専門的に対応できる技師は限られており、当直技師が対応しているのが現状である。そのため不慣れな技師も多く診療材料や薬品の把握不足により準備に時間を要するなど、技師間で対応に差が生じていた。【目的】時間外緊急血管撮影に必要な診療材料・薬品を整理・可視化し、当直技師でも円滑に対応できる体制を構築することで、技師間の対応差を解消すること。【方法】① 技師に対し入室から退出までの過程で不安・困難を感じる点を聴取し問題点を抽出した。② 救急科医師からも運用上の問題点および改善点を聴取した。③ 必要な診療材料・薬品を洗い出し、写真撮影および名称明示を行い、ラミネート化して可視化した。④ 医師の要望を踏まえ、これらを一括管理できる「集約ワゴン」として整備した。【結果】診療材料・薬品を集約し視覚的に整理したことで、当直技師でも効率的な準備が可能となった。術中の追加指示にも迅速に対応できるようになり、時間外緊急血管撮影における技師間対応差の縮小が得られた。

薬剤師
演題番号　O7-1（P）

SSRIとの薬物相互作用に着目した救急病棟薬剤師の介入によりMRSA感染症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】救急領域では多剤併用による相互作用リスクが高く、薬剤師の関与が不可欠である。今回、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)併用患者におけるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症に対し、相互作用を回避し感染症治療の最適化に寄与した1例を報告する。**【症例】**10代女性。統合失調症等でセルトラリンを服用中、高所転落により受傷。創部よりMRSAが検出されバンコマイシンを開始した。退院に向け経口リネゾリド(LZD)への変更が検討されたが、薬剤師はセロトニン症候群のリスクを指摘。代替のテジゾリドは経済的理由で不採用となった。次に維持療法としてリファンピシン(RFP)+ST合剤が挙がったが、RFPのCYP誘導によるSSRIの効果減弱と精神症状悪化を懸念し回避した。最終的に相互作用の懸念が少ないミノサイクリン(MINO)+ST合剤を提案し採用された。LZDは最小限の期間で切り上げ、外来でMINO+ST合剤による治療を完遂した。**【考察・結語】**薬物療法が複雑化しやすい救急領域において、感染症治療のみならず、併用薬との相互作用のリスクを考慮した代替案を提案する薬剤師の介入は、副作用回避と適切な薬物療法において重要である。

薬剤師
演題番号　O7-2（P）

持続的血液濾過透析施行中のバンコマイシンクリアランス評価方法の検討

○鈴木 達也[1]，保ヶ辺 雄也[1]，市川 智彬[1]，大久保 誠士[1]
[1]千葉大学医学部附属病院 薬剤部

【背景・目的】持続的血液濾過透析(CHDF)施行中のバンコマイシン(VCM)クリアランス(CL)は算出法が確立されていないため、検討を行った。【方法】対象は2013から2022年に千葉大学医学部附属病院において、CHDF施行中にヘモフィルター前後・排液VCM濃度を測定した症例とした。CLは血漿非結合型分率x浄化量を理論値とし、①ヘモフィルター前後、②①のヘマトクリット補正、③ヘモフィルター前・排液濃度を用いた算出値と比較した。相関はSpearmanのρ、一致度はBland-Altman解析(bias, 95%LoA)で評価した。【結果】86名、108点が抽出された。CL(平均± SD)は①1.58 ± 0.69、②1.15 ± 0.49、③1.14 ± 0.29 L/h、理論値とのρは①0.43、②0.42、③0.54(全てp<0.05)、bias(95%LoA)は①0.37(-0.72 - 1.46)、②-0.07(-0.85 - 0.71)、③-0.07(-0.49 - 0.35) L/hであった。【考察】CL①は後希釈による過大評価が考えられた。【結語】理論CLとの一致は③が最良であり、CL評価に有用な可能性が示唆された。

薬剤師
演題番号　O7-3（P）

インターネット購入によるトリカブト中毒の1例
～実際の販売元から購入した成分分析～

○渡辺 圭[1,2,3,4]，近藤 匡慶[1]，小原 衣未里[1]，安 武夫[2]，馬場 正樹[3]，久野 将宗[4]，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]明治薬科大学 治療評価学，[3]明治薬科大学 臨床漢方，[4]日本医科大学多摩永山病院 救命救急科

【目的】トリカブト中毒の致死量は、アコニチンとして2～6mgと報告されている。近年、インターネットを介してトリカブト製品が容易に入手可能となっている。今回、トリカブト中毒症例を実際の入手経路と同様の販売元から購入し、成分分析を行なったため報告する。【症例・トリカブト測定結果】20代、男性。2025年2月に15cm丈のトリカブト1株をインターネットで購入し、細断後にアルコールにて経口摂取した。その後、発見した家族が救急要請し、当院に搬送された。来院時は心室性不整脈が多発し、リドカイン点滴静注の投与と活性炭カラムの直接血液灌流を施行した。その後、心室性不整脈は改善し後遺症なく退院となった。判明した販売元から同一製品3株を購入し、逆相HPLC-UV法でアコニチンを定量した。アコニチン量/株量は、それぞれ22.63mg/39.7g、7.72mg/17.9g、7.67mg/18.8gであった。【考察】購入した株は2-3月の芽出し時期であるが、いずれも致死量を超えていた。開花時期では更なるアコニチン量であると想定される。インターネット購入でのトリカブト中毒は致死量相当を摂取している可能性があり、摂取用量を考慮し集中治療が可能な施設でフォローすべきである。

薬剤師
演題番号　O7-4（P）

外傷性頸髄損傷に合併したハエ症に対するイベルメクチン適応外使用の1例

○天羽 一騎[1]，松田 智行[1]
[1]近畿大学病院 薬剤部

【背景】ハエ症は外傷後の長時間野外曝露で生じうる。野外曝露を伴う外傷の救急搬送時には本症を念頭に置き、洗浄・摘出を基本としつつ、幼虫の出現が持続する場合は追加介入を検討する必要がある。本報告では日本寄生虫学会が発行している寄生虫症薬物治療の手引き改定（2020年）第10.2版を参照し、イベルメクチンの適応外使用を行った1例を報告する。【症例】60歳代男性。山中で滑落し外傷性頸髄損傷、翌日救急搬送。創部に虫卵・幼虫を多数認め、洗浄・摘出を継続したが新規出現が持続した。入室4日目よりイベルメクチン15 mg/日（5 mg×3錠）を3日間内服した。薬剤師が併用薬を踏まえCYP3A4/P-gp関連相互作用と中枢神経系有害事象を重点評価し、二次感染を考慮して術後使用中で中止予定だったセファゾリンの継続を提案した。【結果】創洗浄を継続したうえで、投与2日目以降は新規出現を認めず、中枢神経系を含む有害事象も認めなかった。【結論】野外曝露外傷ではハエ症を考慮し、基本処置を行う。出現が持続する場合は薬物療法も検討し得る。外傷性頸髄損傷患者に対する適応外使用では、薬物相互作用評価と有害事象モニタリングが重要である。

薬剤師
演題番号　O7-5（P）

ER専任薬剤師の介入による抗凝固薬拮抗薬のDoor-to-Treat Timeの短縮効果の検討

○宿谷 光則[1]，髙木 奏[1]，小林 綾子[1]，前田 幹広[1]，津久田 純平[2]，吉田 徹[2]，藤谷 茂樹[2]，坂上 逸孝[1]
[1]聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部，[2]聖マリアンナ医科大学病院 救急医学

【背景・目的】抗凝固薬服用患者の重篤な出血では、拮抗薬の迅速な投与が予後に影響する可能性が示唆されている。当院では、拮抗薬の適応から投与に至るまでのプロセスに薬剤師が関与している。今回、ER専任薬剤師が拮抗薬の投与時間に与える影響を検証した。【方法】2023年1月から2026年1月までに当院ERで経口抗凝固薬服用中の出血に関連した病態に対し拮抗薬(アンデキサネットアルファ、イダルシズマブ、乾燥濃縮人プロトロンビン複合体)を投与した患者を対象とした。専任薬剤師の介入の有無で、病着から投与までの時間(DTT)およびCT検査入室時間から投与までの時間を後方視的に比較した。【結果】対象32例、頭蓋内出血は23例であった。DTT中央値は介入なし146分(四分位範囲：105-250)に対し、介入あり87分(72-240)と有意に短縮した(p＜0.01)。また、CT検査入室-投与時間も介入なし111分に対し、あり51分であった(p＜0.01)。【結論】ER専任薬剤師の介入は経口抗凝固薬拮抗薬投与までの時間短縮に寄与することが示唆された。

薬剤師
演題番号　O7-6（P）

SGLT2阻害薬による正常血糖糖尿病ケトアシドーシス(euDKA)に対し、薬剤師の介入が早期診断に寄与した一例

○八頭司 正稔[1]，竹内 恵[1]，草葉 一友[1]，由比 元顕[2]，三好 篤[2]，三溝 慎次[3]
[1]地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 薬剤部，[2]地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 消化器外科，[3]地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 集中治療部

【症例】66歳女性、2型糖尿病（メトホルミン、イプラグリフロジン服用中）。先天性胆道拡張症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術＋肝外胆管切除術＋胆道再建術が行われた。術後7日目（POD7）に食事と内服が再開されたが、POD11に嘔吐出現し胃排出遅延の診断で絶食管理となった。POD14に嘔吐・過換気・見当識障害を認め、血液ガスでpH 6.89、BE -29.6mmol/L、HCO3- 2.3mEq/Lと著明なアシドーシスを認めICU入室となった。【経過と介入】入室時血糖値は274mg/dLと軽度上昇に留まり、当初はメトホルミンによる乳酸アシドーシスが疑われた。しかし、薬剤師は乳酸値の上昇を伴わない代謝性アシドーシスと絶食環境に着目。SGLT2阻害薬によるeuDKAを疑い、尿中ケトン体測定を提案した。その結果、尿中ケトン体4+を認めeuDKAと診断。速やかにインスリン療法と急性血液浄化療法が開始され、POD18に全身状態改善しICUを退出した。【考察・結論】SGLT2阻害薬服用下での絶食や侵襲はeuDKAのリスクとなる。薬剤師が薬剤特性と周術期病態を統合的に評価し、検査を提言したことが早期診断に繋がった。SGLT2阻害薬関連DKAの早期発見には、薬剤師による継続的な薬学的介入が重要である。

薬剤師
演題番号　O7-7（P）

ER薬剤師介入及び在庫導入によるアンデキサネットアルファ投与開始時間への影響

○成田 拓弥[1]，齋藤 靖弘[1]
[1]札幌東徳洲会病院 薬剤部

【目的】直接作用型経口抗凝固薬（DOAC）関連出血に対するアンデキサネットアルファ投与では迅速な投与開始が重要である。本研究ではER薬剤師介入および院内在庫導入が投与決定から投与開始までの時間（Decision-to-Needle Time：DTN）に与える影響を検討した。【方法】2023年1月から2024年12月に当院で投与された19例を対象とし，ER薬剤師介入群（A群）12例と調剤室薬剤師対応群（B群）7例に分類した。主解析として院内在庫導入後のDTNを比較した。DTNは中央値（四分位範囲）で示し，Mann-Whitney U検定を用いた。【結果】在庫導入後のDTN中央値はA群20.0分（17.0-43.0），B群87.0分（81.0-167.0）であり，A群で有意に短縮していた（p = 0.008）。【結論】ER薬剤師介入および院内在庫体制はDTN短縮に関連しており，迅速な拮抗薬投与体制の構築に有用である可能性が示唆された。

薬剤師
演題番号　O7-8（P）

薬剤師による救急病棟入院患者に対する24時間体制の服薬歴確認の有用性

○岩内 大佑[1]
[1]医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院 薬剤部

【背景】救急外来から入院する患者では、入院前後で処方内容の不一致が生じやすい。2025年6月より当院薬剤師が救急外来から救急病棟へ入院する患者の服薬歴確認を24時間体制で実施している。今回、導入効果を評価した。【方法】対象は救急病棟へ入院した成人患者。調査期間は2024年7月～12月（介入前）、2025年7月～12月（介入後）。カルテ後方視的に、年齢、性別、診療科、入院中の手術の有無、入院後24時間以内の服薬歴確認患者数・薬剤数、服薬歴に関連した処方提案件数・内容（薬剤再開、用法・用量、不要な薬剤の中止、患者状態による調整、薬剤名の誤り、重複など）などの項目を調査した。【結果】介入前後で対象患者は1,107人、1,130人。入院後24時間以内に服薬歴確認を実施した患者は32.2%、50.8%、服薬歴に関連した処方提案を行った患者は3.8%、6.7%と介入後に増加した。内容も全項目で増加し、特に薬剤再開は11件から22件、用法・用量は12件から21件と増えた。【考察】薬剤師による救急病棟入院患者への24時間体制の服薬歴確認は、服薬歴薬剤の再開漏れや院内処方切替時の用法・用量の誤りなどを防ぎ、薬物療法の適正化に繋がる可能性が示唆された。

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-1（E）

病院前情報から敗血症性ショックを疑うための探索的検討

○小笠原 崇将[1,3]，加藤 聡一郎[2]，海田 賢彦[2]，山口 芳裕[2]
[1]東京消防庁 救急部 救急管理課，[2]杏林大学医学部救急医学，[3]杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター

【背景】救急救命士は、増悪する可能性が高い15歳以上のショックに対して心肺停止前の静脈路確保および輸液を実施できる。しかし、情報が少ない病院前で敗血症性ショックと判断し輸液が施行される例は少ない印象である。【目的】病院到着後に敗血症性ショックと診断された症例から病院前情報を収集し、敗血症に関連した所見の特徴を把握する。【方法】2015年から10年間に杏林大学医学部付属病院高度救命救急センターへ搬送された敗血症性ショック474例のうち、心肺停止症例などを除いた267例を後方視的に解析した。Sepsis-3の診断フローに沿って、病院前で評価可能な項目とその感度を検討した。【結果】敗血症を疑う基準であるquick Sequential Organ Failure Assessment(qSOFA)≧2を満たした症例は240例(90％)、うち敗血症の判断基準であるSOFA≧2を平均動脈圧とGlasgow Coma Scale (GCS)で満たした症例は187例(78％)だった。【結論】敗血症性ショックの症例では、病院前情報からqSOFAとSOFAスコアを評価すると比較的高い感度が得られた。今後は非敗血症性ショック群との比較等を通じた更なる検討が必要である。

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-2（D）

寒冷地での都市型捜索救助現場における加温輸液方法の検討

○城川 雅光[1]，坂本 良子[2]，浅井 洋二[3]，中島 幹男[4]
[1]都立広尾病院 総合救急診療科，[2]順天堂大学練馬病院，[3]東京消防庁，[4]都立広尾病院救命救急センター

【背景】寒冷地では,要救助者に投与される冷たい輸液が,患者予後に影響を与える可能性がある.【目的】救助現場で利用可能な,電池以外の電源を要さない資源を用いて,外気温4℃の環境で輸液回路先端温度を35～42℃に保つ加温輸液が可能かを検討した.【方法】 生体非使用の実験的研究を行った.(実験１)使い捨てカイロ,電池式電熱加温バッグ,２車種の車両のデフロスター(曇り止め）を用いて,輸液製剤を加温し,輸液温を記録した.(実験2)輸液製剤を加温し,40℃から55℃まで４段階で,非接触温度計で輸液バッグ外部を計測した温度と比較した.加温前後で、外観、電解質,乳酸を比較した.(実験3)ポンピング及び自由滴下で輸液製剤や輸液回路の加温条件を変えた21群で回路先端の最高温度と終了時温度の平均温度を記録した.【結果】(実験1)デフロスターで最大56.1℃まで加温できた.(実験2) 外部計測と輸液温の差は中央値で最大2.2℃であった.加熱前後で成分に顕著な変化はなかった.(実験3)自由滴下では輸液バッグの輸液温を55℃,ポンピング投与では45℃に加温した8群で目標輸液先端温を達成できた.【結論】条件を調整すれば,有効な加温輸液が可能だと考えられた.

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-3（E）

救急車出動途上ヒヤリハット事例における環境条件と事故発生の検討

○髙橋 健[1]，須賀 涼太郎[1]，中江 竜太[1]，古正 凪沙[1]，高山 航[1]，峯 隼太[2]，清水 大介[2]，横堀 将司[1,2]
[1]日本医科大学付属病院 救命救急科，[2]東京消防庁

【背景】救急車の出動途上では事故や重大なヒヤリハットが発生し得るが、運行環境との関連は十分に検証されていない。【方法】総務省消防庁ヒヤリハットデータベースから出動途上の緊急走行事例を抽出した。天候と時刻を組み合わせ、日中(6-17時)かつ晴天を良環境群、それ以外および夜間(18-5時）を悪環境群とした。アウトカムは事故または重大インシデント（有害事象）とし、リスク差（RD）と95％信頼区間を算出した。【結果】119件中55％が悪環境群で、夜間が最多であった。年齢中央値38歳、勤務年数12年で、階級は概ね均等であった。悪環境群は良環境群より有害事象発生率が高かった（58.5％ vs. 38.9％、RD19.6％、95％ CI2.3-35.9）。【結語】悪環境、特に夜間で有害事象が多く、時間帯に応じた安全対策の強化が重要である。

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-4（E）

救急救命士の処置範囲拡大実証事業介入期間中、訪日外客に自己注射が可能なアドレナリン製剤を投与した一例

○櫛引 健史[1]，青木 勇太[1]，中島 和輝[1]，足谷 直紀[1]
[1]東京消防庁救急部 救急指導課

【はじめに】令和７年１０月からアナフィラキシー傷病者に対し、救急車に積載した自己注射が可能なアドレナリン製剤（エピペン®）を投与する実証事業に参画した。事業介入期間中、当庁で扱った４例のうち、訪日外客に対して投与を実施した一例を報告する。【症例】２０代の男性。飲食店で担々麺を食べた後に呼吸困難を発症し、救急要請（ＰＡ連携出場）。到着時、傷病者は路上に坐位で、日本語での会話が不能であった。英会話可能な先着消防隊員が「ナッツアレルギーがあるが薬の処方はない。」との情報を聴取していた。「観察結果」呼吸困難と血圧低値等を認め、投与症例に該当。救急隊は、処置や医療機関選定について多言語音声翻訳アプリを活用し説明、その他必要な情報は消防隊員が聴取し、実証事業対応指示医へ指示要請後、薬剤投与を実施した。投与後、血圧上昇及び呼吸状態の改善を認め、容態悪化なく医師に引継いだ。【結語】本事案は、日本語での会話が困難な中、翻訳アプリ等を活用し、早期に現病歴聴取や病態把握を行った結果、速やかな薬剤投与に繋がった。今後、特定行為に係る説明と同意において、外国語対応についても検討する必要性を感じたため報告する。

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-5（E）

救急支援システム「smart119」を活用したドクターカー要請時情報共有

○腹子 歩夢[1,3]，橋本 克彦[2]，石田 時也[1]，松本 亮[1]，松崎 佳小里[1]，野口 悟[4]，森田 昌之[4]
[1]太田西ノ内病院 救命救急センター，[2]名古屋大学附属病院 救急集中治療科 / 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター，[3]総合南東北病院 救命救急科，[4]郡山地方広域消防組合

【はじめに】当施設を管轄する郡山地方広域消防組合では、令和8年1月に福島県内で初めて救急支援情報システム「smart119」を導入した。本システムにより、救急隊側ではOCRを用いた救急活動記録や書類作成の効率化が図られ、医療機関側では画像・動画および患者情報をデータで共有することで、口頭伝達による誤認を防ぎ、円滑な患者受け入れが可能となった。今回、ドクターカー要請時の情報共有に本システムを応用した取り組みについて報告する。【実践】救急支援情報システム導入前は、ドクターカー要請時に年齢、性別、要請内容、出動先などの情報を通信指令課から口頭で聴取し、出動していた。特に出動先住所の聴取後に出動準備を行う必要があり、情報伝達および出動までに時間を要していた。導入後は、ドクターカー専用のアカウントを作成し、要請時に必要な項目をデータとしてドクターカーへ伝送する運用とした。これにより、正確かつ迅速な情報共有が可能となった。【まとめ】救急支援情報システムを応用的に活用することで、ドクターカー要請時の情報共有の正確性と迅速性が向上した。導入に必要な費用はデータ受信用機器の購入に限られ、導入の障壁は低いと考えられた。

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-6（D）

ドクターヘリによる緊急外来搬送が救命に寄与した心タンポナーデの1例と当県における搬送症例の検討

○水野 雄太[1]，越後谷 雅一[1]，金畑 圭太[1]，藤塚 健次[1]，中村 光伸[1]
[1]前橋赤十字病院 集中治療科・救急科

【背景】緊急外来搬送とはドクターヘリ（以下DH）要請後，一時的に直近病院に収容された傷病者を他の病院へ搬送する出動方式である．今回，緊急外来搬送が救命に寄与した心タンポナーデの1例を経験したため報告する．【症例】60歳代，男性．胸痛と意識消失によりDH覚知要請となった．ショック状態であり，敷地内ヘリポートがランデブーポイント（以下RP）である病院へ収容した．超音波検査で心タンポナーデと診断し，心嚢ドレナージにて閉塞性ショック解除後，心臓外科手術が可能な病院へDHで搬送した．搬送先でバルサルバ洞動脈瘤破裂に対し緊急手術が施行され，独歩退院となった．【考察】傷病者を一時的に病院収容することで，救急車内より処置や検査が行いやすい環境になるだけでなく，物品やマンパワーの確保も可能になる．本症例では超音波検査による確定診断およびドレナージキットでの処置により安定化した状態で搬送が可能となった．当県では病院敷地内ヘリポートがRPと指定された場合に緊急外来搬送が選択肢となる．これにより地域での完結や適切な搬送先選定につながるが，地域の医療機関との連携やDH事業への理解が不可欠である．

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-7（D）

UndertriageによりTrauma Team Activation（TTA）宣言が遅延した銃創の1例

○土屋 翔平[1]，萩原 一樹[1,2]，池田 督司[1]，柳沢 政彦[1]，宮﨑 善史[1,2]，岩瀬 史明[1,2]
[1]山梨県立中央病院 救急科，[2]日本医科大学 救急医学教室

【背景】銃創では銃弾が体内で複雑に移動し、体表所見からは予測困難な深部損傷により短時間で致命的な大量出血をきたし得るため、Undertriageとなりやすい。【治療経過】70代男性。山中で狩猟中に猟銃で撃たれて受傷、ドクターカーが出動し、覚知から50分後に医師接触となった。左肩外側に1箇所創部を認めるのみで、救急隊および医師により循環動態の安定した四肢銃創と判断され、覚知から82分後に病着となった。搬入時、心拍数50bpm・血圧88/58mmHg、背面観察で新たに左傍脊柱部に1箇所創部を認めた。外傷全身CTで左胸壁・肺損傷が判明、緊急開胸術の適応と判断し、病着22分後に TTA宣言、病着66分後に手術開始となった。左前側方開胸により非解剖学的肺切除を2カ所に施行、胸壁損傷による肋間動脈損傷に対し動脈塞栓術を施行し、病着132分後に集中治療室へ入室となった。【考察・結語】本症例はUndertriageによりTTA宣言が遅延した。銃創をKey wordとするTTA宣言基準があれば病着から手術開始までの時間短縮は可能であったと考える。銃創のKey wordでTTAが宣言されるための診療体制の確立が求められる。

（ドクターカー）診療・診療支援
演題番号　O8-8（E）

MC医師監修のもと指導救命士を活用した実習体制の構築について ～エピペン対象拡大に関する実証事業～

○向井 秀之[1]，前田 高志[1]，岡﨑 純明[1]，田口 浩嗣[1]，川口 清史[2]，石橋 功基[2]，木勢 翔太[2]，木下 高志[3]，高井 優作[3]，松岡 哲也[4]，中尾 彰太[4]
[1]泉州南消防組合泉州南広域消防本部 警防部救急課，[2]岸和田市消防本部，[3]貝塚市消防本部，[4]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】泉州地域MC協議会参画6消防本部（以下、参画消防）は、実証事業に102名の救急救命士が参加することとなり、限られた期間内に規定の実習カリキュラムを完遂させる体制整備が課題となった。【目的】今回我々は、指導救命士を活用した効率的な実習体制を構築したので、その具体的な方法と運用の実際を報告する。【取り組みの概要】実習カリキュラムを基に、指導救命士が実習プログラムを設計した。参画消防から選出した代表指導救命士が集合形式でシミュレーション実習をおこない、MC医師がその評価と医学的助言を行った。その後、代表指導救命士が各所属において当務・非番等を活用し、参加救命士に対して段階的に実習を展開した。7月に代表指導救命士14名が修了し、その後の展開により8月中に88名が実習を完遂、計102名全員が所定のカリキュラムを修了した。【考察】全対象者に対しMC医師が直接集合型指導を行う場合、医師側の負担増大や開催日程の確保が課題となる。本取組みでは指導救命士を中核とした段階的展開により効率的な実習体制を構築することができた。また、指導救命士が教育的役割を担うことで、職業的自律性向上にも寄与した可能性が示唆された。

CPA
演題番号　O9-1（E）

院外心停止患者転帰における人口高齢化の若年者への波及効果：横断的マルチレベル研究

○大谷 浩史[1]，匂坂 量[2]，中川 洸志[3]，守岡 大吾[4]，遠藤 匠真[5]
[1]日本救急システム株式会社 勝浦救急事業部，[2]国士舘大学防災・救急救助総合研究所，[3]中央大学理工学部人間総合理工学科，[4]明治国際医療大学保健医療学部救急救命学科，[5]国士舘大学大学院救急システム研究科

【目的】都道府県の人口高齢化が、若年者を含む院外心停止患者の1か月生存に与える波及効果を検討した。【方法】2022-2023年の全国ウツタインデータ（n=271,003）を使用。曝露を都道府県の高齢化率、主要アウトカムを1か月生存とした。個人因子および都道府県レベルの社会経済因子を調整したマルチレベルロジスティック回帰分析を行い、年齢群（65歳未満 vs 65歳以上）との交互作用を検証した。【結果】高齢化率1%上昇あたりの1か月生存の調整オッズ比は、65歳未満で0.94（95%CI: 0.91-0.97）、65歳以上で0.94（95%CI: 0.91-0.97）であり、両群で有意な負の関連を認めた。年齢群との交互作用は認められず（p=0.72）、効果は年齢層に関わらず一貫していた。医療資源等を追加調整した感度分析でも、65歳未満0.93（95%CI: 0.90-0.98）、65歳以上0.94（95%CI: 0.90-0.98）と同様の関連が確認され、交互作用も認めなかった（p=0.62）。【結論】人口高齢化は若年者を含む全年齢層で1か月生存と負の関連を示した。若年者でも有意な関連が認められたことは、個人の高齢化では説明できない波及効果を示唆する。救急医療システム全体への影響を踏まえた対応が求められる。

CPA
演題番号　O9-2（E）

病院外心停止に対する二次救命処置の活動方針変更と傷病者予後の関連 -船橋市を対象にしたコホート研究

○伊藤 悟[1,2]，田中 秀治[2]，中川 洸志[3]，木村 龍[2]
[1]船橋市消防局 船橋市消防局，[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

【目的】2017年に実施された病院外心停止(OHCA)症例に対する活動方針の変更、すなわち従来の現場で二次救命処置(ALS)を実施する方針から、搬送を優先しALSを救急車内で実施する方針への変更と、傷病者予後との関連を明らかにすること。【方法】2012年から2021年までに船橋市において発生したOHCAを対象としたコホート研究である。対象から活動方針移行期の2017年を除外し、活動方針変更前を現場滞在群、活動方針変更後を早期搬送群と定義した。主要アウトカムは良好脳機能予後、主要曝露を早期搬送群とした多変量ロジスティック回帰分析により調整オッズ比(AOR)と95%信頼区間(CI)を算出した。【結果】解析対象は2,539例（現場滞在群1,275例; 早期搬送群1,264例）であった。良好脳機能予後は現場滞在群84例(6.6%)、早期搬送群60例(4.8%)であり、早期搬送群は、現場滞在群と比較して良好脳機能予後と有意な関連は認められなかった (AOR [95%CI], 0.64 [0.39, 1.04])。【結語】早期搬送を優先し、ALSを救急車内で実施する活動方針は良好脳機能予後と有意な関連を示さなかったものの、低下傾向を示していたことから、今後も慎重に評価が必要と考えられた。

CPA
演題番号　O9-3（O）

公共施設職員が院外心停止予後に及ぼす効果：傾向スコア重み付けおよび機械学習による効果異質性の定量化

○久保 敦士[1,2]，守岡 大吾[1]，福井 建皓[1]，村上 龍[3]，平出 敦[1]
[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医学薬学総合研究科 救急・集中治療医学講座，[3]千葉科学大学

背景: 院外心停止(OHCA)における公共施設職員の関与が生存転帰に及ぼす因果効果および患者特性による効果の異質性は十分に解明されていない. 本研究は,職員の介入と1ヵ月生存率の関連および効果を定量化することを目的とした.**方法**: 全国ウツタインデータ等から公共施設でのOHCA55,148例を抽出した.Overlap Weighting法により共変量を調整後、修正ポアソン回帰を用いてリスク比(RR)および絶対リスク差(ARD)を推定した.ARDの逆数から治療必要数(NNT)を算出し,さらにCausal forest解析により条件付き平均治療効果(CATE)を推定した.**結果**: 職員の介入は10,622例(22.4%)であった.調整後,全共変量で良好なバランスを達成(標準化平均差<0.001)した.主解析において職員の介入は1ヵ月生存率の有意な向上と関連し(調整RR 1.05[95%CI:1.02-1.08],ARD1.5%),NNTは68であった.一方,効果の異質性は顕著であり,目撃のある初期 Shockable rhythm群では,ARD22.0%(NNT=5)に達した.Causal forest解析による効果上位20%群のCATEは14.8%であり,NNT=7に相当した.**結論**: 公共施設職員の関与は生存率の優位な改善と関連していた.職員の関与の影響が顕著であることがNNTを用いて定量的に可視化できた.

CPA
演題番号　O9-4（E）

熊本市消防局におけるアドレナリン投与プロトコル改定の効果検証

○池松 慎吾[1]，阿部 毅[1]，伊藤 陽信[1]，朝倉 一郎[1]，丸山 修[1]
[1]熊本市消防局 警防部救急課

【背景】院外心停止における早期アドレナリン投与はROSC率の向上に寄与するとされ、投与時間の短縮は救急隊の重要な活動指標である。当局では令和７年にアドレナリン投与プロトコルを改定し、投与目標時間を明確化した。【目的】プロトコル改定前後でのアドレナリン投与に要した時間及び10分以内の投与達成率の変化を検証する。【方法】令和６年から７年に当局で発生したCPA搬送症例のうちアドレナリン投与を実施した事案を対象とした。改定前後を２群に分け、投与時間の比較にはMann-Whitney U検定、投与達成率の比較には χ^2 検定を用いた。除細動症例及び高度気道デバイス優先使用例は対象症例から除外とした。【結果】投与時間は改定前が中央値11分（IQR9-14）、改定後は10分（IQR7-14）であり、改定後に短縮を認めた（p = 0.03）。投与達成率は改定前39.6%、改定後54.2%で改定後が有意に高かった（p = 0.02）。【結論】プロトコル改定により、投与時間の短縮及び10分以内の投与達成率の向上が認められ、運用改善の有効性が示唆された。今後も継続的に指標を計測し、必要に応じ運用の見直しを行っていく。

CPA
演題番号　O9-5（E）

偶発性低体温患者に対する特定行為と社会復帰の関連 ～救急隊による処置の後ろ向き研究～

○小野寺 政幸[1]，原 正浩[1]
[1]札幌市消防局 警防部救急課

【目的】偶発性低体温CPA症例について、ウツタイン様式から救急隊による特定行為の効果を明らかにする。【対象と方法】札幌市で2010年~2024年の15年間に発生した偶発性低体温CPA58例を対象とし、社会復帰の有無による背景比較及び多重ロジスティックス回帰分析から特定行為と予後の関連を分析した。【結果】除細動あり27例では10例で、除細動なし31例では12例で社会復帰した。また、薬剤投与あり22例では10例で、薬剤投与なし36例では12例で社会復帰した。しかし、病院前での心拍再開は全体で1例のみであった。社会復帰を従属変数とした多重ロジスティックス回帰分析では、除細動(OR=0.838、95%CI,0.254-2.76)及び薬剤投与（OR=2.11、95%CI,0.628-7.07)ともに有意差はなかった。【考察】特定行為の効果は先行研究のとおり復温しない限り得られにくいと考えられるが、代謝低下が脳損傷を軽減するため予後良好な傾向があると考えられる。【結論】特定行為による社会復帰について有意な差はなく、現場での蘇生には限界があることが示されたため、院内治療への迅速な移行が重要である。

CPA
演題番号　O9-6（D）

窒息による院外心停止における病院前自己心拍再開と低灌流時間が転帰に及ぼす影響

○中島 千里[1]，柏浦 正広[1]，白岡 裕毅[1]，岸原 悠貴[1]，天笠 俊介[2]，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，[2]国立成育医療研究センター 救急診療部

【目的】窒息による院外心停止（OHCA）における病院前心拍再開の影響および救急隊がCPRを開始してから心拍再開に至るまでの時間（LFT）が転帰に与える影響を検討した。【方法】ウツタイン統計（2013-2023年）を用いた後方視的観察研究を行った。救急隊現着時に心停止だった成人窒息例を対象とした。主要評価項目は1ヶ月後生存とした。(1) 病院前心拍再開が予後に与える影響を多変量ロジスティック回帰分析を用いて評価した。(2) 病院前心拍再開例に絞ってLFTが予後に与える影響を多変量ロジスティック回帰分析を用いて評価した。【結果】85,691例が対象となった。(1) では院外心拍再開の達成の調整オッズ比（aOR）は10.2（95%CI: 9.62-10.9）だった。(2) では、LFTのaORは0.900（95%CI: 0.892-0.905, 1分毎）だった。【結語】窒息OHCAにおいて院外心拍再開は重要な予後因子である。さらに早期の心拍再開が臨床転帰の向上に不可欠であることが示唆された。本研究の結果は救急隊の現場蘇生活動における臨床的エビデンスとして寄与する。

CPA
演題番号　O9-7（D）

機械的胸骨圧迫中の毛細血管血流観察 ～毛細血管血流スコープは末梢循環評価に寄与するか？～

○飯島 章子[1,2]，宮本 和幸[1]，北園 真子[1]，森 ちひろ[1]，山荷 大貴[1]，柿 佑樹[1]，高安 弘美[1]，土肥 謙二[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

【背景】心肺蘇生中の循環評価は，呼気終末二酸化炭素分圧や観血的動脈圧測定などにより推測されているが，微小循環の実態は十分に解明されていない. 本研究では，毛細血管血流スコープを用いて，蘇生中の末梢微小循環を直接評価できるか検討した. 【方法】機械的胸骨圧迫を用いた蘇生中に，毛細血管血流スコープを用いて左前腕内側の毛細血管を連続撮影した. 胸骨圧迫実施中と，リズムチェックに伴う圧迫中断時の血流速度を比較し，末梢循環評価における本デバイスの有用性を検討した. 【結果】胸骨圧迫中は，毛細血管内に連続した赤血球流動が明瞭に観察され，微小循環は維持されていた. 一方，胸骨圧迫を中断すると数秒以内に血流は著明に減速し，赤血球の停滞が確認された. 胸骨圧迫中の血流速度は，中断中に比して有意に速かった（130 ± 30 μ m/sec vs 25 ± 11 μ m/sec, p ＜0.05）. 【結論】毛細血管血流スコープは，蘇生中の末梢微小循環をリアルタイムで評価する指標の一つとなり得る可能性が示唆された.

CPA
演題番号　O9-8（N）

多職種連携によるECPRプロトコル構築とDTET短縮への寄与

○代々城 千代子[1]，石川 真衣[1]，大野 あゆみ[1]，佐藤 奈津[1]，奥野 憲司[2]，並木 宏也[2]
[1]東京慈恵会医科大学附属柏病院 看護部，[2]東京慈恵会医科大学附属柏病院 救急部

A病院救命救急センターでは、難治性不整脈に対する体外循環式心肺蘇生（以下、ECPRとする）の導入において、診療科間の役割分担の不明瞭さが迅速な介入を阻害していた。そこで本研究では、ECPR適応基準およびプロトコルの作成と運用が、病院到着からECMO確立までの時間（以下、DTETとする）短縮に寄与するかを後方視的に比較した。2024年6月から1年間にECPRを施行した21名を対象とし、多職種での検討チームを発足、適応基準・プロトコル案を作成し、シミュレーションを経て運用を開始した。運用開始前後を比較した結果、心臓カテーテル検査室への直接入室運用の確立により、DTETの平均時間は運用前（n=10）19.4 ± 8.1分から運用後（n=11）17.3 ± 3.9分へと短縮された。これは看護師が中心となり、医師間の調整や部署間連携といった役割を明確化したことで、時間依存性の高いECPRにおいて迅速な同時並行作業が可能となった成果といえる。今後は症例数を蓄積し、神経学的予後などのアウトカム評価や、夜間・休日における運用体制の安定性を検討する必要がある。本取り組みにより、看護師の調整・先読みの役割がチーム医療の質向上に寄与することが示唆された。

内因性　消化器その他　前半
演題番号　MO1-1（D）

夜間救急で閉塞起点を見逃された閉鎖孔ヘルニア

○丹藤 耕平[1]，永樂 学[1,2]，宮本 和幸[1,2]
[1]戸塚共立第1病院 消化器センター，[2]昭和医科大学 医学部 救急災害医学講座

【背景】閉鎖孔ヘルニアは全腹壁ヘルニアの1％未満と稀な疾患であるが、緊急性の高い疾患である。夜間救急外来にて、CT検査で閉塞機転が見逃された閉鎖孔ヘルニアの症例を経験したため共有する。【症例】70代女性。他院でイレウスを示唆され、経過観察するも腹痛が持続し、23時頃に救急要請した。腹部全体の自発痛、左膝の疼痛を訴えていた。造影CTで小腸の拡張を認めるが、閉塞起点は指摘されず、経過観察入院。翌日、消化器外科医により閉鎖孔ヘルニアと診断。第4病日に手術、第11病日に退院。【考察】閉鎖孔ヘルニアであることが判明した際に、初診医は即座に膝の痛みとの関連を想起しており、CTでイレウス像を確認したことで「イレウスとして完結した診断」に陥る認知バイアスが働き、訴えや身体所見の再評価が不十分となった可能性がある。夜間救急では、疲労や睡眠不足が診断精度を低下させると示されており、疲労時は認知エラーが約2倍になるとされている。夜間救急では能力の低下を意識し、患者の訴えや身体所見を丁寧に拾い上げる姿勢が重要である。本症例は、夜間救急における疲労と認知バイアスの影響、身体診察の重要性を再認識させる教育的な症例であった。

内因性　消化器その他　前半
演題番号　MO1-2（D）

鋭利金具付義歯摘出後に食道穿孔を来したが保存的に軽快した１例

○佐久間 佑希[1,2]，柿 佑樹[1,2]，小島 光博[1,2]，松田 就[1,2]，横山 貴久[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，飯島 章子[1,2]，北園 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 救命救急科，[2]昭和医科大学 医学部 救急・災害医学講座

【諸言】高齢者の義歯誤飲は増加傾向にあり、特に鉤歯を有する義歯では鋭利な金具による食道損傷のリスクが高い。今回摘出後に医原性食道穿孔を来したが保存的加療により軽快した一例を報告する。【症例】70歳代男性。義歯誤飲により前医を受診し食道入口部異物にて当院搬送された。嵌頓が強くマギール鉗子や内視鏡での摘出に難渋した。外科と協議の上鎮静下に回旋操作を加え摘出したが摘出後CTで縦隔気腫を認め食道穿孔と診断された。全身状態は安定しており絶食および抗菌薬投与の保存的加療を行い、炎症所見改善により元の施設へ退院となった。【考察】鉤歯を有する義歯では組織損傷を防ぐため大型フードやオーバーチューブを用いた内視鏡下摘出が有効である。また、全身麻酔下の処置は食道筋層の弛緩をもたらし安全な摘出を可能にする。本例のように摘出に難渋し穿孔を来す例があるため初期段階でのデバイス選択と麻酔管理を含めた戦略的判断が重要である。さらに夜間の施設体制に応じた迅速な対応も求められる。【結語】義歯誤飲にはデバイスおよび麻酔管理を含めた戦略的アプローチが重要である。穿孔合併時も適切な保存的加療により良好な転帰を得られる可能性がある。

内因性　消化器その他　前半
演題番号　MO1-3（D）

CTにおける、遊離ガスを含む穿孔所見の分布解析による消化管穿孔推定AI開発と救急診療における有用性

○木本 富子[1]，木本 富子[1]
[1]大阪府立急性期・総合医療センター 救急診療科

【背景】消化管穿孔は緊急手術を要する急性腹症であり、腹部CTは診断の中心を担う。遊離ガス分布や腸管周囲所見から穿孔部位推定は可能とされるが、その精度は読影者の経験に依存する。遊離ガス検出AIは報告がある一方、穿孔部位推定まで行うモデルは報告が乏しい。【目的】腹部CTから消化管穿孔の有無または部位を自動推定するAIを構築し、救急診療における有用性を検証する。【方法】2010-2025年の15年間で、手術により穿孔部位が確定した消化管穿孔患者の造影CTを後ろ向きに解析した。遊離ガス・腹水・脂肪織濃度上昇の量と分布をアノテーションし、手術所見をgold standardとして精度を比較した。【結果】AIの穿孔の有無または部位の指摘精度を検討した。【結論】遊離ガスを含む穿孔所見を学習したAIは、消化管穿孔の有無または部位を高精度に推定し、救急CT読影支援への応用が期待される。

内因性　消化器その他　前半
演題番号　MO1-4（D）

当院における嚢胞性腸管気腫症（PCI）の検討

○窪田 武哲[1]
[1]ＮＴＴ東日本札幌病院 外科

【背景】嚢胞性腸管気腫症（PCI）は腸管壁内に気腫性嚢胞を形成する比較的まれな疾患である。多くは保存的加療で軽快するものの、門脈ガス血症を伴う症例も存在し、重症度や手術介入の要否の判断が臨床上の課題である。【目的】当院PCI症例におけるCT所見の頻度と転帰との関連を明らかにする。【方法】2015 ～ 2025年にCTでPCIと診断された22例を後方視的に解析し、腸管気腫の分布、腸管拡張、壁肥厚、Free air、腹水、門脈ガス（肝外・肝縁2cm以内）を抽出、治療転帰（保存・手術・死亡）との関連をFisher検定で評価した。【結果】年齢中央値76歳、男女比11/11、PSL内服9例。分布は小腸11例、大腸10例、両者1例。腸管拡張21例、壁肥厚7例、Free air 4例、腹水7例、門脈ガス4例を認めた。治療は保存20例、手術2例、死亡2例で、不良転帰は4例であった。門脈ガスおよび腸管壁肥厚はいずれも不良転帰との関連傾向を示したが、有意差は確認されなかった。【結語】PCIの多くは保存的に軽快する一方、門脈ガスや壁肥厚を伴う症例では不良転帰リスクの可能性が示唆される。検査所見、臨床所見を総合し、過度な侵襲とならぬよう手術適応を慎重に検討することが重要である。

内因性　消化器その他　前半
演題番号　MO1-5（D）

当初尿路結石が疑われた脾仮性動脈瘤破裂の一例

○鈴木 優伍[1]，小森 大輝[1]，村上 朔斗[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】救急外来で経験する急性の背部痛の原因は、尿路結石や筋骨格系疼痛などが多くを占めるが、重症疾患も存在する。【症例】57歳男性。運送業に従事している。来院前日に急性の左背部痛を自覚したが自然に軽快した。来院当日、荷物の積み下ろし作業中に再度強い左背部痛を自覚し救急搬送された。既往に慢性膵炎、尿管結石があるが、通院を自己中断していた。来院時バイタルサインは意識清明、体温35.8℃、血圧170/102mmHg、脈拍 97/min、SpO_2 97%(室内気)。身体所見で左背部叩打痛を認め、腹部超音波検査で水腎症や腹水は認めなかった。腹部造影CTで膵仮性嚢胞および脾動脈瘤の膵仮性嚢胞内への破裂を認めた。止血目的に緊急経カテーテル動脈塞栓術を施行した。経過良好で翌日独歩退院した。【考察】本症例では当初尿路結石を疑ったが、実際には慢性膵炎に伴う仮性膵嚢胞が脾動脈を侵食して仮性動脈瘤を形成し、膵仮性嚢胞内へ破裂したと考えられた。膵炎関連の仮性動脈瘤は発生率0.1 ～ 0.2%と非常に稀ではあるが、破裂時に未治療では致死率が90%とする報告もある。【結論】尿路結石が疑われる背部痛でも、慢性膵炎の既往があれば脾動脈瘤破裂を鑑別に挙げる必要がある。

内因性　消化器その他　後半
演題番号　MO2-1（D）

業務用アルカリ洗剤の誤飲後、症状が軽微であったが遅発性に食道狭窄を来した１例

○谷口 寿[1]，高松 純平[1]
[1]関西労災病院 救命救急科

【背景】腐食性物質摂取後の食道狭窄は重要な遅発性合併症である。業務用アルカリ洗剤は少量でも深達性損傷から遅発性狭窄を来し得るが、初期症状が軽微だと、内視鏡評価が省略され診断が遅れる可能性がある。【症例】20代女性。業務用アルカリ洗剤を推定2口誤飲し搬送された。来院時バイタルは安定し、咽頭痛、胸痛のみであり内視鏡検査なしで保存的加療とした。受傷後Day11に経口摂取可能となり自宅退院したが、Day25飲水困難で再受診し入院となった。Day26内視鏡で切歯24cm以遠の縦走潰瘍瘢痕と26-32cm、38cmの高度狭窄を認め、Day28にバルーン拡張術で流動食摂取が可能となった。【考察】強アルカリ（pH>12）13例中2例が狭窄を来した報告もあり、少量でも遅発性狭窄に注意を要する。本症例は初期症状に乏しく保存的に軽快したが、受傷後約1か月で高度食道狭窄が顕在化し拡張術を要した。本症例では来院時症状が軽微であったが、退院後に嚥下障害が出現した時点で再受診、内視鏡的評価および拡張術により改善し転帰良好であった。退院時に嚥下障害や嘔吐など再受診基準を明確に提示することが重要である。

内因性　消化器その他　後半
演題番号　MO2-2（D）

腸閉塞/イレウスについての疫学的研究

○大橋 瑞貴[1]，山口 均[1]，山田 法顕[1]
[1]松波総合病院 研修医室

【背景】腸閉塞は急性腹症をきたす疾患として遭遇する重要な疾患であるが、その疫学については2000年恩田ら以降、調査はほとんどない。本研究では先行研究から成因の変化などがないか検討した。【方法】2022年1月から2024年12月までに当院に救急搬送され「腸閉塞/イレウス」の診断がなされた患者について成因、年齢、性別、腹部手術歴、閉塞部位、手術の有無、再発の有無を後方視的に集計した。【結果】対象患者は120例。年齢中央値は77歳、男性65例(54%)であった。癒着性が最多で43例(36%)、絞扼性が18例(15%)、腫瘍性が13例(11%)、イレウスが24例(20%)、閉塞部位としては小腸が75例(78%)だった。41例(34%)で手術やステントなどの治療介入を要し再発例は53例(44%)であった。【考察】先行研究と比較すると癒着性の割合が低く、開腹手術から腹腔鏡手術への移行による影響などが考えられる。一方腫瘍性は頻度に明らかな変化はなかった。【結論】腸閉塞の原因としては癒着性が最多であるがその割合は減少している。他の早期の治療介入が必要な腸閉塞が相対的に増加している可能性があり、正確な原因診断が求められる。

内因性　消化器その他　後半
演題番号　MO2-3（D）

総腸間膜症に合併した右結腸軸捻転症の１例

○大塚 恭寛[1]
[1]JCHO 船橋中央病院 救急科

症例はうつ病の既往がある36歳女性で、腹痛を主訴に当科へ救急搬送された。ER到着時、意識は清明でバイタルサインは安定していたが、腹部は全体に膨満して強度の圧痛と腸蠕動音減弱を認めた。血液検査にて軽度の代謝性アシドーシスを認め、腹部造影CTにて盲腸から上行結腸にかけての著明な拡張と造影効果不良・腸間膜集束像・少量の腹水貯留を認めた。盲腸・上行結腸軸捻転による絞扼性腸閉塞と診断し、病着3時間後に緊急開腹すると、右結腸全体が回結腸動脈を軸に時計回転方向に360°捻転していた。捻転を解除して検索すると、全結腸が小腸間膜に連続した可動性のある遊離腸間膜を有しており、後腹膜に固定されておらず、総腸間膜症(本症)と診断した。腸管血流障害所見は認めず、予防的虫垂切除のみを施行して閉腹した。以後の経過は順調で、術後6日目に軽快退院し、術後6年目の現在、腸捻転の再発は来していない。本症は先天的腸管固定不全の稀な一病型であり、本来後腹膜に固定されているはずの上・下行結腸に捻転を認めた際には、原疾患として考慮すべき疾患である。本症に合併した腸捻転症の本邦報告例を集計し、その臨床的特徴に関する考察を加えて報告する。

内因性　消化器その他　後半
演題番号　MO2-4（D）

重症急性膵炎に合併した心筋炎（Pancreatitis-Associated Myocarditis）の1例

○大城 慶典[1]，高松 純平[1]
[1]関西労災病院

【背景】急性膵炎は全身炎症反応を来し多臓器障害を合併しうるが、心筋炎の合併は稀であり十分に検討されていない。近年のsystematic reviewではpancreatitis associated myocarditisは約半数が劇症化し、死亡率22%と報告されている。膵炎経過中の心機能低下は循環管理に重大な影響を及ぼすため、早期認識が重要である。【症例提示】32歳男性。アルコール多飲歴あり。重症急性膵炎および急性腎障害で搬送された。入院時より頻脈とNT-proBNP上昇を認め、心エコーでびまん性壁運動低下、EF約35%、心嚢液貯留を認めた。血液培養でMRSEを検出したが、感染性心内膜炎を示唆する所見はなく、CTでもびまん性に心筋壁の石灰化を認めるようになったため、膵炎に伴う全身炎症を契機とした心筋炎と診断した。集中治療下で循環管理と感染のコントロールを行い、循環動態は経時的に改善した。【まとめ】急性膵炎における心機能低下は単なる循環不全のみならず心筋炎の可能性を念頭に置く必要がある。特に重症例では心エコーや血液検査を積極的に行い、早期診断・集学的管理につなげることが予後改善に重要である。

内因性　消化器その他　後半
演題番号　MO2-5（D）

間質性膀胱炎から尿膜管遺残を介して腹壁膿瘍を呈した1例

○深見 彩音[1,2]，宮本 和幸[1,2]，佐久間 佑希[1,2]，飯島 章子[1,2]，北園 真子[1,2]，森 ちひろ[1,2]，山荷 大貴[1,2]，柿 佑樹[1,2]，高安 弘美[1,2]，土肥 謙二[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】尿膜管遺残は，臍と膀胱頂部をつなぐ線維管の閉塞不全に起因し，成人では約0.063%と非常に稀である．今回，間質性膀胱炎から尿膜管遺残を介して腹壁膿瘍を形成した1例を経験したので報告する．【症例】90歳代，女性．間質性膀胱炎で加療中であった．4日前からの腹部腫脹，腹痛増悪で体動困難となった．【来院時現症と経過】ショックで搬送された．腹部は著明に膨隆していたが圧痛は軽度で，腹壁に握雪感があった．腹部超音波検査で腹水貯留があった．血液生化学検査で炎症反応の上昇と，腹部～骨盤CTで腹膜前腔のfree airがあった．膀胱炎の尿膜管遺残を介した腹壁膿瘍形成による敗血症性ショックと診断した．超高齢で，開腹術によるドレナージは実施せず，抗菌薬による保存的加療となった．昇圧剤を併用し，第5病日に泌尿器科へ転科，第20病日に転院となった．【考察】本症例では間質性膀胱炎が尿膜管遺残を介して腹壁膿瘍を形成したと考えた．腹膜前腔にfree airを呈する例では，尿膜管遺残を介した感染も鑑別にあげる必要があると考える．

外傷1　前半
演題番号　MO3-1（D）

頭部外傷患者における血清ナトリウム異常の特徴

○西田 岳史[1]，中村 洋平[1]，蛯原 健[1]，中尾 俊一郎[1]，貫和 亮太[2]，松浦 裕司[3]，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]八戸市民病院 救命救急センター，[3]大阪府立中河内救命救急センター

【背景】頭部外傷後の血清Na異常は予後不良と関連するが、異常の種類（高Na血症・低Na血症）によって患者背景や転帰、Na推移がどう異なるかは十分検討されていない。【目的】受傷後14日以内のNa異常別の臨床的特徴を明らかにすること。【方法】研究デザインは多施設後ろ向き観察研究で、2016年4月から2025年6月に本邦、3つの救命救急センターに入院した頭部外傷患者のうち、入院7日以上かつ第1病日のNaが正常範囲の症例を対象とした。第14病日までのNa推移に基づいて、14日以内に一度でもNa＜135 mEq/Lを示した症例を低Na群、Na＞145 mEq/Lを示した症例を高Na群、いずれも満たさない症例を正常群に分類して比較した。【結果】対象は687症例で、低Na群163例（24%）、正常群360例（52%）、高Na群164例（24%）であった。年齢、重症度（GCS 8以下の割合）、急性硬膜下血腫の頻度、院内死亡率はいずれも高Na群＞低Na群＞正常群の順に高かった。Na異常のピークは高Na群で第5病日、低Na群は第9病日で、Na異常の出現時期と推移のパターンに違いを認めた。【結語】頭部外傷後のNa異常は種類によって臨床的背景が異なり、Na値はそれぞれ特徴的なパターンで推移することが示された。

外傷1　前半
演題番号　MO3-2（S）

多発肋骨骨折患者の骨折形態と気管挿管の関連

○森 匠眞[1]，梅津 成貴[2]，梶原 大輝[2]，黒澤 慶子[2]，竹中 隆一[2]，安部 隆三[2]
[1]大分大学医学部 医学科，[2]大分大学医学部救急医学

【目的】多発肋骨骨折の重症度の指標として、骨折本数に関する検討はなされているが、骨折部位や連続性を含む骨折形態に関する検討は十分でない。本研究は、多発肋骨骨折患者の骨折形態と気管挿管との関連を明らかにすることを目的とした。【方法】2022年～2025年に当院に救急搬送された多発肋骨骨折患者135例を対象とした。胸部CT画像において、骨折本数、複数箇所骨折本数、最大連続骨折本数を評価し、気管挿管との関連を解析した。また骨折部位を左右，上下，背腹の8区画に分け，同様の検討を行った。【結果】135例中33例（24.4%）が気管挿管を要した。骨折本数（OR1.47、p<0.001）、複数箇所骨折本数（OR1.25、p=0.0327）、最大連続骨折本数（OR1.59、p<0.001）は気管挿管と有意に関連していた。骨折部位では右上部腹側（OR2.31、p=0.0244）、右下部腹側（OR2.54、p=0.0204）、左下部腹側（OR2.81、p=0.0206）が気管挿管と有意な関連を示し、腹側および背側の両方に骨折を有する場合、どちらかのみに比し有意に気管挿管と関連していた（p=0.0013）。【結論】多発肋骨骨折の骨折形態、すなわち骨折本数、連続性、骨折部位が、気管挿管と関連していた。

外傷1　前半
演題番号　MO3-3（D）

シートベルト損傷による腸管損傷とMorel-Lavallée lesionを合併した一例

○石橋 尚弥[1]，河北 賢哉[1]
[1]香川大学医学部附属病院 救命救急センター

【序文】Morel-Lavallée lesion (MLL) は，外傷性せん断力により皮下組織が深層筋膜から剥離し，内部に液体が充満し腔を形成する稀な閉鎖性剥離損傷で，皮膚の可動性の低い大腿部などで好発する．本邦ではシートベルト損傷によるMLLの報告は少なく，文献的考察を加えて発表する．【症例】症例は50代男性．軽自動車運転中に普通自動車との交通事故で受傷した．精査の結果，腸管損傷の診断で緊急開腹術を行った．来院時より右下腹部～鼠径部に挫創，左鼠径部に擦過傷がみられたが，術中に確認し，開放骨折や腹腔内との交通はなく創閉鎖した．挫創部から滲出液が継続しており，入院7日目に創部開放した．入院10日目に施行した造影CTで左鼠径部についても液体貯留を認め開窓した．MLLと診断し，入院13日目に全身麻酔下にデブリードマン施行した．その後は陰圧閉鎖療法併用しつつ，分層植皮術を行った．【考察】シートベルトによる腹部臓器損傷に加えMLLを合併した一例であった．MLLは，高エネルギー外傷でみられる損傷で，保存的アプローチから外科的介入まで多岐にわたることから中長期的なマネジメントをする上で重要な病態である．

外傷1　前半
演題番号　MO3-4（E）

日本外傷データバンクを用いた高齢者外傷患者における既往合併症と入院後経過・転帰との関連性

○野口 佐弥香[1,2]，齋藤 大蔵[2]，田中 秀治[2]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科，[2]国士館大学体育学部スポーツ医科学科救急システム研究科救急システム専攻

【目的】高齢外傷患者において院内死亡と有意に関連する既往共存症を同定し、重篤な入院後合併症や特異的な臨床経過との関連を明らかにすること。【方法】2019年1月から2023年12月までに日本外傷データバンクへ登録された65歳以上の鈍的・鋭的外傷患者のうち、院外心停止例を除外した77,336例を対象とした。年齢、性別、外傷型、AIS各領域重症度、RTS、ISS、およびCCI各項目を説明変数として院内死亡に対するCox回帰分析を実施した。さらに、死亡と有意に関連したCCI項目について階層的クラスター分析を行い、入院後合併症との関連を検討した。【結果】転移性固形腫瘍、中等度以上の肝疾患、中等度以上の腎障害、白血病、うっ血性心不全、軽度肝疾患、膠原病、慢性肺疾患の8項目が院内死亡と有意に関連した予後不良因子であった。加えて、膠原病は他の既往共存症とは異なるクラスターを形成し、中枢神経系および泌尿器系の入院後合併症と特異的に関連した。【結論】高齢者外傷における院内死亡率は外傷重症度に加え、CCIの8項目と独立して関連していた。特に臓器障害や悪性腫瘍の既往は死亡リスクを高め、膠原病は特異的な入院後経過を示す可能性が示唆された。

外傷1　前半
演題番号　MO3-5（D）

鈍的腹部外傷後に遅発性上腸間膜動脈仮性瘤を生じ血管内治療を行なった一例

○喜久里 さつき[1]，大内 元[2]，大内 久美[2]，城間 恵介[2]，兼島 博嗣[2]，知念 巧[2]，長間 将樹[2]，武村 克哉[2]，梅村 武寛[2]
[1]琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター，[2]琉球大学病院救命救急センター

【症例】10代男性、バイク走行中に対向車と正面衝突し救急搬送。搬入時、軽度の意識障害、バイタルサイン安定、口唇に青色付着物、右陰嚢裂傷を認めた。画像検査で、骨盤骨折、左脛骨骨折を含む多発骨折および血性腹水を認めた。飲酒後にトリアゾラム内服したとの発言あり、胃洗浄後、活性炭投与。多発骨折に処置・固定術、陰嚢裂傷には白膜損傷なく表皮縫合のみ行なった。第1病日に腹部圧痛が出現したが、造影CTで腹水の増量なく、新たな異常所見は認めず、その後腹痛は軽快していた。第6病日のCTで上腸間膜動脈小腸枝に径5mmの仮性動脈瘤を認め、緊急経カテーテル動脈塞栓術施行。術後は腹痛再燃なく、第24病日に自宅退院となった。【考察】鈍的外傷後の上腸間膜動脈仮性動脈瘤は稀だが，緊急治療が必要となる。本症例では、腹痛増強時CTで同部位周囲の腸間膜に脂肪織濃度上昇あることから、経時的に仮性動脈瘤が増大し診断に至ったと考えられる。高エネルギー鈍的外傷患者が腹部症状を訴えた際は経時的に画像精査を繰り返し、血管病変と緊急処置を念頭に対処することが必要である。

外傷1　後半
演題番号　MO4-1（D）

ネイルガン暴発により釘が頭蓋内へ穿破し緊急手術となった症例

○嶋津 宏基[1,2]，島田 拓哉[1]，下崎 優花[1]，須郷 加奈子[1]，富田 佳賢[1]，永樂 学[1]，菊地 一樹[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 救命救急科，[2]昭和医科大学病院救命救急科

ネイルガンによる頭蓋内貫通損傷は稀であり，自傷例の報告は一定数あるが非自傷例は報告が少ない．今回，非自傷例の頭蓋内穿通損傷を経験したため報告する．症例は38 歳男性でネイルガンを取り扱う作業中に暴発し受傷した．近医眼科受診し右眼球破裂疑いで当院紹介となった．来院時神経学的異常所見は認めず，右瞳孔は出血により視認困難，右眼球は正中位で軽度虚脱，視力は手動弁だった．CTで外傷性くも膜下出血と右前頭葉に釘状の高吸収域をみとめた．右眼窩穿通性外傷に対し，同日に緊急で開頭異物除去術を行った．感染予防としてVCMの投与を2 週間行い後遺症はみられず経過良好であった．ネイルガンによる外傷の多くは低速外傷だが，眼窩や前頭蓋底を介して頭蓋内深部に達する報告がある．銃創と比べ衝撃波による広範な脳実質損傷が少なく，神経学的予後が良好であるとされる．眼窩・前頭蓋底を通過する場合は視神経，眼球，頭蓋内血管損傷や遅発性仮性動脈瘤形成のリスクが指摘されている．穿通性頭蓋内外傷では，CTAなどで十分な血管評価をした上での開頭下異物除去が良好な転帰を得るうえで重要である．

外傷1　後半
演題番号　MO4-2（E）

外傷性心肺停止患者における搬送時間と治療介入に関する多施設共同研究

○岩﨑 初芽[1]，河上 誠[2]，藤森 太一[2]，本荘 康一郎[2]，門田 勝彦[2]，津下 詩帆[2]，比企 誠[2]，近藤 豊[2]
[1]順天堂大学 医科学研究科，[2]順天堂大学医学部附属順天堂医院

【背景】外傷診療において搬送時間は予後を左右する重要な因子とされるが、搬送時間の違いが病院前治療及び院内出血制御戦略に与える影響についての検討は十分でない。【方法】2019-2022年に日本外傷データバンクに登録された302施設の心肺停止外傷患者3,023例を対象とした多施設共同後ろ向き研究である。搬送時間により短時間群（搬送時間10分以下）（n=1,478）と長時間群（搬送時間11分以上）（n=1,545）に分類し、患者背景、病院前治療、院内治療介入を比較した。【結果】短時間群に比べ長時間群では年齢が高く（57歳vs 61歳，p=0.01）、男性割合が有意に多かった（62% vs 68%，p＜0.01）。病院前治療においても長時間群で酸素投与（56.4% vs 61.9%、p＜0.01）および気管挿管（11.0% vs 17.3%，p＜0.01）が有意に多かった。院内治療では腹部のDamage control surgery（14例 vs 33例，p=0.01）が長時間群で多く実施された。【結論】搬送時間の延長は初期重症度や循環不全の進行を反映し、より侵襲的な外科的止血戦略の選択と関連している可能性が示唆された。外傷性心肺停止患者における搬送時間は病院前から院内治療に至る戦略決定に関連した重要な因子である。

外傷1　後半
演題番号　MO4-3（D）

体幹部鈍的外傷止血戦略の現状からみたハイブリッドERシステムの未来図

○岡本 啓志[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

【背景】ハイブリッドERシステム（HERS）のソフトウェアである人材の検討は不十分である。【目的】体幹部鈍的外傷における止血戦略の傾向とHERS導入施設の専門医構成の現状を記述的に評価し、未来への課題を抽出する。【方法】2019年から2023年のJapan Trauma Data Bank（JTDB）および2013年から2025年の自施設データを用い、体幹部外傷に対する止血術を施行された成人鈍的外傷患者を対象とし、止血戦略に関して記述した。さらに、HERS導入施設の公開情報に基づき救急科内の専門医構成を調査した。【結果】JTDBでは対象4132例中、外科的止血術は1683例（40.7%）、血管内治療は2800例（67.8%）、併施は514例（12.4%）であった。自施設では対象301例中、外科的止血術は73例（24.3%）、血管内治療は266例（88.4%）、併施は38例（12.6%）であった。HERS導入施設での平均専門医数は救急科専門医 9.6人、外科専門医 4.0人、IVR専門医 0.3人であった。【結語】体幹部鈍的外傷における止血戦略は血管内治療が多く選択されているが、救急科内のIVR専門医数は限定的であった。HERSの未来図に向けて救急科内でのIVR専門医の育成が課題である。

外傷1　後半
演題番号　MO4-4（E）

骨盤外傷への新開発シーツラッピング製品の有用性

○茅野 俊幸[1]，畠山 稔弘[2]
[1]蓮田市消防本部 消防総務課，[2]獨協医科大学埼玉医療センター

＜背景＞外傷傷病者への骨盤固定は標準的な手技である一方、既存の固定器具は高価ゆえに網羅的な配備に難点がある。今回、我々が開発した骨盤外傷の固定を継続し鼠径部から院内での緊急処置が可能なシーツラッピング製品を既存器具と比較検討した。＜方法＞携帯型接触圧力測定器による固定圧を左右前後の腸骨稜4か所で既存器具（商品名：サムスリングⅡ・T-POT・ペルビッキー）と比較した（ペルビッキーでは製品の構造上、左右後腸骨稜の2か所のみで測定）。加えて、販売価格も比較した。＜結果＞新製品の固定圧は4点平均圧65.3mmHgと既存器具と同等の固定圧を確認した。救急隊員の経験年数や資格に関わらず容易に固定を実施できた。新製品の販売価格は既存器具の約1/10程度であった。＜考察＞新製品は、取扱いの容易さや価格が安価であり網羅的な配備が可能と考えられた。また、病院前からの継続的な固定と院内処置を中断することなく可能にする点は、病院前からの外傷診療の向上に寄与すると思われた。

外傷1　後半
演題番号　MO4-5（E）

頭部外傷のない高齢者外傷における病院前で目標とする収縮期血圧の検討

○篠塚 雄希[1,2]，齋藤 大蔵[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]愛知淑徳大学 健康医療科学部 スポーツ・健康医科学科 救急救命学専攻，[3]防衛医科大学校病院救急部

【背景・目的】成人の重症外傷における許容低血圧戦略は、生理的予備能が低下した高齢者への適用が懸念される。本研究は高齢者外傷において病院前の収縮期血圧（以下、SBP）の低下が、院内死亡あるいは受傷後24時間以内の輸血必要性に関連するか明らかにすることを目的とした。【方法】日本外傷データバンクを用いた頭部外傷のない65歳以上の49,854症例を対象とした後ろ向きコホート研究である。救急隊接触時の病院前SBPの四分位閾値で4つのカテゴリに区分し、病院収容時のSBP低下と「院内死亡」および「24時間以内の輸血必要性」との関連について多変量解析を用いて分析した。【結果】院内死亡では、SBP低下はカテゴリ1・2（148mmHg未満）の群で有意な関連を認めたが（p<0.05）、カテゴリ3・4（148mmHg以上）では有意な関連を認めなかった。24時間以内の輸血必要性では、全てのカテゴリにおいて病院前SBP低下が有意に関連していた（p<0.001）。【結論】頭部外傷のない65歳以上の高齢者外傷において、病院前SBPが148mmHg未満の場合、SBP低下は院内死亡リスクと有意に関連し、病院前SBPの値に関わらず、SBP低下は受傷後24時間以内の輸血必要性の予測因子になると考えられた。

診療支援（ドクターカー） 前半
演題番号 MO5-1（D）

クラウドファンディングによるラピッドレスポンスカー導入の取り組み

○勝木 竜介[1]，津田 雅庸[1,2]，加納 秀記[1,3]，苛原 隆之[1]，寺島 嗣明[1]，田邊 すばる[1]，渡邉 栄三[1]
[1]愛知医科大学病院高度救命救急センター 救命救急科，[2]愛知医科大学災害医療研究センター，[3]愛知医科大学病院救急診療部

【緒言】当院高度救命救急センターは、愛知県重症外傷センター・ドクターヘリ（以下、ヘリ）基地病院であり、「全患者救命」を目指し活動している。令和6年能登半島地震での活動を通じ、現場での医療物資確保と、救急・災害医療における対応力強化の重要性を再認識し、ラピッドレスポンスカー（以下、カー）の導入を計画した。【方法】導入資金はクラウドファンディングで募った。車両は医療物資の運搬能力が高く、災害時に電源確保も可能なハイブリッドワゴンを選定した。【結果】延べ381名から1,766万4千円の寄付を得た。令和8年2月3日より平日日勤帯から運用を開始した。【考察】支援者の約9割が個人であり、我々の活動に対する地域の期待とニーズの大きさが示唆された。現在は血液製剤の院外持ち出しに向け、体制構築中である。夜間のヘリ非運行時間帯に、その補完的運用ができない点が、今後の課題である。救急の初療から決定的治療、それに続く集中治療管理までを救命救急科が一貫して展開するのが我々の特徴であるが、加えてカーとヘリを連携させることで、病院前からのシームレスな患者管理が可能になり、地域医療により一層貢献できるものと考える。

診療支援（ドクターカー） 前半
演題番号 MO5-2（E）

院内救命士主導のドクターカー出動

○安田 大陸[1]，腹子 歩夢[1,3]，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]名古屋大学附属病院 救急集中治療科 / 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター，[3]太田西ノ内病院 救命救急センター

【はじめに】一般財団法人脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院（以下、当院）では、2023年度より病院救急救命士（以下、院内救命士）の採用を開始した。2024年度には、救急救命士のみで構成される独立部署「救急救命科」を設立し、活動を展開している。今回、院内救命士の判断により病院救急車の運用を調整し、早期医療介入を目的とするドクターカーを出動させた一症例を報告し、その有用性について検討する。【症例】症例は、当院から陸路で約40分の距離に位置する二次医療機関より、胸部大動脈瘤切迫破裂の疑いで転院搬送依頼があった。院内救命士が電話対応を行い受入れを決定した。搬送元管轄救急隊からの事前連絡では、収縮期血圧が170mmHg台と高値であった。院内救命士は降圧管理下での搬送が必要と判断し、同乗看護師へ降圧薬の持続投与を依頼したが、薬剤管理を伴う搬送は困難との回答を得た為、心臓血管外科医へ降圧薬持続静注を継続し搬送できるようドクターカーとしての出動を提案し出動に至った。【まとめ】院内救命士が主体性を持って自律的な業務遂行を行っていたからこそ、迅速な判断が可能となった事例であり、救急医療の質向上に寄与したと考えられる。

診療支援（ドクターカー） 前半
演題番号 MO5-3（E）

病院救急車導入による地域へ与える影響の検証

○木内 賢一[1]，宮川 幸子[1]，冨加見 昌隆[1]，斎藤 加奈子[1]，土屋 洋之[1]，金城 雄生[1]，新里 盛朗[2]，梅村 武寛[1]
[1]琉球大学病院 救命救急センター，[2]沖縄県立 南部医療センター・こども医療センター

【背景】琉球大学病院では、病院移転に伴い令和6年11月に病院救急車を導入した。病院救急車を運行することは、単に自院の診療体制を補完するにとどまらず、地域医療全体への重要な還元につながると考える。また、自院で救急搬送体制を確保することにより、他医療機関からの重症患者の迅速かつ円滑な受け入れ搬送が可能となり、他医療への早期の転院搬送を実現できる。また、消防救急車の出動件数の抑制にも寄与し、消防救急資源を真に緊急性の高い現場事案に集中させることが可能となる。さらに、病院間連携の強化や役割分担の明確化を促進し、地域包括ケア体制の充実にも資するものである。【方法】当院への搬送件数が多い、近隣2消防署から得た救急搬送件数の変化を後方視的に解析。【考察】病院救急車の運行は、地域住民が安心して医療を受けられる体制整備の一環として、地域医療への社会的責任を果たす取り組みであるといえる。しかし、自治体消防の負担軽減という側面、特に病院間搬送の減少をもたらすが、地域救急医療体制の一部として相互補完的に機能するよう、継続的な協議と連携体制の構築が重要である。

診療支援（ドクターカー） 前半
演題番号 MO5-4（D）

当院ドクターカー出動状況および地域医療体制の現状

○佐道 康次[1]
[1]健和会大手町病院 救急科

本邦でのドクターカーシステムは1979年12月初導入以降、関連法制度や救急医療体制などの整備に伴い発展拡大しており、現在多くの医療機関で地域特性に応じた運用がなされている。当院においてはこれまで平均20件/年前後のドクターカー出動状況であるが、近年その数は増加傾向にある。当院における2021年1月から2026年1月までのおよそ5年間でのドクターカー要請・出動件数合計116件の出動記録内容などを報告するとともに、当院が位置する北九州および近隣地域の特性や救急医療体制の課題などを検討する。

診療支援（ドクターカー） 前半
演題番号 MO5-5（E）

救急救命士によるアナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射の実施に係る実証事業に参加して

○庄司 朋行[1]，尾形 一[1]
[1]山形市消防本部 救急救命課

【目的】当本部は、厚生労働省の行う「救急救命士によるアナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内注射の実施に係る実証事業」に58名の救急救命士が参加し、期間内で２例のエピペン®実投与を経験した。今回、この症例を紹介するとともに、本実証事業の教育カリキュラムを通して、救急救命士が現場でエピペン®投与の必要性を正しく判断できたのかを明らかにすることを目的とした。【方法】実証事業期間内に救急救命士がアナフィラキシーと判断した事案のうち、搬送先医療機関の医師もアナフィラキシーと判断した事案の確率（以下、陽性的中率）を抽出した。【結果】実証事業期間内での搬送傷病者のうち、救急救命士がアナフィラキシーと判断した事案は15症例あり、その陽性的中率は100％となった。また、救急救命士はアナフィラキシーと判断できなかったが、搬送先医師によりアナフィラキシーと判断された症例は確認されなかった。【考察】本実証事業の教育カリキュラムを通して、救急救命士はエピペン®投与の必要性を現場で正しく判断することが概ね出来たと言える。今後、本処置を新救急救命処置とすることで、多くの国民の救命に繋がることを期待したい。

診療支援(ドクターカー) 後半
演題番号 MO6-1（E）

Non-shockable波形を呈した院外心停止患者におけるドクターカー先着と初回アドレナリン投与時間との関連

○原山 尋斗[1]，沼田 浩人[1]，小酒井 和輝[1]，田畑 龍正[1]，鵜飼 駿[1]，鈴木 健介[1]，阪本 太吾[1]，金子 純也[1]，久野 将宗[1]
[1]日本医科大学多摩永山病院 救命救急科

「背景」院外心停止(以下、OHCA)の予後は依然として不良であり、除細動非適応(以下、Non-shockable)波形では早期のアドレナリン投与が重要とされている。ドクターカー(Doctor Ambulance :以下、DA)は医師が現場に介入する体制であるが、DAの現場先着が初回アドレナリン投与時間に与える影響については十分に検討されていない。「目的」Non-shockable波形を呈するOHCAにおいて、DA先着の有無と初回アドレナリン投与時間との関連を検討すること。「方法」2021年1月から2025年12月に当院へ搬送されたOHCAのうち、Non-shockable波形を呈し、病院前にアドレナリンが投与された74症例を対象とした後ろ向き観察研究を行った。DA接触から初回アドレナリン投与までの時間を算出し、DAが救急隊より先に現場到着した症例をDA先着群(n=35)、救急隊が先に到着した症例を救急隊先着群(n=39)として比較した。「結果」アドレナリン投与時間の中央値はDA先着群4分、救急隊先着群7分であった。「結論」DAが救急隊よりも先に現場到着した症例では投与時間が短い傾向を認め、DA先着は初回アドレナリン投与時間に関連する可能性が示唆された。

診療支援(ドクターカー) 後半
演題番号 MO6-2（E）

実証事業におけるアナフィラキシー症例の報告

○中尾 光男[1]
[1]但馬地域MC協議会 豊岡市消防本部 警防課救急救助係

令和７年度救急救命士によるアナフィラキシーに対するエピペン投与に関する実証事業が実施され、但馬地域MC協議会に所属する３消防本部26名の救急救命士及び地域の基幹病院である公立豊岡病院但馬救命救急センターの救急医23名が参加した。実証事業へ応募した一番の要因は、地域MC協議会及び基幹病院の全面的な協力体制を得られたからである。実証事業中は、蜂刺傷による重症アナフィラキシー事案など４例のエピペン投与症例を経験した。ドクターヘリ、ドクターカー医師引き継ぎ前に、症状が改善した事案もあり、改めて救急救命士による早期エピペン投与が傷病者にとって有益であることを実感した。当地域は広大な管轄面積を有し、重症傷病者を受入可能な医療機関は１施設のみで、病院収容まで１時間近く要することもあるため、早期に救急救命士の新たな処置に承認されることを願う。一方でリスクを伴う処置であることから、救急救命士への教育体制やプロトコールの整備、何より地域MCの強力なサポート体制の構築が必要不可欠であると再認識した。当地域の実証事業に関する症例や取り組み内容について紹介する。

診療支援(ドクターカー) 後半
演題番号 MO6-3（D）

2022年から2024年の3年間で鹿児島市ドクターカーが対応した初期波形心静止であった心停止症例の検討

○奥田 龍一郎[1]，髙間 辰雄[1]，伊福 達成[1]，吉原 秀明[1]
[1]鹿児島市立病院 救急科

【背景】初期波形心静止は一般的に予後不良とされる。鹿児島市ドクターカー（DC）の要請はキーワード方式で、CPAについては意識無し・人が突然倒れた等で要請される。【目的】当院の運用実績から初期波形心静止であった症例について予後を含め検討を行った。【対象】2022年1月から2024年12月までに鹿児島市DCが要請され、初期波形が心静止であった心停止症例(240例)【結果】平均年齢75.5歳、男性60%。原因は非心原性61.3%、心原性38.3%、不明 0.4%。1ヶ月後予後はCPC 5（死亡）93.3%(224/240例)、CPC4(昏睡) 6.3%(15/240例)、CPC 1-2(機能良好-中等度障害) 0% (0/240例)であった。唯一のCPC 3の1例は、窒息で目撃ありの症例であった。初期波形心静止で目撃無しに限定するとCPC 5 96.4%(106/110例)、CPC4 3.6%(4/110例)、CPC 1-3 0%(0/110例)であった。初期波形心静止であった症例において出場後キャンセルとなった割合は15.0%(36/240例)、目撃無し 24.5%(27/110例)である。【結語】初期波形心静止の症例で目撃無しの場合１ヶ月後の予後は大変厳しい。CPC 3以上は皆無であった。初期波形心静止で目撃無しの場合ではDC介入の必要性について更なる検討が必要である。

診療支援(ドクターカー) 後半
演題番号 MO6-4（D）

病院前救急で緊張性気胸が疑われドレナージを施行されたが肺塞栓症が認められた症例

○覚本 雅也[1]
[1]いまきいれ総合病院 救急科

【症例】72歳、男性、体重62kg、既往は肺気腫、間質性肺炎、高血圧、高尿酸血症、肺化膿症があった。X年Y月に右気胸で他院でドレナージ加療をされ退院。6日後に再発し手術目的に当院呼吸器外科へ紹介されたがドレナージのみで改善し退院となっていた。当院退院から9日目に突然の呼吸苦で救急要請。ドクターヘリも要請され現場で呼吸不全、ショックバイタルのため緊張性気胸として胸腔ドレーン留置し当院へ搬送となった。来院時リザーバーマスク10l/minでSpO_2 93%であり呼吸苦の軽減はあったが呼吸不全は持続した。入院後も呼吸不全が持続し、心エコーで右心系負荷所見を認め、造影CTで肺動脈内にmassiveな血栓を認め肺塞栓症と診断しヘパリン投与を開始。その後も呼吸困難の悪化あり翌日tPAを投与。循環不全も出現しECMOの必要性も加味し同日近医へ転院となった。病院前救急において気胸が疑われた場合は搬送前にドレナージは必須である。本症例では経過から気胸再発が疑われ、肺気腫の既往もあり判断が難しい症例であったが来院後の心エコーでは明らかに右心系負荷所見が認めれており、鑑別には心エコーは必須と考えられた。

診療支援(ドクターカー) 後半
演題番号 MO6-5（D）

ラリンジアルチューブ挿入後に両主気管支内歯牙異物を認めた心肺蘇生後の1例

○知念 巧[1]，杉村 朋子[1]，西原 史真[2]，齋藤 加奈子[1]，長間 将樹[1]，宮川 幸子[1]，鍛 良之[2]，大内 元[1]，梅村 武寛[1]
[1]琉球大学病院 救命救急センター，[2]北部地区医師会病院

【目的】気道確保に伴う歯牙損傷は全身麻酔・気管挿管の0.06～0.1%で報告されるが、脱落歯牙が両肺へ誤嚥される例は稀であり、ラリンジアルチューブ（LT）自体による歯牙損傷・歯牙誤嚥の報告も乏しい。今回LT挿入後に両主気管支内に歯牙異物を認めた症例を経験したため報告する。【症例】81歳男性。心肺停止で救急要請され、病院前でLTでの気道確保を含む蘇生を行い、自己心拍再開後に当院へ搬入された。搬入後に気管挿管へ変更した。その後、左右主気管支内にそれぞれ歯牙異物を認めた。入院翌日、人工呼吸器管理下に気管支鏡で2本の歯牙を摘出した。第28病日に明らかな神経学的後遺症なく自宅退院した。【考察】病院前でのLT挿入時に脱落した歯牙が両主気管支へ押し込まれた可能性が考えられた。蘇生・挿管後の患者では症状に乏しいため、口腔内の変化と画像検査で歯牙誤嚥を想起することが必要である。声門上デバイスは比較的低侵襲とされるが、歯牙損傷・誤嚥のリスクも考慮する必要がある。

CPA1 前半
演題番号 MO7-1（D）

西濃地域MC下における教育介入とOHCAの静脈路確保成功率に与えた影響

○木村 拓哉[1]
[1]大垣市民病院 救命救急センター

【背景】OHCAへの救命士による静脈路確保は重要な手技である。当地域では2024年4月より地域MC教育を見直し、事後検証の充実および救命士・救急隊員への教育強化を行った。同年10月の検証会内のレクチャーを契機に、活動プロトコールを変更せず教育的介入により静脈路確保への積極的介入を促した。【目的】教育介入前後の静脈路確保成功率の推移と、ROSCおよび社会復帰との関連を評価する。【方法】単施設後方視的観察研究として救急隊搬送OHCA363例を対象とし、2024年10月前後で成功率を比較し、成功群と失敗群でROSC率を比較、年齢・性別で調整したロジスティック回帰解析を行った。【結果】静脈路確保成功率は32.6%から47.2%に有意に上昇した（p＜0.01）。ROSC率は全期間で成功群で多い傾向を示したが、統計学的な有意差は認めなかった。【結語】教育介入により静脈路確保成功率は向上したが転帰改善との明確な関連は示されなかったが、当地域のプロトコールによる心静止例へのアドレナリン投与制限の影響が考えられ、本年10月のプロトコール改定後の改善が期待される。

CPA1 前半
演題番号 MO7-2（E）

搬送後実習の導入が院外心停止における静脈路確保成功率およびアドレナリン投与時間に与える影響

○橋谷 隆志[1]
[1]安来市消防本部 警防課

【目的】院外心停止への早期のアドレナリン投与(以下，Ad投与)には，迅速確実な静脈路確保(以下，IV確保)が重要である。当本部ではIV確保手技向上を目的に，安来市立病院と連携して令和7年1月から搬送後に傷病者へIV確保を行う搬送後実習を導入した。本実習がIV確保成功率(以下，成功率)と傷病者接触時刻から初回Ad投与までの時間(以下，Ad時間)に与える影響を検討した。【方法】当本部の院外心停止(R6，R7)のうち，除細動及び高度気道管理に先行して静脈穿刺した症例を対象とした。指標は成功率(症例単位)とAd時間とし，導入前後のR6対R7と，R7内の穿刺時点の累積実習回数による0-1回群と2回以上群で比較した。Ad時間は中央値(IQR)で示し，Fisherの正確確率検定，Mann-WhitneyのU検定を用いた。なお，実習は任意で行う運用である。【結果】R6(n=34)対R7(n=37)は，成功率が70.6%から92.9%と有意に向上したが(p=0.030)，Ad時間に差はなかった。R7の0-1回対2回以上は，成功率に差はなく，Ad時間は16.0分(IQR:13.0-20.5，n=23)に対し9.0分(IQR:7.5-9.5，n=7)(p=0.009)と2回以上群が有意に短かった。【結語】導入後に成功率が向上し，累積実習回数とAd時間短縮の関連が示された。

CPA1　前半
演題番号　MO7-3（E）

アドレナリン投与と静脈路確保実施場所の検討

○平嶋 直将[1]，紺野 岳之[1]，長谷川 栄寿[2]，井上 和茂[2]
[1]東京消防庁 救急管理課，[2]国立病院機構災害医療センター

【背景】プレホスピタルにおいて心停止患者に対するアドレナリンの早期投与が求められるが、救急隊が実施する初回投与場所の実態を調査したいと考えた。【目的】院外心停止患者に対し救急隊による静脈路確保実施状況及びアドレナリン初回投与場所について調査し、自己心拍再開（ROSC）に与える影響を検討する。【方法】令和7年に国立病院機構災害医療センターに三次選定で搬送された院外心停止患者を対象とした。外傷事案及びDr car事案は除外した。アドレナリンの初回投与場所を現場と車内で分けROSC率を比較した。また静脈路確保の実施場所と成功率を調査した。【結果】対象は268人で、アドレナリンは99人に投与された。現場群と車内群は56人と43人だった。ROSCはそれぞれ23人（41%）と15人（35%）で有意差はなかった（OR比0.77、95% CI 0.31-1.89、P = 0.68）。また静脈路確保成功率は車内で高い傾向にあった。【結論】本研究では、アドレナリン投与場所によるROSCに与える影響はない可能性が考えられる。静脈路確保については救急車内で高い傾向があり、現場環境によっては早期車内収容が早期アドレナリン投与に繋がる可能性が考えられる。

CPA1　前半
演題番号　MO7-4（D）

院外心肺停止における救急救命士の静脈路確保の状況と活動時間に関する検討

○上田 浩平[1]，湯本 哲也[1]，内藤 宏道[1]，中尾 篤典[1]
[1]岡山大学病院 救命救急科

【目的】院外心停止において静脈路確保は薬剤投与や輸液路として重要である。しかし、穿刺部位や施行者の経験年数による状況、および手技の成否が現場滞在時間に与える影響については十分に明らかになっておらず検討を行った。【方法】2022年1月～2024年12月のPEA/Asystole症例934例を対象とした後方視的観察研究。最終的な静脈路確保成功群と不成功群に分類し、初回穿刺部位、施行者の経験年数、静脈路確保施行時間、および現場滞在時間を比較した。【結果】静脈路確保の成功率は60.2%であった。初回穿刺の部位別成功率は肘正中（62.4%）に対し、前腕（37.6%）、手背（28.5%）であった。平均経験年数は、成功群10.3年、不成功群9.6年であった。静脈路確保施行時間は、成功群で平均0.6分、不成功群で平均2.1分であった。現場滞在時間は成功群11.8分、不成功群11.4分であり、手技の成否による有意な差を認めなかった。【結論】本研究において、初回穿刺部位や経験年数による成功率の状況が観察された。しかし、手技が不成功に終わった場合でも、現場滞在時間は延長しておらず、救急現場において搬送を優先する活動が行われていたことが示唆された。

CPA1　前半
演題番号　MO7-5（E）

視覚的二重課題が胸骨圧迫の質に与える影響
—アイトラッキングを用いた検証—

○齋藤 駿佑[1]，相馬 進之介[2]
[1]弘前医療福祉大学短期大学部 救急救命学科，[2]弘前地区消防事務組合

【目的】胸骨圧迫中の視線移動は手技の質を低下させる可能性がある。視覚的二重課題が胸骨圧迫の質に与える影響を検証することを目的とした。【方法】弘前地区消防事務組合の消防吏員１４名を対象に通常群と視覚的二重課題（電子版ＴＭＴ－Ａ）介入群によるクロスオーバー試験を実施した。各群２分間の３０：２　ＣＰＲを行い、主要評価項目を適切なテンポの割合、副次項目をリコイルと深さの適切な割合とした。統計解析は対応のあるｔ検定を用い効果量（Ｈｅｄｇｅｓ’ｇ）を算出した。【結果】適切なテンポの割合は介入群で統計学的有意な低下を認めた（通常群ｖｓ介入群，９８．７ｖｓ８６．１，ｐ=．０２，ｇ=０．８３）。適切なリコイルの割合（８６．３ｖｓ８２．０）と深さの割合（７７．０ｖｓ６３．３）に統計学的有意差は認めなかった。介入群では目標範囲内ではあるもののテンポが速くなり（１１２．０／分ｖｓ１１５．７／分）、深さが浅くなった（５５．８ｍｍｖｓ５３．１ｍｍ）。【結語】視覚的二重課題は適切なテンポに影響を及ぼしていた。テンポは視覚的二重課題の負荷が加わると速くなる傾向があり、相互作用として深さが浅くなった可能性が考えられた。

CPA1　後半
演題番号　MO8-1（E）

病院前救護における難治性VFに対する二重連続体外式除細動の検討

○河中 拓郎[1,2]，土井 智章[2,3]
[1]加賀市消防本部 消防署，[2]富山大学大学院 総合医薬学専攻 救急医学講座，[3]富山大学 学術研究部医学系(医学) 救急医学講座

【背景】標準的な除細動に反応しない難治性VFへの対応は病院前救護においては依然として課題である。二重連続体外式除細動(DSED)は有望な介入として注目され、JRC蘇生ガイドラインでも言及されている。しかし、病院前救護における具体的な実施方法や運用については十分な整理がなされていない。【目的】シミュレーションを用いて病院前救護におけるDSED導入の実現性と課題を明らかにすることとした。【方法】救命士を隊長としたPA連携下で、除細動器2台（日本光電：TEC-2603、AED-3100）を用いたDSEDシミュレーションを実施し、活動を録画して、その実現性を医師と検証した。【結果】DSEDは一定のトレーニング後であれば、安全かつ迅速に実施可能であった。一方、パッド貼付に伴う胸骨圧迫中断の延長や、機種差による解析・充電時間への理解が必要であった。また、機種によっては心電図波形の確認ができないなど、評価上の制約が認められた。【結論】DSEDは難治性VFに対する有望な介入と考えるが、施行には一定のトレーニングが必要であることが分かった。病院前での適切な実装には、適応を含めたMCプロトコルの整備、機種特性を踏まえた運用の標準化などが不可欠である。

CPA1　後半
演題番号　MO8-2（E）

電気ショック適応傷病者への救急隊の戦略を考える

○石橋 達明[1]，今岡 裕一[1]，森山 尚治[1]，梶谷 貴志[2]，田邊 翔太[3]
[1]松江市消防本部 松江市北消防署 北部分署，[2]出雲市消防本部，[3]松江赤十字病院

【目的】電気ショック適応リズムに対するアドレナリン投与の最適なタイミングは明らかでない。本研究では、現場投与と搬送中投与が予後に与える影響を比較検討した。【方法】2010 ～ 2019年に救急搬送された心肺停止患者のうち、ショック適応リズム252例を対象とした。現場投与群（A群：107例）と搬送中投与群（B群：145例）に分類し、病院前ROSC率、ROSC発生場所、社会復帰率、救急活動時間（消防入電から病院到着まで）を比較した。【結果】病院前ROSC率はA群40.2%、B群35.9%で有意差は認めなかった。一方、現場ROSC率はA群で有意に高かった。社会復帰率は両群間で有意差はなく、A群でやや低い傾向を示した。またA群では処置時間の影響により、救急活動時間が有意に延長していた。【考察・結語】現場投与は現場でのROSC率を有意に改善したが、院内治療開始の遅れや再度CPAに陥ったなどが社会復帰率に影響した可能性がある。これらを踏まえると、早期の院内治療開始を優先し、アドレナリンは搬送中に投与するなど、地域特性に応じた戦略が必要であると考えられる。

CPA1　後半
演題番号　MO8-3（E）

院外心停止における機械的胸骨圧迫の有効性について

○西 大樹[1]，江川 健太[2]，髙田 康平[3]，岡島 正樹[4]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科，[2]広島国際大学保健医療学部救急救命学科，[3]白山野々市広域消防本部，[4]石川県メディカルコントロール協議会

【目的】機械的胸骨圧迫が生存率の改善に影響していないことは，すでに海外の研究で報告されている。しかし、日本において機械的胸骨圧迫に関する大規模な研究は行われておらず，その有効性を検討することを目的とする。【方法】総務省消防庁から提供された2023年のウツタインデータと傷病者搬送データを照合し，目撃有かつ心原性32,887例を抽出した。抽出したデータを機械的胸骨圧迫群10,300例と用手的胸骨圧迫群22,587例に分類し分析を行った。【結果】気道確保器具未実施と比較して，実施した症例で機械的胸骨圧迫実施率が有意に高かった(p<0.01)。また，アドレナリン未投与と比較して，投与した症例において機械的胸骨圧迫実施率が有意に高かった(p ＜ 0.01)。さらに，用手的胸骨圧迫群と比較して，機械的胸骨圧迫群のROSC率および機能良好1か月生存率が有意に低かった(p ＜ 0.01)。【考察】機械的胸骨圧迫を実施することで，マンパワーの確保が可能となり，救急救命士が行う特定行為の実施率が高まった可能性がある。一方，機器装着による特定行為開始の遅延，装着中の胸骨圧迫中断がROSCおよび機能良好1か月生存率の低下につながった可能性が考えられる。

CPA1　後半
演題番号　MO8-4（E）

全救急隊への機械式ＣＰＲ装置を機能させるための運用設計

○宮永 和貴[1]，榊原 丈[1]，大石 奨[1]
[1]豊田市消防本部 足助消防署稲武出張所

【はじめに】豊田市ではこれまで、平均病院収容時間が50分を超える中山間地域の救急車に限り機械式CPR装置（以下、装置）を配備していたが、心肺停止事案の増加が見込まれることから、令和7年度に全救急隊18隊（非常用救急自動車を除く）に配備完了した。【目的】全職員が装置を効率的かつ統一的に運用する方策と運用状況を明らかにする。【方法】装置使用経験者が中心となり、救急隊3名対応を基本としたCPA活動モデルを映像化し研修システムでOJTを実施。指導救命士らによる教育と活動検証も行った。【結果】令和7年8 ～ 12月のCPA症例88件中、装置使用は59件（67.0%）、うち50件（84.7%）は救急現場から使用された。【考察】JRC蘇生ガイドラインでは、機械式CPRは用手胸骨圧迫と比較して有益性・有害性を示さないとされる。しかし、家屋からの搬出や長時間搬送などCPRの質が低下しやすい救急活動では、装置を標準的に運用する意義は大きい。【結語】本取組により、全救急隊で装置運用の標準化と円滑な導入が達成された。今後は未使用事例の要因分析と胸骨圧迫比率（CCF）を向上させる活動検証を継続する。

CPA1　後半
演題番号　MO8-5（E）

病院外心停止症例における気道確保器具使用割合の経年的変遷

○桂原 貴志[1]，中川 洸志[2]，喜熨斗 智也[3,4]，田中 秀治[3,4]
[1]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[2]中央大学 理工学部人間総合理工学科，[3]国士舘大学 体育学部 スポーツ医科学科，[4]国士舘大学 大学院 救急システム研究科

【目的】病院外心停止症例における気道管理手法の推移を分析し、全国的な器具選択の変遷および地域差を明らかにすること。【方法】2005-22年のウツタインデータを用い病院前にて蘇生が試みられた心停止症例を対象とした。バッグバルブマスク、ラリンゲアルマスク、ラリンゲアルチューブ、気管挿管に分類し、年間実施割合の推移を全国・都道府県別に算出した。【結果】全期間を通しバッグバルブマスクが過半数を占めた(05年55.9%, 22年54.8%)。ラリンゲアルマスクが14.1%から2.2%へ減少した一方ラリンゲアルチューブは27.4%から34.8%へ増加し高度気道確保の主流となった。気管挿管は2010年代以降、約7%前後で安定推移した(10年7.3%, 22年8.2%)。いずれの器具も、実施率の推移には都道府県ごとに地域差を認めた。石川県では全国傾向と対照的に2017年以降ラリンゲアルマスク使用率が急上昇し22年22.5%に達した。【結論】気道管理は手技の確実性を重視してバッグバルブマスクを基本とし、声門上デバイスではラリンゲアルチューブを選択する形態へ変遷した。各器具の推移に認められた地域差は、都道府県ごとのメディカルコントロール体制による方針の違いが明らかとなった。

CPA2　前半
演題番号　MO9-1（E）

日本の高齢者における屋外水難事故の発生率と死亡リスク

○大和田 均[1,2]，吉田 圭祐[2]，伊藤 喜紀[2]，稲葉 英夫[2]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科，[2]金沢医科大学 救急医学講座

【背景・目的】日本は高齢化が進み屋外水難事故リスクが高い可能性があるが、年齢別季節性や死亡パターンを定量化した研究は乏しい。本研究は全国ウツタインデータおよび救急搬送データを結合させ、院外心停止や救急外来での「入院なし」(ED死亡）を含む全経過の死亡リスクを総合的に評価する。【方法】2016年～ 2023年までの救急搬送データのうち屋外水難事故例(13,765件)を抽出し、年齢層を3群に分けて、月ごとの発生率の差を示す指標である発生率比(IRR)を多変量ポアソン回帰で推定した。【結果】水難事故の発生率は男性で高く（発生率比95％範囲2.43-2.86)、65歳以上は若年層に比べ発生率が高い(15-64歳を対照、1.69-2.01)。夏季（7/ 8月）は発生率が高く(2.46-2.89)、0-14歳では夏季に発生率が高かったが、高齢者では季節性が乏しかった。パンデミック期間中(2020-2021年)には夏季発生率が減少した。高齢者では水難関連場所以外での発生が多く､ED死亡率が有意に高かった。【考察・結論】高齢者では年間を通じて発生・死亡リスクが高く、水の存在する場所すべてにリスクが存在する。高齢者に配慮した予防体制を整えつつ、夏季には子どもへの対策を強化すべきである。

CPA2　前半
演題番号　MO9-2（D）

当地域における院外心肺停止の救急隊活動と神経学的転帰との関連についての後方視的検討

○麻喜 幹博[1]，林 直輝[1]，鈴木 萌[1]，鈴木 秀聖[1]，松山 周平[1]，山森 温[1]，内田 香名[1]，時田 裕介[1]，増田 崇光[1]，三木 靖雄[1]
[1]藤枝市立総合病院 救命救急センター

はじめに：院外心肺停止（OHCA）の救急隊活動において現場蘇生の有効性が示唆されているが確定的ではない。地域の特徴を検討し、よりよい救急隊活動を検討したい。方法：2016年9月から2022年12月までに当院救命救急センターへ搬送されたOHCA 891例について後方視的に検討した。結果：90日神経学的転帰良好は50例（5.6％）であった。覚知から病院到着までの時間は、転帰良好と不良どちらも中央値32分で有意差は認めなかった。心原性かつShockable波形150例に限定した解析でも関連は示されなかった。一方、病院前自己心拍再開（ROSC）達成や、15分以内の初回除細動については転帰良好との関連が示された。病院前ROSCは10分以内で転帰良好率83％、11 ～ 20分で52％に対し、21 ～ 30分で19％、30分超では9％に低下した。心原性ではROSCまでの時間と転帰に関連があったが、非心原性では認めなかった。考察と結語：OHCAにおいて救急隊活動時間は神経学的転帰に関連しなかった。早期除細動や20分以内の病院前ROSCなど、活動の「質」が転帰に関連する可能性が示唆された。特に心原性が疑われる症例は現場ROSCを目指すことは合理的であるが、その適切な時間はさらなる検討を要する。

CPA2　前半
演題番号　MO9-3（E）

病院前心停止における偶発性低体温症の社会復帰との関連

○淺沼 範彰[1]，大和田 均[2]，関根 和弘[1,2]
[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

【背景】偶発性低体温症(以下、低体温症)は環境要因、社会的孤立、基礎疾患、高齢化など多因子が関与する救急の病態である。本邦における全国規模・長期間の疫学的検討は限られており、特に病院外心停止（OHCA）症例における社会復帰に関連因子は十分に解明されていない。【目的】全国ウツタイン統計を用い、2013年から2023年までの低体温関連OHCAの転帰および社会復帰関連因子を明らかにした。【方法】神経学的社会復帰（CPC 1･ 2）を目的変数とし①年齢②性別③目撃④バイスタンダーCPR⑤除細動施行⑥除細動施行回数⑦特定行為器具使用⑧アドレナリン投与の８項目を説明変数とし多変量解析を行った。【結果】低体温症は2,592件発生し、このうち社会復帰例は207件(8％)であった。除細動施行回数別の社会復帰率は、2回群が16％と最も高値を示した。除細動回数をカテゴリー化し、多変量解析を行った結果、2回群は1回群に対して社会復帰と有意に関連していた(オッズ比で2.1(CI：1.2-3.6)。【結語】低体温症は、除細動施行回数と神経学的社会復帰と関連していた。

CPA2　前半
演題番号　MO9-4（E）

病院外心停止でのバイスタンダーによる心肺蘇生に関する検討
—発生場所および患者の性差との関連—

○福井 建皓[1]，守岡 大吾[1]，村上 龍[2]，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

【背景・目的】病院外心停止において、女性は男性よりもバイスタンダーによる心肺蘇生を受けにくいといわれる。しかし、性差と関連する要因に関する検討は十分ではない。バイスタンダーによる心肺蘇生の実施に関連する要因として、特に発生場所との関連に着目し検討した。【方法】2015年から2023年までの全国ウツタイン統計と搬送人員データを連結し、このうち目撃あり心原性心停止の症例を対象とした。目的変数をバイスタンダーCPRの有無、説明変数を関連因子とし、ロジスティック回帰分析を用いてオッズ比を検討した。【結果】女性は男性よりバイスタンダーCPRを受けやすかった（AOR 1.06, 95%CI 1.04-1.08)。また、発生場所は住宅と比較して、医療施設（AOR 4.28, 95%CI 3.98-4.61）および教育施設（AOR 6.61, 95%CI 5.39-8.11）でバイスタンダーCPRが明らかに高かった。【結論】バイスタンダーCPR実施の要因には性別や発生場所などが関連していた。バイスタンダーCPRの実施率向上および性差の是正には、発生場所の特性を考慮した対策が必要である。

CPA2　前半
演題番号　MO9-5（E）

救急現場におけるバイスタンダー医師との連携と課題 ～実効性と法的留意点について～

○岡村 康平[1]，木場 真人[1]
[1]福岡市消防局 警防部救急課

【はじめに】現場でのバイスタンダー（以下BSとする）医師との連携は、迅速な医療を可能にするが、身元確認や法的責任が課題となる。今回、BS医師の協力で処置を行った症例を報告し、その運用を検証する。【症例】70歳男性。ランニング中に卒倒しCPA。救急隊現着時、管轄内の大学病院の医師が協力を申し出た。所属・氏名を確認し連携を開始。車内で同医師が静脈路確保とアドレナリン投与（2本）を実施した。PEAからVFに変化したため2回目の除細動を行い、現着12分後に医療機関へ引き継いだ。確定診断は急性冠症候群であった。【考察】事後検証では「見知らぬ医師」への正確な身元確認が困難な点が議論されたが、医師法に基づき、現状は性善説に立ち所属・氏名を聴取した上で受け入れるべきとの見解に至った。一方、BSが看護師の場合、救命士は指示権を持たず、安易な処置依頼は法的リスクを伴う点に留意が必要である。【結語】BS医師の協力は傷病者の利益に直結する。所属・氏名の確認と法的制約を理解した上での積極的な連携が推奨される。

CPA2　後半
演題番号　MO10-1（E）

ＣＰＡ事案における支援隊連携は蘇生アウトカムに影響するか —７９２件の後ろ向き観察研究—

○宮川 誠[1]，田中 涼太[2]
[1]湖南広域消防局 北消防署出張所，[2]湖南広域消防局 救命救急課

【背景】院外心停止（ＣＰＡ）対応では支援隊の投入される場面が多いが、その連携効果は消防主体のデータで十分に検証されていない。【目的】支援隊の有無による病院前ＲＯＳＣ率および初回アドレナリン投与時間を比較し、支援隊連携の効果を明らかにすること。【対象と方法】令和２年１月１日から令和６年１２月３１日の間に発生したＣＰＡ事案のうちドクターヘリ、ドクターカー連携事案を除外した７９２件を調査対象とした。支援隊の有無で２群に分類し、ＲＯＳＣ率および接触から初回アドレナリン投与までの時間を比較した。【結果】支援隊の有無によるＲＯＳＣ率に有意差は認められなかった（Ｐ＞０．０５）。初回アドレナリン投与時間は支援隊あり群で１０分１３秒、なし群で１０分７秒と時間延長傾向を示したが有意差は認められなかった。【考察】支援隊投入そのものが蘇生アウトカムを改善する結果は示されなかったが、活動の分担による効率化の可能性が示唆された。支援隊の効果を最大化するには、役割分担の明確化と時間を意識した運用が重要である。

CPA2　後半
演題番号　MO10-2（E）

救急救命士２名乗車におけるアドレナリン投与時間の変化

○中村 哲久[1,2]，匂坂 量[2]，植田 広樹[2]
[1]茨城西南広域消防本部坂東消防署 救急係，[2]国士舘大学防災・救急救助総合研究所

【目的】救急救命士2名乗車が、院外心停止（以下、OHCA）症例におけるアドレナリン投与時間（以下、Adrenaline time）に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。【方法】2017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。介入群は救急救命士２名乗車、対照群は救急救命士１名乗車とした。主要アウトカムをAdrenaline timeとし、副次アウトカムを特定行為指示要請時間および静脈路確保時間とした。結果　Adrenaline time（時間比 [95%CI], 0.81 [0.76-0.86]; p < 0.001）。特定行為指示要請時間（時間比 [95%CI], 0.77 [0.69-0.87]; p < 0.001）、静脈路確保時間（時間比 [95%CI], 0.80 [0.75-0.85]; p < 0.001）。すべてにおいて救急救命士1名乗車と比較すると短縮した。【結論】救急救命士の2名乗車は、特定行為指示要請と静脈路確保等の手技を分担できる体制が構築され、アドレナリン投与までの時間短縮につながる。

CPA2　後半
演題番号　MO10-3（E）

航空機内でのCPA事案に対する救急隊活動の検討 ～迅速な機外搬出と多機関連携が救命に寄与した一例～

○稲川 宗一郎[1]，大庭 徹也[1]
[1]福岡市消防局 博多消防署

【背景】航空機内という特殊環境下での心肺機能停止（CPA）に対し、迅速な機外搬出と多機関連携が奏功し自己心拍再開（ROSC）に至った症例を経験したため報告する。【症例】既往に高血圧のある高齢女性。台湾離陸後の機内で意識障害を呈し、約90分間のバイスタンダーCPRが実施された。着陸後の機内で接触時、JCS300総頸動脈触知不能であった。機内は狭隘かつ満席で、モニターも装着出来ず、処置困難なため、迅速に機外へ搬出し、PEAに対し救急救命処置を開始した。接触19分後にROSC。瞳孔不同と共同偏視を認め、病院到着後の診断で気圧変化に伴う空気塞栓の可能性が示唆された。【考察】機内は活動スペースが極めて限定されるため、早期の機外搬出判断が重要である。また空港内の長距離移動や安全管理を考慮したPA連携の強化、不確定な空港スタッフからの情報に対応出来る初動体制の構築が不可欠である。言語の壁に対する通訳確保も課題となった。【結語】特殊環境下での救急活動では、現場状況に即した迅速な判断と、空港スタッフとの有機的な連携が救命率向上に寄与する。

CPA2　後半
演題番号　MO10-4（D）

CPA搬送道中での搬送先医師によるDNAR意向確認

○小出 正樹[1]
[1]彩の国東大宮メディカルセンター 救急・集中治療科

CPA症例の搬送において、救命士から患者家族へ蘇生処置の希望の有無を確認した場合、積極的蘇生希望の回答を得ている例が多い。しかし、特にPreADL等から抜管等が見込めない（＝寝たきり・気管切開等の転帰が濃厚な）患者群において、来院後に医師が家族へ話をするとほぼDNARの回答を得る。結果的に家族の望まない侵襲的行為、その後の延命を行っている例を多く生んでいる訳である。とはいえ、一刻を争う救急現場において、現場滞在時間を延ばしてまで救急隊が家族へ詳細な意向確認を行うことも現実的ではない。当院では、CPA症例の救急要請で、カルテにてフレイルや現病の末期的状態が示唆される患者と確認できた場合、応需決定・BLS継続の上で、救急隊側のホットラインをスピーカー機能とし、搬送過程で医師が直接患者家族と話し、救命行為の希望の有無を確認することとしている。救急隊へ責任を押し付けずに解像度を上げた意思確認が行え、リアルタイムで救急隊が家族・医師両者の考えを理解し得る試みでもあり、実際の症例を提示しアイデアの共有を図らせて頂く。

CPA2　後半
演題番号　MO10-5（D）

救急外来死亡症例の死因決定プロセスの実態

○藤浪 好寿[1]，樟 侑樹[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】当院は監察医制度下にない地域中核病院で、年間約250例の院外心肺停止（OHCA）症例に応需している。監察医制度下にない地域では、OHCAの救急外来（ED）死亡例における死因決定および警察介入は担当医の判断に委ねられているが、その実態は十分に検討されていない。【目的】ED死亡例における死因カテゴリーと警察介入との関連を明らかにする。【方法】単施設後ろ向き研究。OHCA搬送273例中、ED死亡221例を対象とし、主要評価項目は警察介入の有無とした。【結果】警察介入は72例（33%）で、うち29例は警察引き取りとなった。CTで解剖学的に死因が説明可能であった大動脈疾患・脳卒中33例では警察介入はなかった。外傷2例（100%）、溺水・窒息12例（92%）、不詳3例（67%）では、高率に警察介入があった。慢性疾患や心不全などの内因死例への介入率は16-39%とばらつきを認めた。【結語】警察介入は外因および死因不確実例に集中していたが、慢性疾患や機序診断例では警察介入判断の揺らぎがあった。本研究は監察医制度下にない地域における死因決定プロセスの構造的特徴を示していると思われ、死因記載の標準化と死亡診断書作成にかかわる教育が必要と思われた。

プレホス　研修　前半
演題番号　MO11-1

演題取り下げ

プレホス　研修　前半
演題番号　MO11-2（E）

救急活動に関する法的知識の現状と課題

○平野 幾万[1]，大屋 悠真[1]，大石 奨[1]
[1]豊田市消防本部 南消防署 消防1課

【目的】救急活動に関する法的解釈の認識度を明らかにすることを目的とした。【方法】救急業務に従事する職員355名を対象に、2025年5月から11月に救急活動の法律問題に関するeラーニングを実施後、通信指令員の口頭指導における過失責任、救急活動中の器物損壊、不搬送同意書の法的効力など10問を提示し回答を求め、資格別および経験年数別に正答率を比較した。【結果】全体の正答率は67.5%であった。資格別では救急救命士69.2%、救急隊員66.2%であり、経験年数別でも明確な傾向は認められなかった。【考察】正答率は約7割にとどまり、一定の理解は示されたが十分とは言い難い。法的知識は経験のみでは補完されにくい可能性が示唆された。【結論】救急活動の適正実施に向け、全職員を対象とした継続的かつ体系的な法務教育の充実が必要である。

プレホス　研修　前半
演題番号　MO11-3（D）

脳卒中病院前救護を主軸としたPEMECコースの提案

○安心院 康彦[1,2]，高松 純平[2]，朝日 美穂[2]，角谷 直人[2]，佐藤 哲哉[2]，沢本 圭悟[2]，中村 光伸[2]，畑田 剛[2]，福岡 範恭[2]，藤田 基[2]，谷崎 義生[3]，池田 尚人[4]
[1]帝京大学医学部 救急医学講座，[2]日本臨床救急医学会PEMEC検討小委員会，[3]老年病研究所附属病院脳神経外科，[4]昭和大学江東豊洲病院脳神経外科

【背景】循環器病対策基本法(脳卒中を含む)の施行と機械的血栓回収療法により、脳卒中は時間依存性救急疾患として明確に位置づけられたが、PSLS(脳卒中病院前救護研修)は改訂が望まれるところで、最新の病院前対応を反映しているとは言えない。脳卒中病院前救護訓練を主軸としたPEMEC(急性疾患病院前救護研修)コース設計を検討した。【方法】PEMECガイドブックに掲載された16の症候に関するケースマップ(CM)表記のシナリオにおいて、通常の脳卒中はもとより、脳卒中類似疾患や病院前スケールに沿わない脳卒中を対象に、ABC安定化と中枢神経系症候の認知過程、鑑別、病院前脳卒中スケールの適切な活用、mothership/drip-and-shipを含む搬送戦略判断を教育目標としてPEMEC活用案を設計した。【結果】脳卒中疑いについて、他の内因性疾患との鑑別点を認識しながらの現場対応から搬送決定までの思考過程を俯瞰し可視化するトレーニング方法を提示し得た。【結語】脳卒中病院前救護を主軸とするPEMECコースは、脳卒中病院前救護のトレーニングとしての有用性が期待され、地域医療体制との整合性を図りつつ、検証していく必要がある。

プレホス　研修　前半
演題番号　MO11-4（D）

初期研修医の救急車同乗に対する意識調査と今後の教育に関する検討

○石垣 佳織[1]，本間 洋輔[1]，津波古 憲[1]，矢場 春南[1]，小澤 和哉[1]，田中 駿平[1]，徳江 一馬[1]，立石 順久[1]
[1]千葉市立海浜病院 救急科

【目的】初期研修医は転院搬送時に救急車に同乗することがあるが、その教育が行われている施設は少ない。当院は病院救急車の年間搬送件数が約600台であり初期研修医が病院救急車に同乗する機会が多い。救急車内は限られた情報と医療機器しかなく院内での診療とは大きく異なる。また救急救命士と少人数で活動するため他職種と密接に関わる貴重な機会となる。今回、初期研修医に対して救急車同乗に対する意識調査を実施し今後の救急車同乗に対する教育について検討した。【対象と方法】2025年に当院救急科をローテーションした経験のある初期研修医に2025 年 11 月から12月に匿名でアンケートを行った。【結果】12人からの回答を得た。全員が救急車同乗に研修の意義があり、教育を受けたいと回答した。なお、救急車同乗に不安があると答えたのは91%（11名)であり、その内容は救急車内での急変対応が６名（50%）、他院との申し送り２名（16%）であった。【結論】初期研修医は救急車同乗の研修の必要性を感じ指導を受けたいと感じており、その内容は急変時対応が最も多かった。今後初期研修医に対して救急車同乗を開始する前に定期的に急変時対応を含めた教育を行っていきたい。

プレホス　研修　前半
演題番号　MO11-5（N）

フライトナースの教育ニード・学習ニードに関する調査

○丹羽 由美子[1]，坂田 久美子[2]
[1]愛知県立大学 看護学研究科，[2]愛知医科大学看護学部

【目的】わが国のフライトナースの教育ニードと学習ニードを明らかにする。【方法】フライトナースの所属する67施設へ調査依頼書を郵送した。調査内容は個人属性・教育ニードアセスメントツール（臨床看護師用）・学習ニードアセスメントツール（臨床看護師用）の計70項目。調査依頼書に付した二次元コードにより回答するweb調査とし、記述統計を行い分析した。【結果】回答者122名は、看護師経験18.3年、救急経験13.4年、フライトナース経験6.5年。フライトナースラダーはⅡ4名、Ⅲ58名、Ⅳ60名。研修等は全員何らかの受講歴があり、BLS112名（91.8%）が最多で、有効な資格はDMAT53名（43.4%）が最多であった。総得点平均値は、教育ニード72.3（SD14.5）点、学習ニード145.8（SD13.9）点でともに中得点領域に相当した。高いニードは、教育ニードの「主体的に学習・研究を行い看護専門職者としての発達を志向する」で、学習ニードでは「所属部署の特殊性や患者の個別状況にあった急変時の対応方法」であった。【考察】教育ニードでの「主体的な研究への取り組み」には支援の必要性、学習ニードでの「急変時の対応方法」にはさらなる高度な対応の必要性が示唆された。

プレホス　研修　後半
演題番号　MO12-1（N）

ラピッドレスポンスカー活動における医師・看護師の判断共有が促すチーム学習と看護師教育

○増田 喜昭[1]，鈴木 秀聖[1]，麻喜 幹博[1]，三木 靖雄[1]
[1]藤枝市立総合病院 救命救急センター

【背景】ラピッドレスポンスカー（以下､RCとする）活動において、看護師教育を目的に振り返りシートを作成・運用してきたが、看護師のみでは医師の病院前診療における判断意図との乖離に気づけず、十分な省察に至らない事例が見受けられた。記載率の伸び悩みもあり、実践と教育の結びつきに課題があった。【目的】医師・看護師がRC活動における判断と実践を言語化・共有する仕組みを整備し、チーム学習の促進による看護師教育への効果を検討する。【方法】医師の診療意図の共有を目的として振り返りシートを新たに作成した。RC出動ごとに医師・看護師が判断・実践・学び等を記述し、毎月のRCミーティングで共有・検討した。【結果】看護師は医師の診療意図を踏まえた省察が可能となり、相互理解に基づく議論が促進された。一方で、看護師の記述量が少なく、成功体験を含めた振り返り設計や、記述内容をチームの学習資源として共有する仕組みの必要性が示唆された。副次的に、専攻医の自己学習や指導にも活用された。【結語】本取り組みは看護師教育に有用であり、専門職連携教育・多職種連携（IPE/IPW）の一形態として機能する可能性が示唆された。

プレホス　研修　後半
演題番号　MO12-2（D）

ラピッドレスポンスカー活動における省察の教育的意義 -病院前診療の判断過程を重視した専攻医教育の試み-

○鈴木 秀聖[1]，増田 喜昭[1]，麻喜 幹博[1]，三木 靖雄[1]
[1]藤枝市立総合病院 救命救急センター

【背景】病院前診療では、限られた情報と資源の中で迅速かつ適切な判断が求められる。近年、救急・外傷領域を中心に撮像した動画を用いた振り返りの有用性が報告されている一方で、診療後の評価は結果論的フィードバックを助長し、現場での直感的判断の育成を阻害する可能性がある。【目的】ラピッドレスポンスカー（以下RCとする）活動において、診療判断や思考過程の言語化を重視した省察が、病院前診療における専攻医教育にどのように寄与するかを検討する。【方法】医師との診療意図の共有のため看護師主導で作成された振り返りシートを用い、RC出動ごとに専攻医が診療判断、優先順位、学び等を記述した。記録内容は看護師とともに毎月のRCミーティングで共有し、検討した。【結果】自己の思考と現場状況を文章化することで自然と専攻医の省察が促された。指導医にとっても専攻医の思考過程を把握しやすく、結果論に偏らないプロセス・フィードバックが可能となった。【結語】言語化を基盤とした省察は専攻医教育に有用だった。今後は十分な省察文化を土台として動画を併用し、より教育効果の高い教育制度の確立を目指していく。

プレホス　研修　後半
演題番号　MO12-3（D）

重症外傷診療におけるプロトコル導入および多職種参加型外傷シミュレーションの有用性

○武田 悠莉子[1]，本田 浩太郎[1]，山川 一馬[1]
[1]大阪医科薬科大学 救急医学教室

【背景】当院では2022年4月に救命救急センターを開設し、重症外傷症例の受け入れを開始した。重症外傷診療は多職種との連携が重要であり、多職種参加型シミュレーションが有用である。当センターはCT隣接型で、さらにIVR・手術室まで長い移動を要する。限られた環境下で迅速な外傷診療を実現するため、緊急手術システムを構築し、重症外傷におけるプロトコルを作成した。さらに、様々なシナリオで多職種参加型の外傷シミュレーションを実施している。【目的】当院における外傷プロトコルおよびシミュレーションの有用性について検討する。【方法】外傷プロトコルおよびシミュレーションの概要を報告し、搬入からCT撮影までの時間、手術開始までの時間などについて後方視的に解析した。【結果】外傷プロトコル導入により外傷診療の標準化が進んだ。一方、シミュレーションはスタッフの教育に加え、反復実施により他職種間の情報共有やシステム上の課題が顕在化し、改善につながった。【結論】外傷プロトコルにおける診療の標準化と、多職種参加型シミュレーションによる課題の抽出と改善は外傷診療の質の向上に有用である。

プレホス　研修　後半
演題番号　MO12-4（E）

十勝地区における病院前周産期救急研修の取り組み

○永井 雄平[1]，齊藤 良玄[2]，松宮 寛子[2]
[1]とかち広域消防局帯広消防署救急課，[2]北海道大学病院

【背景・目的】周産期病院前対応は母児ともに急変リスクが高く、時間依存性疾患もあることから、医療機関到着までの間に適切な情報共有をし、到着直後の介入体制が確保できる多職種連携が必要であると考える。多職種連携の構築のための一歩として実施した取組と結果を報告する。【方法】医師、助産師、救急隊が参加し、病院前活動の講義、周産期疾患のシミュレーションを行い、研修前後で多職種連携に関わるアンケート調査した。事前は多職種連携に対する研修前の意識調査を二分法で行い、事後は多職種連携に対する意識の変化について調査するほか、研修満足度を５段階評価で調査した。【結果】参加は３３名、アンケート回収３１名であり、事前調査は全員が多職種連携の必要性を認めた一方、連携方法に戸惑いがあることがわかった。事後調査の多職種連携の意識変化は「より協力したいと思った」との回答が９６％を占め、研修満足度は１００％が満足と回答した。【結語】本研修は、相互理解を促進し、連携の意識向上に寄与したと考えられる。アンケート結果からも継続的な実施を求める意見もあり、継続的な実施により密接な連携強化に繋げたい。

プレホス　研修　後半
演題番号　MO12-5（HS）

避難所設営訓練における応急手当訓練を組み込む取組み（2）

○吉田 雄一[1]，木川 英[1]，上原 淳[1]
[1]川越救急クリニック 救急科，[2]さいたま市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・共助が中心となる。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要因となる。【方法】避難所設営訓練において応急手当訓練を組込み訓練を実施した。【結果・考察】「避難所訓練」－「その後の自治会における訓練」を繰り返し行った結果、参加者の感想は理解が深まり、三角巾や副木等がその場になくても代用品で対応する自信が持てるようになったというものであった。災害発生時、救急・救助要請は連続的に発生することから救急搬送、救助は限定的なものとなり隣組、自治会等の自助・共助力が大きな意味を成すと考える。地域住民らの協力によって救出した傷病者、避難所等で負傷した傷病者を医療関係者に引き継ぐまでの自助・共助力向上方法として避難所設営訓練で救護班に対して応急手当訓練を組み込むことは意義があると考える。

内因性　感染　心血管　前半
演題番号　MO13-1（D）

早期の抗菌薬投与が有効であった劇症型溶連菌感染症の１例

○瀧上 和也[1]，村尾 佳則[1]，山本 浩二郎[1]
[1]医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院 救急総合診療科

61歳男性。救急搬送2日前より右耳下腺周囲の疼痛と腫脹を自覚し、前日から39℃の発熱を認め、疼痛増悪のため救急要請に至った。来院時、収縮期血圧70mmHg 台、脈拍120回/分とショックバイタルを呈していた。造影CTにて右胸鎖乳突筋を中心とした壊死性筋膜炎が疑われたが、明らかな膿瘍形成は認めなかった。来院40分後にMEPM、48分後にVCM、6時間5分後にCLDMをそれぞれ投与開始した。またノルアドレナリン0.05 γで循環管理を開始した。翌日4時には昇圧薬を中止可能となり、血圧は138/99mmHgまで改善した。血液検査ではWBCが入院3日目に12400/ μL、CRPが入院2日目に40.95mg/dLとそれぞれピークをつけそれ以降速やかに低下した。また血液培養採取して約12時間後に連鎖球菌が好気ボトル2セットで陽性となり翌日A群β溶連菌と判明した。感受性結果判明後、ABPC/SBTにスイッチしその後全身状態は安定した。その後外科的切開排膿を要することなくABPC/SBTとアクアセルAgによる保存的加療で軽快した。

内因性　感染　心血管　前半
演題番号　MO13-2（D）

腰痛の診療経過中に診断されたStreptococcus agalactiaeによる脊椎感染症の一例

○笹尾 駿介[1]，小川 克大[1]，久野 祐樹[1]，田中 拓道[1]，入江 弘基[1]
[1]熊本大学病院 救急部

【背景】腰部トリガーポイント注射は簡便で一般診療において広く実施されているが、易感染性宿主では深部感染症を来す可能性があり、慎重な評価が必要である。【症例】70歳後半、男性。既往に2型糖尿病（HbA1c 7%台）および高血圧症を有していた。腰痛を主訴に近医を受診し、腰椎MRI施行後に腰部皮下へトリガーポイント注射（局所麻酔薬および鎮痛補助薬、ステロイド製剤は使用されていなかった）が行われた。注射後約1週間は増悪を認めなかったが、その後下肢の硬直と腰痛増悪を認め救急搬送された。搬入時、白血球数およびCRPの著明な上昇を認め、MRIで胸腰椎移行部から上位腰椎にかけて硬膜外膿瘍および左傍脊柱筋内膿瘍を疑う所見を認めた。超音波ガイド下穿刺でStreptococcus agalactiaeを同定し、ペニシリンGによる保存的加療を開始した。一時的な下肢筋力低下を認めたが進行性神経障害はなく、現在も長期間の静脈内抗菌薬治療を継続している。【結語】易感染性宿主の腰痛では、侵襲的処置の有無にかかわらず深部感染症を念頭に置いた評価と多職種連携が重要である。

内因性　感染　心血管　前半
演題番号　MO13-3（D）

急性期DICスコアを満たした若年Lemierre症候群の１例

○松田 就[1,2]，柿 佑樹[1,2]，小島 光博[1,2]，横山 貴久[1,2]，飯島 章子[1,2]，岩本 泰樹[1,2]，北園 真子[1,2]，高安 弘美[1,2]，土肥 謙二[2]，宮本 和幸[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】Lemierre症候群は咽頭感染を契機に内頸静脈血栓性静脈炎と敗血症性塞栓症を来す稀な疾患である．抗凝固療法の適応については一定の見解がない．【症例】10歳代男性．発熱と咽頭痛が5日間持続．造影CTで咽頭炎および内頸静脈血栓を認め，当院転院となった．来院時vitalは安定していたが，血小板4.3 × 104/ μL，D-dimer 18 μg/mLで急性期DICスコア6点であった．肺に微小な敗血症性塞栓を認めた．広域抗菌薬およびトロンボモジュリンアルファを開始したが，血栓優位の病態と判断し翌日よりヘパリン持続投与へ変更した．血小板は最低3.1万/ μLまで低下したが全身状態は改善し，第18病日に退院した．血液培養よりFusobacterium necrophorumを検出した．【考察】Lemierre症候群は若年者であってもDICスコアを満たす重症例を呈し得る．血栓形成が病態の主体と考えられる場合，抗凝固療法の適応について慎重な判断が必要である．

内因性　感染　心血管　前半
演題番号　MO13-4（D）

当院で経験した重症熱性血小板減少症候群(SFTS)16症例のまとめ

○新屋 俊樹[1]，伊福 達成[2]，髙間 辰雄[2]，吉原 秀明[2]
[1]鹿児島市立病院，[2]鹿児島市立病院 救急科

【背景】重症熱性血小板減少症候群 (SFTS) はダニ媒介性ウイルス感染症であり、発熱や消化器症状など非特異的症状で発症するため、初期診断が困難である。発症から約1週間で急速に重症化し、致死的経過をたどることがある。【症例】78歳男性。発熱と食思不振を主訴に発症し、前医で対症療法が行われたが改善なく、第7病日に意識障害とショックを呈し当院へ搬送された。来院時、白血球減少・血小板減少、肝機能障害、著明なフェリチンおよびsIL-2R高値を認め、敗血症性ショックおよび血球貪食症候群を疑った。集中治療を開始し、ステロイドパルス療法を行ったが全身状態は改善せず、後日SFTSウイルス感染が判明した。家族と協議の上、best supportive careの方針となり、第4病日に死亡した。【考察】SFTSは初期症状が日常診療で頻繁に遭遇する症状と類似しており、診断の遅れが予後不良につながる。当院で経験した16症例の検討を踏まえ、文献的考察を加えて報告する。

内因性　感染　心血管　前半
演題番号　MO13-5（D）

維持透析患者の膀胱膿症の１例

○式場 智史[1]，増渕 高照[1]
[1]亀田総合病院 救命救急科

【はじめに】末期腎不全患者では徐々に尿量が減少していき、膀胱機能不全となりやすい。特に維持透析患者においては膀胱内に尿が停滞したままであることも少なくない。それをきっかけに炎症反応や微熱が遷延する場合がある。【症例】近医で維持透析を行っている76歳女性。来院約2週間前から尿の色がいちごミルク様に変化した。5日間抗菌薬で治療を行ったが微熱が遷延し、肉眼的に膿尿が続いているということで精査加療目的で当院救急外来に紹介となった。来院時、体温は37.8℃で身体所見では有意な所見を得られなかった。採血では軽度の炎症反応を認め、CT検査では膀胱内に尿貯留を認めた。膀胱留置カテーテルを挿入したところ、悪臭を伴う膿性尿を認めた。グラム染色では複数菌種を認めており、抗菌薬加療及び膀胱洗浄を行い近医へ逆紹介とした。【結語】透析患者の遷延する発熱では無尿であっても尿路感染症を鑑別に挙げ、積極的に尿検体を採取する必要がある。また、膀胱膿症の診断となった際には膀胱洗浄と抗菌薬投与が必要となる。

内因性　感染　心血管　後半
演題番号　MO14-1（D）

気腫性腎盂腎炎を契機とした遅発性感染性動脈瘤破裂の一例

○丸野 桃子[1]，妹尾 聡美[1]，吉野 梨那[1]，井上 拓海[1]，佐久間 淳[1]，土屋 亜由美[1]，菊岡 吉朗[1]，栗山 桂一[1]，風巻 拓[1]，清水 正幸[1]
[1]済生会横浜市東部病院 救急科

【背景】感染性大動脈瘤の発生頻度は大動脈瘤全体の２％未満であるが，その致死率は約15-40％と重症度の高い疾患である．菌血症を契機として発症するが，先行感染の治癒後，数週から数か月経過したのちに遅発性に発生する感染性動脈瘤の報告が散見される．【症例】コントロール不良の2型糖尿病の既往のある80代女性．気腫性腎盂腎炎による菌血症に対し抗菌薬治療で改善し退院したが，3か月後に倦怠感と嗄声を主訴に再受診した．CTで大動脈弓部の動脈瘤および縦隔気腫を認め，感染性大動脈瘤と診断した．血液培養ではE.coliが検出され，抗菌薬投与下にTEVARを予定していたが，入院3日目に瘤破裂をきたし死亡した．病理解剖で左腎壊死巣と破裂した動脈瘤から，血液培養と同一の細菌が認められた．【結論】気腫性腎盂腎炎に伴う菌血症を契機とした原因菌の血管壁播種により，遅発性に感染性大動脈瘤が形成されたと考えられる．易感染性宿主で動脈硬化性病変を有する場合，敗血症治療後であっても，遅発性に感染性大動脈瘤をきたすことを念頭に置き，慎重な経過観察が必要である．

内因性　感染　心血管　後半
演題番号　MO14-2（D）

仰臥位での一過性意識消失を契機に診断した肺血栓塞栓症の一例

○陳 雨晟[1]，前田 敦雄[1]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，原口 剛[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院 救急集中治療科

【目的】仰臥位での一過性意識消失は心原性失神を念頭に精査を要する。本症例を通じ、胸痛や低酸素血症を伴わなくても、肺血栓塞栓症（PTE）を鑑別に挙げる必要性を示す。【症例経過】89歳、女性。既往に高血圧症、心不全、慢性腎臓病があり、維持透析を導入されている。仰臥位で約3分間の一過性意識消失を来したため救急要請され、当院へ搬送された。来院時、バイタルサインに特記すべき異常はなく、胸痛や酸素飽和度の低下も認めなかった。12誘導心電図では心房細動調律で、側壁誘導の幅広く深いS波、下壁誘導の陰性T波、完全右脚ブロックを認めた。心臓超音波検査では右室拡大およびD-shapeサインを認めた。胸部造影CT検査で両側肺動脈内に造影欠損を認め、肺血栓塞栓症と診断し入院加療の方針とした。入院第1病日より未分画ヘパリンによる抗凝固療法を開始し、第8病日からワルファリンカリウムを併用した。第18病日の胸部造影CT検査で血栓の改善を認め、第22病日に退院となった。【結論】仰臥位での一過性意識消失は、不整脈や虚血性心疾患の除外を要するハイリスクな病歴であり、胸痛やSpO_2低下を伴わなくても肺血栓塞栓症の可能性を検討する必要がある。

内因性　感染　心血管　後半
演題番号　MO14-3（D）

心嚢穿刺困難なＡ型急性大動脈解離に伴う心停止に対し、蘇生的開胸術が有効であった一例

○谷 昌純[1]，藤塚 健次[1]，中村 光伸[1]
[1]前橋赤十字病院 集中治療科救急科

【はじめに】Ａ型急性大動脈解離（ATAAD）に伴う心肺停止は極めて予後不良である。心タンポナーデ合併例では、再破裂防止のため制御下心嚢ドレナージが手術への橋渡しとして検討されるが、心肺停止時における蘇生戦略は確立されていない。今回、心嚢穿刺にて解除困難であったATAADによる心タンポナーデに対し、蘇生的開胸術（RT）が有効であった一例を経験した。【症例】中年女性。胸痛を訴え卒倒し、心肺停止状態で搬送された。FASTにて心膜液貯留を認め、心嚢穿刺を試みたが吸引不能であった。直ちに左側方開胸および心膜切開を実施し、凝血塊の除去直後に自己心拍再開を得た。その後、造影CT検査にてATAADと診断された。神経集中治療を行うも、低酸素脳症によりCPC 4と神経学的転帰は不良であった。【考察】ATAADに伴う心タンポナーデは凝血塊を形成しやすく、心嚢穿刺は無効な場合が多い。救急医が習熟しているRTは、心膜開窓術や胸骨正中切開と比較して、迅速に閉塞を解除可能な手技である。本例のような心肺停止例においては、RTが有用である可能性がある。【結語】心嚢穿刺困難なＡ型急性大動脈解離に伴う心停止に対し、蘇生的開胸術が有効だった一例を経験した。

内因性　感染　心血管　後半
演題番号　MO14-4（D）

扁桃周囲膿瘍を契機に仮性動脈瘤破裂が疑われたが保存的に軽快した１例

○高井 信行[1]，大谷 典生[1]，磯川 修太郎[1]，渡辺 悠[1]，宮本 颯真[1]，飯田 英希[1]
[1]聖路加国際病院 救急科救命救急センター

【背景】頚部膿瘍に伴う仮性動脈瘤は破裂すると致死的出血や気道緊急に至りうるため早期の診断、治療介入が重要である。頚部膿瘍の診断時の造影CTで仮性動脈瘤破裂の所見を認め、早期に血管造影検査を施行できた一例を経験したので報告する。【症例経過】40代男性。習慣性扁桃炎の既往がある。来院3日前から咽頭痛と発熱が出現した。来院時、開口制限と右扁桃腫大を認めた。造影CTで右扁桃周囲腔に直径約4cmの被包化した液体貯留と内部に造影剤の漏出像があり、扁桃周囲膿瘍と仮性動脈瘤の破裂が疑われた。CT後に唾液に血が混じるようになり気管挿管を実施した。血管造影を実施するも、出血源は同定できず、動脈シースを留置したまま切開排膿も行ったが、黄褐色の膿汁と血餅が排出されたのみで活動性出血は認めなかった。その後、抗菌薬治療のみで再出血はなく経過し、第5病日の造影CTで膿瘍縮小と仮性動脈瘤の消失を確認し、第8病日に退院した。【結論】咽頭出血をきたした場合は血管性病変の合併を考慮することで予期せぬ気道緊急に備えることや、早期の血管造影検査への移行が可能になる。

内因性　感染　心血管　後半
演題番号　MO14-5（D）

劇症型抗リン脂質抗体症候群（CAPS）による多臓器血栓症を呈した一例

○上田 浩平[1]，奥野 奈央[1]，奥畑 裕人[1]，吉矢 和久[1]，齊藤 福樹[1]，中森 靖[1]
[1]関西医科大学救急医学講座 救急医学科

劇症型抗リン脂質抗体症候群（CAPS）は短期間に多臓器血栓症を呈する致死的疾患であり、救急現場では早期診断と治療介入が重要である。51歳女性。胸痛および呼吸困難で前医へ救急搬送され、急性心筋梗塞が疑われ前医にて心臓カテーテル検査が施行され、冠動脈3枝閉塞を認めた。その後、肺塞栓症、肝・脾梗塞、右内頸動脈閉塞による広範脳梗塞を認め、全身性血栓症として当院へ転院となり治療を開始した。HIT疑いもあり抗凝固療法の選択に難渋したが、ステロイドパルス療法およびスロンノン持続投与を含む集学的治療を速やかに導入した。前医で抗カルジオリピン抗体強陽性を認めた一方、当院での抗体測定はステロイド投与後で陰性であり確定診断は困難であった。治療終了後のLA/drVVT弱陽性および臨床経過を踏まえ抗リン脂質抗体症候群と診断した。治療介入後は新規血栓形成や増悪を認めなかった。CAPSは抗体測定時期により診断が困難となる場合があり、救急現場では検査結果に依存しすぎず、臨床像を踏まえた迅速な治療開始が救命に直結すると考えられた。今回、多発動脈・静脈血栓症を呈し搬送された一例を経験したので報告する。

MSW　前半
演題番号　MO15-1（MS）

旅行中に心肺停止となった外国人傷病者に対し、社会的調整を行い国際医療搬送で帰国した一例

○髙澤 信哉[1]，三戸 正人[1]
[1]社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院 患者総合支援センター

【はじめに】近年のインバウンド増加に伴い、外国人観光客が救命される事例は増加すると考えられる。一方で、救命後の医療費、国際医療搬送など多くの社会的課題が生じ、MSWの介入が重要となる。【症例】20歳代女性【現病歴】旅行のため来沖、パラグライダー飛行中の転落事故で救急要請、当院ドクターカー(DC)も現場で接触、覚知から52分、DC接触6分後に自己心拍は再開し当院へ搬送。【経過】ICU入室後、集学的治療を開始、低酸素脳症による中枢性下垂体機能不全から尿崩症、甲状腺機能低下症などを併発したものの2週間の経過で病状は安定、第16病日に気管切開、第24病日にチャーター航空機による国際医療搬送で母国の大学病院へ転院することができた。【考察】本症例では救命後に医療費や保険補償範囲等の社会的・経済的課題が顕在化したことに加えて、母国の医療機関や政府が求める医療情報の提供内容や方法が複雑で、調整に困難さがあった。しかし入院当初よりMSWが介入したことで、早期の航空機による帰国医療搬送を実現することができた。今後、外国人傷病者対応においてMSWの役割は一層重要になると考えられる。

MSW　前半
演題番号　MO15-2（MS）

熱傷患者の社会的要因と救急医療における医療ソーシャルワーカーの役割

○竹野 大介[1]
[1]独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 地域医療連携・相談室

当院は熱傷センターを有しており、2024年度の熱傷患者総数339例（うち熱傷センター入院101例）と、熱傷患者を多く受け入れている。重度患者は治療以外にも経済問題などの支援が必要なことから、熱傷患者の「健康の社会的決定要因」（以下SDH）に対し医療ソーシャルワーカー（以下MSW）が果たす役割を検討する。熱傷センター入院101例のうち、MSWが支援した25例の1受傷契機、2年齢、3経済状態、4後遺症、5支援期間、6支援内容を整理し、WHOの定めるSDH項目との関連を明らかにする。平均年齢63歳、年収300万円以下が約6割、家族支援の無い患者が6割だった。平均在院日数は全体41日でMSW対応例73日だった。在院日数が長い患者ほどSDH項目が増加した。熱傷患者は在院日数の長い患者ほどSDH項目が増加する。患者の抱える社会格差は複合的だが、MSWは社会課題をひも解き、社会保障制度活用、他機関連携・協働、家族関係調整などの支援を行うことで再び地域社会へ復帰できるよう支援していた。MSWは入院初期から患者と地域の様々な社会資源を繋ぐネットワーク構築を行うことで、救急の場面から退院を見据えた支援を行っている。

MSW　前半
演題番号　MO15-3（MS）

名前や年齢も分からないという自殺企図者にソーシャルワーク介入した１例

○狗巻 洋平[1]
[1]近畿大学病院 患者支援センター

【症例】身元不明、70歳前後の男性。両手首を切創し倒れているところを通行人が発見し救急搬送された。切創部は腱が見えるほどの深さであり縫合処置後、輸血を実施した。身元がわかる所持物は無く、名前や年齢もわからないと話した。自殺再企図予防目的で精神保健福祉士（以下、MHSW）が介入した。【介入後の経過】自分自身の記憶は一切ないが焦燥や抑うつなど精神症状は目立たなかった。退院後の生活や金銭面に不安がありサポートを希望した。搬送地で生活保護の申請を行い、福祉事務所や救護施設との連携、退院後の精神科の受療調整を行い、第１４病日に救護施設へ退院した。【考察】本症例では、全生活史健忘を認め身元がわからず自殺企図に至るまでの経緯も不明であった。精神症状は目立たず入院中は落ち着いた様子であったが自殺企図前は心的外傷体験を認めていた可能性が考えられた。記憶の回復時に精神症状の増悪や自殺のリスクが高まることは想定されたため、行政や救護施設だけでなく精神科医療との連携も図り支援体制を構築した。全生活史健忘という特異な状況下で、MHSWが介入した１例を経験したため報告する。

MSW　前半
演題番号　MO15-4（MS）

当院における自殺未遂者支援（初回面談）の標準化

○西川 和典[1]
[1]長浜赤十字病院 医療社会事業課

【背景】当院は身体科精神科の入院病床がある３次救急医療機関。自殺未遂者支援にも取り組んでおり、①救急患者精神科継続支援料の算定、②いのちのサポート事業（滋賀県の自殺未遂者支援事業として救急告知病院と保健所及び市町の連携支援）の２つの枠組みを活用中。しかし実務にあたるソーシャルワーカー（以下、ＳＷ）の中には自殺未遂者支援の経験が少ないものもいる。【目的】当院における自殺未遂者支援（初回面談）を標準化しＳＷの経験値による影響を軽減する。また経験値の少ないＳＷのメンタルサポートへも波及。【方法】自殺未遂者支援の経験が少ないＳＷへ半構造化インタビューを実施。マニュアルを作成。【結果】マニュアルには具体的なフローのほかにＳＷが初回面談時に大切にすべきポイント（４項目）も含め作成。【考察】当地域では自殺未遂者支援の枠組みがあり恵まれている。枠組みを活用する（地域の支援者へつなげる）ためにはクライエントが事業や支援について関心を持てるような面談内容、信頼関係の構築が求められる。今後も適切なアプローチとなるよう再考が必要。

MSW　前半
演題番号　MO15-5（D）

急性期病院における非常勤精神科医の有効性

○吉山 直政[1]
[1]福岡県済生会二日市病院 救急科

【背景】済生会二日市病院では精神的背景を有する患者対応に苦慮しており、非常勤での精神科医を雇用した。【目的と方法】精神科医が非常勤勤務を開始した令和７年１１月から令和８年１月の間で自殺未遂で救急搬送された患者６名を対象に、精神科受診の実態、患者および病院にもたらされた利点について検証した。【結果】該当患者の６名中３名に精神科治療介入した。介入しなかった３名は、全て急性薬物中毒で早期に自宅退院となり、１名は退院後の精神科受診も出来ていなかった。介入した３名は、自殺未遂に至った背景の評価、薬剤対応、継続的な精神科加療の必要性の検証が行われた。１名は墜落外傷で長期入院となったが、専門的な評価及び対応があったため当院での入院加療継続が出来た。【考察】全ての自殺未遂患者を精神科受診に繋げられてはいない状況が判明した。その中で自殺企図患者への急性期からの治療介入は、身体的治療継続の前提条件、また今後の精神科病院での継続治療の出発点となり、極めて重要であった。【結論】自殺未遂患者の対応が必要な急性期病院においては、精神科医による介入は治療全体の要であり、たとえ非常勤でも有益な存在である。

MSW　後半
演題番号　MO16-1（O）

自殺者の居住状況に関連する要因の検討
-人口動態変数と自殺手段の情報を用いた探索的検討-

○村上 龍[1,2]，守岡 大吾[2]，福井 建皓[2]，久保 敦士[2]，上久保 敦[2,3]，平出 敦[2]
[1]千葉科学大学 危機管理学部 保健医療学科，[2]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科，[3]大阪府監察医事務所

【背景・目的】救急搬送に至らなかった自殺者の特徴に関する詳細な知見は乏しい現状にある。本研究では自殺者の居住状況，手段および背景の探索的な検討を行い，居住状況に関連する要因を検討することを目的とした。【方法】2020年と2021年に大阪府監察医事務所で検案された自殺例を対象とした。目的変数を独居・同居の別，説明変数を背景因子および自殺手段とし，多変量ロジスティック回帰分析を用いてAORおよび95%CIを算出した。【結果】無職に対して職業不明群（AOR 0.14, 95%CI 0.03-0.60），縊頸に対して練炭（AOR 0.43, 95%CI 0.21-0.86），縊頸に対して刃物（AOR 0.38, 95%CI 0.15-0.99）では独居であることに有意に関連していた。女性（AOR 1.98, 95%CI 1.51-2.58），無職に対して有職（AOR 1.49, 95%CI 1.11-2.00），無職に対して学生（AOR 5.45, 95%CI 2.43-12.22），縊頸に対して入水（AOR 2.54, 95%CI 1.28-5.02）では同居人がいることに有意に関連していた。【結論】特定の自殺手段と居住状況の間には関連があることが示唆された。独居の自殺者では，警察の捜査でも職業状況などを明らかにすることが困難な例も存在することが示唆された。

MSW　後半
演題番号　MO16-2（D）

精神的虐待の背景がある自死症例において心停止下角膜移植を実施した一例

○松田 拓也[1]，原富 由香[2]，山家 純一[3]
[1]熊本赤十字病院 第一救急科部，[2]熊本赤十字病院 第三救急科部，[3]熊本赤十字病院 第二救急科部

令和5年時点での角膜移植の待機患者は1922名に対して、提供者数は575名にとどまるとされる。当院救命救急センターには多くの心肺停止患者が搬送されるが、救命救急センターにおける角膜摘出例はほとんどない。今回、過去に面前DVによる被虐待児として対応された19歳男性が縊頸CPAで救命救急センターに搬送され、蘇生行為が奏功しなかったものの、生前の本人の意志を汲んで心停止下角膜摘出を施行された事例を報告する。対象患者は両親の夫婦喧嘩を日常的に目撃する環境下で育ち、警察からの児童相談所通告歴があった。しかし、その後の家族関係は改善して過ごしていた中で、縊頸による自死を完遂するに至り、死亡確認後に臓器提供意志表示カードに直筆で意志提示があることが判明した。本人の遺志を尊重しつつ、被虐待児であった経緯を考慮して多職種カンファレンスにて慎重に協議した結果、面前DVによる被虐待状態はすでに解消されていること、本人の角膜提供の意志決定プロセスに問題がないことを確認し、救急外来で角膜摘出を施行し、本人の遺志に沿うことができた。解決された被虐待の過去にとらわれない臓器提供のあり方について考察を加えて発表する。

MSW　後半
演題番号　MO16-3（E）

早期の補助換気が心停止回避に有効であった乳児揺さぶられ症候群の一例

○廣田 直己[1]，髙木 広之[1]
[1]福岡市消防局 南消防署

【はじめに】乳児の呼吸不全は心停止への移行が早く、迅速な評価と介入を要する。早期の補助換気により心停止を回避し得た乳児揺さぶられ症候群（以下SBSとする）の一例を報告する。【症例】生後2ヶ月女児。顔色不良、意識障害、弱い呼吸を主訴に救急要請。接触時、JCS-100程度、呼吸数10回/分、脈拍90回/分と、月齢に対し明らかな徐脈を認めた。【活動】酸素投与及びBVMによる補助換気を直ちに開始。介入後、脈拍は140回/分に上昇し顔色も改善した。搬送中、換気不十分により脈拍が低下する傾向を認めたが、的確な換気維持に努め小児救命救急センターへ搬送した。【結果・考察】院内検査で頭蓋内出血を認めSBSと判明。検証医より早期の酸素化維持が心停止予防に寄与したと評価された。一方で、活動中に頭蓋内圧亢進を示唆する大泉門の膨隆の触診や、虐待の可能性を想起できなかったことが課題となった。【結語】乳児の徐脈は低酸素を疑い、直ちに酸素化を図るべきである。また、外傷痕のない意識障害でも、虐待も念頭に置いた観察が重要であり、大泉門の触診を含む多角的な評価が不可欠である。

MSW　後半
演題番号　MO16-4（N）

脳死下臓器提供ドナーの尊厳を保持するケアの実態：移植コーディネーターを対象とした質問紙調査

○澤田 美和[1]
[1]名古屋市立大学 看護学研究科，[2]京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 博士後期課程

先行研究では、脳死下臓器提供ドナーの尊厳保持のケアとして、Moment of Silenceや3 Wishes Projectなどドナーの人となりに着目する介入が報告され、家族・医療者へ正の影響が示唆されている。一方、臨床現場での実践状況は明らかではない。そこで本研究は、脳死下臓器提供ドナーの尊厳保持の実践を明らかにし、介入開発につなげることを目的とした。急性期医療施設258施設の院内移植コーディネーター各2名と日本臓器移植ネットワーク登録コーディネーターを対象に、質問紙調査（ケア26項目：5件法）を実施した。有効回答は123名（22.6%）で、時期別比較によりケア実践は承諾後から手術室退出までが相対的に低値であった。また、ケア26項目に対する探索的因子分析により4主要指標（15項目）と2補完指標（11項目）が得られ、これらの指標を用いて比較検討した結果、「ベッドサイドでの人間的配慮」「ドナーの人となりの理解」「摘出チームとの情報共有」「手術室スタッフの術前訪問による敬意表明」「追悼文読み上げ」のケアが相対的に低値であった。尊厳保持は医療従事者個人の裁量に委ねるだけでは担保されにくく、高リスク局面へ意図的に組み込む実装設計が必要である。

MSW　後半
演題番号　MO16-5（D）

カスタマーハラスメント未報告に関連する要因の検討 — 単施設全職員アンケート調査 —

○寺山 毅郎[1]
[1]自衛隊中央病院 救急科，[2]自衛隊中央病院 医療安全推進部会

【背景】医療現場におけるカスタマーハラスメント（以下、カスハラ）は未報告となる事例が多い。その未報告要因について、単施設における全職員を対象とした調査を行い、その要因を検討した。【方法】Google Formを用いて病院全職員無記名アンケートを実施した。調査項目は、回答者属性、過去1年間のカスハラ経験、その内容、報告の有無、未報告理由とした。カスハラ経験者を抽出し、すべて報告した群と一部または全く報告しなかった群に分け、職種、性別、年齢区分、発生頻度、発生場所、マニュアル認知の有無を説明変数として多変量ロジスティック回帰分析を行った。【結果】947名中547名（57.8%）からカスハラを経験した218名（39.9%）を解析対象とした。108名（49.8%）がカスハラを十分に報告していなかった。多変量解析の結果、職種のみが有意となり、看護師と比較して医師では未報告オッズが高かった（aOR 10.23、95% CI 3.04-34.46）。その他の変数は有意ではなかった。【結語】医療現場におけるカスハラ未報告は職種特性と強く関連していた。職種特性を踏まえた対策の構築が重要である。

医療安全（薬剤・中毒） 前半
演題番号 MO17-1（P）

「お薬探偵」から始まる薬剤情報のバトン

○島田 英佳[1]，生塩 典敬[2]
[1]大阪医科薬科大学病院 薬剤部，[2]大阪医科薬科大学救急医学教室

入院患者の常用薬の把握は、適切な薬物療法を継続する上で薬剤師が担う重要な役割である。特に救急集中治療室（EICU）入室患者の多くは、意識障害や持参薬・お薬手帳の欠如により情報収集が困難であり、診療情報提供書のみでは十分な情報が得られない場合も少なくない。例えばステロイドの中断、抗血栓薬の再開漏れ等は、こうした情報の欠如で起こりやすい事例である。そのため薬剤師は「お薬探偵」として、家族や施設、かかりつけ薬局等から患者情報を多角的かつ能動的に収集し、服薬状況や処方意図を精査する必要がある。そして病態が刻々と変化するEICUでは得られた情報を基に常用薬再開の可否や注射薬への変更の妥当性を継続的に評価し、多職種で共有することが重要となる。さらにEICU退室時には後続の医療スタッフへ治療方針および薬学的介入の意図を確実に継承しなければならないが、形式的な情報共有のみでは、情報の欠落や介入意図の不達といった情報の断絶が課題となる。本演題では、入院前から退院までの過程において薬剤情報を確実に「つなぐ」際に陥りやすいピットフォールを提示し、それらを回避し継承の質を高めるための実践的なTIPSを共有したい。

医療安全（薬剤・中毒） 前半
演題番号 MO17-2（P）

緊急入院後の持参薬鑑別所要時間に関する実態調査

○上本 悠介[1]，保前 優奈[1]
[1]新久喜総合病院 薬剤科

【目的】当院では入院時、看護師により持参薬受け取りが行われた後に薬剤師へ持参薬鑑別依頼がかけられるため、持参薬情報の電子カルテへの反映に時間がかかる傾向にある。今回、救急外来へ薬剤師常駐した際の有益性を検討するため、緊急入院患者の持参薬鑑別所要時間と実態を調査する。【方法】2025年12月16日から2026年1月15日の期間で当院救急外来診療後に緊急入院となり持参薬鑑別依頼があった患者352名を対象とし、入院してから鑑別にかかった時間(鑑別時間)、鑑別薬剤種類数、鑑別前持参薬続行指示の有無、続行指示に対する疑義照会の有無を解析した。【結果】鑑別時間は595 ± 505分、薬剤種類数は8.3 ± 4.6種類、鑑別前持参薬続行指示有りが89件、疑義照会有りが9件であった。疑義照会有りの群は薬剤種類数が多く(12.0 ± 3.3種類 vs 8.2 ± 4.6種類, P=0.014) 、鑑別時間が長い傾向にあった(965 ± 599分 vs 585 ± 500分, P=0.026) 。【考察】多剤併用患者では情報整理に時間を要し、鑑別完了前に続行指示が出ることで疑義照会が増加すると推察される。救急外来での早期介入は、医師の迅速な持参薬情報把握を可能にし、安全性向上と疑義照会件数の減少に寄与すると考える。

医療安全（薬剤・中毒） 前半
演題番号 MO17-3（P）

救急外来におけるアンデキサネット アルファ投与後の合併症発生率に関する後方視的研究

○伊藤 貴亮[1]，追木 正人[1]，小林 道生[2]
[1]石巻赤十字病院 薬剤部，[2]石巻赤十字病院救急科

【目的】アンデキサネット アルファ（以下、AA）は直接作用型第Xa因子阻害薬（以下、DOAC）に対する中和薬であり、止血後の速やかな抗凝固療法再開が推奨されている。当院では投与後に血栓塞栓症を来した症例を認め、抗凝固療法管理に課題が示唆された。そこで当院救急外来でAAが投与された患者を対象に、投与後の合併症発生率を後方視的に調査した。【方法】2022年7月～2025年10月に当院救急外来でAAが投与されたDOAC内服患者を対象とした。診療録より年齢、性別、使用された疾患、DOACの種類、投与後の合併症の有無と内容を収集した。【結果】対象は20例で、6例（30%）に血栓塞栓症を認めた。内訳は脳梗塞5例、腎梗塞1例であった。6例はいずれも発症時点までにDOACは再開されていなかった。【考察】AAの半減期は約4時間であり，7日以内にDOACを再開した場合、血栓塞栓症6例中5例は防げた可能性がある。DOAC再開8例では合併症を認めず再開中央値7.5日であったことから，止血確認後は7日以内の再開を考慮すべきであり，薬剤師は患者背景を踏まえ医師と協議し再開時期を提案する役割があると考える。

医療安全（薬剤・中毒） 前半
演題番号 MO17-4（P）

救急外来常駐薬剤師が過敏反応を起こす可能性のある薬剤の投与回避に貢献した一例

○島 加奈子[1]，川島 裕明[1]，野村 実花[1]，谷口 稜太[1]，河内 瑛巴[1]，川口 皓平[1]，友金 幹視[1]，石井 亘[2]
[1]京都第二赤十字病院 薬剤部，[2]京都第二赤十字病院 高度救命救急センター 救急科

【背景・目的】救急外来では限られた情報下で迅速な治療選択が求められる。そのため、既知のアレルギー情報を適切に収集・評価し治療薬選択に反映することが重要である。本症例では、救急外来常駐薬剤師が過敏反応の起こる可能性のある薬剤投与の回避に貢献した一例を報告する。【症例】60歳代女性。アスピリン不耐症あり。市販点鼻薬を使用直後に悪心、咽頭違和感、呼吸苦が出現し救急受診した。アナフィラキシーと診断され、アドレナリン0.5mg筋注で症状は改善した。二相性アナフィラキシー予防目的にステロイド投与を検討することとなった。コハク酸エステル構造はアスピリン不耐症で過敏反応を起こす可能性があり、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム注射液を提案した。投与後、有害事象なく経過した。【考察】救急外来常駐薬剤師がアレルギー情報の収集・評価および投与薬剤の選択に関与することで、有害事象を未然に回避できた。安全な薬物療法を実践するためには、アレルギー情報共有の体制整備と薬剤アレルギーに関する教育が重要である。

医療安全（薬剤・中毒） 前半
演題番号 MO17-5（P）

長野赤十字病院におけるアンデキサネット アルファ使用症例の実態調査

○岩田 昌紘[1]，岩下 具美[2]
[1]長野赤十字病院 薬剤部，[2]長野赤十字病院 救急科

【背景・目的】直接作用型第Xa因子阻害剤(FXa)の特異的中和剤としてアンデキサネット アルファ(以下本剤)の適正使用推進のため、薬剤部と関連診療科で連携し、マニュアルやセット処方を作成した。本剤はFXa内服中の患者で生命を脅かす出血または止血困難な出血の発現時に限定して承認されている。また、本剤使用後の抗凝固薬再開時期については明確な基準がない。今回、長野赤十字病院における本剤の使用実態調査を行ったので報告する。【方法】2022年5月から2025年12月31日までの期間に、本剤が使用された36例を対象とし、出血部位、腎機能、FXa最終内服から本剤投与までの時間、塞栓イベント、抗凝固薬再開状況、転帰について、電子カルテを用いて後ろ向きに調査を行った。【結果】頭蓋内出血は19例であり、その他は消化管出血や、出血拡大や緊急処置の必要性を考慮して本剤が使用された症例であった。塞栓イベントは5例で認められた。抗凝固薬が再開されたのは21例で、再開までの中央値は7日であった。【考察】本調査により、本剤が多様な臨床状況・臨床判断で使用されていることが明らかとなり、適正使用推進に向けて薬剤師の関与が重要であると考えられた。

医療安全（薬剤・中毒） 後半
演題番号 MO18-1（P）

当院におけるアンデキサネット アルファのインシデント傾向を踏まえた安全運用体制の構築

○濵野 翔平[1]
[1]SUBARU健康保険組合太田記念病院 薬剤部

【背景】アンデキサネット アルファは、オーダーから調製までの注意点が多い薬剤である。当院では投与に際して、主に救急外来看護師がメーカー資材を用いて、薬剤の調製・投与をおこなっていた。しかしインシデントが複数発生したことを契機に、インシデント傾向を整理し対策を検討した。【方法】２０２２年１１月～２０２６年２月に当院で投与した１６例を後ろ向きに調査し、インシデント発生状況を調査した。【結果】インシデント発生例は8人（５０％）であり、件数としては１１件であった。内容は溶解液誤り２件、フィルター未使用4件、投与速度誤設定２件、ルート漏れ等１件、A・B法非遵守が２件であった。インシデントの傾向としては調製・投与工程が9件、オーダー工程が２件であった。【考察】インシデントは調製・投与工程に集中し、薬剤師の関与によりインシデントを減らせると考えた。今後、調製時の薬剤師オンコール介入体制の構築を行い、薬剤師及び救急外来看護師の教育により、インシデントの発生を防ぐことが可能と考える。

医療安全（薬剤・中毒） 後半
演題番号 MO18-2（P）

ポナチニブ過量服用に対して代謝誘導目的でリファンピシンを併用した1例

○小原 衣未里[1]，近藤 匡慶[1]，渡辺 圭[1]，阪本 太吾[2]，田中 知恵[2]，赤嶺 由美子[3]，三浦 昌朋[4]，久野 将宗[2]，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]秋田大学 医学部附属病院 薬剤部，[4]秋田大学大学院医学系研究科 薬物動態学講座

【背景】リファンピシン(REP)は,ポナチニブ（PON）を始めとするCYP3A4で代謝される薬剤の血中濃度を低下させる.今回,PON過量服用後にRFPを併用した症例をPONの血中濃度から評価した.【症例】20歳代女性.自殺目的にPON 1,200mg(1錠15mg・80錠)内服し,12時間後に救急搬送された.入室後に胃洗浄・活性炭を投与され,入室3時間後より循環不全,DICを呈し,劇症肝炎および急性腎不全を含む多臓器不全に至った.第2病日より持続血液濾過透析,血漿交換療法(計4回)及びRFP600mg/日(7日間)の投与が開始となった.PONの血中濃度は入室時728ng/mLで最大842ng/mL(第3病日)であった.第6病日に59.9 ng/mLまで低下し,第14病日に検出限界となった.RFP投与中(第2-8病日)の半減期は27時間,RFP離脱・誘導残存期(第9-13病日)の半減期は38時間であった.腎・肝機能障害は改善を認め,第69病日で透析離脱,第120病日に精神科病院へ転院となった.【結果・考察】推定したPONの半減期は添付文書範囲内であり,血中濃度からRFPによる明らかな代謝促進を認めなかった.本症例のようにPON過量服用は,RFP投与禁忌である重度の肝機能障害が発現する可能性もあり,積極的なRFP併用療法を実施する意義は低いと考える.

医療安全（薬剤・中毒） 後半
演題番号 MO18-3（P）

薬剤師の介入により高Cl血症から急性薬物中毒の被疑薬を特定した一例

○庄司 航[1]
[1]いわき市医療センター 薬局

【背景】意識障害でERを受診した患者において、薬剤師の介入による臨床所見から考察した「患者が摂取したとの情報がないOTC薬剤」を医師に情報提供を行い、原因薬剤特定に至った症例を報告する。【症例】意識障害で救急搬送されたうつ病の既往がある20代女性。何らかの薬剤を過量摂取した疑いがあるとの情報があった。近医より抗精神病薬が複数処方されていた。意識障害のため本人聴取は不可能であった。医師より摂取薬推定の依頼があり介入した。【介入】近医より多数の精神科薬剤を多数処方されており、被疑薬を特定することに困難であった。血液検査を実施したところ、血清Cl値が異常高値を示していた。特徴的である高Cl血症からブロモワレリル尿素を被疑薬として考え、情報提供を行なった。意識レベルが改善後、本人よりブロモワレリル尿素含有のOTCを摂取したとの発言があった。【考察】被疑薬が多数あり真の摂取薬剤の情報がない状況で、専門的な薬学的知見を用い、臨床所見から原因薬剤を考察することにより適切な診断、治療に寄与できた症例であった。

医療安全（薬剤・中毒） 後半
演題番号 MO18-4（P）

当院の一般用医薬品中毒症例における原因薬剤の変遷と世代別特徴に関する考察

○門野 めぐみ[1]，瓦 比呂子[2]
[1]京都岡本記念病院 薬剤部，[2]くみやま岡本病院

【目的】一般用医薬品（ＯＴＣ薬）の過量服用（ＯＤ）に対し、２０２６年度より販売規制が強化される。本研究では、当院の中毒搬入症例を調査し、世代別の特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】２０２３年４月から２０２６年１月までの症例を対象に、原因薬物を後方視的に調査した。【結果】中毒搬入症例は全１０２件であり、うちＯＴＣ薬のＯＤは３１件（約３割）であった。２０２６年規制予定の２成分による症例は、２０２３年度の３件から２０２５年度（１月まで）には６件へ増加した。また規制外のアセトアミノフェンは２件から７件へ増加し、カフェインは各年度約５件と一定数であった。世代別では、１０代はＯＴＣ薬同士の混用、２０代は自前処方薬、３０代以降は処方薬へのＯＴＣ薬追加が顕著であった。【考察】規制外のアセトアミノフェン等は安価で１包装の毒性が高く、今後も主要な自傷手段になると予測される。薬剤師は正確な摂取量算出による処置提案に加え、世代別特性を踏まえた処方元への指導や地域連携の要となるべきである。

医療安全（薬剤・中毒） 後半
演題番号 MO18-5（S）

薬局薬剤師を対象とした薬物過量内服対応に関するオンライン研修の効果

○竹内 太優[1]，齋藤 靖弘[2]，鈴木 善樹[1,3]，相澤 和音[1]，齊藤 将之[4]
[1]名古屋市立大学薬学部 薬学科，[2]札幌東徳洲会病院，[3]埼玉医科大学国際医療センター，[4]名古屋市立大学院薬学研究科

【目的】国内における薬物過量内服（OD）は増加しており、薬剤師のOD対応における役割の強化が求められている。しかし、薬剤師に対するOD対応教育は十分ではない。そこで薬局薬剤師を対象としたOD対応研修を実施し、その効果を検証した【方法】研修前後でODに関する知識および自己効力感・行動意図の変化を評価した。また、希望者に研修後の追跡調査を行い、OD対応への意識や行動意図の持続性と、実務におけるOD対応の経験の有無や職場の体制などについて調査した【結果】研修前後でODの知識、自己効力感および行動意図のスコアは有意に上昇した。さらに追跡調査においても意識や行動意図の継続が確認され、研修内容の定着が認められた。一方で研修後もOD対応の機会はなかったという回答や、ODに対する職場の体制が十分ではないという意見が多く見られた【考察】薬局薬剤師を対象としたOD対応研修は知識および意識の向上に有効であり、薬剤師のOD対応の役割強化に貢献できる可能性が示唆された。OD対応の機会がなかったという回答は潜在的なODを見逃している可能性がある。OD対応研修の継続的実施は、薬剤師の社会的役割の向上やODの早期発見と予防に貢献できると考えられる

学生教育等 前半
演題番号 MO19-1（E）

救急車同乗実習が学生の職業的アイデンティティに与える影響
—質問紙調査を用いた前後比較試験—

○守岡 大吾[1]，村上 龍[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

【目的】本研究は、救急救命士養成課程の学生を対象に、救急車同乗実習の前後における職業的アイデンティティおよび職業的自己効力感の変化を明らかにすることを目的とした。【方法】本学に在籍する救急車同乗実習を履修した3年生を対象に、実習前後で質問紙調査を実施した。職業的アイデンティティ、職業的自己効力感、学習動機づけ、臨地実習自己効力感、内発的価値、感情的エンゲージメントを評価し、Wilcoxon符号順位検定を用いて比較した。【結果】履修者74名中、57名が解析対象となった。職業的アイデンティティでは救急救命士としての「必要とされる自負」「自分らしさとの調和」「職選択の自信」の3項目が実習後に有意な上昇を認めた($p < 0.05$)。職業的自己効力感では「専門的状況」において有意な上昇を認めた($p < 0.05$)。さらに、内発的動機づけ、臨地実習自己効力感、内発的価値、感情的エンゲージメントにおいても実習後に有意な上昇を認めた($p < 0.05$)。【結論】救急車同乗実習は、救急救命士を目指す学生の職業的自己形成および学習意欲の向上に寄与する可能性が示唆された。

学生教育等 前半
演題番号 MO19-2（E）

救急救命士養成課程における病院連絡スキル教育プログラムの開発と評価

○尾﨑 あかね[1]，米田 宏希[2]，竹井 豊[1]
[1]新潟医療福祉大学医療技術学部 救急救命学科，[2]白山野々市広域消防本部

【目的】救急救命士養成課程において,病院連絡スキル修得に特化した教育プログラムを開発しその効果を検討する。【方法】医師・看護師・院内外救急救命士で教育プログラムを開発し,大学3年生59名にロールプレイを計15回実施した。講義50分・ロールプレイ50分で構成し,2班1組で前後半に現場側/医療側を交代した。症例シートに基づき現場評価,情報整理,搬送先選定,病院連絡を音読形式で行い,医療機関役は別室で受電して記録した。1症例約15分(想定～病院連絡：5分,討議：10分)とした。併せてMC協議会主催セミナー参加の救急隊員・医療スタッフにも同様に実施してアンケート集計した。【結果】学生では「主訴から話す」78.9%,「バイタルを簡潔に伝える」73.7%が実践できた。今後の課題は「情報の整理と構成」89.5%が最多で,「緊急度判断」68.4%が続いた。MCセミナー調査では救急隊員の困難は「受け入れ拒否」81.4%が最多で,医療側は「情報不足」「重症度不明」各50.0%であった。医療側が優先する情報は主訴91.7%,意識・バイタル各83.3%,搬送背景75.0%であった。【結論】本プログラムは病院連絡スキル修得に有用で,救急隊と医療側の認識ギャップ解消に資する可能性が示唆された。

学生教育等　前半
演題番号　MO19-3（E）

寒冷環境下における雪山救助実習が救急救命士学生に与える教育的効果

○藤本 賢司[1]，糟谷 一心[1,2]，高橋 涼華[1,2]，小玉 響平[1,2]，宮永 彩加[1]，星 光長[1]，原田 諭[1,2,3]，中澤 真弓[1,2,3]，増野 智彦[1,2,3]
[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

【背景】寒冷・積雪環境下での救助救急活動は、通常環境とは異なる判断力と行動力を要する。しかし、養成課程において寒冷・積雪環境を想定した体系的教育は十分とは言えない。【目的・方法】寒冷・積雪環境下での雪山救助実習が救急救命士学生に与える教育的効果を検討することを目的とした。対象は学生86名とし、実習後に無記名アンケートを実施した。環境要因の影響認識、一次評価の難易度、自己の技能およびチーム連携に関する自己評価を集計・分析した。【結果】多くの学生が寒冷・積雪・傾斜などの環境要因が観察や処置に大きく影響すると回答した。一次評価では「難しい」との回答が多数を占め、特に意識・呼吸・循環の評価困難性が示された。一方で、防寒・装備管理の重要性や状況に応じた判断力の向上を実感したとの回答も多かった。【考察】本実習は、環境制約下における評価・行動の困難性を体験的に理解させ、状況認識能力および実践的判断力を高める教育的効果が示唆された。今後は事前学習の充実とチーム連携訓練の体系化が課題である。

学生教育等　前半
演題番号　MO19-4（N）

救急救命士養成課程における手袋着脱技能修得に向けた縦断教育の効果

○垣根 美幸[1]，澤田 仁[2]，黒﨑 久則[3]，大和田 均[3]，関根 和弘[3]，平出 敦[4]
[1]朝日大学保健医療学部 看護学科，[2]朝日大学保健医療学部救急救命学科，[3]京都橘大学健康科学部救急救命学科，[4]明治国際医療大学保健医療学部救急救命学科

【背景】手袋の着用は救急隊活動における基本的な感染対策である。手袋を外す際は、手指や周囲を汚染させないテクニックを要するため、基礎教育の段階から着脱技能の修得と定着に向けた効果的な教育が求められる。【目的】救急救命士養成課程における手袋着脱技能修得に向けた縦断教育の効果を検証することを目的とした。【方法】2022～2025年度までの4年間、年1回の手指衛生教育を実施し、全て受講した最終学年の学生38人を対象とした。蛍光塗料で可視化した手袋着脱時の手指汚染部位数の年次変化と教育前後差を一般化線形混合モデルで解析した。【結果】年（$p = 0.005$）、教育前後（$p < 0.001$）、年×教育前後（$p < 0.001$）のいずれも有意であった。推定平均汚染部位数は、1年次で1.395部位から0.184部位へ減少した。2年次では1.342から0.237、3年次では1.132から0.763、4年次では0.737から0.368へ減少した。教育前の汚染は学年が上がるとともに減少し、効果は定着し蓄積していることがうかがわれた。【結論】継続的な手袋着脱技能の教育は、即時的な改善だけでなく技能の定着にも関与し、手袋着脱時の汚染防止技能の修得と向上に寄与する可能性が示された。

学生教育等　前半
演題番号　MO19-5（E）

段階的病院実習における救急救命士学生の積極性の変化と変動要因の検討

○宇田川 美南[1]，宮永 彩加[1]，原田 諭[1,2]，成川 憲司[1,2]，鈴木 健介[1,2]，小川 理郎[3]，増野 智彦[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 救急災害医療学，[3]学校法人日本体育大学

【背景】当学科は病院実習Ⅰを二次医療機関、病院実習Ⅱを三次医療機関で段階的に実施している。実習中の積極性は学生の主体的行動を反映する教育効果の指標の一つだが、その変化と要因は十分に検討されていない。【目的】段階的実習における積極性の変化と変動要因を検討した。【対象・方法】2021～2025年に病院実習Ⅰ・Ⅱを連続履修し、アンケートに回答した275名を対象とした。積極性を維持・改善・後退・停滞の4群に分類してカイ二乗検定を行い、改善と後退の差をMcNemar検定で解析した。【結果】積極性は維持87.6%、改善6.9%、後退3.6%、停滞1.8%であり（$p < 0.001$）、改善と後退の変化方向に有意差は認めなかった（$p = 0.136$）。積極性が欠如した行動は、指導者への質問や実施の申し出など自己主張を伴う行動が中心であった。【考察・結語】初回実習で積極的に行動できた学生は、その後の実習でも積極性を維持することが示唆された。改善例は事前教育の効果を反映した可能性がある一方、後退例では心理的緊張や多職種への遠慮が影響した可能性がある。段階的実習体制は積極性の維持に寄与するが、心理的負荷に配慮した教育的介入の強化が求められる。

学生教育等　後半
演題番号　MO20-1（E）

兵庫県における指導救命士の再教育について

○折戸 直樹[1]，片山 朗[3]，菊池 悠[2]，白水 俊輔[5]，梶本 智和[4]
[1]三田市消防本部 救急課，[2]兵庫県救急救命研究会，[3]兵庫県消防学校 救急救命士養成課程，[4]兵庫県危機管理部消防保安課，[5]姫路市消防局

【背景】兵庫県では2017年度から指導救命士養成研修を開始し、累計203名が登録されているが、2月現在の資格保有者は165名にすぎない。指導救命士の認定から5年後の更新要件は全国的に統一されておらず、再教育体制についても全国的な整備・検討は十分に進んでいない。【取組み】同県では2022年度より「指導救命士ブラッシュアップ研修」を年1回、集合型で開催しており、「各MC圏域における指導救命士の活動と課題の共有」を目的としたワークショップ、「課題解決能力の向上」や「早期アドレナリン投与」等の個別事項を学習している。また資格更新が困難となる原因を調査したところ、更新要件である「病院実習」が本部勤務等で不可能となったことが最も多い理由として判明したため、上記研修に関与することや学会発表等を病院実習の代替要件とする規約変更を行った。【課題と展望】今年度も実施した受講者アンケートでは、20数名の満足度はほぼ100%であった。各所属の取り組みやトピックスなど「ニーズのある内容」を継続的に提供し、併せて受講者や更新者数の増加にむけた検討を今後も進める必要がある。

学生教育等　後半
演題番号　MO20-2（E）

救急隊員教育における生成ＡＩ活用の試み ～病院連絡能力向上の視点から～

○福田 耕輔[1]，貞森 拓磨[2]
[1]広島市消防局 東消防署警防課，[2]広島市消防局救急救命士養成所

【目的】救急隊員教育における生成ＡＩを活用した病院連絡訓練評価手法の有用性を検証した。【方法】当局救急隊員３１名を対象に、病院連絡を想定した複数シナリオで口頭試問形式の訓練を実施し、評価は「受傷機転」「負傷部位」「バイタルサイン」「処置」「その他必要情報」の５項目で達成度を判定した。生成ＡＩには救急医役を与え、報告内容の網羅性・正確性を評価させ、訓練後にＡＩ評価についてアンケートを行った。【結果】アンケート回収率は９７％（３０名）。ＡＩ評価の納得度は９６％（非常に納得７３％、ある程度納得２３％）で課題把握にも有用とされた。ＡＩ評価の利点については、客観性・公平性・基準の一貫性のほか改善点の明確な提示等が挙げられた。【考察】ＡＩ評価は客観的評価等で納得感を与え、改善点提示により自己学習を促進し、病院連絡能力向上に寄与する可能性がある。一方、誤情報の修正や接遇などのソフトスキル向上は指導者が担う領域である。ＡＩ評価は病院連絡の型など客観的評価が求められる領域に適し、ハードスキル訓練において有用な手法となり得る。

学生教育等　後半
演題番号　MO20-3（E）

形式的なPACから「逆算」に基づく現場管理へ ～PCECにおけるプレアライバルコール教育の試み～

○小谷 和秀[1]，佐藤 圭路[2]，松村 敬則[1]，西山 真治[3]，廣井 裕臣[4]，飯田 哲大[5]，貝原 百香[5]
[1]倉敷芸術科学大学，[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，[3]笠岡地区消防組合，[4]井原地区消防組合，[5]新居浜市消防本部

【背景】我々は2010年よりPCECコースを企画し、意識障害の現場活動に関する教育を提供してきた。2019年からはスキルブースを導入し指導内容の最適化を図ってきたが、マイナ保険証の活用判断など現場が複雑化する中で、プレアライバルコール（以下、PAC）が形式的なルーチン業務に留まっている現状が課題となった。【目的】救急救命士及び学生を対象に、PACの目的や意図を能動的に思考させる教育介入を行い、その有効性を検討する。【方法・結果】「現場到着時の活動を最大化するための逆算」をコンセプトに、症例ごとの戦略提示や活動映像によるイメージ想起の補完を行った。事後アンケートの結果、受講生の認識は「単なる事務連絡」から「逆算に基づく現場管理」へと転換した。また、指導スタッフ間での方針統一により、指導側もPACの目的を再認識する機会となった。【考察・結語】実務経験のない学生にとって、PACから現場を逆算する思考は、未知の活動を具体化し、将来の現場管理能力の基礎を育む上で極めて有意義である。形式化しがちなPACの意義を主体的に思考させる教育は、救急業務に携わる者にとって現場対応力を高める上で有効な手法と言える。

学生教育等　後半
演題番号　MO20-4（P）

病院薬学実務実習における救命処置指導の教育効果および意識変容の調査

○武田 瑛司[1]
[1]札幌徳洲会病院 薬剤部

【背景】近年、薬剤師の救急医療への参画は拡がりを見せており、薬学生に対する救急医療への意識づけは重要である。当院ではこれまで、病院薬学実務実習において救命処置指導を実施し、救急医療への意識づけにつながる可能性を報告してきた。【目的】本研究では、前回調査の結果を踏まえ、事前・事後アンケートによる前後比較を行い、救命処置指導の教育効果を定量的に評価することを目的とした。【方法】令和7年度に当院で病院薬学実務実習を行った薬学実習生11名を対象に救命処置指導の講義を実施し、救急医療への興味、BLS/ACLSに関する知識、救命処置の理解、役割意識に関する8項目について事前・事後アンケートを行った。解析にはWilcoxon符号付順位検定に準じた符号検定を用いた。【結果】全項目で事後に改善傾向を認め、特に胸骨圧迫の理解では有意な向上が認められた（$p < 0.05$）。また、BLS知識、説明能力、心停止時薬剤の理解、役割意識においても改善が認められた。【結論】病院薬学実務実習における救命処置指導は、救命処置に関する理解および関連知識の向上に寄与し、救急医療への意識付けに有効であったことが示唆された。

学生教育等　後半
演題番号　MO20-5（D）

救命救急・防災教育における Medical STEAMプログラムの教育効果と学生の意識変容

○高野 啓佑[1]，藤井 真輝[1]，犬伏 雅士[2,3]，瓜園 泰之[1]
[1]奈良県総合医療センター 救急科，[2]大阪大学大学院理学研究科，[3]奈良県立医科大学

【目的】3年間にわたり開催された「救命救急と防災のMedical STEAM研究会」に参加した学生を対象に、学習内容と意識変容を分析し、生命倫理観および防災意識への教育効果を明らかにすること。【方法】3年間継続参加した学生3名を対象に、医師による実事例に基づいた講義やDMATの活動紹介等を実施。事後レポートおよび資料から、救命救急と防災の2領域における知識・意識の変化を分析した。【結果】救命救急領域では、「医療は絶対ではない」という認識への変容と共に、AEDの重要性など医学的知識の習得が見られた。災害領域では、医療者の主体的な学習の現状を知ると同時に、トリアージ概念の理解を通じて「非医療者にも担える役割がある」ことを発見。地域防災や行政への関心が向上した。【結論】本研究会は、学生の生命倫理観を深め、防災を「自分ごと」として捉える主体性を涵養する上で極めて有効な教育介入であった。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）前半
演題番号　MO21-1（E）

○渡辺 永司[1]，金子 洋[1]，花木 芳洋[1]，浅井 敦子[1]，山北 奈美[1]，更屋 恭平[1]，都築 通孝[1]
[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 救急部

救急救命士の適正配置とシフト検討
—看護師の負担軽減とタスクシフトの平準化に向けて—

【背景】年間の救急搬送が8,200名の救命救急センターには、看護師31名、救急救命士3名が配置され各種検査部門も担当しており、持続可能な救急医療体制の構築には、多職種連携によるタスクシフト・シェアが急務である。【目的】救急救命士の最適な勤務形態及び配置数を算定し、看護師の超過勤務削減効果を検証する。【方法】2025年5月～12月の金曜日に、救急救命士による『遅出3（11時から19時30分）』および『ロング日勤（8時30分から20時30分）』の試行勤務を実施し、2024年同時期の看護師超過勤務時間と比較した。【結果】本試行により、看護師超過勤務時間は、日勤帯49.23%減、ロング日勤帯64.84%減と大幅に削減された。特に『ロング日勤』は日勤終了後の人員確保とタスクシフトの平準化において、看護師からも高い評価を得た。【結語】本試行により、当院において救急救命士の介入が看護師の負担軽減に直結することが示された。平日全時間帯の安定運用には、救急救命士5名体制での『ロング日勤』を含んだ勤務シフト導入が、医療安全と持続可能性の観点から最も有効である。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）前半
演題番号　MO21-2（E）

○川上 良太[1]，山路 哲雄[1]
[1]医療法人社団蘇生会 蘇生会総合病院 救急救命科

病院救命士を対象とした気管挿管認定のための実習について

各医療機関に在籍する病院救命士が求められる知識や技術、業務内容は様々であるが、そのほとんどは医師・看護師のタスクシェア・タスクシフトが求められている。当院は京都市内で年間約4000件の救急搬送の応需、年々救急搬入件数が増加傾向になってきている二次救急医療機関である。2023年5月に救急体制強化のため救急救命科という病院救命士の部署を7名で立ち上げ、病院救命士の採用、勤務を開始した。同時に病院救命士メディカルコントロール委員会（以下、病院救命士MC委員会）を立ち上げのもと当院に在籍している救急救命士を対象に救急外来での特定行為を行っている。各種特定行為を開始したのちに救急外来の処置拡大の一環として救急救命士の気管挿管が救急外来で実践できないか病院内で注目された。病院内で気管挿管を行うために、京都府メディカルコントロール協議会（以下、京都府MC委員会）に確認後、当院の手術室での実習体制を整え、2025年度から病院救命士による気管挿管認定のための実習を現在3名で開始したため、実習の経過を報告する。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）前半
演題番号　MO21-3（E）

○中山 晴貴[1]，末永 涼[1]，舟橋 貴憲[1]，佐々木 史哉[1]，谷口 龍雄[1]，有井 嵩典[1]，上田 浩平[1]，湯本 哲也[1]，内藤 宏道[1]，中尾 篤典[1]
[1]岡山大学病院 救命救急科

病院救命士の静脈路確保の検討

【背景】病院救命士の静脈路確保の成功率についてはこれまで報告がなく、救命士の技術のみならず患者の生理状況や実施環境が影響を与えている可能性がある。本研究では、患者のバイタルサインや実施環境が手技に与える影響を解析し、病院救命士の静脈路確保について検討することを目的とした。【方法】2025年1月から1年間、岡山大学病院所属の救命士6名による199件を対象に、経験年数、実施場所、患者重症度、バイタルサイン、体格に分類し、成功率の関連を検証した。【結果】全体成功率89.9%(179/199)。経験年数別では1年目86.9%(53/61)、2年目93.3%(70/75)、3年目72.7%(16/22)、4年目97.6%(40/41)であった。実施場所別では、救急外来91%(151/166)病院前現場84.8%(28/33)であった。また、CPA 87.5%(28/32)、ショック100%(10/10)、重度意識障害89.7%(35/39)、BMIでは標準体重92.9%(52/56)、非標準体重92.2%(47/51)であった。【結論】当院における病院救命士の静脈路確保成功率は高く、経験年数、実施場所、患者の生理学的状況が与える影響に大きな差はないことが分かり、救命士の静脈路確保の安全性が確認された。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）前半
演題番号　MO21-4（E）

○萩原 鈴香[1]，伊藤 結衣[1]，木原 翼[1]，馬渕 寿美[1]，遠藤 信太郎[1,3]，宮上 和也[1]，富田 恵実[1,2]，出口 琢人[1,2]，土屋 翼[1,2]，石木 義人[1,2]，桒本 健太郎[1,2]，柴田 あみ[1,2]，大嶽 康介[1,2]，神田 潤[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，[3]日本体育大学大学院保健医療学研究科

当院の院内救急救命士の血管内治療への参画

【背景】当院は自己完結型救命センターとして重症脳卒中や外傷診療に対し初療から根治的治療まで救命科が行っている。今年度1次脳卒中センター(PSC)コア施設に認定され、脳卒中症例が増加している。特に時間的猶予のない血栓回収症例において、早期治療開始が求められる中、患者対応、家族IC、治療方針決定、準備など医師・看護師の負担が大きい。当院ではこれまでも院内救急救命士が外傷の初療室緊急手術の器械出しや外回りなどを担ってきたが、血管内治療にも関わる体制を開始した。【実施内容】当院の脳卒中プロトコールに従い、初療対応から血管造影室入室までバイタルサインのモニタリングや搬送に加え、看護師と連携しシースやカテーテル、灌流ラインの組み立てなど準備を行っている。介入開始までの経過として、まず検査や手術の見学、ハンズオンや勉強会へ参加し、術式や物品の理解を深めた。その後に予定検査で物品の組み立てや検査補助などの実践経験を重ねてから緊急治療時の介入を開始した。【結語】院内救急救命士の血管内治療への参画は医師・看護師の業務負担軽減と患者への早期治療開始に寄与する。今後は教育体制を確立し業務の標準化を進める。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）前半
演題番号　MO21-5（E）

救急救命士がCPTに参画する有用性について

○山本 萌永[1]，谷村 仁志[1]，中村 誠昌[1]
[1]長浜赤十字病院 救急救命課

（背景）当院では、児童虐待事案を早期に発見し、行政・司法などと連携しながら対策を検討することにより、1人でも多くの子どもの健全な成長・発達に寄与することを目的とし、平成30年に児童虐待防止チーム（以下CPT）を発足した。令和6年度から救急救命士が正規職員として採用されて、翌年度から1名がCPTへ参画することとなった。（方法）担当救命士は救命救急センターに常駐し、平日日勤帯に受診する小児を対象に「子ども外傷に対するチェックシート」を用いたスクリーニングを実施している。毎週行うミーティングにおいて情報共有を行なった。（結果）現状、試行的段階ではあるが、救急救命士自身のスキル、人員確保などの課題が見つかった。（考察）生活環境や受診時の細かい情報を引き出す能力の向上が必要となる。（考察）児童虐待を含む小児の重症症例と最初に接触できる救命救急センターで、救急救命士としての資格と勤務の特性を活かした活動に十分な意義があると考える。しかしそれには自身のスキルアップを日々継続していく必要を感じた。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）後半
演題番号　MO22-1（D）

安全な病院救急車運用のための病院救急救命士教育への取り組み

○西 竜一[1]，大貫 隆広[1]，大桃 丈知[2]，高山 泰広[3]，高橋 宏樹[3]，猪口 正孝[4]，森村 尚登[4]
[1]社会医療法人社団正志会南町田病院 救急科，[2]社会医療法人社団正志会平成立石病院救急科，[3]社会医療法人社団正志会花と森の東京病院救急科，[4]社会医療法人社団正志会本部

【目的・背景】近年、救急搬送件数が増加し、このうち転院搬送が1割弱を占め、消防救急車の転院搬送利用が需給不均衡に拍車をかけている。このため、行政は病院に対して転院搬送の際に病院救急車を活用することを求めている。しかし、病院救急車の運用に係る指針や標準化された教育カリキュラムは存在せず、各病院が試行錯誤しながら独自に取り組んでいる。当院は安全な病院救急車運用のために、病院救急車の運用規程や運用に関わる病院救命士への教育カリキュラムを策定したので報告する。【方法】当院所属の元東京消防庁救急救命士と元警視庁職員、病院救命士、救急科医師とワーキンググループを立ち上げ、病院救急車の運用規程、病院救命士への教育カリキュラムを策定することとした。【結果】病院救急車の運用規程を策定し運用ルールを明確化した。また、運転者に対して運転技術指導ならびに評価方法の統一化、法令に関する講義と筆記試験を義務付けた。【結語】安全な病院救急車運用のために病院救急車の運用規程、病院救命士への教育カリキュラムを策定した。今後は行政等による指針の提示や教育的枠組みの整備が必要である。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）後半
演題番号　MO22-2（E）

当院における救急救命士の教育的役割の検討

○増田 憲悟[1]，高橋 貴美[1]
[1]市立青梅総合医療センター 救急科

【背景】当院では2015年より救急救命士を採用し、院内での勤務体制を構築してきた。これまで院内業務において一定の役割を担ってきたものの、救急救命士の専門性に基づく役割や、院内救急教育における教育的役割についての理解・認知は必ずしも十分ではなかった。【目的】院内救急教育における救急救命士の教育的役割の可能性を検討するとともに、院内認知向上に向けた課題を明らかにすることを目的とした。【活動内容】2023年4月の救急科体制変更に伴い、救急救命士は従来の日常業務に加え、院内職員を対象とした救急教育へのより主体的な関与が可能となった。そこで今回、救急救命士が主体となり、初期研修医を対象とした救急教育の計画立案および実施を行う体制を構築した。指導は各種認定資格を有する救急救命士が担当し、教育内容の妥当性および安全性については救急医が監修する体制とした。【結語】本活動を通じて、救急救命士が院内救急教育の担い手として医療安全の向上に寄与し得る可能性が示唆された。一方で、救急救命士の役割に対する院内認知のさらなる向上や教育効果の客観的評価が今後の課題であり、継続可能な教育体制の構築が重要である。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）後半
演題番号　MO22-3（E）

院内での新卒救急救命士教育体制と課題

○大田 倖也[1]，藤井 裕子[1]，錬石 和男[1]，秋吉 佑哉[2]，渡邊 翔太[2]，相川 なほ子[2]
[1]社会医療法人同仁会 周南記念病院 救急部，[2]フィルタス株式会社

【はじめに】当院は山口県の医療資源が限られた地域に位置する250床の病院で、年間2,000台以上の救急受入れを目標としている。慢性的な看護師不足への対応と救急医療充実のため、2025年に新卒救急救命士を採用した。【目的】2021年の救急救命士法改正により病院就職が増加しているが、現状では消防経験者が多く、新卒者への教育ノウハウは乏しい。加えて県内では病院勤務の救命士自体が少なく、院内での役割認識も不十分であった。本発表では、過渡期における新卒救急救命士の採用にあたり構築した教育・支援体制について報告する。【方法】外部アドバイザーと契約し、教育体制整備、コンプライアンス明確化、MC委員会運営等の助言を受ける一方、技術指導は院内の医師・看護師が担うという役割分担を明確化した。【結果】外部・院内の連携による教育体制を構築し、新卒救急救命士の活動を開始した。【考察】教育体制構築の経過と活動実態を整理し、全国的にも事例の少ない新卒救命士育成における今後の課題を考察する。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）後半
演題番号　MO22-4（D）

病院救急救命士の運用実態と体制構築 —救命士科独立とキャリアラダー導入による処遇改善への展望—

○長田 雄大[1]，金子 優輝[2]，石橋 裕太[2]，小森 大輝[1]
[1]筑波記念病院 救急科・集中治療科，[2]筑波記念病院 診療技術部 救命救急士科

【背景・目的】タスク・シフティングの観点から病院救急救命士（以下、病院救命士）の活用が期待されている。当院救急センターでは2022年より配置を開始し、段階的に増員を図ってきた。本報告では、当院における組織体制の整備および処遇改善への取り組みについて述べる。【当院の取り組み】2026年2月現在、病院救命士は9名体制となっている。業務内容は、法に基づく救急救命処置のほか、検体・患者搬送、入院時問診、画像検査前の問診、院内災害訓練の企画運営、転院搬送業務など多岐にわたる。当初は救急科に所属する形であったが、2025年4月には「救命士科」として診療技術部内で独立した部署とし、他部署と直接連携・交渉が可能な体制を構築した。現在は1～2名の夜勤体制を運用している。【今後の課題と展望】目標とする「夜勤2名・日勤3名」の安定運用には12名以上の人員確保が不可欠であり、人材定着に向けた処遇改善が喫緊の課題である。現在、独自の「救急救命士キャリアラダー」の導入を推進しており、習熟レベルに応じた職能給や手当の適正化を図っている。今後、病院救命士の職域確立と持続可能な職場環境の構築を目指したい。

診療支援　院内救命士（特にタスクと教育）後半
演題番号　MO22-5（E）

病院救急救命士の部署立ち上げを２度経験しての知見

○新屋 秀斗[1]，田中 誠[2]
[1]医療法人青仁会 池田病院，[2]医療法人池田病院 医局

【背景】救急救命士法の改正により、救急救命士を採用する医療機関は全国的に増加している。一方、医療機関ごとに求められる役割やニーズには差があり、病院救急救命士の働き方は確立されていない。その中で多くの病院救急救命士が試行錯誤しながら組織の一員として活動している。【目的】筆者はこれまでに2度、病院における救急救命士部署の立ち上げを経験したが、初回は何から着手すべきか明確な指針がなかった。本報告では、部署立ち上げの過程で得られた知見や課題を共有し、今後同様の立場にある病院救急救命士の一助とすることを目的とする。【内容】組織に認められるためには専門性の主張よりも、多職種を補完する姿勢を示し信頼関係を構築することが重要であった。また、業務を固定化せず現場ニーズに応じて柔軟に役割を変化させ、活動実績を数値化することで部署の必要性が明確となった。【結語】病院救急救命士の部署立ち上げには、専門性だけでなく、組織適応力や他職種との協働姿勢が不可欠である。本報告が、今後増加が予想される病院救急救命士の部署立ち上げや役割構築の一助となれば幸いである。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-1（CE）

救急初療室での麻酔器運用体制整備の取り組み

○川尻 将守[1]，衛藤 由佳[2]，田上 隆[2]
[1]東京慈恵会医科大学附属病院 臨床工学部，[2]東京慈恵会医科大学附属病院 救命救急センター

【背景】当院は2023年3月に救命救急センターの指定を受け三次救急症例に対応し、2025年4月からは外科チームが加わり、初療室にて外傷救急やAcute Care Surgery（ACS）を行う体制となった。これに伴い初療室の呼吸管理は原則麻酔器を用いる方針となったが、麻酔器運用の規定はなく、体系的整備が必要であった。【目的】初療室での麻酔器運用に対し、臨床工学技士（CE）の立場から安全運用を支える体制整備の取り組みを報告する。【取り組み内容】麻酔器を常時スタンバイ状態とし医師が迅速に使用できる体制とした。日勤帯および夜間・休日の連絡経路と役割分担を明確化し運用内規として整理した。さらに、医師およびCEによる点検体制整備と手順書を作成するとともに、救急医師・看護師を対象とした取扱説明会および院内研修を支援した。また、救急業務担当CEは手術室ラウンドで研修を行い、麻酔器点検技術の習得に努めた。【結語】CEは初療室特有の時間制約に対応するため、機器特性を踏まえた運用設計に関与した。現在、麻酔器対応可能なCEは限られており、夜間・休日を含めた標準化による安全管理体制確立が今後の課題である。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-2（CE）

DMAT機器の日常運用を兼ねた保守管理の取り組み

○前川 敦史[1]，小西 康司[2]
[1]奈良県立医科大学附属病院 医療技術センター臨床工学1係，[2]奈良県立医科大学附属病院 医療技術センター

【背景】災害派遣医療チーム（DMAT）において、搬送用人工呼吸器や生体モニタなどの医療機器は、災害時の救命活動に不可欠である。しかし、DMAT機器は平時には使用頻度が低く、作動信頼性の維持が課題となる。【目的】奈良県立医科大学附属病院では、DMAT機器を院内で日常的に活用しながら保守管理を行う体制を構築している。本報告では、その現状と課題を整理する。【方法】対象は奈良県立医科大学附属病院DMAT保有の機器。院内での使用状況、定期点検、作動確認の実施頻度を集計した。【結果】人工呼吸器や生体モニタ装置は定期的に使用しており、自然に作動確認行われた。また、人工呼吸器はリハビリや搬送に活用することで、医師が操作方法を取得することができた。一方で、すべてのDMAT機器を日常的に活用できておらず、管理体制には課題が残された。【考察】DMAT機器を平時に活用することは、機器の信頼性確保と人材育成の両面で有効である。今後は、すべてのDMAT機器の日常的な活用に向けた管理体制の再構築を進める必要がある。【結論】DMAT機器の院内活用による保守管理は、機器の信頼性の担保と操作習熟度の向上に寄与する可能性がある。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-3（CE）

外傷診療における臨床工学技士の役割

○中武 桃華[1]
[1]社会医療法人緑泉会 米盛病院 診療支援部CE課

当院は三次救急指定病院として24時間365日体制で重症患者を受け入れており、重症外傷が予測される場合には多職種が集結する「トラウマコード」を運用している。外傷初期診療においては迅速かつ的確な対応と多職種連携が不可欠であり、医療機器および循環・呼吸管理を専門とする臨床工学技士（CE）の関与は重要である。本発表では当院におけるトラウマコード発令時のCEの関与について報告する。外傷患者受け入れ時CEはトラウマコード発令直後から治療終了まで関与し、初期対応におけるブリーフィング参加、生体情報モニタリングと人工呼吸器設定、急速輸血・輸液装置準備、血管アクセス挿入時の清潔介助、院内搬送時の医療機器管理を担当する。さらに状況に応じてIVRにおける介助や手術支援、循環動態に応じたECMO導入準備および補助循環対応を行う。CEが初期段階から関与することで診療方針を共有し、医療機器の迅速な立ち上げと循環動態および呼吸状態の把握が可能となり診療の円滑化と安全性の向上に寄与する可能性が示唆された。また、症例終了後には多職種によるデブリーフィングを行い対応内容の振り返りと改善点の共有を行うことで外傷診療体制の質向上を図っている。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-4（MT）

救急外来常駐の臨床検査技師が担う心エコー検査の役割

○鈴木 雅大[1]，磯部 勇太[1]，宮本 康平[1]，西尾 祐貴[1]，杉江 千穂[1]，安藤 雅樹[2]
[1]医療法人 豊田会 刈谷豊田総合病院 臨床検査・病理技術科，[2]医療法人 豊田会 刈谷豊田総合病院 救命救急センター

【はじめに】当院では臨床検査技師が救急外来（ER）に常駐し、研修医が行う救急診療において、心エコー検査の手技および読影に関する診療支援および教育を行っている。今回は、On-the-Job Training（OJT）とOff-the-Job Training（Off-JT）を組み合わせた取り組みと、その効果について報告する。【業務内容・効果】診療時には研修医が心エコー検査を実施し、臨床検査技師は走査補助や所見取得に関する助言を行うことで、限られた初療時間内で必要な情報取得を支援している（OJT）。また症例に応じて臨床検査技師が走査を補完し、評価の妥当性を担保している。加えて、走査法や観察ポイントに関する講義・実技指導をOff-JTとして実施している。これにより研修医の習熟度に応じた指導が可能となり、診療の迅速性および診断精度の向上に寄与した。【まとめ】ERに勤務する臨床検査技師がOJTとOff-JTを併用して心エコー検査の診療支援と教育に関与することは、研修医による迅速な病態把握を可能とし、救急診療の質向上とチーム医療の円滑化に有用であると考えられた。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-5（MT）

当院における尿中薬物検出キットによるオーバードーズの現状

○佐藤 直仁[1]
[1]山形大学医学部附属病院 検査部

【はじめに】当院では「シグニファイ™ ER」(アボットダイアグノスティックスメディカル株式会社)を用いて尿中薬物検出スクリーニングを行っている。今回、2024年,2025年の2年間に当検査部へ提出された尿中薬物検出スクリーニングの結果よりオーバードーズ(以下OD)について調査を行った。【対象】2024年,2025年に提出された172件(2024年:94件,2025年:78件）を対象とした。【方法】172件について電子カルテより検索し、ODによるもの（疑いも含む）を抽出、解析した。【結果】172件の内訳は男性が58件、女性114件であった。そのうちODによるものが、男性では2024年:15件,2025年:12件、女性では2024年:49件,2025年:43件であった。希死念慮ありなしでは、男性では2024年:あり9件,なし6件、2025年:あり6件,なし6件、女性では2024年:あり38件,なし11件、2025年:あり18件,なし:25件であった。女性の年代別に見ると10代から20代が2024年は40%、2025年は70%弱を占めていた。2025年の10代女性のODの理由として、興味本位や友人からの勧めが散見された。【考察】ODで救急搬送される頻度は女性が多く、低年齢化している。ODを興味本位で行う現況が垣間見られた。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-6

演題取り下げ

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-7（MT）

当院におけるクリティカルバリュー報告履歴の分析と展望

○田中 優太[1]
[1]医療法人社団永生会南多摩病院 臨床検査科

【背景】当院のクリティカルバリューは２０２２年７月より、極端値・パニック値対応マニュアルＶｅｒ．１.４を基に報告値を改訂し運用している。また臨床検査「パニック値」運用に関する提言を参考に報告技師、受取医師、報告時間、前回値有無、臨床的対応、カルテ記載の履歴管理を臨床検査科で実施している。２０２３年１２月より報告記録をデータベース化しており、集計及び報告基準を検証した。【方法】報告記録より救急科依頼のみに限定し、２０２４年１月から１２月までを抽出した。そのデータに対してカルテを参照し、臨床的な有用性について分析した。【結果】救急科への報告件数は３００件であった。報告値に対して９割が臨床的対応とカルテ記載が実施されていた。その一方で、電子カルテ記録上では臨床的な有用性が乏しい事例も見受けられた。エビデンスに基づいた報告基準項目と閾値についての見直しを図ることができた。【今後の展望】臨床検査技師はクリティカルバリューを第一に発見し報告する重要な役割を果たしている。それらの質を向上させることは言うまでもなく、今後は救急チーム医療へ、より一層の貢献をすることが不可欠である。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-8（D）

デジタル田園健康特区における病院前超音波検査の検討

○上田 浩平[1]
[1]岡山大学病院 地域医療DX推進講座

【背景】岡山県吉備中央町は重症傷病者を受け入れる医療機関がなく、搬送時間は1時間に及ぶ。本町は令和4年にデジタル田園健康特区の指定を受け、救急救命士による病院前超音波検査の導入の可能性について多角的に検討した。【方法】令和4~6年度の吉備中央町の救急搬送データ1,777件を後方視的に分析し、腹部超音波検査の適応症例を抽出した。岡山県内救急救命士を対象に意識調査を実施した。さらに、eラーニングとハンズオン実技を組み合わせた短期型教育プログラムや救急車内での超音波検査技術の習得効果を評価した。【結果】外傷496件のうち超音波適応症例は106例、内因性腹部疾患86例を含め年間約60件の適応が見込まれた。救急救命士の42.3%が導入に賛成し、57%が必要場面を経験していた。実施に向けた実証調査では、短期間での技術習得や救急車内での基本断面の描出が可能であることが示された。【結論】長距離搬送を余儀なくされる中山間地域において、救急救命士による病院前超音波検査は、搬送先選別や処置の迅速化に寄与する可能性がある。今後、実施に向けた研究計画や持続可能な教育体制の構築に向けた検証が必要である。

メディカルスタッフ
演題番号　MO23-9（TH）

リング型創外固定術後における足関節拘縮予防を目的とした急性期理学療法介入―症例報告―

○宮阪 隼人[1]
[1]総合病院土浦協同病院 リハビリテーション部

【はじめに】リング型創外固定術後は不動や疼痛の影響により足関節拘縮を生じやすい。特に長母趾屈筋(FHL)の柔軟性低下は背屈制限を助長し、拘縮形成に関与する可能性がある。本報告の目的は、急性期からの理学療法介入が足関節機能および筋特性の経時的変化に及ぼす影響を症例考察から検討することである。【症例】症例は交通事故で下腿開放骨折(Gustilo分類type ⅢB)を受傷した70歳代男性である。受傷後39日にリング型創外固定術を施行し、足関節は中間位で固定された。【経過】受傷後40日において、母趾MTP伸展可動域は40°、母趾屈曲不全は10°であった。エコー所見では、足関節後方部におけるFHLの滑走距離は低下し、輝度は増加していた。創外固定術後早期より、FHLの柔軟性改善を目的に徒手療法と装具療法を併用した。その結果、エコー所見に改善を認め、母趾MTP伸展可動域および母趾屈曲筋力は向上し、背屈可動域は最終的に10°まで改善した。【結論】急性期よりFHLの柔軟性改善を目的とした理学療法介入を実施した症例において、足関節機能および筋特性は経時的改善を示し、リング型創外固定術後の拘縮進行抑制に寄与する可能性が示唆された。

多職種研修　前半
演題番号　MO24-1（E）

南房総地域メディカルコントロール協議会における周産期救急研修会の取り組みについて

○三平 学[1,3,4]，不動寺 純明[2,3]
[1]安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部 館山消防署，[2]医療法人鉄焦会亀田総合病院，[3]南房総地域メディカルコントロール協議会，[4]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景・目的】周産期症例は経験豊富な救急隊員や救急救命士であっても事案が少ないため、分娩介助や新生児対応の経験が乏しく、経験年数を問わず何らかの不安を抱いているのが現状である。救急隊は未来ある二人の命を確実に救うための知識・技術・判断などが不足している。そこで南房総地域メディカルコントロール協議会（以下南房総ＭＣ）では２０２４年と２０２５年に周産期救急研修会（以下研修会）を行ったので、その成果について報告する。【方　法】研修会受講者に対して、受講前後の新生児蘇生・分娩介助・女性傷病者の知識理解度や症例対応の自信度、受講後の総合シミュレーションの理解度をリッカート尺度（５段階評価）で評価し、それぞれの質問項目に自由記載欄を設けてアンケートを実施した。【結　果】救急隊受講者４３名中全員から回答を得た。受講前後で、各項目の知識理解度・自信度が大きく向上した。しかし、今回の方法では、個々の知識や症例への自信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】研修会は事例の少ない周産期の知識習得と症例への自信向上へ寄与したと考える。しかし、技術の質の評価が難しいため今後の課題を考える。

多職種研修　前半
演題番号　MO24-2（E）

教育ラダーを用いた病院救急救命士新人教育の標準化と運用課題

○上村 俊太[1]，加藤 敦[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 診療技術部 救急救命士科

【背景】病院救急救命士の業務は多岐にわたり早期の自立が求められる一方、教育は指導者個人に依存しやすく、習熟度のばらつきや教育内容の重複が課題となっている。【目的】当院における病院救急救命士新人教育の標準化を目的に、教育ラダーを導入し、その運用と成果、課題を報告する。【方法】2024年7月から12月までの教育期間に、新卒救急救命士1名を対象としてOJTを中心に教育ラダーを運用した。スタッフ全員で週1回評価を行い、教育責任者のもと到達度を共有した。自立はラダー項目を実施したうえで、日常業務を共に行った複数の先任救命士（5名）からの評価を条件とした。緊急走行は専用ラダーを用い、科長管理のもと実走行経験を有する先任救命士が評価・教育を担当した。【結果】教育ラダーは概ね計画通りに運用され、進捗の可視化と教育内容の統一が図られたが、実症例数に依存する項目では評価が後ろ倒しとなる場面も認められた。【考察】教育ラダーにより新人教育を組織的に実施できた。今後は症例数に左右されない評価方法の検討が課題である。

多職種研修　前半
演題番号　MO24-3（E）

新人救急救命士の判断過程から学ぶ 単独事故の背後に潜んだ内因性脳血管障害の一例

○深津 佳威[1]，藤沼 崇[2]
[1]栃木市消防本部 栃木市消防署岩舟分署，[2]栃木市消防本部 警防課救急管理係

【目的】交通事故として出動した事案において、事故と症状の因果関係の判断に苦慮したが、上席救急救命士の助言により内因性疾患の先行発症を疑い、適切な医療機関選定に至った症例を経験した。新人救急救命士の判断過程を通じ、初期対応における視点修正とチーム連携の重要性について報告する。【症例】50歳女性。午前6時頃より視覚異常を自覚し勤務を継続していた。夕方、医療機関受診を試みる途中で単独事故を起こし、警察対応後にめまい・嘔吐が出現し救急要請となった。救急隊接触時、意識清明で外傷は認めなかったが、主訴はめまい、嘔気、左外側視野欠損であり、左眼球運動障害を認めた。【結果・考察】新人救急救命士である私は当初、事故＝外傷という先入観から症状の整理に迷ったが、上席救急救命士のバイタルサインや神経学的異常所見に基づいた助言により内因性疾患の可能性を再考した。脳血管障害を疑い脳卒中専門医療機関へ搬送した結果、脳動脈瘤切迫破裂と診断された。本症例は、出動形態にとらわれず主訴と神経学的所見を重視する重要性に加え、新人救急救命士に対する適切な介入とチーム判断が患者予後に直結することを示唆する。

多職種研修　前半
演題番号　MO24-4（D）

地方救命救急センターにおける院内救急救命士の教育

○齋藤 兄治[1]，中村 祐太[1]
[1]青森県立中央病院 救命救急センター

（背景）当院ではタスク・シフト/シェアを目的に2021年度より救急救命士を採用し、2026年3月現在7名が勤務している。（目的）救急救命士の知識とスキルを院内でも活かすため、当院における教育体制について報告する。（結果）7名中1名は消防退職後の再任用。6名は20歳台で大学等で救急救命士の資格を取得し、うち2名は消防経験者、4名は消防未経験者である。院内業務を理解いただくために必修研修だけでなく看護部や全職員対象の研修会を多く活用した。疾患毎の理解や対応は研修医や救命救急センター医師の勉強会を活用した。救急救命処置は実務経験の有無で開始時期を分け、具体的指示を必要とする処置は目標数を設定し担当看護師と医師（部長）が最終評価を行い認定した。またクリニカルダラーを作成し目標を見えるようにした。院内業務で飽きないように、やる気を高める目的で、病院前の消防実習、搬送、ドクターカー、ドクターヘリOJT等を経験させた。（課題）当院の院内救急救命士は若く、長く活躍できるように自立した人材育成とキャリアプランの提供が必要と考える。

多職種研修　前半
演題番号　MO24-5（E）

病院救命士の「見える化教育」について

○森田 尚伍[1]，高嶺 和寛[1]
[1]中部徳洲会病院 看護部

【背景】中部徳洲会病院は2019年より救急救命士の新規雇用を行い、現在は10名以上の院内救命士が活躍する場となっている。その間には救急救命士法の改正に伴い「院内メディカルコントロール」の発足、病院内における救命士の業務の確立や他医療職からのタスクシフト、シェアを進めていくことで現在の当院での救命士の地位確立が出来た。【課題】現在では当院に限らず救急救命士の医療機関雇用が進められてる中、救命士が行う業務の開始時期や質の維持など看護職にはある「ラダー的教育方法」の欠如を感じた。また、既存の救命士が新人救命士へ教育を行う際の内容のバラつき、業務可能許可が明確になっていない事が新人救命士への負担となっていた。【介入】当院では救命士が行う様々な業務に対し研修、訓練、試験化を導入することとした。【結果】バラつきのあった教育方法を一本化することで不透明だった教育の「見える化」そして、提供方法の簡素化を実現することが出来た。

多職種研修　後半
演題番号　MO25-1（E）

多職種が他職種を育てる教育体制とその効果

○尾中 秀行[1]，安藤 雅樹[1,2]，山田 貴大[1,2]
[1]医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 救命救急センター，[2]医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 救急・集中治療部

【背景】当院の救命救急センターでは医師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、救急救命士が協働している。ドクターカー等の病院前救護やICLS等の教育コースには多職種が参画しているが、教育体制は一部を除き職種ごとに独立して運用されていた。【目的・方法】多職種が専門知識や技術を互いに還元する「相互教育」の可能性を検討するため、当センター職員を対象にアンケート調査を実施した。【結果】他職種からの指導に対して「専門性が高く詳細な知識を得られる」と肯定的な回答が多かった。その一方で、心理的な側面として「職種が異なることによる遠慮や気後れ」といった課題も浮き彫りとなった。【考察】職種の枠を超えて「教え・教わる」文化の醸成は、単なる知識共有に留まらない。異なる視点のアプローチを学ぶことで相互理解が促進され、日常業務における連携の円滑化に寄与すると考えられる。【結語】各職種の専門性を活かした相互教育は、実践的で質の高い教育を実現する。専門職同士が互いに高め合う環境構築は、他職種理解を深め、強固なチーム医療を醸成する鍵となる。

多職種研修　後半
演題番号　MO25-2（D）

かんぴょうを使用した輪状甲状靭帯穿刺・切開シミュレーターの開発

○堀江 康貴[1]，田中 保平[1]，杉田 真穂[1]，松村 福広[1,2]，伊澤 祥光[1]，米川 力[1]，間藤 卓[1]
[1]自治医科大学医学部 救急医学講座，[2]自治医科大学 栃木県災害医学寄附講座

輪状甲状靭帯穿刺・切開は “can’t intubate, can’t oxygenate” 時の最終手段となりうるが、今日手技実施機会は多くなく事前にシミュレーショントレーニングが重要となる。しかし現行のシミュレーターは穿通・切開時の感触などが人体とは異なるなどの課題があった。我々は栃木県の名産であるかんぴょうの食感を利用した輪状甲状靭帯穿刺・切開のかんぴょうシミュレーター（以後かんシミュ）を考案し、これを当科の手技を習熟した救急医に対して①リアリズム、②教育的妥当性、③運用性などの観点から既存のシミュレーターと比較すべくアンケート調査を実施した。11名から回答を得たが、いずれの項目でもかんシミュは非劣勢であり、①のリアリズムの詳項目の中の・皮膚の厚み・張力・皮膚の切開時の抵抗・輪状甲状靭帯切開時の感覚を問う項においてかんシミュがより人体に近く感じるとの評価を得た。かんぴょうの独特の食感が穿通時抵抗感と切開時感触に類似していることからくるものと思われ、さらに費用および環境の観点からも手軽にくり返し手技を習熟することが可能なかんシミュの利点は大きいと考えられた。

多職種研修　後半
演題番号　MO25-3（D）

重症外傷診療を支える看護師の教育体制構築への取り組み

○松本 亮[1,2]，千田 康之[1]，石田 時也[1]，腹子 歩夢[1]，松崎 佳小里[3]，高橋 皇基[4]
[1]一般財団法人太田綜合病院附属 太田西ノ内病院 救命救急センター，[2]島根大学医学部 Acute Care Surgery講座，[3]太田西ノ内病院 看護部，[4]太田西ノ内病院

当院は福島県の県中・県南医療圏をカバーする唯一の救命センターであり、2025年度より重症外傷センターの稼働を開始した。しかし、看護師は交代制勤務のため、経験症例に偏りが生じやすく、頻度の少ない外傷外科手術に継続的に関与することが難しい。また、慢性的な人員不足のため地方から都心部での研修を受講する機会も制限されてしまうことが問題であった。そこで当院では、一連の外傷診療に対する看護師の理解と実践力を高めることを目的に、複数の教育コースを自院で開催する体制を整備した。さらに受講費を病院が補助することで、宿泊や交通費が不要となり受講生の時間的・経済的負担を極限まで軽減した。これらの教育コース受講に加え、院内で様々なシミュレーションを開催することで、蘇生的手術など迅速な対応が必要な重症外傷症例に対しても、多職種が協働してシームレスな診療を提供できる体制が構築されつつある。地方では様々な理由から重症外傷診療やそれに引き続く外傷外科手術を経験する機会が限られる傾向にあるが、病院主導による教育支援体制の整備により、看護師の実践力向上と外傷診療の質的向上、モチベーションの向上が可能であると考えられる。

多職種研修　後半
演題番号　MO25-4（R）

超音波検査技師による間接的救急診療支援

○市川 宏紀[1]，福島 智久[1]，高橋 裕典[1]，木村 拓哉[2]，坪井 重樹[2]
[1]大垣市民病院 医療技術部 診療検査科，[2]大垣市民病院 救命救急部

初期診療において超音波検査は初手の検査となることが多い。超音波教育の需要は休日夜間救急を担う研修医に高いが、診療科で有効な超音波研修が行われていないのが現状である。今回、初期研修プログラムとして研修医6名に短期間の超音波教育を行った。その取り組みと成果について報告する。研修を受けた研修医に対し、①事前事後アンケート、②チェックシートで目標達成率を調査した。指導はOn the JTを主とし、空き時間に座学やハンズオンなどを行った。内容は心臓、腹部ともに救急診療を想定した技能に絞って行った。6名の研修期間は平均5.33日であり、事前事後の比較では超音波検査を積極的に活用しようとする意識変化があった。目標到達率は心臓領域で中央値61％、腹部領域は中央値67％であった。チェックシートを使用することで履修状況を可視化し、指導者が変わっても効率よく指導することができた。超音波専門医のほとんどは専門科所属であり指導者が不足している。技師が救急POCUS(Point Of Care Ultrasonography)を学習する事で需要に合う技術を提供でき、研修医の超音波教育という面をタスクシフトすることは間接的な救急診療支援として有用であると思われた。

多職種研修　後半
演題番号　MO25-5（E）

親子で学ぶ危険予知トレーニング教材の開発

○吉村 優希[1]，福田 宏章[1]，菊川 忠臣[2]
[1]帝京大学福岡医療技術学部 医療技術学科，[2]帝京大学医療技術学部

【背景・目的】誤飲事故防止に関する教材は保護者や教師向けが多く、子ども自身が学ぶ機会は限られている。特に不慮の事故の中でも窒息は多く、子どもが「喉に詰まる物」を理解し危険を回避する力を育てることが重要である。本研究は、医療知識と工学技術を融合し、子どもから大人までが楽しみながら誤飲リスクを学べる教育用KYT教材の開発と有用性の検討を目的とした。【方法】AR技術とハンドトラッキングを用いた誤飲予防ゲームを試作し、教育用アニメーションとAIによる即時フィードバック機能を組み込んだ。学園祭および地域イベントに体験ブースとして展示し、参加者を対象にアンケート調査とミニテストを実施した。【結果】参加者は主に3～12歳の子ども（保護者同伴）で、「楽しかった」100%、「疲れなかった」83%、「もう一度遊びたい」90%と高い満足度が得られた。ミニテストでは実施後にわずかな得点向上が認められた。【結論】本教材は、日常生活における誤飲の危険認識を高める手段として有効であり、異物誤飲事故の予防への寄与が期待される。

診療支援　院内救命士（院外活動）前半
演題番号　MO26-1（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　第二報

○高橋 宏樹[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】高齢化に伴う救急搬送の増加や病態と搬送先機能の不一致により病院間搬送が増加している。第一報では東京都の事業提案制度で試作されたモバイルDX救急車ICUmoの導入計画を報告した。本第二報では運用体制構築の進捗と初期運用状況を示す。【目的】ICUmoを活用した病院間搬送体制の構築状況と初期運用の成果・課題を明らかにする。【運用体制】関連8病院（うち二次救急4病院）は計52台の車両を保有し、ICUmo4台と通常救急車3台を中心に体制を整備した。配置拡大、通信システム構築、搬送業務部門設置、運行管理プロトコル策定が進展した。【課題】搬送ネットワーク構築、車両調整本部機能整備、DXシステム統一、コスト最適化、スタッフ要件整理が必要である。【結語】ICUmoを中心とした体制は実運用段階へ移行したが、広域運用に向けた標準化と体制強化が求められる。

診療支援　院内救命士（院外活動）前半
演題番号　MO26-2（E）

救急救命士主導による高齢者福祉施設入所者への早期医療介入の取り組み

○池戸 亮治[1]，瀬尾 亮太[1]
[1]社会医療法人杏嶺会 一宮西病院 救急管理課

背景当院では、高齢者福祉施設からの救急搬送症例に重症例が多いとの現場認識があった。高齢者福祉施設入所者への適切な早期医療連携を目的として、2024年8月より「救急救命士相談ダイヤル」および「ピックアップ搬送」を開始した。活動内容近隣高齢者福祉施設を対象に、当院救急救命士が電話にて直接対応する相談体制を構築した。相談時には症状、現病歴、バイタルサイン、既往歴等を基に緊急度を判断した。緊急性が高い場合は消防救急車による搬送を助言し、低い場合には病院救急車によるピックアップ搬送を実施した。人員確保の問題から高齢者福祉施設職員が同乗できないことが多いが、受診前情報を医師や看護師に共有することで初期診療の迅速化・適正化を図った。2025年1月から12月までの相談件数は326件で、267件が当院へ搬送され、うち98件がピックアップ搬送であり、98件中62件（約63%）が入院を要した。結論本取り組みにより、高齢者福祉施設入所者の状態変化に対して早期の医療介入につなげることができ、さらには重症化予防のみならず地域救急医療資源の適正活用にも貢献できる可能性がある。

診療支援　院内救命士（院外活動）前半
演題番号　MO26-3（E）

病院救急車の運用による救急隊の負担軽減と救急搬送要請の適正化 ～地域医療の原点から現点そして頂点へ～

○中村 賢人[1,2]，川畑 和也[1,2]，宮坂 恒輝[1,2]，平田 誠[1]，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]EMT科，[3]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

当院は年間救急受入約9000件の二次救急医療機関であるが、急性期病床180床と少ないため救急外来からあるいは入院早期の転送も多く、以前はその大半を消防に依存し、年間1000件を超えることもあった。そこで、ERスタッフとして20名以上を有する病院救命士を活用し、消防からのタスクシェアを目指すことを“原点”として、1年の準備期間を経て2023年1月より病院救急車の転院運用を開始した。2024年までに消防OB 3名を採用してマンパワーと質を充実させ、ER業務と搬送業務の分担を図ることで、病院救急車による転院は2023年189件、2024年244件、2025年346件と順調に増加した。2025年11月からは救急受診を依頼された施設へのお迎え業務も開始し、今後更なる増員と救急車3台体制による、未達成の時間外・休日運用開始などの体制強化を目指している。病院内だけでなく消防も含む地域全体のタスクシェアによる持続可能な地域救急医療体制を目指して、運用開始から4年目を迎えた当院の“現点”、運用コストと救急患者連携搬送料のバランスといった課題、そして“頂点”に向けた展望について紹介する。

診療支援　院内救命士（院外活動）前半
演題番号　MO26-4（E）

○向井 亮裕[1]，田口 健蔵[1]
[1]社会医療法人陽明会 小波瀬病院 災害医療対策室

福岡県病院救急救命士連絡協議会の活動について

救急救命士法改正を契機に、救急救命士を雇用する医療機関が増加している。福岡県内においても、２０２６年時点でおよそ２０医療機関に救急救命士が勤務している。病院で働く救急救命士の業務は、勤務する医療機関のニーズに合わせて異なる中、他医療機関との交流や連携を図ることを目的とし、２０２４年に「福岡県病院救急救命士連絡協議会」を立ち上げた。これまでの主な活動は、各医療機関の業務紹介や、業務上抱える課題の共有と課題解決をするための助言などである。また、年に２回、定期的な集合研修を実施することとしており、救急車使用における安全講習会や、災害医療における病院救急救命士の役割など加盟医療機関の求める研修会を実施してきた。現在は、病院救急救命士の広報や、病院救急救命士を目指す学生に向けての情報発信、一次救命処置の普及活動、防災・災害活動などを展開している。

診療支援　院内救命士（院外活動）前半
演題番号　MO26-5（D）

○中村 篤雄[1]，菅 卓也[2]，仲本 徹男[3]，阿部 雅治[1,4]，白石 楓[1,4]，村西 謙太郎[1]，森本 紳一[1]，四井 泰大[4,5]，野相 裕美子[4,5]，篠原 祐子[4,5]，村田 咲桜里[4,5]，上野 那央[4,5]，喜多村 泰輔[4]，仲村 佳彦[1]
[1]福岡大学病院 救命救急センター，[2]白十字病院，[3]飯塚市立病院，[4]福岡大学病院 救急治療センター，[5]福岡大学病院 看護部

病院救急救命士の実態把握と地域協議体による実装支援（業務基準共有・教育支援）

【背景】病院救命士の医療機関における配置や業務、教育体制は施設差があり、実態把握と共通基盤整備が課題である。病院救命士の職能基盤に関する制度は過渡期にあり、地域単位の実装支援の重要性は高い。こうした背景から2022年に福岡県病院救急救命士連絡協議会（協議会）が設立された。【目的】協議会発足後の取り組み、県内病院救命士の勤務状況、教育体制、業務実態について検討した。【方法】16医療機関を対象に、所属や雇用年・人数、教育システム、救急救命処置（処置）、病院前活動を調査した。【結果】参画は発足時の2施設から16施設・96名に拡大した。雇用開始は法改正後が10施設、雇用は中央値3名、所属は看護部が最多であった。業務基準やマニュアルといった資料は共有し、各施設が導入可能な体制を構築した。ラダー導入は1施設から5施設へ増加した。静脈路確保は12施設、薬剤投与は10施設で行われ、3施設は処置の実施がなかった。救急車運行は転院搬送16施設、DrCar方式7施設、迎え搬送7施設であった。【結論】県内病院救命士の実態把握と共有基盤の整備は進みつつあり、協議会は地域内の情報共有と実装支援の基盤として機能していることが示された。

診療支援　院内救命士（院外活動）後半
演題番号　MO27-1（E）

○菅野 弘明[1]，比留間 孝広[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 救急救命科

地域救急医療を補う当院救急救命科の今までとこれから

【背景】令和3年の救急救命士法改正に伴い、医療機関で雇用される救急救命士（以後、救命士とする）が増加している。福島県に所在する当院においても、2023年4月より救急外来において救命士の採用が開始し、2024年4月に福島県内初の救命士単独部署の科として発足した。【活動内容】発足から2年が経ち3年目を迎える当科の業務内容は、救急患者の受け入れ連絡対応（ホットラインや救急患者紹介受け）、転院調整ならびに転院搬送（救命士が主体で活動）、グループ施設や近隣医療機関へのピックアップ搬送、ドクターカー運用など、業務拡大と救急医療に関わる職種からタスクシフトを成し遂げることができた。また、救命士養成学校学生の研修や派遣型ワークステーションの対応を含め、当科はさまざまな機関とのハブ役になっていると言える。医療機関に属する救命士が担う役割はこれにとどまらず、さまざまな面において多職種と連携し、活躍の場が提供できる可能性がある。【結論】当科をはじめとして、救命士を病院に活用することで、地域救急医療の課題解決や救命士が補うことによる業務効率が測れる。他機関の病院救命士活用の一助となるよう、当科の活動内容について報告する。

診療支援　院内救命士（院外活動）後半
演題番号　MO27-2（D）

○西 竜一[1]，大貫 隆広[1]，大桃 丈知[2]，高山 泰広[3]，高橋 宏樹[3]，猪口 正孝[4]，森村 尚登[4]
[1]社会医療法人社団正志会南町田病院 救急科，[2]社会医療法人社団正志会平成立石病院救急科，[3]社会医療法人社団正志会花と森の東京病院救急科，[4]社会医療法人社団正志会本部

脳卒中疑い患者に対する救急隊の現場滞在時間短縮に向けた病院救急救命士の取り組みとその効果

【背景・目的】東京都では令和7年より主幹動脈閉塞患者を対象とした脳卒中Sの運用が開始された。当院も令和8年2月に認定を受け積極的な受入れを行っている。当院では病院救急救命士（以下、病院救命士）が消防からの受入れ電話対応を担っているが、対応時間の短縮と判断の標準化が課題であった。本研究では、脳卒中受入れプロトコルの取り組みを紹介し、救急隊の現場滞在時間および病院救命士業務への効果を検証する。【方法】脳卒中疑いで搬送された49例を対象に、プロトコル改訂前後（改訂前23例、後26例）で救急隊の現場滞在時間を後方視的に調査し、t検定にて比較した。また、病院救命士を対象に業務負担に関するアンケートを実施した。【結果】現場滞在時間の平均値は、改訂前の28分に対し、改訂後は21分と有意な短縮を認めた（P＜0.05）。アンケートでは、全救命士が業務負担が軽減したと回答した。【結語】本プロトコルの運用は、現場滞在時間の有意な短縮をもたらし、病院救命士の業務負担を軽減した。今後は、さらなる短縮につとめるとともに他疾患への応用を進める。

診療支援　院内救命士（院外活動）後半
演題番号　MO27-3（E）

病院救急車を活用し転院搬送業務を行うことによる消防救急車負担軽減への取り組み

○村里 駿[1]，伊藤 翔平[1]
[1]社会医療法人若竹会 つくばセントラル病院 救急総合診療センター

当院は茨城県牛久市に拠点を置く二次救急医療機関である。2024年度の救急車収容件数は消防救急車・病院救急車合わせて4529件であった。2026年1月現在の病院救急救命士総人員数は18名であり、主な業務内容は救急外来においての救急救命処置、病院救急車にて出動し患者宅や高齢者介護施設において救急救命処置の実施、転院及び転送業務を主に行っている。管轄内の稲敷広域消防本部において2021年度～ 2025年度12月までの全体の転院搬送件数は、3762件であり当院が拠点を置く牛久市内の転院搬送件数は753件であった。自院の転院搬送・転送は出動が重複しない限り病院救急車で行っており、2021年度～ 2025年度12月までの転院搬送・転送件数は1047件であった。別に消防救急車を要請した件数は33件であり、2021年度と2024年度の牛久市内の転院搬送増加率を算出すると、牛久市内の転院搬送率は11.8％の増加、当院病院救急車において当院からの転院搬送率は24.4％の増加であった。また、当院は自己完結型医療を目指しており近年紹介元病院やクリニックへ出動し当院までの転院搬送を担う出動も積極的に行っている。当院の実績、取り組みを報告する。

診療支援　院内救命士（院外活動）後半
演題番号　MO27-4（E）

院内救命士の現在地と今後の展望 -法改正後の実践整理からみた専門職としての進化-

○宮崎 伊佐夫[1]
[1]日本赤十字社 伊勢赤十字病院 救急部

【背景】2021年の救急救命士法改正により、救急救命士は医療機関内で入院前患者への救急救命処置が可能となり、院内救命士の配置が進んでいる。一方で、その役割や専門性には施設差があり、体系的整理は十分でないと考える。【目的】院内救命士の制度的変遷と実践内容を整理し、現在の到達点と今後の展望を明らかにする。【方法】2015 ～ 2025年に発表された院内救命士関連論文19本と厚生労働省通知、学会ガイドラインを対象に質的内容分析を行い、制度、実務、教育、専門性創出、経営の5領域に分類した。【結果】制度は法改正とガイドライン整備により法的基盤が確立した。実務は救急外来調整や転院搬送を担い、教育は研修や事後検証に関与していた。専門性創出として病院救急車運用や安全管理が進み、経営は搬送業務の収益化に寄与していた。【考察】発展は三段階に整理でき、近年は医療体制を横断的に支える専門職へと変化している。一方で、教育・評価の標準化は未整備であり、どこまでを専門性と位置づけるかが今後の課題である。【結語】法改正を背景に医療体制を支える専門職へと進化している。今後は施設特性に応じた役割の可視化と教育・評価体系の整理が求められる。

診療支援　院内救命士（院外活動）後半
演題番号　MO27-5（E）

病院救命士 離職率改善に向けた取り組み ～採用後12年 多様化-専門化-処遇改善の3拍子介入による定着化～

○平田 誠[1,2]，中村 賢人[1,2]，川畑 和也[1,2]，宮坂 恒輝[1,2]，森本 幸夫[1,2]，吉永 雄一[2,3]，渡邉 太郎[4]
[1]社会医療法人純幸会 関西メディカル病院 EMT科，[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 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

救急救命士法の一部改正以降、救急救命士は医療機関におけるタスクシフトの担い手として期待されるようになった一方で、導入期の離職率の高さが課題となることも多い。当院では2014年に4名が初めて採用され、毎年積極的な採用を行っており現在総勢28名が在籍している。2018年以降に離職者が増えてきた事をきっかけに体制が安定しなくり、離職率は高い時で40％弱まで上がった。採用開始から12年の中で、①専門性（病院救急車運用）、②多様化（臨床補助と地域連携・事務業務への重点化）、③処遇改善（役職配置、給与の見直し）、を段階的に実施した。その結果、離職率は2025年度では4％まで減少し定着傾向がみられ、病院救命士の役割が院内で明確化されるとともに、救急救命士としてやりがいを持って業務を遂行することが可能となった。病院救命士へのタスクシフトを現場で機能させるために当院が行った定着化の取り組みを報告する。

災害・マスギャザリング　前半
演題番号　MO28-1（O）

広域医療搬送拠点での臨時医療施設の設置状況に関する基礎的調査研究

○江川 香奈[1]
[1]日本大学理工学部 海洋建築工学科

【背景・目的】災害時の被災地内外を結ぶ場所に設営される、広域医療搬送拠点での臨時医療施設(SCU)では、様々な職種の医療関係者等が協働し、医療活動が展開される。しかし、現状では望ましい設計指針の詳細は示されていない。このため、災害時に円滑な医療救護活動が実施できる施設の実現を目指し、本研究では、近年における、この臨時医療施設が設置される施設の現状と、課題を把握することを目的とする。【対象・方法】2026年現在の、医療搬送拠点での臨時医療施設の設置が予定されている場所を、各都道府県のホームページ等から、把握し、結果を集計した。【結果】設置場所を予定している場所が、把握できなかった自治体は、2割程度みられた。1か所を想定している自治体が、約半数と最も多く、指定している場所は、空港がほとんどであった。空港以外では公園、学校などの事例もみられた。また各場所で実施されている訓練の内容を把握した。【結論】広域医療搬送拠点での臨時医療施設の設置状況の概要を、把握できた。今後、より詳細に設置を予定している場所における施設の内容や、受け入れ時の課題等を、明らかにする必要があると考えられた。

災害・マスギャザリング　前半
演題番号　MO28-2（D）

AMAT救急救命士隊員による災害時医療搬送体制の拡充

○大桃 丈知[1,2]，布施 明[2]，横堀 將司[2]，家田 淳史[1]
[1]正志会 平成立石病院 救急科，[2]全日本病院協会 救急防災委員会

【目的】全日本病院災害時医療支援活動班（AMAT）における救急救命士隊員の役割に着目し、病院救急車を活用した災害時医療搬送体制の拡充について検討する。【方法】AMATのこれまでの災害派遣において実施した医療搬送実績と職種別隊員構成を基に、病院救急車による医療搬送の実践内容と救急救命士の寄与を後方視的に検討した。【結果】AMATは熊本地震以降、西日本豪雨、令和元年台風、能登半島地震等において、病院避難や高度医療搬送、消防救急の補完搬送を実施した。約1,800名隊員中、救急救命士の有資格者は8.4％を占め、看護師・医師・事務職に次ぐ第4位の職種であり、病院救急車運用の中核を担い、医師・看護師と連携して安全かつ継続的な搬送体制を構築した。【考察】病院救急車を活用した医療搬送は被災地の病院機能維持に直結し、民間病院を含む広範な人材基盤を有するAMATにおいて、救急救命士の積極的参画は医療搬送能力の質的向上に寄与している。【結語】救急救命士隊員の計画的育成と多職種連携の強化は、AMATの災害時医療搬送体制をさらに拡充する鍵となる。

災害・マスギャザリング　前半
演題番号　MO28-3（P）

能登半島地震の経験を踏まえたDMAT隊員への破傷風ワクチン接種体制の整備

○西川 嘉広[1]，畑田 剛[2]
[1]地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 薬剤部，[2]地方独立行政法人 桑名市総合医療センター 救急科

＜緒言＞令和6年能登半島地震において，三重県はDMATを超急性期から慢性期まで42日間派遣した。被災地では家屋倒壊により瓦礫が散乱し、外傷リスクが高い環境であった。日本DMAT活動要領では活動期間を48時間としているが，長期派遣では隊員の健康管理が任務継続性に直結する。しかしながら，隊員養成研修では隊員の感染症予防に関する体系的教育はなく，我々の先行調査(日臨救急医会誌. 2025; 28: 804-9)では破傷風を含む予防接種を希望する隊員が多かった。＜方法＞職員接種に含まれない破傷風トキソイドをDMAT隊員に接種するため、労働安全衛生委員会，感染対策チーム，災害対策委員会の承認を得て，薬剤部，臨床検査部，救急部と連携し、接種体制を構築した。＜結果＞関係各所と調整し，DMAT隊員に対する破傷風トキソイド接種を開始することができた。＜考察＞災害医療従事者への破傷風ワクチン接種は，ガイドラインで推奨されているが，出生年により接種歴が不十分な隊員も存在し，3回接種や10年毎の追加接種が必要になる。今後は接種歴管理を徹底するとともに、COVID 19等の流行性感染症に対する予防接種も整備し，隊員が被災者支援に専念できる環境構築が重要である。

災害・マスギャザリング　前半
演題番号　MO28-4（D）

大規模地震時における国際医療チーム受援体制の検証

○大場 次郎[1]，千島 佳也子[2]，豊國 義樹[2]，赤星 昂己[2]，若井 聡智[2]，三村 誠二[2]，近藤 久禎[2]，小井土 雄一[2]
[1]国立健康危機管理研究機構（JIHS）/ 順天堂大学 DMAT事務局，[2]国立健康危機管理研究機構（JIHS）DMAT事務局

南海トラフ巨大地震等の大規模災害では、国際医療チーム（Emergency Medical Team：EMT）を円滑に受け入れ、国内医療体制と調整する仕組みの構築が不可欠である。国立健康危機管理研究機構・DMAT事務局は、2026年2月23日から27日まで、日本における国際医療チーム受援体制の実効性向上を目的として受援訓練を主催した。本訓練には、内閣府、厚生労働省、外務省、静岡県庁、静岡・青森県DMATに加え、WHO、OCHA等の国際機関、韓国・オーストラリア・ASEAN諸国を含む海外医療チームが参加した。また、米国ASPRおよび韓国KDMATが評価者として参画し、他国DMAT等がオブザーバー参加した。訓練はオリエンテーション、机上演習、機能別訓練で構成され、EMIS、J-SPEED、MDSを用いた情報共有、病院評価、アクターマッピングを通じて、役割分担および調整機能を検証した。その結果、法制度、運用手順、情報管理に関する課題が明確化され、医療リエゾン機能を含む受援調整体制の重要性が再認識された。本訓練は、我が国の国際医療チーム受援能力を強化し、将来の大規模災害における実効的な医療対応体制構築に資する重要な取り組みである。

災害・マスギャザリング　前半
演題番号　MO28-5（E）

大規模災害に備えた消防団員教育

○鈴木 寛也[1]，齊藤 忠治[1]，安達 将哉[1]
[1]岡山市消防局 岡山市西消防署

【目的】大規模災害の初期段階において、消防団員がトリアージの概念を理解し、公的機関へ円滑に現場を引き継ぐことで、現場収束までの時間短縮及び1秒でも早い搬送・医療介入の実現を図ることを目的とする。【方法】消防団員の活動ニーズを把握し、以下の段階的なスキル習得と教育支援体制の確立を行った。・ニーズ把握：アンケートの実施・スキルステーションの展開：安全管理、傷病者観察、トリアージ、情報収集・訓練の実施：図上訓練及び大規模災害を想定した実地訓練・教育支援体制：専用YouTubeチャンネルによる教養資料の配信【結果・考察】本研修によって、消防団員のスキル習得とトリアージという概念の共有が図られた。また、大規模災害の初期段階において、各フェーズにおける消防団員の活動を整理する上でも有効であった。現時点で消防団員はトリアージを業務としていないが、被災者への早期医療介入を実現するための取組みを実践した意義は大きい。今後も消防団員の教育支援を継続し、活動の標準化を図り、公的機関との連携による早期の現場収束を目指していく。

災害・マスギャザリング　後半
演題番号　MO29-1（E）

救急隊員の安全確保と病院前活動の狭間で―クロルピクリン中毒

○原田 大亮[1,2]，澤野 誠[2]，今本 俊郎[3]
[1]川越地区消防局 川越中央消防署高階分署，[2]埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター，[3]埼玉医科大学総合医療センター 高度救命救急センター

【背景】化学剤曝露疑いでは、隊員曝露・二次汚染を防ぎつつ病院前活動を継続する判断が求められるが、災害モードへの切替基準や防護資器材・教育体制には地域差がある。【事案】秋季の午前2時50分ごろ、居宅内で眼痛、流涙、鼻汁、乾性咳嗽を認め同時に家人3名が認め催涙スプレーをまかれたようだと救急要請。現着時に傷病者は屋外に出てきた為、十分な準備が出来なかった。屋外活動で隊員も流涙・咽頭刺激を呈したため緊急に車両内収容し現場から100m距離を取った。消防隊のガス検知器による環境測定では反応がなく、救助隊、指揮隊を増隊要請し、救助隊の簡易検知でTIC陽性、周辺空容器からクロルピクリンを同定し3名搬送した。本件の事後事例検証を通じて原因同定前の接触で隊員曝露と救急車汚染が疑われ、暗所下で周辺住民の安全のためにも活動開始時間である夜明けまでに区切りをつけたい救助隊の意図も垣間見えた。消防隊から防毒マスクを借受する体制を整備したが、除染場所・増隊基準・隊員受診基準の標準化に着手する必要性を感じた。【結論】化学剤疑い事案の防護体制には地域格差があり、資器材共有と切替基準の標準化を全国的に議論すべきである。

災害・マスギャザリング　後半
演題番号　MO29-2（E）

十勝岳噴火訓練で判明した多機関トリアージ運用の相違と課題

○大滝 達也[1]，中嶋 駿介[1]，岡田 基[1]
[1]旭川医科大学病院 救命救急センター

十勝岳は活火山であり、噴火に備えた実効的な防災体制構築が求められている。2026年2月17～18日にブラインド方式で実施された十勝岳噴火総合防災訓練にDMAT隊として参加した。旭川医科大学病院、旭川赤十字病院、富良野協会病院の各隊が参加し、旭川医科大学病院の1隊はDMAT活動拠点本部から融雪型泥流発生が想定された上富良野地区の救出救助現場へ派遣され医療支援を行った。救出救助は陸上自衛隊および警察、消防団が実施し、一次トリアージは消防救急隊と自衛隊衛生班が担当した。DMAT隊は応急救護所内の搬送トリアージ等を実施した。一次トリアージの方法はSTART法で共通していたが、自衛隊では消防や医療機関が使用しているトリアージタグを平時は運用していないことが明らかとなった。また、自衛隊衛生班には医療資格者が配置されていないことも確認された。これらの結果から、多機関間における役割整理とトリアージ運用の標準化に向けた継続的訓練の必要性が示唆された。

災害・マスギャザリング　後半
演題番号　MO29-3（D）

関越自動車道多重事故事例から考える、傷病者搬送方針と多機関連携を考慮した本部設置に関する一考察

○鈴木 諭[1,2]，藤塚 健次[3]，永山 純[3]，高橋 栄治[4]，川田 広明[5]，水野 雄太[3]，中村 光伸[3]
[1]利根中央病院 救急科・総合診療科，[2]国立健康危機管理研究機構危機管理・運営局DMAT事務局，[3]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，[4]独立行政法人国立病院機構渋川医療センター，[5]前橋赤十字病院 地域のためのメディカルシュミレーション支援室

【はじめに】局地災害においては、発災後、より早期の情報連絡体制の確立と手段の確保が重要となる。発災から災害終息までの時間経過が短い局地災害では、状況変化に合わせたオペレーションの実行に早期の本部体制確立が必要となる。【事例】2025年12月26日夜間に関越自動車道下り線水上インターチェンジ付近で多重交通事故災害が発生した。発災直後は災害の全体像(災害現場・傷病者数)の把握が困難で、時間経過で二次事故、三次事故及び車両火災が発生した結果、傷病者総数31名の局地災害となった。群馬県内11病院からDMAT 18チーム130名が出動し、消防他各機関と共に災害対応を行なった。活動方針は全ての傷病者を災害地点直近の災害拠点病院に集中搬送させた後、搬送調整し、分散搬送することとした。【考察】近年、局地災害時の傷病者搬送に関しては、災害現場の状況と患者搬送先多寡により集中搬送か分散搬送かを決定することを推奨している。搬送先決定においては地域消防と搬送計画を立てることが重要であり、多機関連携を考慮した各本部の設置が重要となる。【結語】局地災害においては地域医療資源を考慮した搬送方針の決定と本部体制確立が重要である。

災害・マスギャザリング　後半
演題番号　MO29-4（E）

過疎地域で開催される100kmウルトラマラソンの救護体制の実態と課題
―丹後大会の活動報告―

○糸井 康隆[1]
[1]宮津与謝消防組合消防本部 宮津与謝消防署橋北分署，[2]丹後100kmウルトラマラソン実行委員会

丹後100kmウルトラマラソンは過疎地域の広範囲を長時間走行する競技であり、特有の救護体制を要する。2025年大会は出走者2,700人、完走率64％であった。救護体制は移動救護17台、救護所13か所、医療資格者48名（医師4名（交代制）、看護師29名、保健師14名、救急救命士1名）で構成し、地域の医療・救急体制への影響を最小限とするため救急要請基準を策定し全スタッフに周知した。大会中203名に救護対応し、12名が医療機関受診を要した。心停止例はなかったが、脱水や筋痙攣が多く、意識障害・腎機能障害による入院1例を認めた。救護スタッフの多くは市所属の保健師や看護師で、対応経験が限られることから心理的負担が課題となっている。また医師は本部に常駐しておらず、責任体制も十分に整理されていない。重大な混乱はなかったものの、体制の検証や見直しは十分とはいえず、今後は広域・長時間競技に対応した医療体制およびスタッフ支援体制の再検討が必要である。

災害・マスギャザリング　後半
演題番号　MO29-5（D）

災害医療人材養成プログラムの効果に関するアンケート調査

○笠岡 俊志[1]
[1]熊本大学病院 災害医療教育研究センター

当センターでは国や県の補助を受けて災害医療に関わる人材養成プログラムを推進している。そのうち、文部科学省課題解決型高度医療人材養成プログラム、熊本大学履修証明プログラム、熊本県補助事業災害医療ロジスティクス要員養成講座の修了者を対象に災害医療に関する学びを継続することを目的に熊本大学災害支援グループを結成した。全修了者198名のうちグループ参加を希望した59名を対象に人材養成プログラム修了の効果に関するアンケート調査を実施した。59名中32名から回答を得た（回答率54%）。職種別では看護師、医師、薬剤師、事務職の順に多く、所属機関は医療機関が84%、行政機関が12%であった。受講の目的は自己研鑽が多く、受講の満足度も高い評価であった。履修前から防災に関わる業務の担当や実災害への支援の経験も多く認められたが、履修後に初めて防災業務を担当したという回答も30%程度認められた。実践的な研修のうち避難所アセスメント研修の有用性が挙げられていた。受講修了により災害医療に関する知識やスキルのアップが図られたが、それを継続するために学びの継続が重要と考えられた。

診療･診療支援（ドクターカー）　前半
演題番号　MO30-1（E）

消防機関との関係構築がラピッドレスポンスカー要請件数に与えた影響

○村上 友規[1]，福元 大輝[1]
[1]医療法人社団清和会笹生病院 救急調整室

【背景】当院は西宮市と芦屋市の間に位置し、循環器医師2名、院内救命士8名で重症患者の早期治療介入を目的にラピッドレスポンスカー（RRC）の運用をしているが、要請件数が限局的であった。【目的】消防機関との関係構築やRRC出動要請基準の周知が要請件数に与える影響について報告する。【方法】各消防機関と循環器医師を中心とした勉強会を定期的に開催しRRCの役割や出動基準について周知を行い、さらにECPRを想定した合同訓練を実施した。【結果】取り組み後、RRC出動件数は増加傾向を示した。消防機関との勉強会や合同訓練を行うことでRRCの適切な活用への理解が深まったとともに、消防機関との強固な関係構築に繋がった。【展望】平時からの関係構築と合同訓練はRRC運用促進に有用であった。今後は出動症例の詳細な分析や患者の予後や治療介入までの時間を定量的に評価しさらなる救命率の向上に寄与したい。

診療･診療支援（ドクターカー）　前半
演題番号　MO30-2（E）

ICTを活用した病院救急車・リフト車を含む３台体制運用の可視化と実運用上の有用性

○牧山 貴明[1]，金田 美緒[1]，増井 敏郎[1]，安倍 晋也[1]
[1]誠馨会 新東京病院 救急科

【背景】当院では病院救急車2台とリフト車１台による３台体制で、月平均８０件の出動を行っている。複数車両の同時運用や車両制限下では、運用状況の把握や判断が属人的となることが課題であった。【目的】ICTを活用した車両管理システムを導入し、複数車両運用の可視化が実運用に与える影響を検討する。【方法】車両位置、出動状況、稼働履歴をリアルタイムに共有可能なICTシステムを導入し、救急救命士・医師間で情報共有を行った。病院救急車およびリフト車を含めた全車両を同一画面で把握できる体制を構築し、日常の搬送調整および事後の振り返りに活用した。【結果】３台体制の運用状況が即時に把握可能となり、同時出動時や車両制限下での判断が円滑化した。特に稼働状況の可視化により判断根拠を共有でき、チーム内での共通理解が得られ、有用性を感じる場面が多かった。【結論】ICTを活用した複数車両運用の可視化は、高頻度出動環境において実運用上有用であり、運用理解の共有にも寄与すると考えられた。

診療･診療支援（ドクターカー）　前半
演題番号　MO30-3（E）

ドクターカーと救急隊がIP無線機を共同で使用し情報共有における質の向上と迅速化を目指す取り組みについて

○荒瀬 瑞樹[1]，小林 豊[1]，北原 雅徳[1]，渡部 圭介[1]
[1]さくら総合病院 医療技術部

【背景】病院前救急活動において、消防機関との迅速かつ正確な情報共有は重要である。当院ではドクターカー運用の質向上を目的に、地元消防機関と連携しＩＰ無線を活用した通信体制の構築を開始した。【目的】IP無線導入に向けた体制整備および運用設計の実際を報告する。【取り組み】２０２６年３月よりＩＰ無線の試験運用を開始した。消防本部との協議を重ね、通信手段の策定、消防救急車への無線機積載、情報共有項目の標準化、院内出動フローの再構築を実施した。従来の電話連絡を中心の体制から、リアルタイム双方向通信が可能な運用へ移行した。【結果】通信プロトコールの確立により、出動前情報の質的向上と院内準備の標準化が図られた。また、消防との情報共有項目が明確化され、連携体制の一体化が促進された。【結語】ＩＰ無線を活用した通信体制構築は、ドクターカー運用の効率化と連携強化に寄与する取り組みである。

診療・診療支援（ドクターカー） 前半
演題番号 MO30-4（D）

自動胸骨圧迫器非搭載ドクターヘリにおける内因性心肺停止症例対応の地域別実態分析

○反町 光太朗[1]，阪内 麻里子[2]，鈴木 剛[1]，小野寺 誠[2]，伊関 憲[1]
[1]福島県立医科大学医学部 救急医療学講座，[2]福島県立医科大学 地域救急医療支援講座

【はじめに】ドクターヘリによる医師の早期接触は病院前救急体制で重要である。しかし，病院外心肺停止（OHCA）に対する有効性を示す大規模研究は限られている。福島ドクターヘリは自動胸骨圧迫器を搭載しておらず，その条件下の活動実態を明らかにすることを目的とした。【方法】2008年2月～2024年12月に福島ドクターヘリが出動した症例を対象に，通信指令室のフライトレコードを用いて後方視的解析した。通信指令時点で心肺停止と判断された症例から，18歳以上で目撃ありの内因性OHCAを抽出し，要請地域，搬送方法，三次救急医療機関への搬送状況を検討した。【結果】出動342例中114例が条件を満たし，平均67.8歳，男性75.4％であった。三次救急医療機関を有する郡山市周囲3市町からの39例（34.2％）が最多であった。同エリアでは，ヘリ搬送割合（18.0％ vs36.0％）および三次救急搬送割合（30.8％ vs64.0％）はいずれも他地域より有意に低かった（$p < 0.05$）。【結語】心肺停止症例を多く要請する地域においても三次救急医療機関への搬送が十分とは言えない実態が示された。自動胸骨圧迫器非搭載を踏まえ，OHCAに対する要請基準および搬送戦略の再考が必要である。

診療・診療支援（ドクターカー） 前半
演題番号 MO30-5（E）

アナフィラキシーに対するエピネフリン投与の実証事業報告 －救急隊による早期介入の検討－

○今井 駿[1]
[1]弘前地区消防事務組合 消防本部警防課

【はじめに】弘前地区消防事務組合（以下、当本部）が属する津軽・西北五地域メディカルコントロール協議会は、アナフィラキシーに対する自己注射可能なアドレナリン（エピネフリン）製剤によるアドレナリンの投与対象拡大の観察研究と実証事業へ継続参加したことから、本事業で得られた知見と課題を考察する。【実施体制】当本部の救急隊１隊（救急救命士10名）及び、弘前大学医学部附属病院高度救命救急センターの医師６名が参加。管内のアナフィラキシー事案傾向を精査し、市街地での早期介入を想定し実施隊を選定した。【結果】令和7年度の実証事業中、観察カード使用事案は4件、うち1件で薬剤投与を実施。観察研究段階からの連携により、医療機関側の理解も深く、円滑な指示要請と処置が可能であった。【考察】山間部等の通信不感地帯ではレスポンスタイムの延伸や指示要請の不安定さからドクターヘリ等での早期介入が効果的と考えられる一方で、市街地では救急隊による早期介入の有効性が示唆された。今後の処置拡大を視野に入れ、救急救命士としての責任を堅持し、限られた医療資源を傷病者へ効率よく届けるために地域連携をさらに推進していく。

診療・診療支援（ドクターカー） 後半
演題番号 MO31-1（E）

救急救命士の処置範囲拡大に係る実証事業が地域メディカルコントロール協議会にもたらしたもの

○畑中 大祐[1]
[1]岡崎市消防本部 消防救急課

【背景】西三河地区メディカルコントロール協議会として、救急救命士の処置範囲拡大に係る実証事業に参加した。実証事業は、現行法ではエピペンを所持している場合に限定されている救急救命処置の対象範囲を所持していない傷病者にまで広げ、救急車に積載したエピペンを用いて筋肉内投与を行うものである。【方法】実証事業への応募に際し、西三河地区内の関係機関及び愛知県との調整を重ね、５消防本部（救急隊５隊）が採択された。67名の実証事業認定救急救命士、６医療機関から16名の実証事業対応指示医を養成し、令和７年８月１日からエピペンを救急車へ積載した。【結果】令和７年８月１日から令和７年12月31日までに、救急救命士がアナフィラキシーの判断に用いる観察カードを使用した症例が10例、そのうちの１例がエピペンの筋肉内投与症例であった。エピペン投与症例の傷病者は20歳代の女性で、薬剤性のアナフィラキシーであった。【考察】エピペン投与症例を経験し、本実証事業の有効性を実感することができた。また実証事業を通して様々な調整を重ねたことで、地域のＭＣ体制を見直すきっかけにもなり、関係機関の連携及び体制強化に繋げることができた。

診療・診療支援（ドクターカー） 後半
演題番号 MO31-2（E）

中山間地域におけるエピペン投与実証事業の有用性についての検討

○増田 慎吾[1]，実近 伸二[1]，二岡 和也[1]
[1]備北地区消防組合消防本部 警防課救急救助係

備北地区消防組合消防本部は、広島県北東部の中山間地域に位置し、三次市・庄原市で構成され、管内人口は約79,000人、約2,000km^{2}という広大な地域を管轄している。地域特性上，事案発生から医療機関到着まで時間を要する。本稿は、実投与症例の報告及び地域特性による実証事業の有用性について検討する。実証事業期間中､18件の観察カード使用事例があり、うち２件で実投与症例があった。症例１は70代男性が草刈り中の蜂刺傷症例。救急隊接触時、アナフィラキシーショックを呈していたため、実証事業認定医師の指示によりエピペン0.3mgを投与した。投与3分後も改善に乏しく、追加で輸液処置を実施。その後、症状の劇的な改善を認め、病院到着時には自覚症状がほぼ消失した。症例２は70代女性の蜂刺傷症例。症例１と同様にショック症状を呈していたが、エピペン投与により搬送中に症状が改善した。両症例とも救急救命士による早期エピペン投与が症状改善に直結した。蜂刺傷という因子及び医療機関への長時間搬送を余儀なくされる当消防本部のような中山間地域においては救急救命士によるエピペン投与は傷病者に極めて有益であると考える。

診療・診療支援（ドクターカー） 後半
演題番号 MO31-3（E）

エピペン実証隊と救急ワークステーション隊のシームレス連携 ～高校生の命をつなぐ～

○濵島 太一[1]，長澤 洋朗[1]，小室 健司[1]，館 真太郎[1]，村井 毅[2]，上畠 篤[3]，武田 道寛[3]，関 知子[4]
[1]秦野市消防本部 ，[2]秦野赤十字病院 看護部，[3]東海大学医学部 救命救急医学，[4]秦野赤十字病院 救急科

実証隊接触から4分後に、エピペンの早期投与を行い、医師看護師同乗で救命救急センターへ搬送した症例について報告する。【症例】高校内で17歳生徒が、パン(アレルゲン:卵)を食べ、運動後に呼吸困難が出現し、救急要請。救急ワークステーション（WS）隊と同時出動した。接触時は、意識清明だが、蕁麻疹を認め、SpO_2 67%、血圧70/-。観察カードからアナフィラキシーショックと判断し、指示要請後、エピペン投与を行った。後着WS隊が輸液を行い、実証隊が医師看護師同乗で救命救急センターへ搬送した。搬送中に呼吸困難は改善したが、循環動態の改善なく、WS医師がボスミン0.3mgを追加筋注、投与から19分後に病着となる。【結果・課題】実証期間中の出動件数は910件、うち投与事案は1件（0.1%）であった。 本症例は、観察カードを適切に使用し、接触から4分でエピペン投与を実施した。 また医師、看護師が同乗したことで、追加投与と適切な傷病者管理が実施できた。 一方で、未成年者に対するインフォームドコンセント、保護者への連絡及び投与後の効果が不十分な際の課題も見えた。 本症例から処置拡大は、早期投与、継続観察及び医師の適切な指示が重要である。

診療・診療支援（ドクターカー） 後半
演題番号 MO31-4（D）

超高齢社会における終末期救急と不搬送判断の検討 —ドクターカー介入により不搬送となった2症例—

○大瀧 好美[1]
[1]前橋赤十字病院 集中治療科・救急科

背景：高齢化の進展に伴い、終末期患者の救急要請は増加している。ACPの未整備や情報共有不足により、現場で蘇生の適否判断と意思確認が同時に求められる状況が生じている。地域により救急隊主導の不搬送体制も導入されているが、医学的妥当性と意思確認を同時に行う体制のあり方は課題である。症例：症例1は90歳女性、症例2は77歳女性。両症例とも基礎疾患を有する終末期状態であり、施設内で心肺停止となり救急要請され、蘇生が開始された。ドクターカー医師が接触後、身体所見および背景情報を踏まえ蘇生困難と判断した。家族およびかかりつけ医と協議のうえ蘇生を中止し不搬送とした。考察：医師が現場で医学的評価を行い、家族および関係者から合意を得ることで、不搬送を提示した。不搬送は、患者が生活の場で最期を迎えられ、家族や施設職員の負担軽減に資する可能性がある。また、救急医療資源の適正活用の観点からも一定の意義を有することが示唆された。結語：終末期救急における不搬送判断の在り方について、地域特性を踏まえた体制整備の検討が必要である。

診療・診療支援（ドクターカー） 後半
演題番号 MO31-5（D）

ランデブーポイントで不整脈の有無を確認しドクターヘリ搬送したトリカブト中毒の1例

○阪内 麻里子[1]，長瀬 怜[2]，鈴木 光子[2]，菅谷 一樹[1,3]，全田 吏栄[1]，三澤 友誉[1]，鈴木 剛[1]，岩渕 雅洋[1]，小野寺 誠[2]，伊関 憲[1]
[1]福島県立医科大学医学部救急医療学講座 救急科，[2]福島県立医科大学地域救急医療支援講座，[3]福島県立医科大学災害医療部・放射線災害医療学講座

【背景】トリカブト中毒は難治性の致死性不整脈が出現することがあり、VA-ECMOを用いた救命例の報告がある。【症例】28歳、男性。既往歴：統合失調症で当院通院中。これまでに3度のトリカブト摂取で当院に搬送されVA-ECMOで救命されている。現病歴：某日16時頃に自宅で自殺目的にトリカブトの根を1/3程摂取した。17時頃より口唇、四肢の痺れを自覚し、17時24分に救急要請、17時29分にドクターヘリが要請された。17時50分にヘリスタッフ接触。意識清明でバイタルサインは安定しており、12誘導心電図では洞調律でヘリ搬送可能と判断した。18時11分に当院着陸、15分にERに入室した。搬入後に左大腿動静脈にブラッドアクセスを確保したが、致死性不整脈の出現なく翌日には抜去し心身医療科へ転科となった。【考察】これまでの搬送経験から、ヘリ要請時点でVA-ECMO導入を想定し準備したこと、地上搬送では30分以上要する地点であったこと、接触時点で不整脈が見られなかったことからヘリ搬送を決断した。【結語】搬送経験とERとの連携によりドクターヘリを活用し病院前から迅速かつ万全な診療体制で対応し得た。

薬物治療関連 前半
演題番号 MO32-1（P）

重症患者での血清クレアチニン・シスタチンC複合式の有用性： 実測クレアチニンクリアランスとの比較検討

○宮尾 舞[1]，伊部 裕太[1]，稲村 広敏[1]
[1]札幌医科大学付属病院 薬剤部

【背景】近年、血清クレアチニン（SCr）と血清シスタチンC（SCys）を用いた複合式（CKD-EPIcr-cys）は糸球体濾過量（GFR）を最も精度良く推定すると報告されているが、重症患者での複合式の有用性は十分に検討されていない。本研究では、重症患者での24時間蓄尿法を用いた実測クレアチニンクリアランス（mCCr）に対する各種腎機能推算式の推定精度を比較検討した。【方法】2019年8月から2025年9月に当院高度救命救急センターで、SCr、SCys、mCCrを同日測定した患者を対象に、mCCrに対するCockcroft-Gault（CG）式、CKD-EPIcr式、CKD-EPIcys式、CKD-EPIcr-cys式の推定精度を比較した。推定精度の評価は平均誤差（ME）、平均絶対誤差（MAE）、二乗平均平方根誤差（RMSE）、一致率（±20%以内）を用いた。【結果】対象85例の一致率は、CG式：46%、CKD-EPIcr：49%、CKD-EPIcys：19%、CKD-EPIcr-cys：54%、ME/MAE/RMSEはCG式：0/25/29、CKD-EPIcr：2/23/28、CKD-EPI eGFRcys：-34/36/29、CKD-EPI eGFRcr-cys：-11/21/26であった。【結論】重症患者においてCKD-EPIcr-cys式は、単一マーカーを用いた推算式よりも精度よくmCCrを推定し得る可能性が示された。

薬物治療関連　前半
演題番号　MO32-2（P）

救急における心不全急性増悪に対してトルバプタンを有効かつ安全に使用するための後ろ向き検討

○中井 慎一[1,2]，武田 元樹[2,3]
[1]黒松内町国保くろまつないブナの森診療所 薬剤科，[2]勤医協中央病院，[3]社会医療法人豊生会東苗穂病院

【背景・目的】令和6年の救急搬送のうち、高齢者が63％を占める。心不全は加齢とともに増加し、急性増悪による救急搬送も増加傾向にある。心不全の治療では利尿薬によるうっ血解除が重要であり、トルバプタンは有効な治療薬であるが、反応性の乏しい症例の存在が課題である。救急現場で安全かつ効果的に使用するため、反応性を事前に予測できる因子の検討が求められる。本研究では、勤医協中央病院(以下、当院)における心不全患者を対象に、トルバプタンの反応性とその予測因子について検討した。【方法】2014年4月から2022年3月に当院で心不全急性増悪で入院し、トルバプタンが開始された181例を後ろ向きに解析した。尿量または体重変化に基づきレスポンダー119例、ノンレスポンダー62例に分類し、検討した。【結果】レスポンダーは冠動脈疾患および貧血の既往が有意に少なかった(p<0.01)。また、平均既往数はレスポンダー2.86、ノンレスポンダーは3.55と有意に差がみられた(p<0.01)。【結論】既往歴や既往症数はトルバプタン反応性の予測因子となり、救急診療における心不全治療の一助となる可能性が示唆された。

薬物治療関連　前半
演題番号　MO32-3（P）

集中治療領域におけるレミフェンタニル交換時の効果減弱の報告

○桑原 匠平[1]，服部 哲幸[1]，山本 晴美[1]
[1]日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 薬剤部

【目的】当院救命救急センターでは、人工呼吸器管理中の鎮痛薬としてフェンタニルを使用してきたが、2024年10月の出荷調整に伴い、代替としてレミフェンタニルの使用が増加した。レミフェンタニルは作用時間が極めて短く、シリンジポンプ交換時に鎮痛効果の一過性低下が懸念される。今回、シリンジポンプ交換時におけるバイタルサイン変動などの実態を調査した。【方法】2023年1月1日から2025年12月31日までの期間に、当院集中治療室においてレミフェンタニルを使用した患者を対象に、シリンジポンプ交換時のバイタルサイン変動の有無を電子診療録より後方視的に調査した。【結果】対象患者は139例であり、レミフェンタニルのシリンジポンプ交換時にバイタル変動などを認めた症例は24例であった。主な変化は、血圧上昇17件、鎮静スケール上昇6件、心拍数上昇3件、呼吸数上昇3件、咳嗽2件、疼痛増強2件、チューブストレスによる嘔吐1件であった。【考察】レミフェンタニルの半減期は3～10分と短く、シリンジポンプ交換時に一過性の作用減弱が生じる可能性が示唆された。今後、フェンタニルとは異なる適切なシリンジ交換方法の確立が必要と考えられる。

薬物治療関連　前半
演題番号　MO32-4（P）

過大腎クリアランス発現時に、レベチラセタムの最大投与量で有効血中濃度への到達及び効果が得られた一例

○小林 洋平[1]，河津 敏明[1]，深津 祥央[1]，福間 博[2]，中尾 彰太[2]
[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】我々は、以前、本邦の過大腎クリアランス（ARC）発現患者においても、レベチラセタム（LEV）のクリアランスが亢進することを報告した。海外においては、本邦の保険適応量を超えた投与量の必要性が示唆されている。今回、我々は、LEVを本邦の保険適応最大量の3000mg/日を投与することで、有効血中濃度への到達及び臨床効果を得られたので報告する。【症例】ISS42の重傷頭部外傷の10代成人男性。早期外傷性てんかん予防目的でLEV1000mg/日（経管投与/1日2回)を投与開始した。ARCはday4より発現した。day7の脳波所見で非痙攣性てんかん重積と診断し、day9よりLEV3000mg/日(経管投与/1日2回)に増量した。day13のLEVのC_{trogh}は14.1 μg/mL (C/D比：0.26kg/L)と治療域範囲内で、day15の脳波所見で非痙攣性てんかん重積の改善を認めた。ARCは発現後、一度も改善することなく、day17まで発現を確認した。LEVの薬物動態に影響する併用薬はなく、LEVの吸収も問題なかった。【結論】本邦のARC発現患者において、LEVを最大量投与することで有効血中濃度への到達及び臨床効果が得られることが確認された。ARC発現時にはLEVは最大量への投与を考慮する必要がある。

薬物治療関連　前半
演題番号　MO32-5（P）

ＥＲ専従薬剤師が関与した緊急外科手術患者の抗血栓薬服用状況の実態調査

○山口 明奈[1]，宮田 祐一[1]，田之口 睦[1]，澁谷 侑季奈[1]，大村 史[1]
[1]医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 薬剤部

【背景】緊急外科疾患では抗血栓薬を服用中の患者が緊急手術を要する場合がある。予定手術とは異なり、十分な休薬期間の確保が困難なことが多い。当院救急外来では薬剤師が専従し、服用歴を聴取して緊急手術前に外科医師へ報告している。しかし、抗血栓薬服用状況と術後出血との関連は十分に検討されていない。【目的】救急外来受診後に緊急手術となった外科患者における抗血栓薬服用状況と術後出血を明らかにする。【方法】２０２４年１２月～２０２５年５月に救急外来にて薬剤師が介入し、救急総合外科入院となった患者を対象に、抗血栓薬服用状況と術後出血の有無を後方視的に調査した。【結果】対象者１８６名中３２名（１７.２％）が緊急手術を施行し、１２名（３７.５％）が抗血栓薬を服用していた。最終服用時点から手術室入室までの時間の中央値は２２時間で、１１名（９１.７％）が抗血栓薬の一般的な推奨休薬期間を満たしていなかった。抗血栓薬との因果関係は不明であるが、術後消化管出血は１名（８.３％）に認められた。【結論】本調査では抗血栓薬服用が術後出血に及ぼす影響は限定的である可能性が示唆された。

薬物治療関連　後半
演題番号　MO33-1（P）

病態と薬物相互作用に立脚したワーファリン非使用患者における重度血液凝固障害への薬学的介入

○森崎 愛夢[1,2]，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，[2]福岡大学薬学部 健康危機管理薬学研究室

【背景】胆汁排泄障害によりビタミンKの吸収が抑制されることがある。また、NMTT基を持つセフメタゾール(CMZ)はビタミンK代謝を阻害することが知られている。今回、上記2つの要因により重篤な凝固障害が生じた症例を経験したため報告する。【症例】86歳男性。膵嚢胞に伴う閉塞性黄疸へのドレナージ目的で当院へ転院。転院時、PT-INR測定不能(上限超過)、APTT180.0秒と重度凝固障害を認めた。T-Bil 6.5 mg/dL、Alb 1.52 g/dLと胆汁うっ滞および低栄養状態を認めたが、肝機能障害を示す所見はなかった。前病院ではCMZ1g1日2回を計17日間投与、WFの使用歴はなかった。【介入】乾燥濃縮プロトロンビン複合体(PCC)の処方が検討されたが、薬剤師が患者背景や内服歴よりビタミンK欠乏を疑いメナテトレノンの投与を提案した。協議の結果、メナテトレノンが投与されPT-INRおよびAPTTは改善し、PCCの投与を回避できた。【結語】本症例では薬剤師が薬学的な視点によって介入したことで、薬剤投与によるリスクの回避と薬剤の適正使用の一助となったと考える。迅速な治療が求められる状況下でも、薬剤師の薬学的視点に基づく介入は、治療の質と安全性の両立に貢献できる。

薬物治療関連　後半
演題番号　MO33-2（P）

人工呼吸器装着患者におけるサルブタモール高用量投与の安全性に関する検討

○笹島 弘章[1]
[1]済生会宇都宮病院 薬剤部

【目的】人工呼吸器装着患者に対する短時間作用型β2刺激薬(SABA)の吸入療法は、回路内での薬剤減衰を考慮し、非装着時より高用量を要する。しかし、高用量投与時の安全性に関する報告は限定的である。本研究では、当院ICUにおけるサルブタモール吸入の投与量と循環動態への影響を検討し、安全性を評価することを目的とした。【方法】2024年から2025年に当院ICUで人工呼吸器管理下にサルブタモール(pMDI)を使用した35例を後方視的に調査した。投与量は1日32吸入(17例)、24吸入(2例)、16吸入(14例)、8吸入(2例)であった。初回投与後24時間内の心拍数変化と新規不整脈の発生について評価した。【結果】全35例で初回投与後に臨床的に問題となる頻脈(投与前比20%以上の増加)の出現は認められなかった。新規不整脈は、16吸入群と32吸入群の各1例で初回投与後に心室性期外収縮(PVC)を認めたが、循環動態への影響はなかった。【結語】人工呼吸器を介したサルブタモールの高用量投与(1日32吸入)は標準量と比較して循環動態への悪影響を示さず、安全に施行可能であることが示唆された。

薬物治療関連　後半
演題番号　MO33-3（P）

膵外分泌機能不全に対してリパクレオン®カプセルを経管投与した1例

○山上 聡子[1]，竹川 良介[2]，安田 宗一郎[1]，有持 潤子[1]，織田 順[2]，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】膵外分泌機能不全の基本的治療は膵酵素補充療法であり、リパクレオン®カプセル(以下、Lp)は日本で唯一の高力価パンクレリパーゼ製剤である。Lpは胃酸で失活するため腸溶性顆粒が充填されており、経管投与はチューブ閉塞の可能性があるため不適とされている。今回Lpの経鼻胃管投与について検討した1例を報告する。【症例】73歳女性、重症急性膵炎にて加療中、入院41日目より下痢を認めた。Sudan Ⅲ染色(3+)で脂肪吸収不良が疑われLpの投与を検討した。薬剤は経鼻胃管(12Fr)より投与されていたため、海外のパンクレリパーゼ製剤の報告を参照し、微温湯約20mLに炭酸水素Na1gを用いてpH8のアルカリ溶液を作成しLpの懸濁に用いた。懸濁液はチューブ閉塞なく通過し、投与開始6日目にSudan Ⅲ染色は(1+)へ改善し、便性状も改善を認めた。入院124日目の転院まで閉塞なく継続可能であった。【考察・結語】Lpの経管投与の先行文献は報告されていないが、海外のパンクレリパーゼ製剤では、炭酸水素Naを用いた懸濁法で経管投与が可能であったという報告が複数存在する。本症例もチューブ閉塞無く薬効も保持されており、Lpを有効かつ安全に投与できる方法であることが示唆された。

薬物治療関連　後半
演題番号　MO33-4（P）

バンコマイシンTDMにおける共通カルテフォーマット導入後のTDM実施率と精度の調査

○保前 優奈[1]，上本 悠介[1]
[1]新久喜総合病院 薬剤科

【背景】当院ではバンコマイシン(VCM)のTDM実施率と精度向上のため共通カルテフォーマットを作成し導入した。今回、共通フォーマット導入後のTDMに関する実態調査を行った。【方法】2025年11月～2026年1月の期間でVCMを使用した患者24例を対象とし、TDM実施率と予測トラフ値、実測トラフ値、血清クレアチニン(Cre)値、薬剤師経験年数を解析した。【結果】VCM開始時点でのTDM実施率は100%であった。初回の実測トラフ値が目標トラフ(10-20 μg/mL)を達成した群(14件)は未達成群(10件)と比較しても、Cre値に有意差は認められず(1.20 ± 0.70mg/dL vs 2.40 ± 3.66mg/dL, p=0.40)、薬剤師経験年数にも有意差はなかった(3.8 ± 1.5年 vs 4.5 ± 2.5年, p=0.33)。また、経験年数とCre値の相関関係も確認できなかった(p=0.82)。【結論】VCMのTDMにおいて影響が強いと考えられる腎機能と目標トラフの達成、経験年数の関連については今回の解析において有意差は確認できなかった。共通フォーマット導入に伴うTDMの標準化により、経験年数に依存しない一定水準のTDM実施ができている可能性が示唆された。

薬物治療関連　後半
演題番号　MO33-5（P）

重症低K血症合併難治性不整脈に対して大量カリウム補充で救命した１例

○平識 善彦[1]，下村 周嗣[1]，坂口 結斗[1]
[1]中部徳洲会病院 薬剤部

【症例】52歳、男性 【主訴】脱力感【現病歴】普段は鉄鋼仕事をしており、生活も自立し既往歴も特にない方。当日昼より飲酒をしており、手が握りにくい症状が出現し、初めての症状であったため救急受診。【来院時バイタル・検査結果・血液ガス分析(Vガス)】GCS：E4V5M6、HR：74(sinus、PVC2段 脈)AST：190、ALT：50、LDH：410、 γ-GTP：689Na：133.1、K：2.1、Cl：79.4、 補正Ca：7.8、P：2.8、Mg：1.1pH：7.504、pCO2：46.5、pO2：35.8、HCO3-：35.8、Glu：99、Lac：5.33【経過】入院日の夜間帯にVf出現したためCPR開始しROSC。アミオダロン投与し経過見ていたが、VT出現し、除細動施行するも改善乏しく、ICU入室。低K血症による難治性VTであり、高濃度大量カリウム補正を提案。アミオダロン＋除細動でも難治性不整脈持続しており、リドカインの提案(1mg/kg)も行った。リドカイン投与後よりsinusへ復帰、その後低K血症改善・VT出現することなく、ICU入室15日目で退出。【結語】重症低K血症では、投与ルートやガス等でフォロー必須であるが高濃度大量補正を要することがある。緊急時における薬物治療は、薬剤師の職能が発揮できる場面である。

その他１　前半
演題番号　MO34-1（E）

救急搬送における搬送環境と搬送資器材が救急隊員の身体負担に及ぼす影響

○外山 元[1]，安田 康晴[2]，佐々木 広一[2]，江川 健太[2]，竹井 豊[1]
[1]新潟医療福祉大学医療技術学部 救急救命学科，[2]広島国際大学保健医療学部救急救命学科

【背景】救急現場における傷病者搬送は救急隊員の身体的負担が大きく、筋骨格系障害の要因となる。搬送条件により負担が異なる可能性があるが客観的評価は十分ではない。本研究は搬送条件の違いによる身体負担を筋電図および主観的運動強度から検討した。【方法】健常成人22名（学生および救急隊員）を対象に前腕部および腰部へ筋電計を装着し、階段・廊下環境下でターポリン担架搬送およびエアストレッチャー搬送を実施した。筋活動量の指標であるRMS値とボルグスケールを測定し、混合効果モデルで搬送条件（環境・資器材）と個人属性との関連を検討した。【結果】前腕部RMSは環境の主効果が有意であった(F=19.87, p＜0.0001)。腰部RMSは環境(F=10.37, p=0.0017)および資器材(F=3.81, p=0.0254)が有意であった。ボルグスケールは環境(F=19.13, p＜0.0001)、資器材(F=146.58, p＜0.0001)、体重(F=6.45, p=0.0218)および環境×資器材の交互作用(F=4.90, p=0.0092)が有意であった。特に階段環境におけるターポリン担架搬送で主観的負担が高かった。【結論】環境は筋活動に影響する重要な要因であり、環境と資器材の組合せが主観的負担を規定する要因であることが示された。

その他１　前半
演題番号　MO34-2（E）

１１９番通報の一部を救急相談センターに転送する運用について

○大森 達矢[1]，森村 尚登[2]，三浦 邦久[3]，渡辺 寛[4]，武田 宗和[5]
[1]東京消防庁救急部 救急医務課救急相談係，[2]社会医療法人社団正志会 救急災害医療連携 DX推進部門，[3]医療法人社団福寿会福寿会病院，[4]公益財団法人 河野臨牀医学研究所附属 品川リハビリテーション病院，[5]東京女子医科大学医学部 救急医学講座

【目的】東京消防庁救急相談センター（以下「相談センター」という。）では、１１９番通報に含まれる潜在的な救急相談ニーズを抽出し、救急需要対策と都民サービスの向上を図ることを目的として、令和７年に１１９番通報の一部を相談センターに転送する運用（以下「１１９転送」という。）を開始した。本演題では、１１９転送の運用状況について報告する。【対象と方法】東京消防庁災害救急情報センターで受付けた１１９番通報の中から、明らかな救急相談事案を「キーワード方式」でピックアップし、同意を得た上で相談センターへ転送する。キーワードは「症状の相談をしたい」「救急車を呼んでよいか」「＃７１１９につながらない」とした。【結果】令和７年中の１１９転送の実績は、２２，７６９件（約６２件／日）であった。転送後の救急相談結果の２６．６％が救急要請となり、それ以外の７３．４％は医療機関案内等で完結していた。【考察】１１９番通報の中には救急相談で対応可能な事案が一定数含まれていることを改めて確認した。繁忙期では相談センターに転送できない状況も発生していることから、課題解決に向けて体制強化等を検討していく。

その他１　前半
演題番号　MO34-3（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・病院実習後の影響～

○二神 怜太郎[1]，武田 啓伸[1]，藤浪 好寿[1]，佐藤 圭路[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 救急科

【はじめに】当院では2023年4月より病院救急救命士（以下、病院救命士）を採用し、2026年2月現在で5名が在職している。業務拡大に向けて増員中であるが、その確保に難渋している。【目的】救急救命士を目指す学生が病院実習で病院救命士と関わった影響を分析し、人材確保に繋げる。【方法】病院実習を終えたK専門学校救急救命士学科学生2年次37名に対して希望就職先や病院救命士についてどう感じたかをアンケート調査した。【結果】第1希望就職先は消防機関が83.8%、医療機関が10.8%であった。病院救命士と関わり、最も魅力に感じたことは「診察や検査、疾患について理解が深まる」が59.5%、反対に物足りないと感じたことは「行える処置の種類が少ない」が75.7%であった。病院救命士に対する価値観では「大きく変わった」が2.7%で、Dr.Car出動による病院前の活動や院内での治療や転帰を知れるという回答もあった。【まとめ】希望就職先は消防機関が多かったが、病院実習が病院救命士の選択に影響を与えたと思われる回答もあった。この結果を基に充実した病院実習を構築し、病院救命士の魅力を伝え、人材確保に繋げていきたい。

その他１　前半
演題番号　MO34-4（E）

家族背景が救急救命士養成課程の学生の職業的アイデンティティ形成に与える影響

○上田 泰憲[1]，久保 敦士[1]，守岡 大吾[1]
[1]明治国際医療大学保健医療学部 救急救命学科

【目的】救急救命士養成課程における職業的アイデンティティの形成は重要であるが、家族背景との関連は十分検討されていない。本研究は、職業的アイデンティティの状態を明らかにし、家族背景と職業的アイデンティティと自己効力感との関連を検討することを目的とした。【方法】本学に在籍する救急救命士養成課程の3年生を対象に質問紙調査を実施した。家族背景（医療従事者の有無、公安職従事者の有無）に基づき群分けを行い、職業的アイデンティティと自己効力感を比較した。統計解析にはMann-WhitneyのU検定を用いた。【結果】72名中61名を解析対象とした。家族に医療従事者がいる学生は32名（52.5%）、公安職従事者がいる学生は12名（19.7%）であった。職業的アイデンティティおよび自己効力感のいずれも、家族背景による有意な差は認められなかった（p＞0.05）。【結論】家族背景と職業的アイデンティティと自己効力感の間に有意な関連は認められなかった。今後は臨地実習の経験や大学の志望動機、他の要因を含めた検討が必要である。

その他１　前半
演題番号　MO34-5（E）

救急搬送データからみる地理的・環境要因の疾病発生への空間的影響 -青森県弘前市を中心に-【第１報】

○鳴海 圭佑[1]，中川 貴仁[1]，齋藤 駿佑[1]
[1]弘前医療福祉大学短期大学部 救急救命学科

【背景】少子高齢化に伴い全国的に救急搬送件数が増加し過去最多を更新する中、軽症者割合の改善が喫緊の課題となっている。既往の疾病空間分析は特定の医療機関データによる偏りや、特定疾患・都市部に限定されたものが多く、地域全体を網羅した地理的要因との詳細な関連分析が不足している。【目的】青森県弘前市を中心とした地域を対象に、救急搬送データを用いて疾病発生の空間的偏りを定量的に把握する。地形や環境条件との関連を多角的に分析し、地域特性に応じた効果的な予防施策の立案や、逼迫する医療資源の最適配置に資する基礎資料を提供することを目指す。【方法】近隣の消防機関が蓄積した救急搬送データ（発生場所、疾病内容等）を活用する。GIS（地理情報システム）上で発生地点と地形・環境情報を重ね合わせて空間的偏りを可視化し、地理的加重回帰分析（GWR）を用いて疾病発生と環境要因との関連性を統計的に解析する。【結果・考察】本研究におけるGISおよびGWRを用いた具体的な空間分析の結果、ならびにそれに基づく考察や、今後の地域医療体制の維持・最適化に向けた実践的な示唆については、本学会にて詳細に報告する。

その他１　後半
演題番号　MO35-1（E）

ＩＰ無線を活用した救急活動支援について

○都甲 卓樹[1]，本田 浩平[1]，水江 通彦[1]，大森 祐樹[1]，松成 恭兵[1]，桒原 隆一[1]，荒平 賢孝[1]，矢野 泰成[1]，酒井 駿[1]，都甲 陸翔[1]
[1]豊後高田市消防本部 警防課

【目的】重症傷病者対応事案において、救急隊のみの活動では十分なマンパワーの確保ができず、PA連携や隊員の増員といった対応を行っている。特に特定行為を実施する事案では、時間管理などの必要性もあり、記録をもとに医師への報告も必要となっている。そこで豊後高田市消防本部では、活動隊の負担軽減とプロトコールの順守に主眼をおき、ＩＰ無線を活用した救急活動支援を、コロナ禍前より　実施している。【方法】重症事案（ＣＰＡ含む）の際、活動隊からＩＰ無線で活動状況の報告を行っている署受付者は報告を受けた時間を記録するとともに、ストップウォッチなどを使用し、時間管理を行い救急隊に指示を出し、病院到着後は、活動隊に時系列を伝え医師報告に繋げているまた、１２誘導心電図の伝送時も署内でリアルタイムに波形共有できるよう支援している【まとめ】少ない人員の中、当本部では一つの現場において最大限の効果を発揮し、かつ活動隊の負担軽減を目的に、待機職員に記録係を担ってもらっている。活動隊は傷病者や関係者に集中でき、医師報告の際にも正確な情報を伝えることができる。職員のプロトコールを【知る】きっかけにもなっている。

その他１　後半
演題番号　MO35-2（E）

リスクマネジメント理論『ＣＲＭ（クルー・リソース・マネジメント）』による消防救急の業務再構築及び管理

○田邊 祐二[1]，濵 公二[1]，檜垣 匠吾[1]，小野 恵利華[1]
[1]岡山市消防局 東消防署

【目的】①効率性向上②安全性向上③疲労軽減は、全職場の共通目的であり、これらを管理するＣＲＭによる業務再構築を行なった。【方法】ＣＲＭは「チーム形成」「コミュニケーション」「状況認識」「意思決定」「ワークロード」からなる。「チーム形成」：特定の隊員のみ乗車するようにし、「ワークロード」におけるプランニングで効率化を図った。「コミュニケーション」：権威勾配是正及び（デ）ブリーフィングによるスレット（危険要因）への気づきとチーム内フォロー促進、クリティークシートによる再検証で安全性向上を行った。「状況認識」「意思決定」「ワークロード」のフレームワーク：特定の隊員を集中的に教育し現場対応力を向上させ、疲労軽減した。【結果・考察】効率性向上の例としてＣＰＡへの接触からアドレナリン投与までの時間は平均３．８分（ｎ＝７）、昨年の１３．５分（ｎ＝９）から有意に短縮した（Ｐ＜０．０５）。無事故である。アンケートにより疲労の軽減を確認した。ＣＲＭの導入により、各人の経験や知識がチーム活動に活用、チームでのフォロワーシップが明確化された。総合的な取組となり業務推進力を生じさせると考える。

その他１　後半
演題番号　MO35-3（E）

プレホスピタルにおけるビデオ喉頭鏡複数機種導入の意義と課題

○村山 佑樹[1]
[1]尼崎市消防局 救急課需要対策担当

【背景】プレホスピタルにおける気管挿管は重症患者の予後に影響する重要手技である。一方、挿管件数の減少や安全管理強化に伴い、実施環境は変化している。【目的】ビデオ喉頭鏡複数機種併用体制導入の意義を検証し、運用および教育上の課題を明らかにした。【方法】過去5年間の気管挿管実施件数を整理し、複数機種導入前後の実施率を後方視的に比較した。また、地域プロトコールおよびチェックリスト導入状況を踏まえ運用体制を検討した。【結果】挿管実施件数は年次的に減少傾向を示し、導入前後で実施率の有意な増加は認めなかった。機種選択基準の不明確さや教育内容のばらつきが課題として抽出された。【まとめ】挿管機会が減少する状況下では、機器導入のみでは実施率向上に直結しない。安全確保のためには、明確な選択アルゴリズム、標準化されたチェックリスト、体系的教育体制の構築が不可欠である。

その他１　後半
演題番号　MO35-4（E）

救急現場における医療機関選定のデータ戦略 ～応需傾向分析の効果と可能性～

○二瓶 昌宏[1]，佐藤 友昭[1]，熊谷 毅[1]，及川 秀樹[1]，三浦 大輝[1]，佐藤 貴亮[1]
[1]仙台市消防局 青葉消防署警防課救急係

救急業務では迅速な医療機関への搬送が責務であるが、本市では医療機関への受入れ照会4回以上かつ現場滞在時間30分以上となる救急搬送困難事案が年間5,000件を超えており、迅速な救急搬送を実現するためには効率的な医療機関の選定が大きな課題となっている。本研究では、令和6年の救急統計を基に市内25医療機関の照会件数と受入実績を分析し、救急事故種別、傷病程度、年齢層、時間帯別の応需傾向を応需率（救急搬送の受入れ照会に対し実際に受入れた割合）として可視化した。その結果、医療機関ごとの応需率には大きな差異が認められ、特に夜間の時間帯では27.4 ～ 84.8%と顕著な幅がみられた。また、軽症例で高い応需率を示す医療機関や傷病程度別では応需率の差が生じにくい医療機関など各施設の特性が明らかとなった。これらの可視化したデータを共有した救急隊では、傷病者接触から医療機関決定までの平均所要時間は5.7分短縮した。応需傾向の可視化は救急隊における医療機関選定の判断支援として有用であり、若手隊員の教育効果も期待される。今後も継続的な分析を通じて、傷病者と医療機関のより適切なマッチングを図り、持続可能な救急医療体制の構築に寄与していく。

その他１　後半
演題番号　MO35-5（E）

マニュアルストレッチャー昇降動作時の姿勢の違いによる身体負荷の比較：筋電図を用いた実験研究

○黒﨑 久訓[1]，高橋 樹矢[2]，西野 僚馬[2]，野口 佐弥香[1]，関根 和弘[1]，横山 茂樹[3]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科，[2]京都橘大学大学院情報学研究科，[3]京都橘大学健康科学部理学療法学科

【目的】マニュアルストレッチャー昇降動作時の姿勢の違いが身体各部の筋肉に与える負荷について、比較検討すること。【方法】救急救命士有資格者および学生の計8名を対象とした。動作条件は、被験者の「習慣的姿勢」、「体幹直立位」、「体幹屈曲位」の3群を設定した。計測には筋電計を用い、大腿四頭筋、脊柱起立筋を含む計8筋の筋活動を記録した。各条件下で昇降動作を5回実施し、筋電量の積分値（%IEMG）の平均値を算出後、それらを比較した。統計解析はEZRでおこない、$P < 0.05$を有意差ありとした。【結果】大腿四頭筋、ハムストリング、腓腹筋で有意差を認めた。大腿四頭筋の活動量は、体幹屈曲位が他2群に比して有意に低値を示した。一方、ハムストリング、腓腹筋では、体幹屈曲位の値が他の2群よりも有意に高値であった。【結論】マニュアルストレッチャー昇降時、姿勢の違いにより生じる身体負荷は、筋肉により異なる。

外因（その他）
演題番号　MO36-1（E）

災害級猛暑下の大規模イベントにおけるWBGTデータに基づく日陰誘導の熱中症予防効果

○丹羽 一晃[1,6]，髙木 省治[1,6]，井上 保介[2,6]，津田 雅庸[3,6]，渡邉 栄三[4,6]，北川 喜己[5,6]，野口 宏[6]
[1]愛知淑徳大学健康医療科学部救急救命学専攻，[2]総合大雄会病院，[3]愛知医科大学 災害医療研究センター，[4]愛知医科大学病院 高度救命救急センター，[5]名古屋掖済会病院，[6]一般財団法人 2005年日本国際博覧会記念災害救急医療研究財団

【目的】大規模集客イベントにおける熱中症対策として、WBGT実測データに基づく日陰誘導アナウンスが、踊り参加者と観客・スタッフの熱中症発生に与えた影響を3年間のデータから検証する。【方法】2023 ～ 2025年の「にっぽんど真ん中祭り」において、会場内複数地点にタニタ製熱中症計を設置しWBGTを連続測定した。救護活動記録から傷病者を「踊り参加者」と「観客・スタッフ」に分類し、気象条件と傷病者発生、日陰誘導アナウンスとの関連を解析した。【結果】2025年は最高気温が40.0℃を記録する災害級の猛暑であったが、低湿度・高日射下で日陰のWBGT低減効果が最大3.7℃と顕著であった。WBGTデータに基づく日陰誘導アナウンスを実施した結果、観客・スタッフの熱中症疑いは前年比29%減少した。一方、踊り参加者は労作性熱中症の特性から11%増加した。【結論】WBGTの多地点実測に基づく日陰誘導は、環境因子の影響を受けやすい観客・スタッフの熱中症予防に有効であった。踊り参加者には労作性熱中症への別の対策強化が必要である。対象集団のリスク特性に応じた介入がマスギャザリング医療において重要である。

外因（その他）
演題番号　MO36-2（N）

マラソン大会における心停止対応後の救護者メンタルヘルスフォローシステムの構築と運用

○濵田 千枝美[1,2,3]，尾崎 将之[1,3]，三宅 功祐[1,3]，土田 崇博[1,3]，立石 純子[3,4]，松井 豊[3,5]
[1]産業医科大学病院 救急・集中治療科，[2]産業医科大学医学教育改革推進センター，[3]北九州マラソン2026救護本部，[4]産業医科大学病院看護部，[5]北九州市医師会担当理事

【背景】マラソン大会では心停止への備えとして救護体制やAED配置の整備が進み，迅速な救命対応が実施されている．一方で院外心停止に関与した救護者が心理的反応を呈することが報告されているものの，救護者の心理的反応についてはフォローが行われていない現状がある．【目的】マラソン救護本部において救護者メンタルヘルスフォローシステムを構築し，運用することを目的とした．【方法】WHO心理的応急処置（PFA）の活動原則に基づき，救護者に対して①事前研修時に体制周知，②本部帰還後の面談によるメンタルトリアージと情報提供シートの配布，③大会1週間後，1か月後の継続フォローからなる段階的支援体制を設計した。【結果】マラソン大会当日に心肺蘇生を実施し，本部帰還したAED隊員に対して面談とメンタルトリアージを実施した．終了時に情報提供をし，1週間後フォローまでを運用し救護者の心理反応の状態を把握することができた．【考察】本システムにより，これまで見過ごされていた救護者の心理反応に介入できる可能性がある．本システムは構造化された枠組みであり，他のマラソン大会においても導入可能な再現性を有する実装モデルとなり得る．

外因（その他）
演題番号　MO36-3（E）

運動競技中における病院外心停止の発生と気象要因の関連の検討

○金川 陽亮[1]，守岡 大吾[1]，村上 龍[3]，福井 建皓[1]，久保 敦士[1]，髙橋 宏幸[2]，平出 敦[1]，田中 秀治[2]
[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，[3]国士舘大学大学院救急システム研究科

【背景・目的】運動競技中の病院外心停止(以下、OHCA)は心停止リスクが高く早期除細動の有効性は広く報告されているが、気象要因(気温および湿度)とOHCA発生との特徴は明確ではない。運動競技中のOHCA発生の特徴を明らかにし、気象要因との関連を検討することを目的とした。【方法】2016～2019年のウツタインデータおよび気象庁気象データを用いて、月別発生件数と気温および湿度について記述統計を行った。【結果】対象期間中、408件が解析対象となった。発生件数としては、9月が51件(12.5%)と最も多く、続いて11月が49件(12.0%)、10月が43件(10.5%)であった。それぞれの月の気温及び湿度の中央値は、9月(気温：23.9℃，湿度：74%)、10月(16.8℃，77%)、11月(11.8℃，70%)であった。【考察・結語】運動競技中のOHCAは9月から11月にかけて多く発生していた。今後はOHCAの発生と気象要因の関連について調査することで、運動競技中における病院前救急医療の構築に寄与すると考える。

外因（その他）
演題番号　MO36-4（S）

スポーツイベントの医療救護活動における医療コンテナの活用経験

○海老名 柊聖[1]，栗田 健郎[2,3]，富田 啓介[2,3]，大島 拓[4]，中田 孝明[2,3]
[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]千葉大学災害治療学研究所，[4]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

【はじめに】医療コンテナは災害時などの有事における医療提供体制確保を目的に活用されるが，平時の活用方法の検討は有用性を高めるうえで重要な課題である．スポーツイベントにおいて医療コンテナを運用した経験を報告する．【活動内容】2025年10月に開催された「千葉シティトライアスロン大会」における医療救護活動支援として、千葉大学医学部附属病院は医療救護計画の策定支援および救護スタッフ派遣に加え，医療コンテナを導入した．コンテナはスイム会場付近に設置し，体温異常症への対応を目的として空調管理された救護スペースとして運用した．大会には約1,200名が一般参加，当日の気温は23.9℃，水温は22.1℃であった．スイム競技中に発生した3名の傷病者を医療コンテナ内で診察しいずれも軽度低体温症と診断，室内暖房およびブランケットによる保温で対応した．温度調整を可能とする医療コンテナは，体温異常を呈する傷病者が発生しうるトライアスロン大会において，有用な救護環境を提供できると考えられた．【結語】医療コンテナのスポーツイベントにおける医療救護活動での活用は，平時活用の一形態として実用的である．

外因（その他）
演題番号　MO36-5（D）

水平潜水によりhypoxic blackoutを来し、市民プールで溺水した一例

○兒玉 尚亮[1]，小島 直樹[2]，佐々木 庸郎[2]，長谷川 綾香[2]，坂本 哲也[2]
[1]公立昭和病院，[2]公立昭和病院 救急科

【背景】Hypoxic blackoutによる溺水がダイビング中に起こることは知られているが、一般の水泳施設で起こり得ることに関しての認知度は低い。【症例】既往症にうつ病をもつ18歳男性が、市民プールで息継ぎせず泳ぐこと（水平潜水）を繰り返し、その後水底に沈んでいるのを発見された。救出されたが反応なく、胸骨圧迫を約２分行い呼吸は回復した。しかし、意識障害と重度の呼吸不全を認め、当救命センターへ搬送された。来院時には意識清明となったが、胸部X線で両側に広範な肺水腫の所見を認め、陽圧管理が必要と判断した。非侵襲的陽圧換気では症状軽快せず、気管挿管・人工呼吸器管理とした。挿管直後はhigh peep及び肺保護管理を要したが、翌日には抜管でき、肺炎合併もなく第5病日に退院した。失神を来す背景疾患は認めず、hypoxic blackoutによる溺水と考えられた。【考察】Hypoxic blackoutは前兆なく起こるため、本症例のように衆人環視下でも溺水に至るリスクがある。水中での過度な息止めの危険性を周知する必要性があると考えられ、病態と予防策について、文献を踏まえて考察する。

外因（その他）
演題番号　MO36-6（D）

長期尿道カテーテル使用患者における左上部尿管へのカテーテル迷入：閉塞性腎盂腎炎・後腹膜腔血腫の一例

○柴 將人[1]，山田 法顕[1]，八十川 雄図[1]，山口 均[1]
[1]社会医療法人 蘇西厚生会 松波総合病院 救急総合診療科

【背景】尿道カテーテルの尿管迷入は稀だが、腎盂腎炎や尿管破裂、後腹膜血腫を来し得る重篤な病態である。今回、尿道カテーテルの長期使用患者におけるカテーテルの左上部尿管内迷入により、閉塞性腎盂腎炎および後腹膜腔血腫に至った症例を経験したため報告する。【症例】53歳女性。パーキンソン病で約2年前より尿道カテーテルを留置していた。来院前日のカテーテル交換後に血尿と発熱が出現しカテーテルを抜去、翌日に収縮期血圧が60mmHgまで低下したことより当院へ救急搬送された。尿道カテーテル留置後に単純CTを撮影したところ、カテーテル先端の左上部尿管への迷入と、後腹膜血腫および閉塞性腎盂腎炎を認めた。泌尿器科入院の上、カテーテル抜去とメロペネム静注による加療を開始し、尿溢流残存のため入院翌日に尿管ステントを留置した。全身状態は改善し第18病日に施設へ退院となった。【考察】尿道カテーテル長期留置による膀胱萎縮が尿管口と内尿道口を近接させ、迷入の要因となったと考えられる。長期尿道カテーテル使用患者において片側性の水腎症を認め膀胱内にバルーンが確認できない場合、尿管内迷入を疑い画像精査を行う必要があると考えられた。

外因（その他）
演題番号　MO36-7（D）

耳管通気療法後に発症した頸部・縦隔気腫の１例

○宮内 詩清音[1]，金澤 将史[1]，城 航平[1]，早乙女 乃愛[1]，浅賀 知也[1]
[1]国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 救急科

【目的】耳鼻咽喉科での耳管通気療法に伴い発症した頸部・縦隔気腫の1例を経験した。救急外来における鑑別診断として重要と考えられたため報告する。【症例】37歳女性。鼻汁、鼻閉、左耳閉感を主訴に耳鼻咽喉科を受診し、中耳炎疑いとして抗菌薬による加療を受けた。しかし症状の改善を認めず、治療目的で両側の耳管通気療法を施行された直後より、頚部痛および顔面の腫脹を自覚した。前医を受診し皮下気腫を指摘され、精査加療目的に当院救急外来へ紹介受診となった。【経過】来院時のCT検査にて、両側頸部から縦隔へ連続する気腫像を認めた。現病歴および画像所見より、耳管通気による医原性の頸部・縦隔気腫と診断した。明らかな活動性の炎症所見や気道閉塞のリスクは認めなかったため、抗菌薬投与による感染予防と安静による保存的加療の方針とした。第6病日のCTで気腫の吸収を確認し、感染徴候も見られなかったため、第7病日に軽快退院となった。【結語】耳管通気に伴う頸部縦隔気腫は稀であるが、発症直後に救急搬送される可能性がある。詳細な病歴聴取を行うことで診断に至り、保存的加療にて良好な転帰を得た1例であった。

外因（その他）
演題番号　MO36-8（D）

直腸異物に対して経肛門的に異物除去できた１例

○竹中 祐介[1]，谷口 寿[1]，高松 純平[1]
[1]関西労災病院 救命救急科

【背景】直腸異物は比較的稀であるが、救急診療において遭遇し得る疾患である。多くは経肛門的摘出が可能だが、異物の形状や材質により嵌頓を来し、除去困難となる症例も存在する。除去に伴う直腸穿孔のリスクもあり、適切な摘出戦略が重要となる。本症例を通じて、除去困難例への対応について検討する。【症例提示】25歳男性。生来健康。直径6cm、高さ6cm程度の円柱状蓋様異物を肛門に挿入し、抜去不能のため当院に救急搬送された。CTにて直腸内に異物を認め、消化管穿孔の所見を認めなかったため、経肛門的に異物を除去する方針となった。挿管管理下で筋弛緩薬を用いて肛門括約筋の弛緩を促すことで、用手的に除去を試みるものの除去できなかった。蓋を肛門側から反転させた上で、筋鉤で肛門を把持し、コッヘルで蓋を２箇所把持し最終摘出できた。第2病日に抜管し、CTにて直腸周囲の炎症所見を認めたため、当初絶食とし第5病日より栄養剤から経腸栄養を開始し、第8病日より食事再開とした。経過良好で、第15病日に退院とした。【考察】自験例では用手的な直腸異物除去が困難であり、対応に苦慮した。このように除去困難となる状況とそれらへの対応策を含めて報告する。

外因（その他）
演題番号　MO36-9（D）

当院での熊外傷の診療経験から

○國塚 久法[1]
[1]雄勝中央病院 脳神経外科

はじめに昨年、全国で熊被害が過去最多となり多数の死傷者が出た。当院でも熊被害の死傷者の診察機会があり経験を述べる。経過４人が熊に襲われ受傷し４人とも顔面を中心に多数の外傷ありと連絡。救急隊到着時うち１人が心肺停止状態となり当院に搬送された。来院時、心肺停止状態で心電図は無脈性電気活動（pulseless electrical activity：PEA）であった。顔面がひどく損傷しており顔面はほとんど皮膚なく、鼻が欠損、眼球が露出、左頸部に深い傷あり気道閉塞が疑われた。気管挿管し末梢ルートキープしアドレナリン投与で心拍が再開した。全身CTでは頚部顔面外傷がほとんどで頭蓋内、胸部から骨盤に明らかな臓器損傷はなかった。入院し治療を継続したが、その後何度かPEAに移行し胸骨圧迫、アドレナリン投与で心拍再開を繰り返した後徐々に心静止に移行し死亡確認となった。顔面損傷による低酸素脳症が死因とされた。今回の経験から①熊被害は顔面、頭部、腕が多いとされており多科の医師の対応が必要であった。②処置や記録に看護師が複数人必要であった。③当初人定に難渋し警察との連絡などに医事課の協力が必要であった。

中毒1　前半
演題番号　MO37-1（D）

CO中毒による心筋障害に対してVA ECMOを要した症例

○三上 直起[1]，丹保 亜希仁[1]，千葉 凌[1]，難波 亮[1,2]，佐藤 寛起[1]，藤代 大介[1]，中嶋 駿介[1]，岡田 基[1]
[1]旭川医科大学 救急医学講座，[2]旭川医科大学法医科学講座

【背景】一酸化炭素（CO）中毒では，ミトコンドリア機能障害や心筋毒性等により心筋障害を呈する。急速に心原性ショックをきたしたCO中毒の症例を報告する。【臨床経過】48歳男性。練炭自殺を図り意識障害で発見され，当院へ搬送となった。GCS E1V1M1，CO-Hb 49.7%，血圧98/79 mmHg，心拍数 105/分であった。心電図のV1-3誘導でST上昇，経胸壁心エコー検査で左室駆出率（LVEF）が低下しており，CO中毒による意識障害，心筋障害と判断した。ERでの診療中にLVEFが30%，血圧57/43 mmHgとなり，気管挿管，VA ECMO（venoarterial extracorporeal membrane oxygenation）を導入し，ICU入室とした。LVEFは第2病日に5%まで低下したが，経時的に改善を認め第5病日には40%となりECMOを離脱，第11病日には60%まで改善した。第12病日に抜管，第16病日にCPC（cerebral performance categories）4の状態で転院した。【結論】CO中毒による心筋障害は，急速に進行して心原性ショックをきたすことがある。しかし多くは可逆的であると報告されており，急性期のVA ECMOを含めた機械的循環補助を検討すべき病態である。

中毒1　前半
演題番号　MO37-2（D）

致死性不整脈で心肺停止を来したマムシ咬傷GradeVの1例

○川澄 駿[1,2]，比良 英司[1,2]，上田 晶彦[1,2]，室野井 智博[1,2]，岡 和幸[1,2]，下条 芳秀[1,2]，渡部 広明[1,2]
[1]島根大学医学部 Acute care surgery講座，[2]島根大学医学部付属病院 高度外傷センター

【背景】マムシ咬傷は局所症状に加え、出血傾向などの全身症状を呈する。重症例では多臓器不全で致命的となり得るが、致死性不整脈の報告は稀である。【症例】80歳女性。左手のマムシ咬傷で前医入院後、GradeVとなり受傷翌日に当院へ転院した。抗毒素血清は投与せず、輸液とセファランチン投与で局所の腫張は改善したが、第5病日に補液過量とマムシ毒による非虚血性心筋障害から心不全を発症した。速やかに心不全治療を開始したが、第8病日にTorsades de Pointes(TdP)から心室細動となり心停止を来した。蘇生後、軽度の低K・低Mg血症とQT延長を認め、厳重な電解質管理により再発なく独歩で転院した。【考察】本症例ではマムシ毒による非虚血性心筋障害に加え、全身状態に伴う交感神経活性化、アシドーシスなど不整脈気質を高める背景があり、電解質異常が重なったことでTdPを来した可能性がある。【結論】重症マムシ咬傷では心筋障害に加え、不整脈気質を高める要素が複数存在する可能性があり、電解質異常が軽度であっても致死性不整脈を発症する危険性があるため、厳重な電解質補正を含めた慎重な全身管理が必要である。

中毒1　前半
演題番号　MO37-3（D）

偶発的な灯油誤飲による化学性肺炎の1例

○小田原 一哉[1]
[1]一般財団法人 永頼会 松山市民病院 救急科

症例は75歳男性、農作業後にペットボトルに入れて保管していた灯油を誤って飲用した。自宅に戻り、経過を見ていたが、気分不良が持続し救急要請、当院に救急搬送された。当院収容時、意識清明、口からの灯油臭を認めた。胸部 CT 上，誤嚥性肺炎を指摘され、経過観察目的に入院した。化学性肺炎については，右肺が右中下葉の肺構造の破壊が進行し、一部は空洞化したが、入院初日にSBT/ABPCを2回施行したのみで、若干の瘢痕を残して改善した。灯油誤飲による消化管や皮膚の化学損傷は認めず、入院31日目に退院した。灯油による化学性肺炎に関する報告は比較的稀であり、特に灯油による化学性肺炎は少量でも致死的になりうるが、本症例は特段の治療を施さず、良好な転帰を得たため報告する。

中毒1　前半
演題番号　MO37-4（D）

組織と現場スタッフを守る違法薬物検出時の通報体制

○中田 康城[1]，天野 浩司[2]，山本 弘平[3]，蜂木 茂之[4]，森田 正則[2]
[1]（地独）堺市立病院機構 理事会，[2]堺市立総合医療センター 救命救急科，[3]堺市立総合医療センター 薬剤科，[4]堺市立総合医療センター 臨床検査技術科

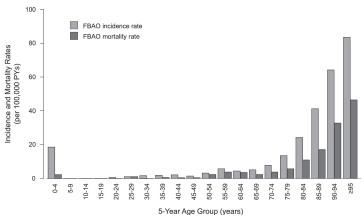
[背景]覚醒剤や大麻の使用は違法であるが、これらの使用者が救急外来に搬送されても、通報義務はない。ただ、現代において反社会行為を見逃すことは、組織のコンプライアンスに問題があると指摘される可能性がある。[目的]違法薬物使用の通報に関わる現場担当者の負担軽減、通報者の秘匿、さらに組織としてのコンプライアンスを守るために当院で構築した体制とその運用実績について報告する。 [方法]2024年度に救急センター会議を中心に、以下の対応フローを構築した。違法薬物が検出した場合、1．担当医師は、専用テンプレートに記載し、患者に検査目的と結果を説明する2．担当医師は、違法薬物が検出したことを担当副院長に連絡する3．担当副院長は、病院幹部職に患者情報を共有し、通報の是非を検討する4．通報方針となった場合は、医事課職員が所轄警察に通報し、担当看護師および臨床検査技師が専用テンプレートに追記する[結果・考案]2025年4月より運用開始、10ヶ月間に7件（METH：5・THC：2）の通報を行った。現場スタッフからは、従来の場当たり的な活動より、業務負担の軽減とともに心理的安全性が確保されたと好評であった。

中毒1　前半
演題番号　MO37-5（D）

健康関連情報統合データベース LIFE study を用いた気道異物による窒息の記述的研究

○上村 亮介[1,2]，五十嵐 豊[3]，乗井 達守[4]，福田 治久[1,5]
[1]九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座，[2]川崎町立病院 内科，[3]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター，[4]ニューメキシコ大学医学部 救急部，[5]九州大学大学院医学研究院 総合コホートセンター

我が国において窒息は主要な外因死原因の一つであり、食物の窒息による死亡事例の報告は毎年4000件を超える。我々は、救急搬送や入院に至らなかった軽症例から心停止に至る重症例までの全てを含む食物・異物による窒息の発生状況の把握を目的として、医療レセプトデータを用いた記述的研究を実施した。九州大学が運営するLIFE Study（自治体が保有する健康関連情報を住民単位で統合したデータベース・プロジェクト）を基に、国内16自治体、4年間（2020-24年度）のデータを解析した。合計で1123例の窒息症例が該当し、乳幼児および高齢者は食物・異物による窒息の高リスク集団であり、加齢に伴ってそのリスクが上昇し続けることが明らかとなった。特に、90歳以上の超高齢層では50歳代に比べると発生リスクが27倍以上であった。これらの知見は、窒息の高リスク集団の同定と、効果的な予防策の立案、開発に寄与する可能性がある。



中毒1　後半
演題番号　MO38-1（E）

山間部における一酸化炭素中毒集団災害への初動対応と現場安全管理に関する考察

○濱野 拓実[1]，杉野 亮太[1]
[1]佐賀広域消防局 多久消防署

【目的】山間部における集団災害時の地理的制約や、一酸化炭素（以下CO）中毒現場特有の安全対策上の課題を明らかにし、自署での活動検証に基づく検討結果を報告する。【症例・経過】工場内で複数名が倒れているとの通報で救急出動。最先着隊は5分で現着したが、後着隊は地理的条件により14～20分を要した。早期にCO中毒を疑いガス検知器を携行して進入。工場内CO濃度160ppmを確認し、意識障害を呈した2名と屋外の1名を救出、三次医療機関へ搬送した。【考察・結果】ガス検知器の早期活用により迅速な状況評価が可能となった。一方、救急車での出動のため空気呼吸器を未携行であり、進入時の安全確保に課題を残した。後着隊に時間を要する山間部では、最先着隊の資器材選定が重要である。CO中毒が疑われる際は、濃度に関わらず空気呼吸器を携行・着装すべきであり、指令段階での出動体制最適化や安全装備の配置再考が必要である。

中毒1　後半
演題番号　MO38-2（D）

アルコール多飲による重度メトホルミン関連乳酸アシドーシス（MALA）に対し、血液浄化療法が奏功した一例

○東 温人[1]，豊原 圭一郎[1]，王 徳雄[2]，中野 重治[1]，平川 昭彦[2]，八隅 修二郎[1]
[1]公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 消化器内科，[2]公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 救急科

【はじめに】ビグアナイド系糖尿病治療薬であるメトホルミンによるMALAは稀だが、致死率の高い重篤な副作用である。今回、アルコール多飲を背景に重度MALAを発症し、血液浄化療法が奏功した一例を報告する。【症例】50代、男性。既往にアルコール性肝障害、2型糖尿病（メトホルミン内服中）。意識障害と低体温にて当院へ救急搬送。来院時GCS E1V1M3、血圧78/54 mmHg、体温29℃。血液検査でpH6.479、HCO_3^- 2.9mmol/l、乳酸23mmol/l、NH_3 753 μg/dlと高度乳酸アシドーシスと高アンモニア血症を認めた。来院直後に心停止となったがすぐにROSCし、気管挿管下に人工呼吸器管理としICU入室となった。臨床経過および検査所見よりMALAを疑いCHDFを開始したところ、乳酸値は2日後には改善、意識も回復するが嚥下障害など生じたため、第64病日に転院となった。なお、来院時血中メトホルミン濃度9.9 μg/mLであった。【考察】本例はメトホルミンの過量内服ではなく、アルコール多飲による乳酸クリアランス低下とメトホルミン蓄積が重症化に関与したと考えられた。アルコール多飲を伴う糖尿病患者の重度アシドーシスではMALAを念頭に置き、迅速な血液浄化療法の導入が重要である。

中毒1　後半
演題番号　MO38-3（D）

酸性洗剤の服用により重篤な化学性腸炎を来した1例

○早乙女 乃愛[1]，金澤 将史[1]，城 航平[1]，宮内 詩清音[1]，浅賀 知也[1]
[1]国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 救急科

【緒言】洗剤等の腐食剤服用による上部消化管障害の報告は散見されるが、下部消化管障害まで波及する例は稀である。今回、洗剤服用後に致死的な化学性腸炎を来した1例を経験したため報告する。【症例】48歳女性。自殺企図目的でトイレ用酸性洗剤および食器用中性洗剤を服用した。咽頭痛と倦怠感を主訴に当院受診時、著明な喉頭蓋浮腫を認めたため気管挿管を施行した。上部消化管内視鏡検査では腐食性食道炎および胃炎を認めたが、穿孔所見はなく保存的加療を開始した。第18病日より多量の水様性下痢が出現し、循環不全を呈した。CTにて小腸から上行結腸に浮腫性壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡検査では粘膜構造の消失と易出血性の所見を呈していた。酸性洗剤による化学性腸炎と診断し、止痢薬や大量補液による全身管理を行ったが、第59病日に敗血症性ショックにより死亡した。【結語】強酸性物質の曝露は、上部消化管のみならず下部消化管にも重篤な腐食性変化を来し、長期予後に影響を及ぼす可能性がある。その臨床経過と管理の重要性について、若干の文献的考察を加えて報告する。

中毒1　後半
演題番号　MO38-4（P）

比較的軽症な経過をたどったコルヒチン過量内服の一例

○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 薬剤部，
[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】コルヒチンの過量内服による急性中毒は，下痢等の消化器症状，骨髄形成不全，急性腎障害などを来し，時に重篤な転帰をたどることが報告されている。今回、コルヒチンの過量内服にも関わらず、比較的軽症な経過をたどった一症例を経験したので報告する。【症例】23歳女性。自殺目的にコルヒチン100錠(1.6mg/kg相当)を過量内服，約3時間半後に救急搬送された。搬入時バイタルサインに問題はなかったが，副作用発現までの潜伏期を想定し気管挿管の上，胃洗浄と活性炭の繰り返し投与を行った。Day3より血小板低下や凝固延長を認めたが明らかな出血徴候は認めずDay4に抜管となった。その後軽微な腹痛・嘔気症状を認めたが軽快し，Day11に退院となった。【考察・結語】コルヒチンは0.8 mg/kg 以上でほぼ致死的となり、より少量の服用での死亡例も報告されている。本症例は相当量のコルヒチンを服用したが、症状発現前に搬送されたこと，胃内容物を認める段階で胃洗浄・活性炭投与を行ったことが重篤化回避に寄与したと推察する。一方、相当量を服用した軽症例の報告は限られており、今後の症例集積に期待する。

中毒1　後半
演題番号　MO38-5（D）

急性一酸化炭素中毒に対してネーザルハイフローを使用した1例

○南 健介[1]，蒲生 美奈[1]，福田 靖[1]
[1]徳島赤十字病院 救急科

【背景】近年ネーザルハイフロー (HFNC)が急速に普及しているが，急性一酸化炭素中毒(CO中毒)治療での使用報告は少ない．【臨床経過】20代男性．練炭自殺を企図し友人に発見された．曝露時間は約30分であった．酸素投与後に搬送された．来院時のバイタルサインは，SpO2 100%(リザーバーマスク15L/分)，呼吸数 18回/分，血圧 114/66mmHg，脈拍 73回/分，意識レベルGCS E4V1M4，体温35.3℃であった．動脈血液ガスで一酸化炭素ヘモグロビン(CO-Hb) が33.9%であり，CO中毒と診断した．当施設に高気圧酸素療法(HBOT)の設備はなく，HFNC(40L/分，FiO2 100%)での酸素投与を開始した．来院1時間後に意識清明となり，CO-Hbは来院1時間後に15.0%，4時間後に1.1%に低下し，室内気に変更した．第2病日の頭部MRIで異常所見はなかった．神経症状は出現せず，第13病日に転院した．4か月後の電話調査で神経症状の訴えはなかった．当施設での過去10年のCO中毒7例(CO-Hb≧10%: 酸素吸入 5例，気管挿管 1例，HFNC 1例[本症例])のCO-Hb低下速度を比較したところ，本症例では酸素吸入や気管挿管と同様にCO-Hbが迅速に低下していた．【結論】HFNCは，HBOTを実施できない施設での治療選択肢となり得る．

看護1　前半
演題番号　MO39-1（N）

看護部所属の院内救命士教育の基盤づくり

○長見 亮汰[1]，山田 知輝[2]，水島 靖明[2]，清水 淳代[1]，西﨑 雄太[1]
[1]大阪けいさつ病院 ER救命救急センター，[2]医務部 ER救命救急科

【背景】2021年の救急救命士法改定により、救急救命士の活動は病院前に留まらず、医療機関到着後から入院までの間へと拡大された。当院では2024年より看護部所属の院内救命士の採用を開始した。【目的】医療機関内で必要とされるスキルを習得できる院内救命士の教育基盤を構築することを目的とした。【活動内容】院内救命士教育の経験がないことから、まず院内で求められる職能と業務内容の把握から開始した。現場経験のない救命士に対し、患者対応を通してバイタルサインの理解や基礎知識の習得を指導した。技術・手技はナーシングスキル動画を活用し、病態は病態生理の基礎から段階的に学習した。実際の診療内容や検査結果の理解は担当看護師が指導した。経年度別目標としてラダー形式を導入し、看護部人事評価基準を参考に具体的な評価項目を設定した。【結論】院内救命士ラダーおよび職務遂行能力評価表を作成し、教育内容と到達目標を明確化した教育基盤を整備することで、一定の能力を備えた院内救命士の育成に寄与すると考えられた。

看護1　前半
演題番号　MO39-2（N）

院内救急救命士新規採用に伴う業務設計と段階的運用構築の過程 ～多職種で検討した業務整理の実際～

○西崎 雄太[1]，山田 知輝[2]，清水 淳代[1]，長見 亮汰[1]，水島 靖明[2]
[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 ER・救命救急センター，[2]ER・救命救急科

【背景】近年病院内に救急救命士を配置する施設が増加しているが、業務範囲や運用方法は施設ごとに試行錯誤している。当院では2024年より院内救急救命士の新規採用を開始し、救急外来看護師や救急医と協議を重ねながら、段階的に業務設計と運用体制の構築を行ってきた【目的】院内救急救命士新規採用後の業務設計や運用構築の過程を整理することを目的とした【方法】2024年1月から2025年12月までの期間における採用状況、業務内容、教育・評価体制、会議の整備について時系列で整理し、記述的に検討をした【結果】2024年6月に新卒救急救命士1名を採用し、看護師同席下での診療補助業務から開始した。院内メディカルコントロール会議を設立し、処置内容を整理したうえで、医師の評価のもと業務範囲を段階的に拡大した。採血、電話トリアージ、二次軽症患者対応へと展開し、三次救急診療への参加意欲を生かして、看護師に準じた診療補助業務を段階的に習得できる教育体制を構築している【結論】院内救急救命士の運用は、多職種で協議を重ねながら業務範囲を整理し、教育・評価体制を整備することで、安全性を担保しつつ段階的に構築することが可能であった

看護1　前半
演題番号　MO39-3（E）

病院救命士の業務実態と診療効果

○白藤 優佳[1]，津久田 純平[1]，吉田 徹[1]，藤谷 茂樹[1]
[1]聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター

【背景】近年、多くの医療機関で病院救命士が雇用されているが業務形態は施設ごとに多様である。当院では救命救急センターに7名所属している。【目的】当院救命士の業務内容及び院内外の連携体制、診療効果について報告する。【業務内容】主に初療対応、ホットラインや患者紹介の電話対応、転院における調整や搬送、ドクターカー出動等の業務を担う。365日、日勤帯に2名以上、夜勤帯も段階的に配置している。応需件数や不応需理由の明確化とともに、医師や看護師、救急隊から肯定的評価を得ている。【連携体制・診療効果】院内外の情報共有ではICTツールを駆使し、現場映像のリアルタイム共有や多職種間での同時音声通信を行うことで、円滑に受け入れ準備を行うことが可能となる。当院救命士増加に伴い、救急車応需、ドクターカー出動、転院搬送件数も増加傾向を示しており、各種診療報酬の算定件数向上に寄与している。【結語】救命士の専門性を生かしたタスクシフトにより、電話対応や救急隊の申し送り受領を行うことで、医師は診察・処置に専念できる体制を構築した。今後、24時間365日体制確立に向け、人員拡充及び教育体制の標準化を進める必要がある。

看護1　前半
演題番号　MO39-4（N）

当院における病院救命士の役割

○本山 裕一[1]，佐藤 司[1]，小川 敦裕[1]，金井 尚之[1]，町田 純子[1]，平島 由美子[1]
[1]東京警察病院 救急・集中治療科

【はじめに】近年、院内の救急救命士（救命士）が増加している。当院は平成24年より救命士の採用を開始し、当初は院内業務を中心としていた。採用人数の増加に伴い体制を拡充し夜勤を含めた救急外来業務に加え、令和7年4月より当院所有の救急車の運用を開始した。【目的】院内救命士の雇用による体制強化と役割の変化を検討する。【方法】救命士の採用人数の増加前後での、救急外来業務および病院救急車の運用を後方視的に検証した。【結果】救急外来では患者担当や静脈路確保も看護師からタスクシフトした。また病院救急車の運用により病院間の転院搬送数が増加した。【考察】当院では救急車応需を含めた救急外来業務の多くを担うようになってきた。日本救急医学会においても、医師のタスクシフト推進の観点から救命士の活用が提言されている。当院では、医師・看護師数は一定であるが、救命士が増加したことで救急患者数も増加傾向である。【結語】当院において救命士増員と業務の拡充は、他職種の業務軽減と救急患者が増加に寄与した。そのため救急外来と地域医療の両者に貢献している。このことから、当院における救命士の役割は重要であるといえる。

看護1　前半
演題番号　MO39-5（E）

院内急変対応における救急救命士の現状と課題

○正野 広輝[1]
[1]医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 救急救命士科

当院では重症化予防と安全な医療提供を目的に、2025年よりRapid Response Team（以下RRT）を発足させ、救急救命士もその一員として活動している。救急救命士は必要部署への連絡、物品準備、環境整備、情報集約などのロジスティクス業務を担い、RRT活動に貢献している。しかし、現行の救急救命士法の制約により、入院患者に対するバイタルサイン測定を含む患者評価や医療介入を実施することはできず、実質的な医療対応は制限されている。一方で、当院救急救命士は受け持ち患者を持たない為、RRTメンバーの第一到着者となる場面も多い。医師や看護師の到着までの間、患者状態の変化を認識しながらも直接的介入ができない現状がある。当院救急救命士科は長年にわたり院内で活動し、ロジスティクス業務を中心に役割を確立し、院内急変対応に貢献してきた。これらは院内急変対応において重要な役割であるが、現行制度下ではロジスティクス業務に役割が限定される。今後、救急救命士法の改正により救急救命処置施行可能場所が拡大されれば、院内急変対応時にロジスティクス業務以外にも直接的介入が可能になる。その結果、救急救命士の業務拡大また、地位向上につながると考える。

看護1　後半
演題番号　MO40-1（E）

病院内救急救命士が院内急変時に業務支援で関わった一例

○吉澤 直也[1]，本間 宙[1]
[1]東京医科大学病院 救命救急センター

背景：病院に勤務する救急救命士（病院内救急救命士）は、法律上、外来又は当該患者が入院するまでの間が救急救命処置を行う対象なっており、入院患者に対して救急救命処置を実施することはできない。しかし、連絡調整や情報整理、物品準備等の支援業務を担うことで、医療スタッフの業務負担軽減に寄与できる可能性がある。今回、院内急変の場面に病院内救急救命士が同行したケースを経験したので、医療チーム内でどの程度の業務担当が可能となったかを振り返り、今後に向けた検討を行った。経過：入院患者の突然の呼吸困難感及びSpO2値の低下に伴う院内急変に対して、院内急変対策チーム（MET）に病院内救急救命士1名が同行した。急変対応中、病院内救急救命士は4項目（連絡、検体/資機材運搬、清潔台の作成）にわたり非医療行為を担当し、医師・看護師が処置に専念できる時間を生み出すなど、チーム全体の業務効率向上に貢献した。結語：病院内救急救命士は入院患者に対して救急救命処置を含む医療行為を行うことはできないものの、支援業務を通じて院内急変対応の円滑化に寄与し、医療スタッフの業務負担軽減に資する可能性が示唆された。

看護1　後半
演題番号　MO40-2（N）

救急外来における認知バイアス

○西牧 健吾[1]
[1]社会医療法人財団慈泉会相澤病院 救急救命センター看護科

救急外来において前医情報は初期対応の重要な要素であるが、時としてその情報が正確でない場合もある。看護師は先行情報を参考にしつつ現状を客観的に評価し、典型所見との乖離や違和感を言語化し共有する役割を担う。今回、急性心不全疑いで搬送された患者が、最終的に重症心不全と診断された事例を経験し、認知バイアス面から考察したので報告する。前医情報により固着バイアスと確証バイアスが生じ、違和感を覚えながらも診断を疑うに至らず。病着時より全身状態の観察を行い、体位調整や酸素投与、薬剤調整など心不全に対する標準的な介入を実施した。しかし、身体所見では、典型的な心不全症状と乖離する所見があり違和感を覚えた。要因としては認知バイアスが看護実践に影響し、特に、最初の情報に重きを置き判断を修正できなくなる固着バイアスと、自身の仮設に合致する情報を重視する確証バイアスが生じていたと考える。早期かつ有効な看護介入につなげるためには、認知バイアスの存在を認識し、その影響を最小限にすることが必要である。

看護1　後半
演題番号　MO40-3（N）

重症死亡例を契機としたマムシ咬傷対応の標準化と運用
―医師・看護師協働による安全管理体制の構築―

○酒井 貴章[1]
[1]高知県立幡多けんみん病院 HCU・ER

当院は中山間地域に位置し、年間数件のマムシ咬傷患者を受け入れている。マムシ咬傷は初期評価では軽症に見えても腫脹が急速に進行することがあり、抗毒素血清の適応判断と副反応対策が課題であった。重症マムシ咬傷による死亡例を契機に、重症化の早期発見と安全な抗毒素血清投与を目的として、診療プロトコルとクリニカルパスを整備した。プロトコルでは初期対応、重症度判断と抗毒素血清投与基準を明確化した。入院基準は全身状態とGrade分類に基づき一般病棟またはHCU入院を判断し、抗毒素血清投与時はHCU管理とした。一般病棟入院後もGrade上昇時はHCUへ転棟し抗毒素血清投与を行う。クリニカルパスでは重症化徴候の早期発見が可能になるよう、看護師による継続的な観察項目を規定した。運用開始後、マムシ咬傷4例に対し抗毒素血清投与を行い、うち1例は入院後Grade上昇を認め、HCUへ転棟し早期に全身管理を開始した。抗毒素血清投与例の平均入院日数4.25日、死亡や重大な副反応は認めなかった。整備された診療プロトコル、クリニカルパスの中で看護師が専門的アセスメント能力を発揮し、統一された基準による経時的評価で重症化の早期発見と安全な介入が可能となった。

看護1　後半
演題番号　MO40-4（N）

事例を通じて取り組んだ中山間僻地災害拠点病院外来看護部における多数傷病者応需体制整備

○迫田 紀穂[1]，菅家 まなみ[1]，山本 典子[1]，鈴木 諭[2]
[1]利根中央病院 看護部，[2]利根中央病院 総合診療科・救急科

【はじめに】当院は中山間僻地に位置し東京23区に匹敵する広大な医療圏で唯一の総合病院である。地域災害拠点病院に指定されており、大規模災害発生時には多数傷病者受け入れ等の拠点としての役割を担う。過去1年間に4件の多数傷病者受け入れを経験し、今後の災害対応に向けた課題と改善点について振り返りを行ったので、ここに報告する。【事例】１．集団食中毒２．工事中発電所における労働災害３．普通乗用車と軽自動車の衝突事故　４．関越自動車道多重衝突事故【結果】災害覚知から初動体制の確立、多数傷病者対応時の看護技術の向上、院内他部門及びDMATとの連携に課題が認められた。【考察】多数傷病者受け入れを経験し、外来看護部において課題の抽出と改善を積み重ねた。平時からの限られた医療資源と地理的制約の中、災害時においては初動及び院内外の多部門との連係が重要である。日頃から実施している院内災害訓練に加え、DMATとの連携強化や救急外来体制の整備等、取り組むべき課題は多岐にわたるが、地域災害拠点病院としての責務を果たすべく、今後も継続的に外来看護体制の強化と改善を進めていきたい。

看護1　後半
演題番号　MO40-5（N）

院内トリアージ事後検証の実施状況と課題

○吉川 静[1]，永野 久弥子[1]，新地 博晃[1]，岡野 佐都美[1]
[1]一般財団法人住友病院 救急センター

【目的】院内トリアージ事後検証の実施状況から、トリアージ判断の整合性および教育的効果を検討し、今後の課題を明らかにする。【方法】2025年4～12月の平日夜勤帯ウォークイン患者を対象とし、4～8月は後方視的に事後検証、9～12月は夜勤看護師と救急医が参加する現場主体の事後検証を実施した。JTASに基づきトリアージ判断を適正、アンダートリアージ、オーバートリアージ、評価不能に分類し、事後検証前後で比較した。併せて、事後検証に参加した看護師を対象に運用評価としてアンケート調査を行った。【結果】事後検証導入後、トリアージ判断の適正率は向上し、記録不足による評価不能症例は減少した。アンダートリアージ9.6％で腹痛および発熱症例に多く、急性深在性疼痛の過小評価やSIRS項目の見落としが要因として抽出された。オーバートリアージは4.3％で軽症外傷など低緊急度症例で認められた。看護師アンケートでは、事後検証を学習機会として肯定的に捉える意見が多く認められた。【結論】事後検証は、判断プロセスの質向上および教育的効果を示した。今後は、不一致事例を個人の振り返りに留めず、組織的に共有する仕組みの構築が課題である。

診療支援　多職種の雑多　前半
演題番号　MO41-1（D）

救命救急センターにおける持続可能な多職種連携を目指して

○近藤 圭太[1]
[1]春日井市民病院 救命救急センター

救命センターには重症度や緊急性の高い多種多様な患者が突然受診してくる。迅速かつ適切な対応には豊富な知識と技術が必要で、多職種連携によるチーム医療が適しており、当センターでも開設時より目指してきたが人員不足などで未だ難航している。働き方改革の便益によるタスクシフト/シェアの推進で看護助手と救命士の雇用に加え一時は臨床検査技師の常駐も実現したが、人員減少の理由で前年より常駐は中止されオンコール体制となった。人手不足対策の人員配置は状況に左右され永続性は無く、各自の意欲やチーム意識は育たず多職種連携の意義を成さない。多職種常駐によるチーム医療が質と安全を確約するのは明白だがその根底は「顔の見える連携体制」にあると考え、実行可能な範囲で、定期的な「多職種カンファレンス」を始動した。委員会や電話では出なかった話題も活発に挙がるようになり、部門を超えた情報共有や切磋琢磨が進み多職種連携によるチーム医療が成熟に繋がることを期待している。どんな形態であっても、各々が専門性を活かし主体的に救急現場で最大限の力を発揮し、新たな学びや喜びも得られる医療チームを維持していきたい。

診療支援　多職種の雑多　前半
演題番号　MO41-2（D）

地方二次病院での災害に関する多職種アンケート調査

○小延 俊文[1]
[1]済生会中和病院 総合診療科

【背景】当院は二次救急施設で、地域医療支援病院、災害拠点病院である。コロナ前に行っていた対面・多職種参加よる院内災害訓練は最近の4年間できなかった。令和6年能登半島地震後に、当院DMATが能登に出動し活動した。その後、演者が院内多職種参加型研究会（以下、院内学会）の学会長となったため、災害に関するセッションを企画した。【目的】院内学会にて、多職種職員へ災害に関するアンケート調査を行い、現状を知る。【方法】災害関連セッションを企画した（DMATチームによる能登での活動報告、看護師やロジの役割と実際等の発表）。なお、事前にアンケート内容および研究内容に関して、院内倫理員会で承認された（令和6年5月）。学会当日の災害セッション参加者全員に無記名アンケート（学会参加後の知識は？今後、院内訓練に参加しますか？など）を実施した。【結果】災害セッション参加者58名から結果を回収した。医師7名、看護師16名、事務職11名、医療技術職（薬剤師、臨床検査技師、放射線技師など）19名、その他5名。主なアンケート結果は、「災害に関して知識が増えた」56名（96.5%）、「院内災害訓練に参加したい」51名（87．9%）等であった。

診療支援　多職種の雑多　前半
演題番号　MO41-3（E）

共通言語としてのPACCコース教育が病院救急対応に与える効果

○加藤 敦[1]，上村 俊太[1]，目貫 進[2]，相澤 翔[2]，小林 岳飛[2]
[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 診療技術部 救急救命士科，[2]北広島市消防本部

病院前救護において傷病者は、①心停止、②外傷、③疾病に大別され、それぞれにBLS、JPTEC、PEMECといった標準化教育が対応している。PACC（Prehospital Advanced Critical Care）コースはPEMECを基盤として構成され、胸痛や呼吸困難など循環器疾患を疑う症候に対応し、12誘導心電図判読など専門的内容を扱う。PACCコース受講者が関与した救急搬送1症例について、搬送前情報が要点化され、受入判断および初療開始が比較的円滑に行われる傾向が認められた。本症例は、救急隊病院到着からカテーテル室入室時間が２６分とスタッフが少ない夜間帯に関わらず平均より大幅に短縮された事例である。医療機関と救急隊の間で共通の評価視点が形成され、病院側の初療準備および対応の質向上に寄与した可能性が示唆された。特に、病院救急救命士がPACCの知識を有することで、搬送受入から初療までの橋渡し役として機能していた点は重要である。PACCコース受講は、病院側救急診療の質向上および医療連携の円滑化に寄与する可能性がある。今後は、病院内におけるPACCコース教育の活用が救急医療連携強化に有効であると考えられる。

診療支援　多職種の雑多　前半
演題番号　MO41-4（E）

救急搬送患者帰宅者に対する電話訪問の報告及び成果について

○古山 歩夢[1]，大島 康博[1]
[1]名古屋徳洲会総合病院 救急救命室

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きています。当院救急救命士はERにおいて救急患者への対応、救急車での転院搬送が主な業務です。その中でも新しい取り組みとして、救急患者帰宅後の患者さんへ48時間以内に電話しその後の身体の状態を確認する取り組みをおこなっております。また、共有すべき事例においては、朝礼、医局会、救急委員会にて報告しております。当院救急救命士は救急車で来院した患者さまへ入電から帰宅または入院になるまで医師、看護師と共に携わります。救急車で来院された患者さんが全員入院するとは限らないためその中で救急救命士が中心となり、ER全体でトリアージをおこなっております。2025年の10月よりこの取り組みを開始し、医師、看護師などと協力し業務にあたり救急帰宅者の同症状での再救急搬送数の減少、当院入院率の向上につながっております。

診療支援　多職種の雑多　前半
演題番号　MO41-5（N）

多職種協働による緊急入院患者の窒息予防に向けた安全な食事提供体制の構築

○野相 裕美子[1]，村田 咲桜里[1]，篠原 祐子[1]，四井 泰大[1,3]，長尾 美沙子[1]，上野 那央[1]，喜多村 泰輔[2]
[1]福岡大学病院 看護部 救急治療センター，[2]福岡大学病院 救急治療センター，[3]福岡大学病院 摂食嚥下センター

【背景・目的】入院患者が食事摂取中に窒息する事例が発生した。要因は、緊急入院時に窒息リスク評価が行われないまま食事形態が決定されていた点であった。そこで、多職種で協働し、緊急入院患者に安全な食事を提供する体制構築に取り組んだ。【方法】期間：令和7年6月～令和8年1月。①多職種ワーキング設置②窒息リスク評価基準作成③残存歯状態・摂食姿勢・年齢・誤嚥リスクの4項目による食事オーダーフロー作成④医師・看護師間で食事オーダー基準に基づく食事形態選択を共有⑤病棟看護師が初回食の摂取状況を評価した。【結果】窒息事例は0件であった。食事形態は、取り組み前は常食81%、軟菜食19%、取り組み後は常食59%、軟菜食41%であった。基準に基づき食事がオーダーされたのは192名中161名（84%）であった。未実施の31名（16%）は、入院前の食事形態との差異が理由であった。また、初回食後の食形態変更は6名であった。【考察】窒息リスク評価および食事オーダーフローを基に多職種で共有したことで、安全性を重視した食事選択が可能となり窒息予防につながった。一方、残存歯の見落としや既往の食形態との整合性など運用上の課題が明らかとなった。

診療支援　多職種の雑多　後半
演題番号　MO42-1（HS）

救命病棟での入院時重症患者対応メディエーター（ＣＣＭ）介入と多職種及び倫理カンファレンスにおける役割

○牛山 幸世[1]，更科 陽子[1]，大政 皓聖[1]，清水 正幸[1]
[1]済生会横浜市東部病院 こころのケアセンター心理室

【背景と目的】当院では開院以来、重篤な患者家族への心理支援を行い、２０２２年４月からは心理師がＣＣＭとして新たな業務に従事してきた。近年は多職種及び倫理カンファレンス（以下カンファ）への参加も増加、本研究は救命病棟におけるＣＣＭ介入とカンファで果たす役割を明らかにすることを目的とした。【方法】２０２４年４月～２０２５年１２月に、救命病棟でＣＣＭが介入した症例及び開催されたカンファの診療録を後方視的に調査し、介入件数、転帰、カンファ内容等を確認した。【結果】カンファは９７件、６１名の患者を対象に開催、ＣＣＭが介入した患者家族は４９名、カンファ前の介入は３７件。転帰として５１名が死亡、カンファ内容として治療方針共有、転棟前の情報共有等、本人の意向として家族から聞き取った内容をＣＣＭが発言、カンファ前に介入していなかったケースではカンファ後にIC同席をした。【考察】救急領域ではその病態の重症度から本人による意思表明が困難な場合が多く、その為ＣＣＭがカンファで家族から聴取した本人の価値観や思いを医療者に伝えること、共同意思決定場面で医療者と家族の橋渡しをするＣＣＭの役割は重要と思われる。

診療支援　多職種の雑多　後半
演題番号　MO42-2（E）

三次医療機関を有さない地域における多職種教育による搬送先選定の共通認識形成の試み

○寺石 恭輔[1]
[1]川西市消防本部 南消防署

［背景］川西市では、救急搬送者の約8割が市内二次医療機関へ搬送されている。一方、市内に三次医療機関は存在せず、高度医療を要する症例では市外搬送へ方針転換する判断力が救急隊に求められる。そのため、市内で対応可能な範囲と困難な範囲を、医療機関と救急隊が共有することが重要な課題となっている。［目的］救急隊、医師、看護師が重症度・緊急度に関する共通認識を持ち、搬送先選定及び引き継ぎを円滑に行える体制構築を目的とした。［方法］川西市においてPEMECコースおよびMCLSコースを開催し、初期評価、重症度判定、医療機関の役割分担に関する講義とシミュレーション、搬送判断についての意見交換を行った。［結果・まとめ］研修を通じて、救急隊と医療機関の間で用語や判断基準の統一が進み、共通認識の形成が期待された。教育・研修を基盤とした共通認識の形成は、三次医療機関がない地域において、適切な搬送先選定を実現する上で重要であり、継続的な多職種合同研修が地域救急医療体制の強化と質向上につながると考えられた。今後は、教育介入の効果を数値的に検証する試みが必要である。

診療支援　多職種の雑多　後半
演題番号　MO42-3（E）

さらなる救命の連鎖の高みを求めて

○佐藤 雄紀[1]，佐藤 雄紀[1]
[1]尼崎市消防局 西消防署

今日、団塊世代が75歳以上となり救急需要が増す中、プレホスピタルケアへのニーズは多様化・高度化しています。兵庫県尼崎市では2015年、兵庫県立尼崎総合医療センター（AGMC）が開院。小児救急に特化した「小児ドクターカー」も独立した要請基準で運用されています。 事例では、救急隊が単独出動中、一般住宅で早産児が娩出。アプガースコア２点であり、呼吸停止状態で換気困難であった。AGMCドクターカーは他事案出動中で即応不可でしたが、指令センター員の機転によりドクターカーと活動中であった他の救急隊の協力でドクターカーは転戦、医師・看護師が現場到着後、新生児に呼吸管理を行い、ドクターカーで搬送され一命を取り留めました。本事例は、救急隊によるドクターカー要請、指令センター員の判断力、各機関の連携が奏功要因となりました。 考察として、救急現場では経験不足を補う判断力や連携力が不可欠であり、医療システム等が使えない状況でも、個々の応用力や医療機関の連携が重要です。今後は医療機関等との研修等を通しての組織全体のレベルアップ、医療システムの適時的確な更新により高品質な救命活動の実現に寄与すると考えられます。

診療支援　多職種の雑多　後半
演題番号　MO42-4（E）

北海道から本州への航空医療搬送 ～メディカルウイングと民間航空機とを比較して

○山﨑 藍[1]，井沼 浩政[1]，高橋 未来[2]，尾崎 博一[2]，佐藤 正夫[2]，日吉 宗大[3]
[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 脳神経外科，[3]医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院 救急科

【はじめに】2017年より北海道において固定翼機による医療搬送（メディカルウイング：以下MW）が開始された。観光客が多い同地では滞在中の発病・受傷により本州への搬送を要する症例がある。今回、MWと民間航空機で搬送した2例を比較した。【症例1：MW搬送】70代男性。近畿から旅行中に失神・頭部打撲を生じ、意識障害で搬送。来院時JCS100、CTで急性硬膜下血腫と外傷性クモ膜下出血を認めた。保存的治療を行ったが全脳虚血となり、地元での治療希望により人工呼吸器管理を要する状態で第18病日にMWで搬送した。【症例2：民間航空機搬送】60代男性。関東から旅行中に皮質下出血の脳室穿破で紹介搬送。来院時JCS100で同日開頭血腫除去・脳室ドレナージを施行し、気管切開後、第98病日に回復期リハビリ目的で民間航空機にて搬送した。【比較】MWでは人工呼吸器や持続投与を含む医療管理が継続可能であった。一方、安定例では民間航空機による搬送も実施可能であった。両者はいずれも機内空間や医療資源が限られ、搬送前準備が重要であった。航空搬送は状態維持を目的とする医療の延長であり、病態と医療依存度に応じた搬送手段の選択が重要である。

診療支援　多職種の雑多　後半
演題番号　MO42-5（E）

消防・警察・海保・医療合同Wet Lab Trainingによる多職種連携の有用性の検討

○三木 大輔[1]，大西 光雄[2]，小野木 堂人[3]，島崎 淳也[4]，中島 清一[5]
[1]大阪市消防局 水上消防署，[2]国立病院機構 大阪医療センター 救命救急センター，[3]愛知淑徳大学，[4]関西医科大学総合医療センター 救急医学科，[5]大阪大学大学院医学系研究科 次世代内視鏡治療学

【背景と目的】防ぎ得た外傷死の回避するために、消防・警察・海上保安庁（以下、海保）・医療機関等の多職種による迅速かつ円滑な連携が不可欠となる場合がある。今回、実技向上と相互理解を目的に、これら実動機関を対象としたWet Lab Trainingを開催した。【方法】対象は2023年より計12回（年間４回）開催した参加者61名（消防・警察・海保等）である。本プログラムは事態対処救護を想定した臓器解剖や腸管脱出、緊張性気胸、止血等の実技実習と、連携上の課題を共有する意見交換会で構成し、研修後に回答したアンケートを分析した。【結果】回答者の内訳は救急救命士39.3%、その他60.7%であった。実習では「大出血への止血」が82.0%と最も高く評価された。意見交換会は95.4%が肯定を示した。自由記述では「他機関の活動指針や制約を知る貴重な機会」「現場外での率直な意見交換が相互理解を深めた」等の意見が得られた。【結論】本研修は、事態対処救護等の特殊環境下における外傷処置技術の習得に加え、組織の枠を超えた平時の相互理解と顔の見える関係構築に有用である。この継続的な取り組みは、現場活動における多職種連携の円滑化に寄与することが示唆された。

CPA3　前半
演題番号　MO43-1（E）

ポケットマスクを用いた教職員による人工呼吸の普及啓発

○渡部 雄介[1]
[1]大阪南消防局 警備第一課

新型コロナウイルス感染症流行以降、感染リスクへの懸念から人工呼吸の実施率は低下し、胸骨圧迫のみのCPRが主流となった。しかし小児の心肺停止は呼吸原性が多く、酸素備蓄量が少ないことから迅速な人工呼吸が重要である。令和2年の厚生労働省通知により、小児に対する人工呼吸は技術と意思がある場合に限られ、口頭指導も行われなくなった。当局では一部の小中学校教職員を対象に、ポケットマスクの保有状況および認知度調査を実施した。その結果、約半数が保有していたものの、使用可能な状態で管理されている学校は僅少であり、口対口人工呼吸への心理的抵抗も大きかった。令和５年より小中学校２１校に対し、ポケットマスクを用いた救命講習を継続実施した結果、実現可能な人工呼吸方法として高い評価を得て、新規配備に至った学校も認められた。今回の発表では、当局が取り組んだ教職員向け救命講習の内容と、その成果について報告する。また、今回は一部であったが今後の展望としては管内全域に広げて行きたい。

CPA3　前半
演題番号　MO43-2（E）

救急救命士救急車乗車人数と傷病者予後の関連 -多地域共同コホート研究-

○木村 龍[1]，中川 洸志[2]，匂坂 量[1]，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

【目的】複数の消防本部データを用いて、救急救命士乗車人数と傷病者予後との関連を分析すること。【方法】4消防本部の2018年から2023年に発生した院外心停止を対象とした後ろ向きコホート研究である。救急救命士乗車人数が0名または4名以上の症例を除外し、2-3名乗車群を曝露群、1名乗車群を対照群とした。主要アウトカムは1ヶ月生存とし、修正ポアソン回帰分析により調整リスク比（ARR）、重回帰分析により調整リスク差（ARD）を算出し、それぞれロバスト分散を用い、95%信頼区間（CI）を推定した。【結果】解析対象は7645例であった（1名乗車群: 3433例, 2-3名乗車群: 4212例）。2-3名乗車群は1名乗車群と比較して、1ヶ月生存と有意に関連していた (ARR [95%CI]: 1.237 [1.023, 1.499], ARD [95%CI]: 0.011 [0.001, 0.021])。【結語】複数の消防本部データに基づく分析の結果、救急救命士が2-3名乗車した場合、1名のみ乗車した場合と比較して、1ヶ月生存のリスクが1.24倍および1.1%増であったことが示された。

CPA3　前半
演題番号　MO43-3（E）

秋田県におけるハイパフォーマンスCPRの導入状況と指導救命士を中心とした教育戦略

○山田 浩貴[1]
[1]横手市消防本部 横手市消防署西分署

院外心停止（OHCA）の救命率向上には，地域全体で質の高い蘇生医療を実践する体制構築が不可欠である．秋田県では，県内各消防本部，秋田県メディカルコントロール（MC）協議会，および同協議会指導救命士会（以下，指導救命士会）の連携のもと，救急現場で理想的なチーム蘇生を実践する概念である「ハイパフォーマンスCPR（以下，HP-CPR）」を軸とした蘇生戦略の普及を進めている．2024年に秋田市で開催された全国救急隊員シンポジウムを契機として，指導救命士を対象とした「HP-CPRベーシックコース」を開催した．これにより，県内全ての指導救命士が同コースを受講し，教育内容および現場活動における共通認識の構築が図られた．現在は秋田県MC協議会の主導により，現場滞在型蘇生活動へのプロトコル改訂が進められている．本発表では，秋田県におけるHP-CPR導入の経緯と現在の取り組み状況について報告する．

CPA3　前半
演題番号　MO43-4（E）

救急外来到着後に導入された機械的胸骨圧迫装置の有効性

○遠藤 信太郎[1,2]，田上 隆[3,4]，鈴木 健介[2]，萩原 鈴香[1]，北野 信之介[3]，本間 洋輔[4]，井上 潤一[1]，増野 智彦[2]
[1]日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科，[2]日本体育大学大学院保健医療学研究科，[3]東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座，[4]SOS-KANTO 2017 Study Group

【背景】機械的胸骨圧迫（mCPR）は、一定の質で胸骨圧迫が可能である。しかし救急外来（ED）到着後に導入されたmCPRの有効性は十分に検証されていない。【目的】ED到着後にCPRが継続された院外心停止（OHCA）において、mCPR導入が神経学的転帰（CPC）に与える影響を検討した。【方法】SOS-KANTO2017に登録された症例のうち、ED到着後にmCPRを導入した群と、手動CPR群を比較した。病院前のmCPR使用や病院到着時の初期波形が心静止または心拍ありを除外した。交絡因子調整のため、傾向スコアを用いた逆確率重み付け解析を実施した。主要評価項目は1か月後の良好な神経学的転帰（CPC1-2）とした。【結果】9,909例のうち1,960例が解析対象となり、mCPR群279例（14.2%）、手動CPR群1,681例（85.8%）であった。交絡因子調整後、1か月後のCPC1-2はmCPR群3.6%、手動CPR群で2.4%であり、mCPR群で有意に高かった（OR：1.53, 95% CI：1.04-2.24）。【結語】ED到着後のmCPR導入は良好な神経学的転帰と有意に関連しており、その有用性が示唆された。

CPA3　前半
演題番号　MO43-5（E）

ECPR導入に至った学内急変に対する三重大学病院ドクターカーの機動的運用の経験

○三河内 伸一郎[1,2]，石倉 健[1]，三山 照巳[1,3]，堤 裕紀[1,4]，上山 容由[1,5]，國分 亮太[1,6]，池尻 薫[1]，鈴木 圭[1]
[1]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，[2]名張市消防本部，[3]伊賀市消防本部，[4]津市消防本部，[5]鈴鹿市消防本部，[6]亀山市消防本部

【背景】当院では、2023年より近隣消防本部所属の救急救命士が育成研修およびタスクシフティングを目的として一定期間出向する「ハイブリッドワークステーション（以下、HWS）」を導入している。【症例】40歳代の来学者が学内で突然倒れ心肺停止状態となり、直ちにバイスタンダーによる心肺蘇生およびAEDによる電気ショックが実施された。院内スタッフおよびHWS救命士が現場に駆け付け対応したが、発生場所が救急外来から遠方であったため、医師の判断によりドクターカーを出動させ搬送を行った。HWS救命士が中心となり迅速にドクターカーを運用し、救急外来到着後アンギオ室へ移動、ECMO 装着およびカテーテル治療を施行した。【考察】本症例では、学内での発症でありながら経験豊富な救急救命士が常駐しドクターカー運用を担っていたことで、プレホスピタル領域に近い機動的対応が可能であった。また、HWS救命士が院内診療フローや高度治療の流れを理解していたことにより、ECPR 導入までの過程が円滑に進行したと考えられる。学内環境においてもプレホスピタル領域で培われた判断力や行動様式が有用であると示唆された。

CPA3　後半
演題番号　MO44-1（CE）

救急診療科における VV ECMO 導入の均質化を目的とした標準化体制の構築

○古賀 比奈子[1]，菊池 佳峰[1]，仕田原 智[1]，上野山 充[1]，渡邊 篤[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター臨床工学部門

COVID-19 流行期以降、救急診療科における VV ECMO 導入件数は減少し、2020 年 20例、2021 年 18 例に対し、2022 年以降は年間数例に留まり経験機会の減少も顕著となっている。夜勤帯に上級医不在下で導入した症例では、医師・臨床工学技士とも経験不足および知識の不確実さにより、カニューレサイズ選定、送脱血部位決定、カニュレーション手技、回路延長の要否判断に難渋し導入遅延を生じた。これらは低酸素悪化を招き得る医療安全上の課題と考えられた。そこで医師・臨床工学技士合同で導入手順、役割分担、判断基準、トラブル対応を明文化した統一マニュアルを作成し、シミュレーション訓練を実施した。本取り組みにより導入判断の標準化が可能となり、夜勤帯を含めた均質で安全な VV ECMO導入体制の構築に寄与すると考えられた。

CPA3　後半
演題番号　MO44-2（D）

当院におけるHybrid ER導入前後のECPR施行症例の検討

○伴 理紗子[1]，村上 公子[1]，宮崎 敬太[1]，淺井 英樹[1]，川井 廉之[1]，福島 英賢[1]
[1]奈良県立医科大学附属病院 高度救命救急センター，[2]奈良県立医科大学附属病院 高度救命救急センター

【目的】院外心停止（OHCA）に対するECPRにおいて、迅速な導入と安全性の両立は極めて重要である。本研究では、当院におけるHybrid ER（HERS）導入が、ECPRの実施状況および安全性に与える影響を検討した。【方法】OHCAに対しECPRを施行した98例を対象とした単施設後ろ向き前後比較研究。HERS導入前（Pre：2022年4月～2024年5月、59例）と導入後（Post：2024年6月～2026年2月、39例）を比較した。評価項目はECPR導入率、来院からポンプオンまでの時間、手技関連重症合併症、および1ヶ月後の良好な神経学的予後（CPC 1/2）とした。【結果】ECPR導入率はPre 10.2%、Post 8.3%で、来院からポンプオンまでの中央値はPre 23分 vs Post 22分、手技開始から完了までは両群共に14分であり、HERS導入による遅延は認めなかった。1ヶ月後神経学的予後良好例はPre 0例（0%）、Post 4例（10.2%）であった。手技関連重症合併症は4例（7.1%）vs 2例（5.1%）であった。【結論】HERS導入後もECPRの実施率、導入までの時間は変わらず、手技関連合併症はやや減少していた。引き続き導入までの時間短縮、合併症発生の低下が課題として挙げられる。

CPA3　後半
演題番号　MO44-3（D）

インフルエンザ感染後の重症MSSA肺炎に対してV-V ECMOを中心とした集学的治療で救命した1例

○近藤 優樹[1]，磯川 修太郎[1]，渡辺 悠[1]，大谷 典生[1]
[1]聖路加国際病院 救急科・救命救急センター

[背景]インフルエンザ感染後の黄色ブドウ球菌性肺炎は、重症化しやすく致死率も高い。今回、インフルエンザ感染後の黄色ブドウ球菌(MSSA)による壊死性肺炎、持続菌血症、敗血症性心筋症に対して、V-V ECMOを中心とした集学的治療で救命した1例を経験した。［症例］高血圧と糖尿病の既往がある60台男性。呼吸困難を主訴に救急搬送された。来院時JCS1、呼吸40回／分、SpO2 85%(O2 10L／分)、脈拍132回／分、血圧118/88 mmHgであった。CTで両肺に広範な浸潤影を認め、人工呼吸管理や腹臥位療法、抗菌薬投与を開始した。第2病日にV-V ECMO導入したが、その後に敗血症性心筋症を合併し、左室駆出率が31%に低下した。マルチプレックスPCR検査でインフルエンザA(H1-09)が陽性であり、血液・痰培養からMSSAが検出された。強心薬や腎代替療法を行いつつ、感染巣検索を行いながら、第7病日に血液培養が陰性化し、第11病日にECMO離脱、第38病日に独歩退院した。［結語］インフルエンザ感染後の黄色ブドウ球菌性肺炎で、敗血症性心筋症及び菌血症を呈した場合、循環補助の検討や感染巣検索を要する。

CPA3　後半
演題番号　MO44-4（D）

VV-ECMO回路内で血栓形成しポンプ流量が低下した一例

○喜多村 まゆ[1]，谷口 寿[1]，高松 純平[1]
[1]関西労災病院 救命救急科

【背景】外傷患者に対するVV-ECMOでは出血と血栓形成リスクのバランスが課題となる。【症例提示】85歳、女性が転落し受傷され搬送された。入院3日目、両側肺挫傷と肺炎による呼吸不全に対しVV-ECMOを導入した。導入翌日に人工肺内に白色血栓を認めたが酸素化は保たれており継続管理とした。6日目頃から設定不変にもかかわらず流量低下と酸素化不良が出現し、回転数を上げて対応したが、9日目には流量を維持するのが困難となり回路交換に至った。経過中ACT・APTTや脱血圧に明らかな変化はなかった。回路交換時に脱血ポンプ入口部に紐状血栓を認めた。【まとめ】本症例では外傷に伴う出血リスクから抗凝固療法が制限されていたことや回路固定方法による血流停滞が血栓形成に寄与した可能性がある。また、人工肺に形成された血栓とは異なり、脱血ポンプ内の血栓はECMO稼働中には外見上明らかではなかったため回路交換までに時間を要した。ECMO管理においては単一指標に依存しない多面的モニタリングと、血栓形成を疑った段階での適切な抗凝固療法および迅速な回路交換判断が重要であることが示唆された一例であった。

CPA3　後半
演題番号　MO44-5（D）

Klebsiella pneumoniae肺炎から敗血症、たこつぼ型心筋症に至りV-A ECMOが奏功した一例

○満倉 希星[1]，奥野 奈央[2]，露無 景子[2]，奥畑 裕人[2]，島津 遥香[2]，宮野 結実子[2]，金山 周史[2]，丸山 修平[2]，岩村 拡[2]，和田 大樹[2]，島崎 淳也[2]，吉原 智之[2]，齋藤 福樹[2]，吉矢 和久[2]，中森 靖[2]
[1]関西医科大学 卒後臨床研修センター，[2]関西医科大学 救急医学講座

53歳男性、半年前に声帯麻痺を指摘され精査予定であった。発熱、背部痛を主訴に救急搬送された。搬送時意識清明、心拍数123回／分、血圧171/200mmHg、SpO2：90%（リザーバーマスク酸素15L投与）であった。CTでは両側肺に広範な浸潤影を認め、挿管、人工呼吸器管理、抗生剤治療を開始した。ICU入室後、大量補液・昇圧剤に反応せず、心臓超音波検査でたこつぼ型心筋症と診断された。循環維持困難となったため、VA-ECMOを導入した。心機能は徐々に改善し、第4病日にVA-ECMOを離脱した。呼吸状態も改善し第18病日に抜管に至ったが、自己排痰が困難であり同日再挿管となった。声帯麻痺、四肢筋肉萎縮、下肢腱反射亢進を認め、神経筋疾患の可能性が指摘された。第23病日に気管切開を施行、第25病日に人工呼吸器を離脱し第26病日に一般病棟転棟、ALS、筋ジストロフィーの鑑別のため精査目的に神経内科に転科となった。敗血症による心筋障害は可逆的である可能性がありVA-ECMOによって救命された症例も報告されている。今回もVA-ECMO導入により良好な転機を得ることができた。敗血症全般に対するECMOの適応について、文献的考察を踏まえて報告する。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 前半
演題番号 MO45-1（MS）

救急認定ソーシャルワーカーが入院時重症患者対応メディエーターを兼務して分かった他の診療科との相違

○原 一正[1]
[1]SUBARU健康保険組合 太田記念病院 地域医療連携課

当院の救急科では、専従の２名の救急認定ソーシャルワーカー（以下ESW）が、入院時重症患者対応メディエーター(以下 CCM）を兼務している。ESWは配置時より、意思決定支援としてCCMと類似する機能を果たしてきたが、重症患者初期支援充実加算の新設に伴い、より専門的で規則的な関与が求められるようになった。この影響により､CCMとして他の診療科の医師や医療ソーシャルワーカー（以下MSW）との連携など、ESWの支援環境に変化が生じた。この経過を通して、ESWおよびCCMの双方の視点により認識した、救急科と他の診療科との相違を述べる。CCMの視点では、他の診療科における専門診療科の臓器別に焦点化されたインフォームドコンセント（以下IC）に対し、救急科では全身状態の説明が主となるICが行われる点に着目し、CCMの業務に際し配慮している点について。また、ESWの視点では、他の診療科とのケースの特徴の相違に着目し、MSWとのケース介入の相違について。さらに、双方の視点に基づく、より良い支援環境について考察を行った。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 前半
演題番号 MO45-2（O）

社会実装における傷病者搬送時の従来法とNo Lift 法の比較検討

○安田 康晴[1]，江川 健太[1]，佐々木 広一[1]，竹井 豊[2]
[1]広島国際大学 保健医療学部 救急救命学科，[2]新潟医療福祉大学 医療技術学部 救急救命学科

【目的】救急活動中における傷病者搬送時の従来法と No Lift 法を比較検討すること。【対象】東広島市消防局2隊（18名）、出雲市消防本部1隊（10名）、松山市消防局6隊（39名）。【方法】2025年5月10日から2025年11月30日までの期間に、従来群（約1か月）、その後 No Lift 法訓練を終了後にNo Lift群（約1か月）実施、それぞれの期間中にWEB調査を行った。No Lift 資器材は、移乗ベルト、スライディングシート、スライドボード、エアストレッチャー ⓇFDM を用いた。【結論】救急活動においてNo Lift 法による傷病者搬送は傷病者および救急隊員の精神的・身体的負担を軽減させる方法として有効であることが示唆された。

【結果】

		従来群	No Lif群	p値
傷病者	肉体的負担 (1-5)	2[1–2.5]	1[1–2]	$p<0.05$
	精神的負担 (1-5)	2[1–2]	1[1–2]	$p<0.05$
救急隊員	身体負担度 (1-5)	2[1–4]	1[1–2]	$p<0.05$
	疲労度 (1-5)	2[1–3]	1[1–2]	$p<0.05$
	運動強度* (6-20)	11[7–13]	6[6–11]	$p<0.05$
	腰部負担（階段）	14/46（30.4%）	7/65（10.7%）	$p<0.05$
	ストレス度 (1-5)	2[1–2]	1[1–2]	$p<0.05$

*Borg scale

その他２（医療経済・法倫理を含む） 前半
演題番号 MO45-3（D）

当院救急センターにおける不必要な採血ゼロへの挑戦

○池田 倫太朗[1]，田口 大[2]，鈴木 悠介[2]，曳田 彩子[2]，林 浩三[2]
[1]勤医協中央病院，[2]勤医協中央病院救急科

【背景】昨今、Choosing Wisely(賢い選択)キャンペーンや病院経営難の影響から不必要な採血検査を減らす傾向にある。ただ、傷病者の緊急性と重症度が様々な2次救急医療施設において過不足のない採血検査を実践するのは容易ではない。当院救急センターにおいて医師の指示前にあらかじめ看護師が末梢静脈路確保と同時に採血を行うことが許容されているが、その際に過剰な採血が実施され、不要となった場合採血管ごと廃棄する事例が増加し問題化した。【目的】不必要な採血状況の調査【方法】2025年11月に、採血後不要となった採血管を回収し廃棄採血管数・廃棄総額・廃棄理由を調査した。【結果】廃棄採血管は総数62(茶23・黄18・青12・灰5・黒4)本、その総額は1102円／1週間であった。廃棄理由として「入院想定違い」が最多だった。【考察】年間で考えると5～6万円規模の不要支出が見込まれた。当院の茶色採血管は入院や手術を想定した肝炎ウイルスや梅毒検査目的に使用され、想定違いでの廃棄が多かった。今後は緊急性と重症度の低い症例への採血の要否を医師・看護師で確認し合うルールを定めることとした。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 前半
演題番号 MO45-4（N）

ER救命救急センターにおける臨床倫理カンファレンスの実践と課題

○笠原 美紀[1]，山田 知輝[1]，清水 淳代[1]，水島 靖明[1]
[1]大阪けいさつ病院 ER・救命救急センター

【背景】救急外来は迅速な判断が求められる一方で、日常的に倫理問題に直面する。当院はER型診療と自己完結型三次救急を併せ持ち、年間15000症例（救急搬送約9000件）を受け入れる都市型三次救急センターである。看護師を中心に倫理カンファレンスを不定期に実施してきた。【目的】救急外来における倫理的課題の特徴を整理し、多職種で倫理的問題を共有・議論する意義を検討する【方法】2019年以降、倫理カンファレンスを実施した症例を対象とし、倫理的論点を抽出して質的に整理した。【結果】対象は10例であった。倫理的課題は、①本人意思と医学的妥当性の乖離、②判断能力が揺らぐ中での代理意思決定、③家族内で合意形成が困難な症例、④社会的背景が意思決定に影響した症例、⑤自律の尊重より安全確保を優先した症例、に大別された。なお1例は多職種で緊急カンファレンスを実施し、治療方針の決定の補助とした。【結論】看護師を中心とした倫理カンファレンスは、救急外来における倫理的課題を可視化し、多職種で共有する有効な手段である。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 前半
演題番号 MO45-5（D）

推定意思を尊重した緩和的抜管の倫理的意思決定

○新里 盛朗[1]，外間 亮[1]，高江洲 怜[1]
[1]沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 救急集中治療科，[2]琉球大学大学院医学研究科救急医学講座

60代男性。外傷性脳底動脈損傷に伴う広範な脳幹虚血による意識障害(GCS 3点)のため人工呼吸管理となった。画像および脳波所見から大脳皮質機能は一部保たれ意識が可逆的な可能性がある一方、四肢麻痺は不可逆的と判断された。気管切開により年単位の生命予後が見込まれ医学的適応はあるが、本人が健常時にADLが不良な状態での延命拒否の価値観を表明していたと家族が証言し、質的無益性が検討された。院内倫理カンファレンスでは法的懸念を含め意見が分かれ、外部法律家・倫理専門家を含む倫理委員会で再検討した。気管切開を行わない以上生命予後は限定的であり、厚労省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に照らし、終末期概念を個別的に解釈した。追加面談により推定意思の妥当性が補強され、shared decision makingに基づき意思決定を行い、組織的合意形成を経て緩和的抜管を行った。本症例は、終末期概念の解釈、質的無益性の評価、組織的合意形成過程の重要性を示唆する。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 後半
演題番号 MO46-1（HS）

Aクリニック(仮称)の電話問合せにみる診療科の需要

○吉田 雄一[1]，木川 英[1]，上原 淳[1]
[1]川越救急クリニック 救急科

【緒言】医療機関にかかってくる電話には、ホームページに記載されている情報であるにもかかわらず診察時間、診療科の有無のほか、受診可否相談、服薬の問合せ等多様な問いあわせがある。これらの問合せは時に、受付会計業務の遅延、問診診察の遅延に繋がる。【方法】週末および休日前日の夜間時間帯(20時以降)の電話による問合せ内容を集計し時間帯毎に解析を行った。【結果・考察】時間帯で、問合せ事項(診察時間、受診可否）に差があった。移転に併せてホームページをリニューアルし、診察時間や診察可能対象を明確にし、夜間時間帯や休日の診察は混雑することを案内していた。しかし、多くの診察時間・診察可能対象の問合せはホームページではなくネット検索でヒットした情報をみて問合せをしていることが判明した。また、受診相談は、＃7119、＃8000相談窓口や他院から「○○科の専門医がいると言われた」と言う事例が増えている。紹介元は「診てもらえるかもしれないが相談して」と回答しているところを受け手の中で「専門医がいる」に変わっている可能性がある。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 後半
演題番号 MO46-2（E）

クラウドファンディングを活用した病院救急車購入の取り組み

○竹内 一貴[1]，岩原 暖[1]，平手 友理[1]，原島 健也[1]，瀬之口 真美[1]，河北 光[1]，八嶋 朋子[1]，前田 敦雄[1]，原口 剛[1]，内野 正人[1]
[1]河北総合病院 救急集中治療科

【背景】当院は二次救急指定および地域医療支援病院である。2013年より救急救命士が病院救急車の運用を担い、診療報酬を算定しながら持続可能な体制を構築してきた。近年、車体の老朽化に伴う修理や搬送依頼の重複などにより、出動調整や運用の継続に支障を来す状況となった。この課題解決のため、クラウドファンディングを活用した新型救急車購入を企画した。【目的】クラウドファンディング実施にあたり、プロジェクトチームの立ち上げから情報の発信方法、支援獲得および達成後の活動について振り返る【結果・考察】最終的に約2,300万円、332名の支援を得た。本手法は高額な救急車購入の資金調達に加え、病院機能の可視化や地域住民への広報強化にも寄与した。返礼として法人向けに救急車へのロゴ掲載、一般向けにお披露目会招待などを設定し、多層的な支援獲得につながったと考える。一方、院内外への周知や窓口対応、事務作業を通常業務と並行して行う必要があり、職員の負担は大きく、他職種協働と連携が鍵である。今後は本取り組みで得られた知見の共有と、地域医療における救急体制強化に資する活動を継続し、同様の課題を抱える医療機関への一助となれば幸甚である。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 後半
演題番号 MO46-3（O）

月の満ち欠けにより交通事故は増えるか

○田久 浩志[1]，田中 秀治[1]
[1]国士舘大学大学院 救急システム研究科

はじめに 2025年度に我々は満月時での交通事故の増加を報告した。今回、月の満ち欠けと時間帯と交通事故の関係を検討した。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。年齢は16歳以上とし、月の見え方は、天気と事故発生時の月の満ち欠けと月の出入り時刻で検討し、全体で184549件を対象とした。結果と考察　月が見える場合の事故件数増加の粗オッズ比(C.O.R.)を年齢、性別、平日祝祭日、時刻で求めた。全体のC.O.R.は1.07（95% C.I. 1.05 ～ 1.09）で、性別、年代でも有意に上昇したが、平日と祝祭日では平日のみで増加した。対象とした18時で月相12-15、21時で月相16-17、6時で月相15-16と有意にC.O.R.が増加した。これは満月前後の月が地平線の近くで輝き、運転手の注意がそれて事故につながると考えられる。結論　平日で満月近くの月が地平線近くで輝く時に交通事故は有意に増加した。交通事故を防止し救急搬送を減少させるためには、月がフロントグラスから見える時は注意喚起が必要であることを強調したい。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 後半
演題番号 MO46-4（D）

台湾の救急医療体制の現況と課題

○王 徳雄[1,2]，平川 昭彦[1]，後長 孝佳[1]
[1]田附興風会医学研究所北野病院 救急科，[2]京都大学医学部附属病院 初期診療・救急科

日本と台湾はいずれも全民皆保険の下で救急医療体制が整備され、急速な少子高齢化が進行するという共通課題を抱えている。演者は台湾の医学部を卒業後、台湾および日本の救急医療現場で勤務した経験を有する。本報告では実臨床経験に基づき、台湾の救急医療体制と現場運用の特徴を概説する。台湾では1994年に救急医学会が発足し、1995年の緊急医療救護法施行を契機にEMS体制が整備された。1998年には救急専門医が基礎領域の専門資格として承認され、4年間のレジデンシーと試験を経て取得される。急性期病院評価においては専従専門医数が重視され、救急医の役割は極めて重要である。救急医療体制は北米型ER方式を採用し、救急外来専従が基本で病棟業務は限定的である。原則として患者受け入れを断らず初療後に各診療科へ適切に振り分ける運用であり、満床時でも受け入れを継続するため、入院待機が救急外来で数日間に及ぶこともある。EMSでは搬送先はかかりつけに依らず最寄り病院が原則で、転院や自己都合退院も一定数認められる。以上より、ER型体制下における救急外来の過密と救急医の負担増大が主要な課題と考えられる。

その他２（医療経済・法倫理を含む） 後半
演題番号 MO46-5

演題取り下げ

内因性 その他 前半
演題番号 MO47-1（D）

精神疾患の治療中に甲状腺クリーゼの診断に至った一例

○町田 麻美[1]，菊地 一樹[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 救命救急科

【諸言】甲状腺中毒症は多彩な精神神経症状を呈し、時に精神疾患との鑑別が困難である。【症例】PTSD(Post Traumatic Stress Disorder)や双極性障害疑いの診断で炭酸リチウム等を内服中の17歳女性。数日前から発熱と嘔気下痢があり、突然の痙攣および意識障害で搬送された。幻聴幻視を伴う不穏状態で、GCS E4V4M5 瞳孔3+/3+ 、呼吸数31回/分、血圧143/100 mmHg、脈拍135回/分、SpO2 99 %（室内気）、体温36.3℃。頭部CTやMRIに異常所見なく、甲状腺両葉の腫大と心拡大がみられ、TSH低値およびFT3・FT4高値であった。 甲状腺クリーゼとして治療開始し、症状は徐々に改善を認め、第17病日に退院した。【考察】甲状腺クリーゼは早期発見と治療を要する致死的疾患であるが、その中枢神経症状は時に精神疾患の増悪と鑑別が困難である。本例は未発見のBasedow 病から感冒を契機に甲状腺クリーゼへ至ったと考えられ、速やかな治療介入が良好な転帰をもたらした。【結語】急性の精神症状の鑑別においては、甲状腺中毒症を念頭に置くべきである。

内因性 その他 前半
演題番号 MO47-2（D）

特発性膀胱破裂における逆行性膀胱造影の至適施行時期の検討

○横山 敦士[1]，山下 達也[1]，清水 洋[1]，小川 敦裕[1]，橋本 真佑[1]，海部 広貴[1]，飯利 真子[1]，金井 尚之[1]
[1]東京警察病院 救急・集中治療科

【背景】特発性膀胱破裂は稀な疾患であり、初回の診断率36％との報告もある。逆行性膀胱造影(RCG: Retrograde cystography)は膀胱破裂の診断に用いられるが、特発性膀胱破裂での施行例は少なく、至適施行時期も明らかではない。【症例】症例1：虫垂炎術後、神経因性膀胱の既往のある91歳女性。腹痛で入院し第8病日の造影CTにて膀胱破裂が疑われ、第11病日にRCGを施行し特発性膀胱破裂と診断した。保存的加療で軽快し、第177病日のRCGでは造影剤漏出を認めなかった。症例２：肺塞栓症で抗凝固療法中の84歳女性。肉眼的血尿を呈し造影CTで気腫性膀胱炎、特発性膀胱破裂と診断した。発症時期不詳で再損傷の可能性からRCGは施行せず保存的加療で軽快した。【考察】特発性膀胱破裂の損傷部は経時的に一時閉鎖することがあり、診断遅延例ではRCGに伴う膀胱内圧の変化により一時閉鎖した破裂部の再損傷を来す可能性がある。自験2例では、発症時期が推定可能な症例ではRCG施行が適切と判断し、発症時期不詳で再損傷が懸念される症例ではRCGは施行しなかった。【結語】特発性膀胱破裂の診断にRCGを用いる場合、発症からの時間経過を考慮した適応判断が重要である。

内因性　その他　前半
演題番号　MO47-3（D）

高浸透圧高血糖状態と急性膵炎を合併した一例 ー相反する病態を考慮した初期輸液管理ー

○村上 朔人[1]，長田 雄大[1]，小森 大輝[1]，鈴木 優伍[1]
[1]筑波記念病院

【背景】急性膵炎および高浸透圧高血糖状態（HHS）はいずれも輸液管理が治療の重要な要素である。HHSでは自由水欠乏により高Na血症が顕在化しうる一方、急性膵炎では体液過剰が合併症リスクとなるため、両疾患が合併した症例では相反する病態を考慮した輸液判断が求められる。【症例】63歳男性。意識障害と心窩部痛を主訴に救急搬送された。糖尿病の既往があり、来院時GCS E4V4M5、血糖1023 mg/dL、BUN 106.7 mg/dL、Hb 20.3 g/dLと高度脱水を認め、血清Na 142 mmol/Lであった。アミラーゼ1207 U/L、腹部CTで膵周囲脂肪織濃度上昇を認め、急性膵炎を契機としたHHSと診断した。初期治療として補液とインスリン持続静注を行ったところ、第2病日にNa 163 mmol/Lと高Na血症が顕在化したため補液内容を調整し是正した。その後、神経学的合併症を認めることなく全身状態は改善した。【結論】HHSと急性膵炎の合併例では、循環血液量回復を優先しながら高Na血症の顕在化を予測・監視し、病態に応じた補液調整が重要である。

内因性　その他　前半
演題番号　MO47-4（D）

急性上気道炎を誘因として両側声帯開大不全を生じた１例

○松本 真輝[1]，山下 貴弘[1]，池上 徹則[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 救急科

【症例】81歳男性。X－2日に咽頭痛を自覚し、X-1日の夜間に呼吸困難、起坐呼吸、発声困難を認めた。X日に呼吸困難が増悪のため当院救急外来を受診した。来院時、意識清明、呼吸数 18回/分、SpO2 95%(RA)、咽頭に発赤あり、呼吸音は吸気時に喘鳴、呼気時に呻吟を認めた。上気道病変精査のため喉頭内視鏡検査を施行し、声帯の浮腫性変化と吸気呼気時ともに両側声帯の開大不全を認めた。CT検査では喉頭に腫瘍や膿瘍形成はなく下気道感染を疑う所見も認めなかった。神経学的異常所見の随伴はなく、経過から急性喉頭炎による両側声帯麻痺と考えられた。両側声門は完全閉鎖しておらず切迫した気道・呼吸症状を認めなかったため、声門浮腫に対して副腎皮質ステロイド投与を行い、症状増悪時は緊急気道確保を行う方針で入院加療を行った。X+4日の評価では両側声帯麻痺は来院時より改善しX+5日に退院となった。【考察】両側声帯麻痺の原因として気管挿管などの直接刺激や神経疾患・腫瘍などが挙げられるが、感染症によるものは稀である。上気道炎症状に気道症状を伴う場合は、両側声帯麻痺も鑑別疾患として挙げ、声帯運動も精査すべきである。

内因性　その他　前半
演題番号　MO47-5（D）

精神症状または意識障害を呈し抗甲状腺抗体を測定した114例の検討

○工藤 輝[1]
[1]関西医科大学総合医療センター 救急救命科

【背景】橋本脳症は明確な国際的診断基準を欠き、抗NAE抗体が診断補助として用いられている。【方法】精神症状または意識障害を呈し抗甲状腺抗体を測定した114例を後方視的に検討した。抗サイログロブリン抗体は108例中22例、抗TPO抗体は103例中18例で陽性と判定された。16例で抗NAE抗体が測定され陽性は5例（4.4%）で陽性であった。【結果】NAE陽性例は若年から高齢まで幅広い年齢層に分布し、甲状腺機能は正常例を含め多様であった。神経・精神症状も多彩で一定の傾向は認めなかった。【結語】精神症状・意識障害例の一部に抗NAE抗体陽性例が存在し、その臨床像は年齢、甲状腺機能、症状の重症度に必ずしも依存しなかった。

内因性　その他　後半
演題番号　MO48-1（E）

未受診妊婦で墜落分娩の１例

○三平 学[1,2]
[1]安房郡市広域市町村圏事務組合消防本部 館山消防署，[2]国士舘大学大学院 救急システム研究科

【背景】周産期症例は頻度が少なく対応経験が限られている。今回、未受診妊婦で墜落分娩症例を経験したので報告する。【症例】令和7年3月某日「現場外通報、24歳女性、妊娠していたかもしれずトイレで力んだところ手足がでてきた、墜落分娩、生死状態不明」との通報内容で救急車2隊同時出場。総合周産期母子医療センターのホットライン（以下HL）へ連絡し、NICUドクターカー（以下ドクターカー）を現場要請。現場付近到着するも、傷病者を発見できず、現場到着17分後に傷病者と接触。現場到着時、洋式トイレの便座に座位、意識あり、下腹部痛の訴え、骨盤位の児が娩出途中で頸部から上が膣内に残存している状態で四肢にチアノーゼあり。観察結果を医師へ連絡し、情報共有しながら傷病者をトイレから居間へ搬出し、室温管理等を実施した。その後、ドクターカー医師達が到着。分娩処置で児は娩出、児は新生児科医師によりNCPR開始し改善後、搬出に移り児はドクターカー搬送。母体は救急隊で搬送となった。【考察】この症例から周産期プロトコルやHLの有用性、そして様々な症例に対応できる知識と技術、チームビルディングの向上など、病院前救護の重要な役割を再認識した。

内因性　その他　後半
演題番号　MO48-2（D）

偶発的所見としての気管分岐下の腫瘤性病変に対し核医学検査で動脈瘤の診断が得られた一例

○張 賢司[1]，高平 修二[1]，松本 佳祐[1,2]，内藤 友亮[1]，鈴木 聖梧[1]，橋本 雄太[1,2]，岩崎 由紀子[2]，神山 哲男[2]，岩瀬 哲[2]，山本 航史郎[2]
[1]埼玉医科大学病院 救急科，[2]埼玉医科大学病院 緩和医療科

【はじめに】救急外来で行った画像検査で判明する偶発的所見は多く経験するが,主病態の治療を優先し精査が遅延する場合がある.今回偶発的所見としての気管分岐下の腫瘤性病変に対し核医学検査で動脈瘤の診断が得られた症例を経験したので報告する【症例】85歳女性.X年Y月に体動困難で当院の救急外来に搬送された.COVID19関連肺炎（中等症II）および市中性肺炎（A-DROP1点）の診断で入院となった.CT検査で偶発的に気管分岐下に直径約26mmの腫瘤性病変が判明し入院後に造影CTで精査予定だったが,入院翌日から喘息を発症し造影CTが相対的禁忌となった.MRI非対応の人工関節が体内にあり,生検を試みるも入院25日目に行った超音波内視鏡検査で内部に乱流を認め動脈瘤疑いとなった.入院32日目に核医学検査（プールシンチグラフィ）を行い動脈瘤の確定診断が得られた.追加の精査・加療の希望なく突然死のリスクを説明の上で入院34日目に自宅退院の運びとした.【結語】偶発的所見としての気管分岐下の腫瘤性病変に対し核医学検査で動脈瘤の診断が得られた一例を経験した.造影CT・MRIが相対的禁忌となる症例に対し核医学検査が有用であることは迅速・的確に診断する上で教訓的である

内因性　その他　後半
演題番号　MO48-3（D）

痙攣を主訴に救急搬送された甲状腺クリーゼの１例

○山田 夏海[1]，山下 貴弘[1]，池上 徹則[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 救急科

【背景】甲状腺クリーゼは多彩な症状を呈し診断に難渋しうる疾患であるが，致死率は高く早期診断と迅速な治療介入が不可欠である． 今回我々は痙攣を主訴に搬送され，甲状腺クリーゼと診断した症例を経験したので文献的考察を含め報告する．【症例】特記既往歴のない39歳男性．家族と買い物をしている際に2分間の強直性痙攣を認め救急要請．救急隊到着時GCS E3V4M6であった．来院時には意識清明，心拍数130回／分，体温37.8℃．頭部CT，MRI，腰椎穿刺で優位な所見を認めなかった．血液検査でTSH感度未満，FT3・FT4高値を認め，頻脈・発熱・中枢神経症状を伴うことから甲状腺クリーゼと診断し，抗甲状腺薬，副腎皮質ステロイド投与などを開始し入院加療を行った．経過良好で第９病日に退院．現在は甲状腺機能亢進症に対して外来通院されている．【考察】甲状腺クリーゼでは中枢神経症状を高頻度に認めるが， 痙攣を伴う頻度は少ないとされる．本症例では意識障害などの典型的な症状は乏しかったが，来院時の検査で甲状腺機能も測定していたことが早期の診断に繋がった．原因不明の痙攣に頻脈や発熱を伴う場合，甲状腺クリーゼも鑑別に挙げる事が早期の診断に寄与すると思われる．

内因性　その他　後半
演題番号　MO48-4（E）

原因不明の意識障害

○森本 瑞樹[1]
[1]倉敷市消防局 玉島消防署

【目的】高齢者の意識障害、現場での所見、状況から判断に苦慮した事案を経験した。今後、高齢者が増加し、高齢社会が進み、救急現場で遭遇する機会が増すと考えられるため共有したい。【症例】傷病者は90歳男性。1週間便が出ておらず、排便後、デイサービス帰宅時から動けなくなった。現場到着時、家族に支えられ半座位で、JCS100。橈骨動脈は触知不可。血糖測定を行うも低血糖は認められない。病院連絡終了間際にJCS2となり、腹痛を訴えた。腹部所見は腹壁はやや硬く、圧痛あり。搬送中、血圧上昇が見られないため静脈路確保を行った。病院到着数分前には橈骨動脈が微弱に触知可能となる。【結果・考察】病院搬送後の診断名は『尿路感染症からの敗血症性ショック』でICUに入院となった。本症例を通じて尿路感染症から敗血症性ショックに至るも発熱を伴わないケースもあり、観察・判断・処置の重要性を再認識した。また、内服薬や生活環境といった問診、観察も疾病を特定するのに重要となってくる。今後、ショックの原因検索を行う際の選択肢の1つとなり、救急活動の一助になれば幸いである。

内因性　その他　後半
演題番号　MO48-5（E）

浮遊性めまいで発症し搬送途上に片眼視力を消失した脳梗塞症例

○星野 紀幸[1]
[1]小千谷市消防本部 警防課

【目的】めまいや眼症状のみを主体とする脳血管障害は典型的な神経症状に乏しく、救急現場での判断に苦慮することがある。本症例を通じ、救急隊の観察及び病院選定の重要性について検討する。【症例】５８歳男性。１０時頃、洗濯中に浮遊性めまいが出現。その後、右眼中央の霧視を自覚し、１２時５１分救急要請に至る。接触時、意識清明、麻痺・構音障害はなく、バイタルサインに特記すべき異常はなし。右眼症状は継続し、右側頭部痛に加え、左手中指MP関節付近の痺れを訴えていた。観察結果から、脳卒中を疑い急性期対応可能な病院へ搬送を開始。搬送途上に右眼視力が低下し、視力消失を認めた。搬入後、医療機関で脳梗塞と診断された。【考察】本症例では視覚に異常を認めたが、救急隊観察6項目にある半側空間無視は認めなかった。また、他の典型的神経症状も異常を認めなかった。観察6項目は血栓回収療法を想定した重症例抽出のための観察指標であるが、視覚異常や限局した感覚異常のみを呈する非典型例では、症状の推移を踏まえた判断と適切な病院選定が求められる。

院内トリアージ　その他　前半
演題番号　MO49-1（E）

救急隊現場重症度判定の一致度検討　～搬送先適正化の可能性～

○大屋 悠真[1]，平野 幾万[1]，大石 奨[1,2]
[1]豊田市消防本部 中消防署消防2課，[2]熊本大学教授システム学教育実践力開発拠点

【背景】当市の救急搬送は約7割が救命救急センター(以下センター)に集中し、医療資源適正配分が課題である。受入拒否経験や病院前重症度判定の不確実さが搬送先選定に影響していると考えられる。【目的】救急隊重症度判定と診断一致度を評価し、搬送先選定との関連を検討する。【方法】単施設後方視的研究、救急出動472例を対象に現場判定重症度と診断をクロス集計し、一致率、過大・過小評価率、各95% CIを算出、群間比較はχ^2検定を用いた。【結果】一致率69.5%（95% CI 65.3-73.6）過大11.9%（95% CI 9.0-14.8）過小18.6%（95% CI 15.1-22.1）であった。非センター搬送群は一致率81.1%と高値で、センター搬送群65.2%との差を認めた（$\chi^2 \fallingdotseq 11.0$, $p<0.001$）。【考察】救急隊の重症度判定は一定の一致度を示し、非センター搬送群で有意に高い一致率を認めた。救急隊が確信度の高い軽症例を非センターへ、不確実性のある症例をセンターへ搬送している可能性がある。【結論】非センター群で有意に高い一致率を認めたことから救急隊判定を踏まえた搬送分散化の可能性が示唆された。判定制度を前提とした搬送先適正化に向けた運用の再検討が必要である。

院内トリアージ　その他　前半
演題番号　MO49-2（D）

看護師の「直感」は急変予測をどう変えるか？時間外外来におけるNEWSと主観評価の機械学習解析

○舘野 丈太郎[1]，宮崎 絹子[1]，野村 倫子[1]，松岡 真矢[1]，岸前 香織[1]，嶋谷 可愛[1]，瀬尾 恵子[1]，白石 真之[1]，清水 健太郎[1]，入澤 太郎[1]，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

【背景】当センターの時間外外来は各診療科の医師が対応するが、急変対応における医療安全上の課題が潜在している。当院では救急医による後方支援として、客観的な生理学的指標による早期警告スコアであるNational Early Warning Score（NEWS）に「看護師の懸念（変だという直感）」という主観的評価を加味したモニタリングを導入している。【目的】時間外外来におけるNEWSおよび看護師の主観的評価が、重大な臨床イベントの予測に与える効果を検証する。【対象と方法】2020年7月～2026年2月に当院を受診した連続5,359例を対象とした単施設後方視的観察研究。主要評価項目を24時間以内の緊急入院、副次評価項目を1週間以内の入院・手術介入および死亡とした。ベースラインの予測精度を受信者動作特性解析で評価し、主観項目追加による再分類への寄与をNRIおよびIDIを用いて定量化する。さらに機械学習モデルを構築し、主観的評価が予測に与える重みを検証する。【結語】発表では、客観的指標に対する主観的評価の上乗せ効果を客観的データとして提示し、時間外外来の医療安全に資するトリアージ体制の構築や、予測モデル改変の余地について論じる。

院内トリアージ　その他　前半
演題番号　MO49-3（N）

院内トリアージにおけるタスク・シェアの課題
—トリアージ判断と責任体制の再考—

○橋本 真由美[1]，背戸 陽子[2]，多賀 真佐美[3]，奈良 唯唯子[4]
[1]福島県立医科大学大学院医学研究科 災害危機管理看護学講座，[2]日本医科大学付属病院，[3]公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院，[4]神奈川工科大学健康医療科学部看護学科

【背景】救急外来の過密化と人材不足を背景に、院内救急救命士（以下、救命士）の導入が進んでいる。救命士による周辺業務の代替は、看護師が専門業務に専念する体制整備とされる。一方、院内トリアージの最終判定および診療報酬の算定主体は、現行制度上、医師または一定経験を有する看護師に限定される。【目的】院内トリアージにおけるタスク・シェアの課題を整理し、判断機能と責任体制を検討する。【結果】院内トリアージは単なる優先順位決定ではなく、言語・非言語情報を統合し、変化する状況で緊急度や予後を予測する高度な臨床推論であり、救急看護の中核を成す。測定や初期評価の分担は可能であるが、情報収集と統合判断の分離は判断の質を低下させる。【考察】「誰が測定するか」ではなく、「臨床推論過程の質の担保」が論点である。緊急度判定と優先順位には責任主体が必要である。将来、救命士が実施主体となる場合は、追加教育と評価制度を整備し、実施責任を担う体制が妥当である。【結論】院内トリアージのタスク・シェアは業務分担のみならず、専門職機能の再編を問う。判断過程の質を担保し、責任構造を明確化する制度設計が必要である。

院内トリアージ　その他　前半
演題番号　MO49-4（D）

奈良県e-MATCH 入力情報を用いた重症転帰予測モデルの時間的外部検証

○川井 廉之[1]
[1]奈良県立医科大学　高度救命救急センター

【背景】奈良県では2013年から救急医療管制システム（e MATCH）による搬送先医療機関の選定支援が行われているが、緊搬送初期（初回照会開始時刻：T0）の情報のみで、死亡または同日高次転院といった重症転帰をどの程度予測できるかは明らかでない。【目的】T0時点の入力情報から重症転帰を予測するモデルの時間的外部妥当性を評価し、T0以後の情報更新（T1）による予測変化を探索する。【方法】2022-2025年の搬送症例のうち転帰情報が確認可能であった症例を対象に、死亡または同日高次転院を予測。2022-2024年で学習、2025年で検証。救急隊入力のT0情報を説明変数としてロジスティック回帰で転帰確率を推定した。さらに、学習したT0モデルを固定したまま、T1で更新されたバイタルを代入して再推定確率の変化を評価した。

院内トリアージ　その他　前半
演題番号　MO49-5（E）

けいれん重積患者に対する病院前救護の重症度判断について

○秋山 由真[1]，本多 満[2]
[1]東京消防庁救急部 救急管理課，[2]東邦大学医療センター大森病院救命救急センター

【目的】けいれん重積患者は救命救急センターへの搬送が原則であるが、病院前に患者から得られる情報及び所見より、重症度を判断可能な指標の存在の有無を検討した。【対象・方法】東邦大学医療センター大森病院救命救急センターに2018年1月から2024年12月の7年間でけいれんを主訴として搬送された205症例（男131例、女74例、平均年齢59.7歳）について、多変量ロジスティク回帰分析を行い、転帰に影響を与える因子について検討した。説明変数は年齢75歳以上、性別、接触時発作持続、局所神経症状及びてんかん既往の有無、脈拍数、血圧、SpO_2値とした。【結果】転帰不良は205例中87例であった。強い関連を示した因子は75歳以上、接触時発作持続、局所神経症状あり、てんかん既往なしであり、オッズ比はそれぞれ3.31、7.04、2.16、3.75であった（全てp＜0.05）。【考察・結語】救急隊が収集可能な情報から転帰不良の可能性を判断できることがわかった。今後は、年齢や既往症をはじめとする患者情報の収集、接触時の発作持続や局所神経症状の有無といった身体所見の観察を確実に行い、転帰不良の因子を含む場合は、より早急に適切な医療機関へ搬送する必要がある。

院内トリアージ　その他　後半
演題番号　MO50-1（E）

藤枝市立総合病院ラピッドレスポンスカー発足して４年

○今井 良雄[1]
[1]藤枝市立総合病院 救急科

背景：傷病者の早期医療介入を目的としたラピッドレスポンスカー（RC）が運用されて今年で４年となる。当院のRCは、119番通報内容が特定のキーワードに該当した際に消防指令課から当院へ情報提供することで出動する方式を採用している。この４年間のRC活動内容を後ろ向きに調査し、問題点を抽出したい。方法：発足当初から2025年12月までのRC出動について、件数、キャンセル件数、キャンセル率推移について調査した。結果：2022年度は件数412件、キャンセル131件、キャンセル率31.8％。2023年度は件数414件、キャンセル138件、キャンセル率33.3％、2024年度は件数193件、キャンセル24件、キャンセル率12.4％。2025年度12月末で件数153件、キャンセル７件、キャンセル率4.6％だった。考察：当院のRCが出動する特定のキーワードの見直しを2023年度に改定したことにより、キャンセル件数が大幅に減少し、キャンセル率も著しく減少したことから、早期医療介入が必要な症例に有効的に出動できるよう精度が改良されたと考えられる。

院内トリアージ　その他　後半
演題番号　MO50-2（E）

転院搬送中に発生した救急車事故の一例と再発防止への取り組み

○中村 光児[1]，當山 総一朗[1]，新城 勇仁[1]
[1]社会医療法人 敬愛会 中頭病院 救急診療部

「背景・目的」近年、病院救命士が転院搬送に携わる機会が増加している。しかし、搬送中の事故対応や運転技能教育を医療機関主体で検討する機会は少なく、当院でも事故対応マニュアルおよび運転技能研修が未整備であった。今回、転院搬送中に救急車事故が発生したことを契機として、要因分析および再発防止策を検討したので報告する。「方法」事故後にスタッフによる振り返りを実施し、救急診療部運営委員会にて要因と対策を協議した。さらに症例検討会に他医療機関・消防機関を招き、広く事例を共有した。「結果」消防機関の事故対応マニュアルを参考として当院版マニュアルを新たに整備した。また全救命士を対象とした緊急自動車運転技能研修の受講を決定し実施した。「考察」他職種・他機関を交えた多角的な検討により、実効性の高い再発防止を構築することができた。組織横断的な取り組みが搬送安全管理の向上に有効であることが示唆された。「結論」継続的な教育と組織的な安全管理体制の構築により、搬送の安全性向上に努めていく。

院内トリアージ　その他　後半
演題番号　MO50-3（D）

救急外来における免疫関連有害事象の単施設疫学評価

○原田 勇樹[1]，木村 拓哉[1]
[1]大垣市民病院 臨床研修センター

＜背景＞当院における免疫チェックポイント阻害薬(ICI)導入から12年が経過し、長期予後評価が可能となった。免疫関連有害事象(irAE)は投薬後遅発性に発現することが報告されており、長期フォローアップに基づく疫学的評価が求められている。＜目的＞ICI導入患者の救急外来受診率、全生存期間、irAE累積発生率を後方視的に検討する。＜対象と方法＞2014 ～ 2016年にICIを導入した患者を対象とし、遅発性irAE評価のため意図的に初期コホートを選択した。ER受診歴、生存転帰、irAE発症有無を診療録より解析した。＜結果＞全生存期間とirAEに統計学的有意差は認めなかった。irAE症例の大多数がER経由で診療されたが、確定診断に至らない症例が散見された。＜考察＞本研究期間はirAE概念の過渡期で、また診断未確定死亡例も含まれるため、真の発生率は過小評価されている可能性がある。＜結語＞ICI関連irAEの早期補足にはER診療におけるスクリーニング体制構築が必要である。

院内トリアージ　その他　後半
演題番号　MO50-4（E）

少子高齢化社会を見据えたオホーツクPEMEC・PACCコースの普及戦略

○上見 崇[1]，谷口 治[2]，小野寺 俊幸[3]
[1]北見赤十字病院 教育研修推進室，[2]北見赤十字病院 患者支援センター，[3]北見赤十字病院 内科

少子高齢化と医師偏在が進行するオホーツク三次医療圏において、限られた医療資源で初期救急機能を維持する体制構築は喫緊の課題である。当院は圏域初となるPEMEC・PACCコースを開催し、救急隊のみならず地域基幹４病院あるいは行政職の幹部医師がオブザーバー参加することで「地域全体でコンセプトを共有する」普及戦略を展開した。重症例の適切な高次医療機関集約と軽症例の適正分散を両立させるには、病院前活動の標準化のみならず、医療機関側の受入姿勢、搬送先選定に対する裁量の尊重、フィードバック文化の醸成が不可欠である。本取り組みは、医療圏単位での合意形成を通じて救急医療の持続可能性を高める地域戦略の実践報告である。

院内トリアージ　その他　後半
演題番号　MO50-5（E）

神奈川県北・県央地区MCにおける４市合同多数傷病者対応訓練の取り組み

○大木 俊一[1,2]，大田 貴広[1,2]，大貫 肇[1,2]，藤田 光次[2,3]，青柳 徳浩[2,3]，服部 潤[2,8]，片岡 祐一[2,8]，朝隈 禎隆[2,7]，我妻 茂雄[2,6]，渋谷 由芽[2,6]，宇田 健吾[2,6]，益本 雅志[2,5]，松岡 裕久[2,5]，加藤 玲生[2,4]，杉浦 清採[2,4]
[1]相模原市消防局 警防部救急課，[2]県北・県央地区メディカルコントロール協議会，[3]相模原市消防局，[4]大和市消防本部，[5]座間市消防本部，[6]綾瀬市消防本部，[7]相模原病院，[8]北里大学病院救命救急・災害医療センター

相模原市内で発生した重大な多数傷病者事案から10年を迎え、教訓の風化防止と地域の対応力維持・向上が求められている。多数傷病者対応では情報伝達、トリアージ、搬送調整に加え、他市部隊との連携やメディカルコントロール（MC）体制の機能が重要である。県北・県央地区MCに所属する相模原市、大和市、座間市、綾瀬市が神奈川県消防学校を活用し、検討部会の下部組織である教育・研修作業部会が主体となり、4市合同多数傷病者訓練を実施し今回で9回実施した。会場確保、人員調整、傷病者役の確保、シナリオ作成、資機材準備、役割分担整理等を行い、運営体制を構築した。傷病者40名を想定し、現場指揮からの情報伝達、トリアージ、搬送調整までを一連で検証した。参加者は医師、病院救命士、救命士専門学校生を含む計82名であった。訓練後の検討会およびアンケートでは「役に立つ」との回答が93.6%であり、無線通信、指揮所配置、緑タグ管理、搬送調整に関する課題が挙げられた。訓練映像を動画教材化、実技を継続的に教育にすることにより、「顔の見える関係が構築され」大規模災害時の連携した活動が強化され事態を収束させる一助に繋がると考える。

救急搬送１　前半
演題番号　MO51-1（E）

福祉施設職員と救急隊の連携強化について

○小塩 輝光[1]，田代 恵太[2]，衛藤 勇維[3]
[1]久留米広域消防本部 久留米消防署，[2]久留米大学医学部医学科 救急医学講座，[3]久留米広域消防本部 久留米消防署

【目的】高齢者施設における救急対応では、救急隊と施設職員との連携不足、DNAR対応、情報伝達が課題である。本研究は、連携強化策が、施設職員の不安や救急活動へ与える影響を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】調査①：管内20施設に救急対応要領および救急引継ぎシートの説明を行い、介入前後で救急隊の現場滞在時間を比較（マンホイットニーU検定、2024年4月～2025年2月）調査②：12施設で連携訓練を実施し施設職員および救急隊員にアンケートを行った。【結果】調査①：出動件数は介入前82件、介入後130件で、現場滞在時間は9分30秒から8分21秒へ有意に短縮した（P＝0.00562）調査②：施設職員の不安軽減は91.4%、DNAR認知度は31.2%であった。情報伝達の質向上を72.8%の救急隊員が認めた。【考察】救急対応要領等の説明と連携訓練により情報伝達が改善し救急活動時間短縮に寄与した。また、連携訓練により施設職員の不安軽減および情報伝達の質向上が示唆された。一方、DNAR認知度は低く、今後は救急隊との共通認識を高めるDNAR研修の実施など、更なる連携強化が必要である。

救急搬送１　前半
演題番号　MO51-2（E）

広域管轄下における救急搬送の現状と課題～長距離搬送が隊員に与える影響～

○原田 智寿[1]，中山 大樹[1]
[1]岩内・寿都地方消防組合 岩内消防署

広域管轄下における救急搬送の実態を明らかにし、長距離搬送が救急隊員の負担および安全性に与える影響を検討した。４町村を管轄する当署の出動記録過去１０年間を基に、搬送距離、搬送時間、受入医療機関の所在地、気象条件等を後方視的に分析し、併せて救急隊員へのアンケート調査を実施した。他町村出動および管外医療機関搬送では、搬送距離・搬送時間が有意に延長し、活動時間の長時間化が認められた。特に冬季は気象条件の影響を強く受けることから、隊員負担の増大や安全走行を担保できない状況であった。広域搬送体制下では、受入医療機関の確保、長時間活動を考慮した運用基準の見直し等、隊員の安全管理および負担軽減策の整備が不可欠であり、地域特性を踏まえた持続可能な救急体制構築が求められる。

救急搬送１　前半
演題番号　MO51-3（D）

広島地区における夜間救急応需率向上への試み

○廣橋 伸之[1,2]
[1]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, [2]広島地区病院群輪番制病院運営協議会・連絡会議合同会

平成9年度より広島市医師会を主体として病院群輪番制が整備された。令和7年の輪番時間帯（18時～翌日8時）の出動件数は30,631件、搬送人数25,289人で、このうち救急搬送困難事案は2,103件（8.3%）であった。全科の応需率は56.4%と低下傾向（令和5年57.5%、令和6年57.4%）にあり、特に外科45.4%、整形外科42.9%が低値であった。応需率70%以上の医療機関への加算制度を導入しているが、令和6年度は対象21機関中、適用は4機関にとどまった。負担軽減策として令和元年に千田町夜間急病センターへ外科・整形外科（けが）部門を開設し、年間約1,700 ～ 1,900人を受け入れている。15輪番病院への調査では、準夜帯におけるウォークイン患者数（1日平均）は、開設前（平成28年）の輪番日18.63人から令和5年9.87人、令和7年7.70人へと減少しており、一定の負担軽減効果が示唆された。しかしながら応需率の改善は依然として十分とはいえず、加算制度の見直しや当直医支援体制の強化など、地域全体での継続的かつ包括的な対策が必要と考えられた。

救急搬送１　前半
演題番号　MO51-4（E）

病院連絡における“認識ギャップ”の可視化
～昼夜別に見た医療・消防間認識差の定量的検証～

○星野 唯[1]，町田 浩志[1]，村田 将人[1]
[1]独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 救急科

【背景】当院では病院連絡において、医師と消防救急隊の間で情報伝達の齟齬や指示の受け止め方の違いが散見され、双方から改善の必要性が指摘されていた。2025年8月の消防職員向け調査を契機に、病院連絡における医師と救急隊間の認識ギャップを検証した。【方法】救急隊救急救命士54名および主要受入医師14名の有効回答を対象に、日中・夜間の電話対応40項目を5段階尺度で評価した。群内比較には対応のあるt検定、群間比較には対応のないt検定を用い、$p<0.05$を有意とした。【結果】救急隊では夜間に迅速性（$p<0.001$）、医師への信頼（$p=0.012$）、プロトコル遵守の認識（$p=0.005$）などが有意に低下した。一方、医師側に昼夜差は認めなかった。群間比較では、日中の電話対応の満足度($p<0.001$)、夜間医師のプロトコルの理解（$p=0.03$）に有意差を認めた。【結論】昼夜および立場間に非対称な認識差が示された。情報伝達の標準化を通じ迅速性・的確性を高め、相互の信頼関係を再構築する体制構築が必要である。

救急搬送１　前半
演題番号　MO51-5（D）

消防救急車の負担軽減にむけた当院の取り組み

○町田 浩志[1]，星野 唯[1]
[1]国立病院機構高崎総合医療センター 救急科

【はじめに】年々救急搬送数は増加しており、活動時間延長も社会問題となっている。当院が管轄する地域の消防局も搬送数増加が顕著で、特に転院搬送率が全国平均より高かった。【方法】当院では、消防救急車(以下FA)の転院搬送減少にむけた「①病院救急車(以下HA)による転院搬送(2024年7月から開始)」とFAの活動時間短縮にむけた「②拠点病院(当院)の救急受入強化」を取り組み、FAの負担軽減につながったか検討した。【結果】①HAによる転院搬送：2024年以降は当院からFAでの転院搬送は減少したが、地域全体のFAでの転院搬送率は減少しなかった。②拠点病院の救急受入強化：年々当院の救急応需率は増加(2022年89.6%→2025年96.8%)しているが、FAの活動時間は短縮しなかった。【考察】FA活動時間を現場出動と転院搬送で比較すると、「病着～帰署」は転院搬送が長く搬送距離が長いことを反映した。「出動～病着」は現場出動が長く搬送先選定があるためと考えた。①②でFAの搬送数減少・活動時間短縮を期待したが、その結果が得られなかったのは、地域の救急医療の一部しか担っていない当院だけの活動では不十分であり、地域全体で取り組む必要があることを示唆している。

救急搬送１　後半
演題番号　MO52-1（D）

医師の働き方改革がもたらした救急搬送患者の収容と予後への影響

○片山 祐介[1]，北村 哲久[2]，舘野 丈太郎[1]，中尾 俊一郎[1]，廣瀬 智也[1]，竹川 良介[1]，織田 順[1]
[1]大阪大学医学部附属病院 救命救急科, [2]大阪大学大学院医学系研究科 環境医学

【背景】2024年4月に勤務医の長時間労働是正を目的とした「医師の働き方改革（制度改革）」が導入されたが、この制度改革が医療体制ならびに患者の転帰に与えた影響は明らかにされていない。本研究は大阪府を対象とした救急搬送患者データを用いて、その影響を評価した。【方法】本研究は後方視的観察研究で、対象はORIONに登録された大阪府内の救急搬送患者とした。本研究では中断時系列分析を用いて制度改革の影響を評価するため、研究期間は2023年8月7日から2024年12月29日までとした。「週単位での搬送困難例の発生割合」と「入院患者における入院後21日時点での死亡転帰」との関係を評価した。【結果】本研究の研究対象となったのは783471例で、搬送困難例は38279例(4.89%)出あった。制度改革の有無に回帰係数は-2.149 (95%信頼区間：-3.416~-0.881)であった。また、同時期の入院患者は329873例で、21日時点で死亡したのは20338例(6.17%)であった。制度改革の有無に回帰係数は-1.755 (95%信頼区間：-2.260~-1.250)であった。【結語】本研究では、大阪府では制度改革は搬送困難例を縮減し、入院患者の転帰改善と関係していた。

救急搬送1　後半
演題番号　MO52-2（E）

倉敷市消防局における脳卒中評価項目の検討
—観察基準項目の判別能と重症度指標としての意義—

○圓見 将[1]，江川 健太[2]
[1]倉敷市消防局 東出張所，[2]広島国際大学 保健医療学部 救急救命学科

倉敷市消防局管内では急性期脳梗塞対応施設が限られており，病院前段階での適切な選別が重要である。本研究は，岡山県「脳卒中疑い」観察7項目のうち1項目以上を評価した急病症例（2024-2025年，n=1,775）を後ろ向きに解析し，ICD-10に基づき脳疾患群（I60-I69，G45，S06.1-S06.8；n=1,053）と非脳疾患群（n=722）を比較した。多変量ロジスティック回帰では片麻痺（aOR 4.51），半側空間無視（2.88），失語・発語障害（2.36），脈不整（1.33）が脳疾患と独立して関連し，起立不能は負の関連を示した（0.71）。順序ロジスティック回帰では観察項目数の増加が傷病程度の上昇と関連した（1点増加OR 1.45）。さらに脳疾患群内の重症・死亡解析では，起立不能（aO R 1.75），共同偏視（2.06），激しい頭痛（3.14），失語・発語障害（1.61）が独立関連因子であった。観察項目は判別因子と重症度因子として異なる役割を有し，病院前における総合評価に基づく搬送判断支援に有用であることが示された。

救急搬送1　後半
演題番号　MO52-3（E）

当院における病院救急車を活用した転院搬送の現状

○志田 和貴[1]，八鳥 公男[1]，新田 正和[1]
[1]済生会新潟県央基幹病院 救急集中治療災害部門

当院は地域医療再編により2024年3月に二次救急医療機関として開院した。今回、医療再編後の早期転院搬送について現状を報告する。調査対象：2024年3月から2025年10月に当院救急外来を受診し、３日以内に早期転院搬送となった患者の全数調査調査項目：転院搬送理由、搬送元、搬送手段、救急患者連携搬送料他倫理的配慮：当院倫理委員会の承認を得て調査を実施結果：早期転院搬送の全数は742件で、上り搬送243件、下り搬送499件。救急外来受診後の上り搬送は191件、下り搬送は221件。上り搬送はすべて行政救急車またはドクターヘリを活用していた。下り搬送のうち病院救急車を活用した下り搬送は99件で、下り搬送全体の45%であった。救急外来受診後に入院したのち、３日以内の早期転院搬送は上り搬送52件、下り搬送278件のうち141件（51%）が病院救急車を活用した搬送であった。考察：今回の早期転院搬送の調査は、医療再編後の地域で当院が役割発揮を行うためのベンチマークとなった。その上で、開院当初から病院救急車を活用した下り転院搬送の実施は地域の消防力の温存、病院資源の有効活用に繋がることが期待される。

救急搬送1　後半
演題番号　MO52-4（D）

当院の救急搬送例からみた下り搬送の課題と展望

○島田 雅仁[1]，田口 裕司[1]，水田 宜良[1]，高橋 晃[1]，入江 聰五郎[2]
[1]兵庫県立はりま姫路総合医療センター 救急科，[2]社会医療法人 松藤会 入江病院

【背景】２０２４年診療報酬改定で「救急患者連携搬送料」が新設され、医療機関の機能分担が推進されるなか、当院は２０２４年８月より下り搬送として、通称「はり姫救急パートナーシップ搬送」を行っている。【目的】当院における下り搬送の問題点を明らかにし、今後の運用に向けた課題を明らかにする。【方法】２０２４年度および２０２５年度の搬送実績データから、運用上の問題点の分析を行った。【結果】下り搬送例は２０２４年度３２件、２０２５年度２８件であった。患者の平均年齢は７９歳、搬送時期は、２０２４年度は当日１７件、２日目以降１５件であり、２０２５年度は当日１６件、２日目以降１２件であった。【考察】搬送例は高齢が多く急性期診療後に回復期の継続支援が必須な症例であった。下り搬送例が少ない理由として、救急隊による適次搬送が上手く機能していることも考えられるが、搬送先の空床状況の影響を受けること、また確定診断や安定化を待つ間に３日以上を要した等が上げられる。【結論】診療報酬の適切な見直し等による人的リソース確保、回復期病院の受入機能強化や受入施設数拡大により効率的な下り搬送が可能と考えられる。

救急搬送1　後半
演題番号　MO52-5（D）

二次救急病院における救急要請応需不可症例とその判断背景

○小森 大輝[1,2]，鈴木 優侶[1]，村上 朔人[1]，長田 雄大[1]
[1]筑波記念病院 救急科，[2]順天堂大学医学部総合診療科学講座

【はじめに】救急要請の応需不可は日常的に経験されるが、その発生状況や理由を要請背景や当直体制を含めて定量的に検討した報告は限られている。【方法】2025年7月1日～12月31日に救急要請され、応需不可となった330例を対象に後ろ向きに解析した。時間帯、曜日区分、主訴、応需不可理由、当直体制、救急隊区分（MC内／外）を記述的に集計した。【結果】応需不可は準夜帯が145例（43.9%）と最多で、平日189例（57.3%）であった。主訴は外傷88例（26.7%）、神経症状68例（20.6%）が多く、精神・中毒は23例（7.0%）であった。応需不可理由では満床72例（21.8%）、多忙58例（17.6%）に次いで精神関連が37例（11.2%）であった。「その他」41例のうち、高エネルギー外傷は15例（36.6%）を占め、専門科対応困難など当院での対応可否を反映した記載が多く含まれていた。応需不可理由の構成は当直体制やMC内外で異なっていた。【結論】応需不可理由として言語化される内容には、患者状態の説明にとどまらず、人員配置や専門科対応の状況を反映した要素が含まれていた。本研究は、救急要請応需不可の実態を整理することで、地域救急医療を考える際の一資料となる可能性がある。

診療支援　ER系　前半
演題番号　MO53-1（D）

救急搬送増加に対するER運営の取り組みと応需率の変化

○閔 俊泓[1]，森 寛泰[2]，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 ER・救命救急科，[2]チーム医療推進室

【背景】救急需要の増加に伴い、応需率の向上と円滑な診療連携体制の構築が課題となっている。【目的】当院におけるER運営改善の取り組みと応需率の変化を検討する。【方法】平日日中は診療看護師とER医1名によるタスクシェア体制を構築し、夜間休日は研修医2名と当直医1名体制でER運営をしている。加えて三次部門と協同しながら重症患者対応ができるように環境整備を行い、振り分け方法の共通化を図る目的で、救急振り分けマニュアルを作成し、日中・夜間で共有した。また初期研修医とER医による週1回のER症例検討会を実施し、症例の振り返りや外傷処置など教育の場を設けることでスキルアップにつながる取り組みをしている。【結果】総応需数は2022年4,707件（応需率42.6%）、2023年5,624件（47.7%）、2024年5,908件（55.8%）、2025年7,855件（70.9%）と年々増加し、応需率も改善した。【結論】ER体制整備により、救急需要増加下でも応需率向上が可能であった。当院の取り組みは持続可能な診療連携体制の構築につながると考えられた。

診療支援　ER系　前半
演題番号　MO53-2（N）

救急ホットライン受け入れ時間短縮への取り組み ～受け入れ判断プロセスの標準化による効果～

○大川 絢[1]，高野 啓佑[2]，吉平 有希[1]，白桃 佳通[1]，稲村 あづさ[1]，瓜園 泰之[2]，安宅 一晃[2]
[1]奈良県総合医療センター 救急集中治療センター ER，[2]奈良県総合医療センター 救急科

【背景・目的】A施設ERでは時間外の二次救急ホットライン対応を看護師が担うが、医師に比べ判断に時間を要することが課題であった。今回、救急搬送受け入れまでの電話対応時間を計測し、情報聴取用シート導入における時間短縮効果を検証した。【方法】情報聴取シート導入前の2022年5～8月と導入後の2023年同期間におけるホットライン対応事案を対象に、電話対応時間を計測し、後方視的に比較検討した。【結果】導入後（2023年）の看護師の対応時間は、導入前（2022年）と比較して中央値で短縮を認めた。また、シートの活用により、時間外における極端な判断遅延事例も減少する傾向が確認された。【考察・結語】情報聴取用シートによる消防からの情報収集の標準化は、看護師の判断における迷いを軽減し、対応時間の短縮に寄与した可能性がある。本取り組みは、救急搬送の受入効率化および救急隊の現場滞在時間の短縮において有用な一助となり得ると考える。

診療支援　ER系　前半
演題番号　MO53-3（D）

2施設の救急外来における医師の身体的・精神的負荷の比較検討

○森 ちひろ[1,2]，宮本 和幸[1,2]，柿 佑樹[1,2]，飯島 章子[1,2]，佐久間 佑希[1,2]，深見 彩音[1,2]，北園 真子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，髙安 弘美[1,2]，土肥 謙二[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】救急外来の夜勤業務は医療機関ごとに身体的・精神的負荷に差が生じることが予測されるが，実際に客観的に評価した研究はない．【目的】ウェアラブルデバイス（WD）を用いて，異なる2施設における救急外来夜勤医師の身体的・精神的負荷を評価することが可能か検討する．【方法】救急外来夜勤に従事する医師にWDを装着し，15分毎の歩数（身体的負荷）および心拍変動に基づくストレス指数（精神的負荷）を測定した．3次救急病院のA病院と，2次救急病院であるB病院でのデータを時系列的に解析した．【結果】A病院では歩数が極めて少ない時間帯でもストレス指数が高値を示す区間が複数認められ，深夜帯や勤務終盤においても高値が持続した．一方，B病院では深夜帯のストレス指数は低値で安定していた．【考察】A病院での夜勤は，身体活動量とは独立した精神的緊張が長時間持続する特徴を示した．WDによる負荷の可視化は，施設特性を踏まえた労務管理改善に有用となり得る可能性があると考える．

診療支援　ER系　前半
演題番号　MO53-4（E）

救急外来スタッフの消防救命士に対する印象と信頼感に関する調査

○高須 公介[1,2]，野村 佳久[3,4]，加納 秀記[3]
[1]瀬戸市消防本部 消防署，[2]愛知医科大学大学院，[3]愛知医科大学病院 救急診療部，[4]中部大学 生命健康科学部

消防救命士は、119番通報の情報を基に傷病者に接触し、必要な観察を行う。観察内容から必要な処置や搬送医療機関を判断し、電話で医療機関に情報を伝達して救急搬送する。医療機関到着後、消防救命士は救急外来スタッフに聴取した情報や観察結果を口頭で伝達し、傷病者を引き継ぐ。消防救命士と救急外来スタッフの連携は、院内治療を円滑に開始するために重要である。しかし、救急外来スタッフと消防救命士の関係性に焦点を当てた研究は希少である。本研究では、救急外来に勤務する医師・看護師・病院救命士の消防救命士に対する印象を調査し、連携強化に重要な要素を検討する。対象はA県の三次医療機関救急外来に勤務する医師、看護師、病院救命士とし、無記名自記式質問紙調査を実施する。質問項目は、属性（職種、救急外来経験年数）、消防救命士の観察・評価・処置・情報伝達に関する印象、消防救命士とのコミュニケーション状況、ならびに消防救命士に対する信頼感とした。解析結果を基に、消防救命士に対する信頼感や連携の向上のための方法を検討する。

診療支援　ER系　前半
演題番号　MO53-5（E）

救急外来における注射未オーダーゼロに向けた取り組み

○カンカーニゲ サチン[1]，山口 均[2]，八十川 雄図[2]，大竹 実花[3]
[1]社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 診療局総合救急科,[2]救急総合診療科，[3]看護部

【背景】救急外来では、重症患者対応時に処置が優先され各種オーダーが口頭指示となりカルテへの記載がおろそかになる。特に注射薬実施後の未オーダーは医療安全上のリスクが潜在する。【目的】当院救急外来での注射薬未オーダー事例の発生状況・要因を明らかにし再発防止に向けた対策をたてること。【方法】２０２４年4月から2025年1月までの期間当院救急外来で注射薬の指示が出された症例を調査し、未オーダー症例について分析を行った。【結果】全注射薬オーダー数5373件中、未オーダーは4件であった。内訳はすべて静脈路確保のための輸液であった。未オーダーの要因として口頭指示後の入力漏れ、引継ぎ時の確認不足が示唆された。考察未オーダー薬剤など病態に影響の少ない維持輸液に限られていて、生命を左右する薬剤に関しては適切に管理されていた。これは緊急対応時においては重要度・必要度の高い薬剤や処置が優先的に管理されているといえる。しかしながら、低リスクと認識されやすい業務ほど確認が後回しとなる可能性がありエラーを前提とした業務設計が必要となる。【結論】救急外来特有の状況を前提としてエラーを個人に依存しない業務設計が重要である。

診療支援　ER系　後半
演題番号　MO54-1（P）

救急外来でアドレナリン自己注射製剤の導入は可能か？ ～エピペン注射液®導入前後の比較検討～

○九鬼 大作[1]，加藤 百恵[1]，岸田 友見[1]
[1]鈴鹿中央総合病院 薬剤部

【背景】アナフィラキシーには迅速なアドレナリン投与が不可欠である。一方で、アドレナリン製剤の誤投与は重大な事故に繋がるため、医療安全上のリスクを有する。そこで、アドレナリン製剤を迅速かつ適切に投与するため、アナフィラキシー対応マニュアルを作成し、アドレナリン投与の際にエピペン注射液®（以下、エピペン®）の使用を推奨した。【目的】エピペン®導入による治療への影響を評価する。【方法】エピペン®導入前後の3年6ヵ月を調査期間とし、診療記録からアナフィラキシー、アナフィラキシーショックと診断された患者を抽出し、アドレナリン製剤の追加投与を要した患者の要因を探索した。【結果】対象患者は導入前14名、導入後18名であった。アドレナリン製剤の追加投与が必要となる要因にはショックの有無が関連しており（p=0.01）、エピペン®導入前後（p=0.70）、体重当たりの投与量（p=0.20）とは関連がなかった。対象患者に死亡例はなかった。期限切れで破棄したエピペン®は3本に留まり経済的損失はわずかであった。【考察】エピペン®は治療に悪影響を及ぼすことなく、調製・投与に伴う医療安全上のリスクを回避できる選択肢である。

診療支援　ER系　後半
演題番号　MO54-2（D）

年末年始の発熱外来を核とする特別診療体制が救急外来の診療プロセスに及ぼす影響の検討

○瀬尾 亮太[1]，藤田 英[1]，松窪 将平[1]
[1]一宮西病院 総合救急部救急科

【目的】年末年始には救急外来に多数の患者が来院されることが多い。2024年度はインフルエンザ流行が重なり、当院では救急外来の混雑が問題となった。そこで2025年度の年末年始は発熱患者を別動線で診療する発熱外来を設置し特別診療体制を導入した。この取り組みが救急外来の診療プロセスに及ぼす影響について評価した。【方法】2024年12月30日から2025年1月3日の日中に救急外来を受診した患者のうち、発熱外来基準に該当しない患者をbefore群、2025年度の同期間に救急外来を受診した患者をafter群とし、後方視的観察研究を行なった。評価項目は救急外来での受付から方針決定までの時間とし、入院など各種オーダー入力時刻もしくは帰宅患者は会計処理までの時間を評価した。【結果】before群は492例、after群は485例だった。方針決定までの時間は145分から109分に短縮していた（調整平均比 0.76, p<0.001）。この短縮は独歩患者のみで認められた。【結論】発熱患者の増加する年末年始の救急外来において、発熱外来を核とする特別診療体制の導入は救急外来の診療プロセスの改善と関連がみられた。

診療支援　ER系　後半
演題番号　MO54-3（D）

救急外来での非専門医による小児頭部外傷診療の妥当性について

○大倉 淑寛[1]
[1]東京都立墨東病院 救急診療科

【背景と目的】小児の頭部外傷は頻度が高い外傷の一つであるが、受診先の選定の際、脳外科と小児科との掛け合わせで選択肢が狭められていることも散見される。当院救急外来も小児の頭部外傷の診療を行っている。初期、後期研修医が初期診療を行い、必要時に脳外科にコンサルトをする形をとっている。非専門医での小児頭部外傷診療の妥当性について検討した。【方法】2024年4月から2025年3月まで救急外来を受診した小児頭部外傷症例について、頭部CTの施行率や脳外科へのコンサルト率等検討した。【結果】870名受診し、頭部CTは123名(14%)施行された。頭部CTの適応については診断アルゴリズム(PECARN)を利用していた。頭蓋骨骨折等で10名、脳外科に入院となった。帰宅となったうち745名(85％)でCTを施行せず、脳外科へのコンサルトもなく帰宅となっていた。後に見逃し等で問題となった例はなかった。【結論】小児の頭部外傷の多くはCTも撮影せず帰宅可能な例も多く、すべての症例に脳外科医の介入が必要なわけではない。診断アルゴリズム等も参考にしつつ、非専門医でも初期診療は十分可能であり、受診先の選択肢が増える可能性があると思われる。

診療支援　ER系　後半
演題番号　MO54-4（D）

内因性救急症例における椎体骨折見逃し防止策としてのAIの活用

○内田 勇[1]，岡田 直己[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

【目的】救急初期診療では、全身CT検査が施行される機会が多いが、内因性疾患に対して撮影されたＣＴにおいて、後日放射線科レポートにより骨折が指摘される事例が散見される。当院の先行研究では、骨折検出AIシステムは初回のCT検査で見逃された椎体骨折以外の偶発骨折の検出に有用であったことが示された。しかし本システムはaxial画像を用いたものであり、椎体骨折の検出精度は十分ではなかった。本研究ではsagittal画像を用いた骨折検出AIシステムを適用し、その有用性を検証した。 【方法】2020年4月から2025年3月に当院へ救急搬送された内因性症例のうち、初回CTで椎体骨折と診断されず、後日診断がついた症例を対象とした。AIによる診断結果を放射線診断専門医の読影結果と比較し、感度および特異度を評価した。【結果】AI診断は読影医の診断と高い一致率を示し、初回のCT検査で見逃された椎体骨折の検出に有用であった。さらに、骨折の有無のみならず椎体レベルの同定も可能であった。【結論】骨折検出AIシステムは、救急診療における椎体骨折の見逃し防止に寄与する可能性があり、診断補助ツールとして有用であることが示唆された。

診療支援　ER系　後半
演題番号　MO54-5（D）

想定外の併存疾患の経験からー ERでの診断エラーを避けるための方策ー

○千代 孝夫[1]，朱 海[1]，片山 勇人[1]，糸原 則孟[1]
[1]野崎徳洲会病院 救急センター

【目的】ERでは問診、理学的所見、検査データなどを駆使して、迅速に正しい診断を行い、患者の健康保持に貢献することを目指している、しかし、救急患者の様々な特性から診断エラーに陥ることもある、今回連続して3例の想定外の併存疾患を持つ患者に遭遇したため、反省を含めて、その要因と回避策を考察した。【症例】１）81歳女性、意識障害、検査にて想定内のASDHあり、診察中に右股関節痛あり、画像にて想定外の大腿骨頸部骨折を認めた、２）82歳男性、失神発作、検査にて想定内の完全房室ブロックあり、心室細動も伴った、転倒のエピソードも有ったため画像検査施行、想定外の脳挫傷を認めた、３）83歳女性、胸部不快感、検査の結果発作性心房細動を認めた、追加の問診で転倒歴あり、画像チェックにて大腿骨頸部骨折を認めた。【診断エラーの要因】①最初に立てた仮説に固執、②前医の診断の盲信、③仮説に合わない所見は無視、④その後の処理が楽な仮説に飛びつく、⑤疲労、⑥患者への陰性感情、⑦引継ぎ患者、⑧得意の分野の疾患にする、⑨近視眼的な臨床推論、等であり、常にこれらを念頭に置いて自省することが大切である。

CPR RRS　前半
演題番号　MO55-1（N）

Rapid Response System要請に対するフィードバックの課題と今後の展望

○山之内 千絵[1]，鈴木 龍[1]，王子野 豊[3]，朝沼 杏子[2]，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・総合診療科, [3]社会医療法人緑泉会 米盛病院 診療・特定行為看護師管理課

【はじめに】Rapid Response System（以下､RRS）要請後のフィードバックは、患者安全、病棟教育、再発予防の観点から重要である。【目的】RRS要請後のフィードバックを原則当日実施とした運用について評価を行い、運用上の課題を明らかにする。【方法】量的・質的データを用いた記述式研究【結果】約8割が当日の実施について、「良い」または「どちらかというと良い」と回答した。記憶が鮮明なうちに振り返りができる点や、ポジティブフィードバックが病棟運営に有用であるとの意見が得られた。一方で、実施時間の調整が十分でなく、参加人数が少なくなることが課題として明らかになった。【考察】RRS要請当日のフィードバックは、対応内容や判断過程の記憶が鮮明な状態で振り返りが可能となり、学習効果の向上に繋がった。また、スタッフの自信やモチベーション向上に寄与し、RRSの活用促進や患者安全文化の醸成に有用であると示唆された。一方で、実施時間の柔軟さや簡易的な共有方法の併用など、より多くのスタッフが参加できるような調整が必要である。【結語】RRS要請後のフィードバックを原則当日実施とした運用は、教育的効果及び病棟支援の観点から有用であった。

CPR RRS　前半
演題番号　MO55-2（N）

専門看護師・認定看護師によるRRSの起動要素の介入 ～急変予兆への感度を高める支援とViTracの活用～

○鹿島 秀明[1]
[1]神鋼記念病院 看護部

【背景】病棟の生体情報モニター管理の事故では重篤となり損害賠償請求も起きている。そのため、看護部主導で急変予兆への感度を高める支援，遠隔モニタリングのアプリ（以下、ViTrac）によるアラーム対応の強化の取り組みを報告する。【倫理的配慮】倫理委員会に承認（研究番号25102）【活動内容】 1．急変予兆への感度を高める支援　VS測定では、呼吸数の未測定が顕著（55人：28.5%）で、定点監査によるフィードバック，教育で改善（259人：99.2%）した。それに伴いMEWS導入してリスク評価できる抽出システムを構築し、看護管理者の日課，救急外来記録の活用で普及を促した。日中は専門・認定看護師が全入院患者のMEWS・採血データを基にハイリスク患者を抽出し、看護部からのモニタリング体制も構築した。2. ViTracによるモニタリング体制　ViTracの導入後は、モニター管理の困難感（前6.8 ± 2.2・後4.5 ± 1.8）は有意に低下した（$p < 0.05$）。モニター装着の判断指標は質的記述的研究で明確化し、医師・医療安全室と協議・作成した。【結論】急変予兆への感度を高める支援とViTracの活用は、看護師の負担を軽減する起動要素を高めたアプローチと示唆された。

CPR RRS　前半
演題番号　MO55-3（N）

院内急変対応体制の現状分析と質向上に向けた再構築への検討

○更科 陽子[1]，倉形 弘美[1]，柴田 香代[1]，芹澤 啓子[1]，大場 涼香[1]，島田 一生[2]，大政 皓聖[3]，星野 哲也[4]
[1]済生会横浜市東部病院 看護部，[2]済生会横浜市東部病院臨床工学部，[3]済生会横浜市東部病院救急科，[4]済生会横浜市東部病院集中治療科

Ⅰ．背景　Rapid Response System (RRS)発足から4年が経過し体制整備が進む一方、コードブルー（CB）対応の体系的な検証は不十分であった。本研究はCBの現状分析を行い、対応の質向上に向けた課題を抽出することを目的とした。Ⅱ．方法　2024年度のCB症例を対象に、後方視的調査を実施した。Ⅲ．結果　発生件数は40件（病棟15件、病棟外25件）であり、病棟外CBでは緊急度の低い事例も含まれていた。全員集合型体制による現場の混雑や指揮命令系統の混乱、紙媒体記録の労力、要請経緯や初期対応等の記録不備が散見された。Ⅳ．考察・結論　第一発見者は全職種がなり得るため、教育と運用の両輪での整備が不可欠である。記録の標準化は、対応の質保証と継続的改善に寄与する。また、従来の全員集合型からMedical Emergency Team (MET)体制へ移行することで人的混乱を抑制し、効率的な蘇生が可能となる。特に病棟外CBにおける院内救命士の活用は、適切な資源配分と専門性発揮に有効である。院内急変対応体制の再構築と記録の標準化は、医療安全の質向上に大きく寄与すると示唆された。

CPR RRS　前半
演題番号　MO55-4（D）

RRS要請の「見える化」を通じた予後改善への取り組み

○山田 法顕[1]，柴 將人[1]，八十川 雄図[1]，山口 均[1]
[1]社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院 救命救急センター

当院では、2024年9月よりRapid responce system(RRS)の稼働を開始した。その事例解析過程で情報の可視化による体制再整備を行う活動が効果的であったので報告する。RRS稼働開始にあたり、情報収集手段としてRRS起動報告に力点をおいたシステムを作成、運用した。この際、不足する情報は医療安全部門で補完して情報収集を行った。最終的な結果を医療安全部門にて適時解析を行い、結果を院内システム上で全職員に公開した。結果として、2024年9月のRRS稼働開始から、2025年7月までに89件の報告がなされ、RRS要請57件、蘇生コール要請12件、Callなしながら患者急変と判断されたものが19件確認された。その中で見られたRRS要請の時間の偏りと予期せぬ心停止の発生時間に関連や、要請すべき事例で要請されないなどの課題について、関係部門と公開情報をもとに改善を行なった。その結果RRS稼働半年経過時点から連続65日予期せぬ心停止なしの状況が達成できた。可能な限りリアルタイムに近い状況で現況を分析し共有することで、安全管理の観点からのフィードバック、セルフフィードバックの両面で適時フィードバックが可能であり、安全な療養環境の整備に資すると考えられた。

CPR RRS　前半
演題番号　MO55-5（N）

A施設におけるRapid Response Systemでの看護師の役割と実践

○須田 貴之[1]
[1]日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター

院内救急対応システムRapid Response System（以下RRS）は院内心停止になる前に患者の急変に気づき、早期介入することで患者予後を改善させることから、RRSを導入する施設が増えている。A施設においても、2020年7月からRRSを導入した。起動基準は呼吸・循環・神経の臨床所見と看護師の懸念などの13項目で、Rapid Response Team（以下RRT）看護師（クリティカルケアCN、救急看護CNで構成）が窓口となり、先行して患者の初期評価を行った後、必要時には救急科、循環器内科、麻酔科の医師がバックアップする体制で運営している。コールを待つだけでなく、RRT看護師が病棟ラウンドをし、各病棟の要注意患者の観察と病棟看護師の懸念事項に介入している。介入時にはRRTだけで対応するのではなく、病棟看護師と共にフィジカルアセスメントや病態把握をしながら患者対応を行っている。対応後には病棟看護師と共に振り返り、現場の対応能力の向上を目指して活動している。また、RRTでも振り返りを行い、当該病棟だけでなく全病棟へも情報共有を行い、看護能力の向上に努めている。

CPR RRS　後半
演題番号　MO56-1（D）

当院でのRRS導入に関して

○直江 康孝[1]
[1]川口市立医療センター 救命救急センター

当院では2023年7月よりRapid Response System(以後RRS)を導入した。2023年11件　2024年41件2025年47件と要請件数は増加傾向にあり、一定の効果を実感できている。一方RRS導入以前から運用していたコードブルーの件数はほぼ横ばいで推移していた。導入から運用までの当院での問題点、工夫、現時点での課題などを紹介するとともに、導入あるいは導入の検討をされている施設との情報共有を図りたい。

CPR RRS　後半
演題番号　MO56-2（R）

Rapid Response System (RRS) における診療放射線技師への教育介入の効果

○井田 篤[1]
[1]医療法人社団 愛友会 上尾中央総合病院 放射線技術科

[背景]放射線部門では検査中の患者急変に遭遇する機会があり,適切なRRS要請が求められる.しかし当院ではRRS要請が遅延する事例が散見され,診療放射線技師の急変対応能力向上が課題であった.[目的]RRS要請実績の分析を基に課題を明確化し,教育介入がRRS要請への理解および行動意識に与える影響を評価する.[方法]過去5年間の放射線部門におけるRRS要請実績を後方視的に分析した.分析結果を踏まえ,RRTによる講義形式の勉強会および急変時シミュレーションを実施した.介入前後でアンケート調査を行い,RRS要請基準の理解度,要請判断への不安,急変対応への主体性を評価した.[結果]実績分析から,急変の早期認識およびRRS要請判断に対する不安が要請遅延の一因である事が示唆された.教育介入後,RRS要請基準の理解度は向上し,要請判断に対する心理的ハードルの低下が認められた.また,初期対応からRRS要請まで主体的に関与しようとする意識の向上が確認された.[結論]実績分析に基づく教育介入とシミュレーションの併用は,診療放射線技師のRRS活用能力向上に有効である可能性が示唆された.放射線部門における継続的教育は院内急変対応体制の強化に寄与すると考える.

CPR RRS　後半
演題番号　MO56-3（E）

院内心肺停止におけるショック適応症例の転帰と特徴

○飯島 甫[1]，岸田 全人[1]，遠山 笑里[1]，小室 奈央[1]，片山 久瑠[1]，佐々木 光風[1]，松谷 将平[1]，市川 実里[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 救命救急科

【背景】当院では院内の予期せぬ心肺停止に対してコードブルーとして全館放送をし対応をしている。【目的】当院における院内心肺停止症例のうち、除細動を実施した症例の臨床的特徴および時間因子と転帰の関連を検討し今後の急変対応や教育に役立てる。【方法】2025年1月から2025年12月までの1年間のコードブルー75例のうち初期波形がVF/pVTで除細動を施行した症例を対象とした。【結果】除細動症例は7例であり、実患者数は6名であった。1例で再発を認めた。発生場所は病棟6例、検査室1例。全例目撃あり。除細動までの時間の中央値は3分(1-6分)であった。ROSCは5/6名に得られ、退院生存は2/6名であった。【考察】除細動症例は全例目撃下であり、院内における迅速な対応が高いROSC率につながった可能性が示唆された。一方で除細動の遅延を認めた症例もあり、今後の課題と考えられた。【結論】迅速な除細動を目的に、教育体制の改善をしていく必要がある。

CPR RRS　後半
演題番号　MO56-4（R）

検査台上における胸骨圧迫の質の検証

○和田 樹昂[1]
[1]彩の国東大宮メディカルセンター 放射線科

【目的】検査中の心停止は画像検査室内においても突発的に発生し得るが、狭小空間や検査台特有の構造が胸骨圧迫の質に及ぼす影響に関する検証は少ない。特に検査台上では背板使用の必要性が明確でないため、背板の有無が胸骨圧迫の質に与える影響を定量的に評価することを目的とする。【方法】ICLSを取得している医療スタッフを対象に、CPR評価機能付きトレーニングマネキンを用いて胸骨圧迫を実施した。検査台上で背板あり・なしの条件を設定し、平均圧迫深度、平均圧迫速度、リコイル率および正常圧迫率等を評価した。【結果】背板ありの条件となしの条件の間で、平均圧迫深度、平均圧迫速度、リコイル率および正常圧迫率に有意差は認められなかった。【考察】ICLS取得者のような一定の技能を有する実施者では、検査台の沈み込みや背板の有無による影響は限定的である可能性が示唆された。一方で、検査環境下でのCPRの質を定量的に可視化できた点は、院内急変対応の体制整備において意義があると考えられる。【結語】検査台上におけるCPRの質は、熟練者においては背板の有無による有意な差を認めなかった。画像検査室における急変時対応の一助となる知見と考えられる。

CPR RRS　後半
演題番号　MO56-5（P）

当院におけるコードブルー時の救急カート内薬剤使用状況の検討

○濵地 明衣[1]，山田 知輝[2]，座間 亜紀子[1]，長山 優介[1]，西島 綾[1]，水島 靖明[2]
[1]大阪けいさつ病院 薬剤部，[2]大阪けいさつ病院 ER・救命救急科

【背景】当院では2017年7月にRRTを立ち上げ、薬剤師も当初から参画してきた。2020年には救急カート内物品・薬剤の標準化および構成見直しを実施し、以後は薬剤師が定期補充および期限管理を担っている。新病院に合併移転後に診療科数、重症患者共に増加しており、現行の救急カート構成の妥当性を再評価することとした。【方法】2025年1月から11月までに院内で発生したコードブルー52例（ICUを除く）を後方視的に解析した。心肺停止（CPA）症例（29例）と非CPA症例（23例）に分類し、救急カート内薬剤の使用状況および患者転帰を検討した。【結果】全体のICU入室率は31例（59.6％）、1か月死亡率は27例（51.9％）であった。CPA症例では1か月死亡率は23例（79.3％）と高確率であった。使用薬剤は輸液製剤が中心であり、乳酸リンゲル液は26例（50.0％）で使用された。昇圧薬・抗不整脈薬も多く使用されたが、硫酸アトロピンは1例のみであった。救急カート外の薬剤は重炭酸ナトリウムと50％ブドウ糖が各4例で使用された。【結論】標準化と薬剤師の管理体制は概ね良好に機能していたが、実使用に基づく定期的な構成見直しと多職種連携が安全性向上に重要である。

教育　その他　前半
演題番号　MO57-1（N）

アプリを用いた脳梗塞初期症状認識時間の検討：標準患者顔モデルの比較による早期受診促進の試み

○夏目 恵美子[1]，小島 一輝[1]，早川 真奈美[2]，神谷 美香[1]，青山 つばさ[1]
[1]修文大学看護学部 看護学科，[2]岐阜聖徳学園大学 看護学部

【目的】脳梗塞は発症初期の「Detection（発見）」が予後を左右するが、軽症例や自覚症状の乏しさから受診が遅れる現状がある。本研究では、口角下垂の経時的変化を可視化するアプリを用い、初期症状の認識時間とそれに影響する因子を明らかにすることを目的とする。【方法】成人437例を対象に、標準患者モデルの口角が45秒間で徐々に下垂する動画を視聴させ、変化を認識するまでの時間を測定した 。認識時間の中央値を境界に早期認識群と未認識群に分類し、背景因子との関連を重回帰分析等で検討した。【結果】認識時間の中央値は8.33秒であった。重回帰分析の結果、認識時間の短縮に寄与する有意な要因として「高血圧の病歴」が抽出された一方、「脳卒中3徴候の理解」がある者ほど認識時間が延長するという逆転現象が認められた。また「定期的な運動」不足は認識時間を延長させた 。【考察・結語】高血圧既往によるリスク認知は認識の迅速性に寄与するが、知識の保有が必ずしも直感的な早期発見に繋がらない可能性が示唆された。今後は自己顔モデルを用いた比較により、バイアスを排した「行動のきっかけ」としての有効性を検証する必要がある。

教育　その他　前半
演題番号　MO57-2（E）

宝塚市におけるPEMEC導入と地域展開

○森下 雄彦[1]，桑原 正篤[2]
[1]宝塚市消防本部 部隊管理室 救急課，[2]宝塚市立病院

【背景】阪神間ではPEMECは阪神南地域を中心に普及してきたが、阪神北地域での開催はなく、救急隊と医療機関間で症候アプローチや重症度・緊急度評価に関する共通認識の形成が課題であった。本市においても、搬送先選定や応需調整の円滑化を図るため、共通言語の整備が求められていた。【取組】令和4年度より宝塚市立病院と協働し宝塚PEMECを開始した。救急医がコースを受講し理念を共有した後、市内救急隊員および医療従事者を対象に継続開催した。現在までに救急隊員の約半数が受講し、医師・看護師も参加している。受講後アンケートでは、症候アプローチの理解度向上および医療機関との連携意識の改善が確認された。【まとめ】PEMEC導入により評価方法の共通理解が進み、搬送先選定や応需対応の円滑化に寄与した。令和6年12月には地域MCプロトコールにもPEMECの概念に基づいた活動を行うことが明記され、阪神北地域への展開が進んでいる。地域協働による教育実装は救急医療体制強化に有用と考えられた。

教育　その他　前半
演題番号　MO57-3（S）

砂浜での熱中症対応実習が救急救命士学生にもたらす教育的効果の検討

○鈴木 陽和[1]，惣田 碧[1]，三橋 正典[1,2]，糟谷 一心[1,2]，小玉 響平[1,2]，宮永 彩加[1]，藤本 賢司[1]，鈴木 健介[1,3]，小川 理郎[4]，増野 智彦[1,3]
[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，[4]学校法人 日本体育大学 危機管理

【背景】現場活動では、傷病者に常に自然環境からのストレスの悪影響を受けている。救助者も同様であり、それらを理解するのは非常に重要である。今年度、新たに熱中症対応を取り入れてより実践的な海浜実習を実施した。【目的・方法】猛暑下の熱中症傷病者観察と対応実習による教育効果を検討した。新1年生82名を対象に自由記載アンケートから検討した。【結果】99%の学生が実習に満足と回答し、自由記載から熱中症対応の集中力維持の困難さ、迅速な資器材整備と傷病者の重症度判断が容易でないことを回答していた。学生は、日頃の自己管理不良は救助活動が十分に完結しないことを認識した。【考察】暑熱環境下で動きにくい足場での救護活動は、下肢外傷と的確な傷病者の観察に影響が出ることを体験した。TACO法の冷却操作は、救護者の身体負担が大きい。3点クーリングでは傷病者搬送と資器材の確保と搬送が過大な負担になった。暑熱下では、チームとして柔軟な対応とトリアージとして緊急度・重症度の判断を両立する難しさも理解した。【結論】新海浜実習は、学生に取って将来の救急救命士に求められる環境要因に適した対応力と判断力の向上につながった。

教育　その他　前半
演題番号　MO57-4（N）

無線筋電計を用いた心肺蘇生時の適切な胸骨圧迫に寄与する筋群の解析

○伊井 みず穂[1]，茂野 敬[1]，山田 淳史[2]，唐山 英明[3]
[1]富山大学医学部 看護学科，[2]富山大学，[3]富山県立大学情報工学部

本研究では、適切な胸骨圧迫を行うために必要な筋群を明らかにし、自身の体重を利用して適切な胸骨圧迫を実施できるように検討することを目的とした。一次救命処置コース受講経験のある20代女性14名を対象に、1分間の胸骨圧迫を実施し、上肢・下肢計14部位の筋活動量を測定した。筋活動量の測定にはcometa社のWavePlus受信機システム（無線筋電計）を、胸骨圧迫の評価にはレールダルメディカル社の心肺蘇生人形レサシアンを用いた。手の重ね方や利き手による影響を考慮するため、実施前に利き手を確認した。その結果、胸骨圧迫の深さが適切であった者では、上肢では胸骨に触れている手の三角筋および上に組んだ手の上腕三頭筋、下肢では大腿直筋および縫工筋の筋活動量が高い傾向がみられた。これらの筋群は、肩関節の屈曲や肘関節の伸展、股関節の屈曲に関与し、胸骨を垂直に押す姿勢の維持に寄与している。したがって、上手く体重をかけて胸骨圧迫を実施できていない場合、股関節を屈曲させて胸骨を垂直に押す姿勢を維持することで自らの体重を利用し、体幹が前後に移動しないよう目線をやや前方に向けて圧迫を行うよう指導することが有用である可能性が示唆された。

教育　その他　前半
演題番号　MO57-5（P）

北部保健所管内の幼児教育・保育施設におけるアレルギー対応の緊急体制に関するアンケート調査

○河村 聡志[1]，佐脇 久美[2]，川元 崇志[3]
[1]大分県北部保健所 衛生課 食品衛生・薬事班，[2]大分市医師会立アルメイダ病院 薬剤部，[3]大分県立病院 薬剤部

【緒言】近年、食物アレルギーを持つ乳幼児増加に伴い、緊急時アレルギー対応の重要性が高まっている。今回、事業者からの依頼講義実施後、大分県北部保健所管内（中津市、宇佐市）の幼児教育、保育施設を対象にアレルギー緊急対応の現状と課題を明らかにするためアンケート調査を行った。【方法】対象施設に調査用紙を郵送し、GoogleⓇフォーム、FAXで回答を得た。器具・マニュアル整備、研修実施状況およびアレルギー緊急対応における課題と必要な支援などについて調査した。【結果】回答率は68％（55/81施設）であり、内訳は認可保育園36.4％、認定こども園38.2％、幼稚園21.8％等であった。AED（93％）や緊急対応マニュアル（85％）はほとんどの施設で整備され、エピペンⓇ必要幼児在籍は1施設であった。課題は「緊急時シミュレーション実施」(63.6%)、「職員の知識・スキル不足」(58.1%)が多く挙げられた。必要な支援として「研修会開催」(70.9%)が最も多く、緊急時判断基準、シミュレーション研修、エピペンⓇ使用方法へのニーズが高かった。【考察】器具・マニュアル整備は進んでおり、今回判明したニーズの高い内容を盛り込んだ実践的な研修機会の提供が求められる。

教育　その他　後半
演題番号　MO58-1（E）

臨床推論における観察・判断能力の更なる向上「極み」を目指した救急救命士教育について

○横田 幸治[1]
[1]伊丹市消防局 伊丹市西消防署 2部救急隊

【背景】当地域を管轄する阪神・丹波地域MC協議会において、PEMECに準拠する活動要領が2024年12月にプロトコールに組み込まれるなど、社会復帰を目指した救急活動要領の枠組みが整備されてきた。【目的】アウトラインの整備が進み、当地域で内因性L&Gが通用する地域となる中、限られた医療資源を最大限に活用できる体制を維持させるため、取りこぼしを無くしつつ、救急隊の観察結果の精度を更に向上させることを目的とした。【対象と方法】当地域MCでは、統一様式の救急活動記録表を使用しており、１部３枚複写式で構成されており、その内１枚が医療機関からの返信票となって経過を確認できるようになっている。これらの返信票を基に、救急隊の臨床推論と結果がどの程度正確であるのかを数値化し、正答率が低い疾患を洗い出した。【結果】３割程度、臨床推論とは別の疾患であることが分かった。【まとめ】当市の市民病院が地域医療構想に基づく統廃合により高度急性期医療を担うべく整備が進められていることに鑑み、救急ワークステーションの整備に取り組み、医療機関との連携により医師引き継ぎ時に観察できる所見から臨床推論に結びつけられるような教育体制を構築する。

教育　その他　後半
演題番号　MO58-2（D）

救急科専攻医を増加させた当院の救急初期研修

○岡本 博之[1]，守田 晴輝[1]，渡辺 梨花[1]，江原 啓介[1]，岡本 憲幸[1]，丸山 晃慶[1]，佐藤 昌太[1]，俵 敏弘[1]，清水 隆文[1]，大城 あき子[1]，大西 新介[1]，奈良 理[1]
[1]手稲渓仁会病院 救急科

はじめに　ER型救命救急センターを擁する当院は毎年18名の初期研修医を受け入れる研修指定病院である。研修後、救急科専攻医となる研修医が2022年0人から2026年4人と増加している。方法　当院の救急初期研修について、初期研修医20名から研修内容及び指導の満足度、研修前後の救急への興味を5段階評価(最良5)と記述式で、救急医11名から指導での配慮事項を記述式で調査した。結果　初期研修医の研修内容の満足度は4.15、指導の満足度は4.05、救急への興味は研修前で3.0、研修後で3.4、研修後に興味増8名・興味減3名であった。救急医の指導下で研修医が主体的に診療を担うことができる体制への評価が高かった。救急医の指導での配慮事項では、高圧的にならずに研修医の意見を聞いた上で、次につながる建設的なフィードバックを行うとの回答を多く認めた。考察　救急医による指導差、症例の偏りや勤務スケジュールなどの不満もあるが、研修医からの研修内容及び指導の満足度は高く、救急医の指導での配慮が奏効していると考えられた。結語　当院の救急初期研修は研修医からの満足度が比較的高く、救急科専攻医が増えている。改善を進め、専攻医をさらに増やしたい。

教育　その他　後半
演題番号　MO58-3（D）

医学生から「選ばれる病院」へと変革する救急・新人教育の実践

○濱口 満英[1]
[1]ベルランド総合病院 急病救急部

救急医療の現場では、瞬時の判断と実践力が求められる。しかし、近年のハラスメントへの過度な懸念から、指導側が「言いたいことが言えない」と萎縮し、若手の成長機会を奪う悪循環が散見される。演者が初期臨床研修プログラム責任者に就任後、応募者数を31名から74名へと倍増させ、選択研修での志望者ゼロだった救急科を「若手が自ら学会発表を行う人気科」へと変貌させた取り組みを報告する。育成の要諦は、従来の「叱責による緊張感」を、組織的な「心理的安全性」と「成長の可視化」へ置き換えることにある。具体的には、①フィードバックを個人の資質ではなく、具体的な行動変容にフォーカスさせる手法、②心理的ハードルを下げるサポート、③学術的アウトプット（学会発表）を成功体験としてデザインする体制構築を実践した。「言えない」と嘆く前に、若手が「自ら耳を傾けたくなる」環境をいかに作るかが重要で、ハラスメント防止を「教育の制限」ではなく「質の向上」と捉え直すことで、救急現場は再び熱意ある若手が集う場となる。本発表では、具体的な対話術と組織変革のプロセスを共有し、次世代の救急医療人を育てる新たな視点を提示したい。

教育　その他　後半
演題番号　MO58-4（E）

短時間のStop the Bleed教育は止血手技を向上させるか：スキルチェックリストを用いた教育前後比較

○小玉 響平[1]，須賀 涼太郎[1,3]，宇田川 美南[1]，三橋 正典[1]，鈴木 健介[1,2]，増野 智彦[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 救急災害医療学専攻，[3]日本医科大学付属病院 高度救命救急センター

【背景】「防ぎ得る外傷死」を減らすために、Stop the Bleed（以下：STB）コースが行われている。しかし、短時間のSTB教育の有効性は十分に評価されていない。【方法】救急救命士学生に対し各30分の講義と実技練習を実施した。実技練習の前後に止血手技の動画を撮影し、スキルチェックリストを用いた客観的評価を実施した。評価項目は、「中枢側に装着する・関節上での装着を避ける・止血帯を密着させる・ロッドを固定する・ストラップを巻き付ける・ストラップを固定する」の6項目とした。【結果】「中枢側に装着する・関節上での装着を避ける」の項目では、PostのスコアはPreと比較して有意な改善は認められなかった。「止血帯を密着させる・ロッドを固定する」の項目において、Postのスコアは有意に改善した。特に、「ストラップを固定する」の項目での差が最も大きかった（difference, 71%; 95% CI,.51% to 90%）。次いで、「ストラップを巻き付ける」の項目の差が大きかった（difference, 64%; 95% CI, 45% to 83%）。【結論】動画記録を用いた客観的評価にて、短時間のSTB教育により止血手技が向上することが示された。

教育　その他　後半
演題番号　MO58-5（S）

学童期における心肺蘇生法教育「救命の連鎖リレー」の考案と普及

○福島 美結[1]，坂梨 秀地[1,2,3]，柳澤 初実[2]，松尾 祥太[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]公益財団法人日本AED財団

わが国では年間約9万件の心臓突然死が発生しており、その救命において一般市民による早期のBLS（Basic Life Support）実施が重要な役割を担う。BLSに関する知識普及の機会も増加している一方で、一般市民によるAED使用率は限定的である。この課題の一因として、BLS実施に対する心理的バリアの存在が挙げられる。心理的バリアとは、「不安」「恐怖」「他者への依存傾向」等、行動を阻害するネガティブな感情を指し、学童期より徐々に形成されるとされている。このような心理的バリアへの早期介入が、将来的な救命行動の促進に寄与する可能性があると考える。そこで、小学生を対象とした心理的バリアの予防・軽減を目的とするBLSシミュレーション競技「救命の連鎖リレー」を考案した。本競技は、子どもたちが競技形式を通じて楽しみながらBLSを体験・習得することで、BLSへの親しみを育み、心理的バリアの予防および軽減を図るものである。また、本活動は学童期における救命教育の足がかりとして位置づけ、心臓突然死によって奪われている多くの命を減らすことを目的に全国に普及していく。

診療支援　内因性疾患　Case報告　前半
演題番号　MO59-1（D）

蜂窩織炎として加療され急激な転帰を辿った血管内大細胞型B細胞リンパ腫の1例

○富田 佳賢[1]，井上 元[1]，下崎 優花[1]，嶋津 宏基[1]，須郷 加奈子[1]，島田 拓哉[1]，永樂 学[1]，菊地 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

【背景】血管内大細胞型B細胞リンパ腫（IVLBCL）は血管腔内に腫瘍細胞が増殖する稀なリンパ腫で、腫瘤を形成せず診断が困難である。皮膚症状として蜂窩織炎様変化を呈すこともあり、誤診されることもある。【症例】2型糖尿病・高度肥満の50代男性。発熱・両下腿痛で蜂窩織炎と診断され前医入院し、抗菌薬を段階的にエスカレーションされたが約1ヶ月間奏効せず、精査目的に当院転院となった。来院時、意識障害・ショック状態でありPLT 2.5万/μL、LDH 8825U/L、末梢血に異型リンパ球45%、CTで肝脾腫を認めた。末梢血より血球貪食像が見られ、重症感染症に加えて、悪性リンパ腫の可能性を考慮し、即座にステロイドパルスを開始したが循環動態破綻し来院約9時間後に死亡した。剖検にて全身諸臓器の血管内にリンパ腫細胞を認めIVLBCLと診断された。骨髄に血球貪食像、著明な肝脾腫を認めアジア型に合致した。【考察】本症例は両側性下腿病変、抗菌薬不応、LDH著明高値、血球減少、肝脾腫を認め蜂窩織炎としては非典型的であり、IVLBCLの特徴を有していた。抗菌薬不応の蜂窩織炎ではIVLBCLを含む悪性腫瘍を鑑別に挙げ、早期の皮膚・骨髄生検が重要である。

診療支援　内因性疾患　Case報告　前半
演題番号　MO59-2（D）

尿路変更術後遠隔期に発症したアニオンギャップ正常代謝性アシドーシスの1例

○木村 美月[1]，山田 貴大[2]，安藤 雅樹[2]
[1]医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 臨床研修センター，[2]医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 救急・集中治療部

【背景】膀胱摘出に伴う尿路変更術後の早期合併症としてアニオンギャップ(AG)正常代謝性アシドーシス（NAGMA）が知られている。術後遠隔期の発症は稀であり、救急外来では鑑別から想起されにくい。【症例】76歳男性。6年前に回腸新膀胱造設術を施行された。倦怠感を主訴に真夏の夕方にERを受診。静脈血液ガスでpH 7.07、HCO3- 11mEq/L、Na 139mEq/L、Cl 121mEq/L、AG 12mEq/LとNAGMAを認め、Cre 1.87mg/dLと脱水に伴う急性腎障害を合併していた。他の血液検査に異常がなく症状も軽微であったため、熱中症に伴う脱水と評価され帰宅となった。翌日、症状持続のため再診し代用膀胱によるNAGMAと診断。入院の上、補液と重炭酸投与により速やかに改善した。【考察】代用膀胱の腸管粘膜では尿中Clの再吸収とHCO3-の排泄が行われることでNAGMAを発症する。本症例は術後6年の遠隔期であったが、脱水および腎障害の進行を契機にこの代償機転が破綻し、発症したと考えられる。数値の重症度に比して全身状態が保たれていたことが、初診時の過小評価に繋がった。尿路変更術既往患者では、期間を問わず代用膀胱によるNAGMAを念頭に置くべきである。

診療支援　内因性疾患　Case報告　前半
演題番号　MO59-3（D）

○城 航平[1]，金澤 将史[1]，宮内 詩清音[1]，早乙女 乃愛[1]，浅賀 知也[1]
[1]国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 救急科

遺伝性楕円赤血球症を背景に持ち、自発的な下腿筋内血腫を契機に診断された女性軽症血友病Aの1例

【背景】女性の血友病Aは極めて稀であるが、外傷機転のない自発性出血を認める場合には、性別に関わらず凝固異常を念頭に置く必要がある。今回、遺伝性楕円赤血球症の疑いに加え、下腿筋内血腫を契機に診断された女性血友病Aの1例を経験したため報告する。【症例】20歳代女性。明らかな外傷なく右下腿の疼痛・腫脹が出現し、歩行困難となったため救急搬送された。来院時、右下腿に著明な腫脹と皮下出血斑を認め、血液検査でCK上昇、CTで下腿筋内の血腫を認めた。当初、血液塗抹像で楕円赤血球を多数認めたため遺伝性楕円赤血球症が疑われたが、APTTの延長（49.3秒）を認めたため凝固因子の精査を行った。その結果、第VIII因子活性が29%と低下しており、軽症血友病Aと診断した。家族歴では父方に出血傾向を認めた。また、経過中に下垂体出血の合併も疑われ精査を行った。【結語】女性であっても、外傷機転のない筋内血腫を認める症例では、詳細な家族歴の聴取と凝固因子の精査が重要である。本症例は楕円赤血球症を合併しており、診断過程において多角的な評価を要した。

診療支援　内因性疾患　Case報告　前半
演題番号　MO59-4（E）

○宮坂 千理[1]，岩瀬 史明[1]，宮﨑 善史[1]
[1]山梨県立中央病院 高度救命救急センター

病院救急救命士同乗Dr Car出動により緊張性気胸に対し早期治療介入が可能であった重症外傷の1例

【はじめに】当院では2020年4月より病院救急救命士を配置し、2022年1月からDr Carへの同乗運用を開始している。今回、病院救急救命士同乗Dr Car出動により、重症外傷患者に対し搬送開始早期に治療介入が可能であった症例を経験したため報告する。【症例】52歳男性。解体作業中に高所から墜落し、意識障害および呼吸困難感を認めるとの通報でDr Carが要請された。医師1名、病院救急救命士1名、実習救急救命士1名で出動した。現場到着時、呼吸困難感と腰部痛を訴え、橈骨動脈は微弱であった。全身固定後に搬送を開始し、車内で医師が超音波検査を実施する一方、病院救急救命士が静脈路確保および処置準備を担当した。所見から緊張性気胸が疑われ、胸腔穿刺を実施したところ、酸素化および血圧の改善を認めた。【結語】病院救急救命士が同乗し医師と処置を分担することで、短時間の搬送中でも診断から治療までを円滑に進めることが可能であった。病院救急救命士同乗Dr Car体制は、重症外傷患者に対する早期治療介入に有用である可能性が示唆された。

診療支援　内因性疾患　Case報告　前半
演題番号　MO59-5（D）

○伊勢 直輝[1]，大谷 義孝[1,2]，柴崎 美希子[1]
[1]新都市医療研究会【関越】会関越病院 救急科, [2]埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科

非特異的症状の外国人患者に対し翻訳アプリを使用した詳細な問診で見逃しを回避した市販薬中毒の一例

【はじめに】近年増加する外国人救急診療では言語障壁が診断遅延の重大なリスクとなる。【目的】翻訳アプリによる問診で重篤な複合中毒を診断し得た一例を提示する。【症例】23歳ベトナム人女性（日本語・英語ともに困難）が嘔気・嘔吐で救急搬送された。来院時バイタルは安定し腹部所見も乏しかったが、翻訳アプリを用いて症状経過、内服薬、用量・回数を確認したところ、前日より頭痛に対しベトナムで購入したアセトアミノフェン500mg・カフェイン65mg配合鎮痛薬を約40錠内服していたことが判明し複合中毒と診断、高次医療機関へ転送した。転送後は適切な治療により自宅退院した。【考察】二次救急医療機関にも、本症例のような症状を呈して搬送される外国人がおり、コミュニケーション障害により症状と簡単な問診のみで重要な情報を見逃される可能性がある。翻訳ツールは誤訳や情報欠損の可能性もあるが、症状経過、内服薬、用量・回数を焦点化した質問を粘り強く繰り返すことで、診断に必要な情報を補完し得る。言語の壁があっても丁寧に問診を行うことは、見逃し回避と適切な初期対応に重要であり、翻訳ツールはその一助になり得る。

診療支援　内因性疾患　Case報告　後半
演題番号　MO60-1（D）

○山本 祐生[1]，大石 峻裕[1]，山崎 良介[1]，岡本 聡太[1]，中村 佳裕[1]，尾上 敦規[1]，中村 文子[1]，中嶋 麻里[1]，櫻本 和人[1]，室谷 卓[1]，梶野 健太郎[1]，池側 均[1]，鍬方 安行[1]
[1]関西医科大学附属病院 救急医学科

アルコール性ケトアシドーシスに対する糖負荷後にリフィーディング症候群を呈し無脈性心室頻拍を呈した1例

【症例】83歳男性、BMI21.8。浴室で倒れているところを発見され、ドクターカー接触時GCS3、血糖20mg/dLのため50%ブドウ糖投与後に当院搬送となった。来院時pH6.94、乳酸187mg/dLと著明なアシドーシスを認め、アルコール多飲歴よりアルコール性ケトアシドーシス（AKA）と診断し、ビタミン投与下に糖質含有輸液を開始してICU入室とした。来院時の電解質はP4.5mg/dL、K3.4mEq/L、Mg1.6mg/dLで、心エコーでEF72%と心機能は保たれ、心電図QTc468msであった。搬送18時間後に無脈性VTを発症し除細動を要した。発症時にはP0.6mg/dL、K2.9mEq/Lへ著明に低下し、心電図でQTc608msと延長していた。AKA治療に伴う糖負荷を契機にRFSを発症し無脈性VTに至ったと考え、電解質補正を行なった。24時間以内に計3回VTが再発したが、電解質の正常化後は再発を認めなかった。【結語】リフィーディング症候群（RFS）はBMIが極端な低値でなくても電解質異常により致死性不整脈を呈し得る。その防止のため糖負荷開始直後からP/K/Mgなどの厳重な管理と心電図監視が重要である。

診療支援　内因性疾患　Case報告　後半
演題番号　MO60-2（D）

ANCA関連血管炎の治療中に発症した痙攣発作の一例

○山田 貴紀[1]，鈴木 秀聖[1]，麻喜 幹博[1]，三木 靖雄[1]
[1]藤枝市立総合病院 救命救急センター

【はじめに】Posterior Reversible Encephalapathy Syndrome（PRES：可逆性後白質脳症症候群）は、頭痛、意識障害、痙攣などの多彩な臨床症状と後頭葉浮腫の特徴的な画像所見を呈する中枢神経合併症の総称である。その誘因は高血圧や自己免疫性疾患など多岐にわたり、複合的な機序が存在する。今回、ANCA関連血管炎に対するステロイド使用中にPRESを発症した一例を経験した。【症例】87歳女性。約1ヶ月前、両側下腿浮腫で前医を受診し、ANCA関連急速進行性糸球体腎炎としてステロイド加療中だった。X日、突然目の焦点が合わなくなり、右半側空間無視が出現したため転院搬送した。当院到着時、収縮期血圧 216 mmHgの高血圧と左上下肢麻痺、右無視がみられた。頭部単純MRI検査で左側優位に両側後頭葉白質にDWI/FLAIRで高信号域があった。以上から、PRESと診断し、降圧療法および抗痙攣療法で、その後は痙攣なく経過している。【結語】今回、ANCA関連血管炎に対するステロイド加療中の患者に、突然、神経症状が出現し、PRESと診断した一例を経験した。ANCA関連血管炎に伴うPRESは比較的珍しいため、ステロイド加療中の神経症状には注意が必要である。

診療支援　内因性疾患　Case報告　後半
演題番号　MO60-3（N）

筋萎縮性側索硬化症患者の呼吸状態悪化に、退院後訪問をした看護師により適切に病院搬送ができた1症例

○山田 亨[1]，青山 剛一[1]，本多 満[1]
[1]東邦大学医療センター大森病院 看護部

【背景】筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者では、呼吸筋麻痺によりⅡ型呼吸不全を呈する場合もあり、低酸素血症に対する高濃度酸素投与はCO_2ナルコーシスを誘発するリスクがある。本症例は、在宅ALS患者の低酸素血症に対して、NPPVを継続することでCO_2ナルコーシスを回避できた。神経筋疾患患者における酸素投与の慎重な判断の必要性を示唆する。本発表に際しては、家族の同意を得ている。【臨床経過】80代、男性。ALSの診断を受けて、在宅療養中。NPPVは、夜間を使用していた。退院後訪問で、ご自宅に伺うと、すでに呼吸困難と$SpO_2$88％（室内気）で低下を認めた。肺胞低換気による酸素化低下と判断し、NPPVを装着したところSpO_2は92％まで改善した。救急要請後、救急隊はSpO_2低値を理由に酸素マスク投与を開始しようとしたが、CO_2ナルコーシスのリスクを説明しNPPV継続を依頼した。結果として意識障害の出現なく搬送され、入院後もCO_2ナルコーシスを認めず軽快退院した。【結論】ALS患者の低酸素血症に対する酸素投与はCO_2ナルコーシスを誘発する可能性があり、換気補助を優先すべき場合がある。救急搬送時における病態理解の共有体制構築が重要である。

診療支援　内因性疾患　Case報告　後半
演題番号　MO60-4（E）

病院救急車運用中に同乗家族が脳出血を発症した一例

○堀 靖崇[1]
[1]社会福祉法人 同愛記念病院 救急部

本発表は当院病院救急車を運用した他医療機関から当院間における転院搬送途上に車内にて同乗者が急変した症例報告である。当院病院救急車運用は最低人員として院内救急救命士2名（搬送責任者1名、安全管理及び連絡担当者1名）及び看護師1名（搬送中患者管理）で構成されている。職員乗車には乗務要件を定めており、救急救命士が指導者となり安全管理の仕方やストレッチャーを含む搬送デバイスの基本操作訓練、搬送患者急変想定訓練などを普段より取り組んでいる。本症例では、事前訓練経験に基づきバイタルサイン/身体所見評価、体位管理、外部連携を迅速に行った。行政救急車へ引継ぎ後、急変した同乗者は他医療機関で脳出血と診断され緊急開頭手術を受けたが、約1週間後に死亡した。事前訓練は対応力向上に寄与したが、同乗者の急変は想定しておらず、個々の経験や能力に依存した属人的対応であることが考えられた。本症例から同乗者急変対応の標準化と体制整備の必要性が、病院内で救急車を運用するうえで重要であることが再認識されたため報告する。

診療支援　内因性疾患　Case報告　後半
演題番号　MO60-5（D）

気道異物検索後に咳嗽と呼吸苦を訴え、アレルゲン同定に至ったアナフィラキシーの1例

○漆原 直一郎[1]，古橋 柚莉[1,4]，菊池 広子[1,3]，金子 苑永[2]，坂庭 弘晃[1]，松田 知実[2]，進藤 淳也[2]，津久井 瑞江[2]，柴田 映道[2]，小林 靖明[2]
[1]足利赤十字病院 救急科，[2]足利赤十字病院 小児科，[3]日本医科大学救急医学教室，[4]自治医科大学医学部救急医学講座

【症例】4歳、男児【主訴】呼吸苦、咳嗽【現病歴】5mm大の球形玩具が鼻から取れないと訴え、近医耳鼻科を受診。異物は確認されず、帰宅途上に呼吸苦と咳嗽を訴え救急搬送となった。【既往歴】クループ症候群【アレルギー歴】なし【来院時身体所見】意識清明、心拍110 回/分、血圧90/40mmHg、呼吸25 回/分、体温37.1℃、SpO_2 94%(室内気)、両肺野喘鳴聴取、腹部・両側下肢に紅色膨疹あり。【経過】アナフィラキシーと診断・治療し、症状は軽快。気道異物は確認できず。一泊経過観察入院後、外来で詳細な問診、被疑食物の取り寄せ、検査を行い、玩具使用中に摂取した菓子に含まれていたクルミをアレルゲンと同定した。【結論】気道異物との鑑別を要するアナフィラキシーの1例を経験した。救急現場ではアナフィラキシーへの対応が注目されがちだが、アレルゲンを同定することにより不要な被疑物質除去や再発防止が可能である。初診時、バナナマフィン摂取後であることは聴取できていたが、クルミが含有されていることは実際に商品を目視するまで確認できなかった。クルミアレルギーはここ数年で著しく増加しており、有病率データの活用もアレルゲンの同定に有用である。

院内救命士　前半
演題番号　MO61-1（E）

院内急変に対する院内救急救命士の関わり方

○松門 拓茉[1]，山下 大輝[1]
[1]医療法人緑泉会 米盛病院 救急調整室

令和3年10月に救急救命士法が改正され、院内救急救命士を採用する医療機関が増加しているが、院内救急救命士の業務については各医療機関よって異なり多岐にわたっている。米盛病院（以下当院）の救急救命士も様々な業務を担っているが、その一つとして急変対応業務にも携わっている。当院では気道緊急やCPAなどの緊急性が高い「グリーンコール」と「Rapid Response System（RRS）」があり、どちらにも院内救急救命士が関わっている。しかし救急救命士法改正後に認められている救急救命処置は「病着後から入院するまで」に限定されている。従って院内急変時に救急救命処置を行うことはできないが、当院救急救命士は「グリーンコール」、「RRS」の発生連絡を受け各コール発動、該当病棟へ医療資機材を携行し医師や看護師と共に出向きERや放射線課への連絡調整、導線確保等を行なっている。また事案終了後の振り返りや急変対応シミュレーションに参加することで救急救命士の教育を行いながら、同時に病棟看護師等への急変対応教育も行っている。救急救命士法を厳守しながらも、院内急変業務に携わることが可能であると考え、院内急変に対する当院救急救命士の役割を報告する。

院内救命士　前半
演題番号　MO61-2（E）

病院救命士“始動”昭和医科大学病院での取り組みと今後の展望

○佐藤 大地[1]，平井 隆仁[1]，菊地 一樹[2]，鈴木 恵輔[2]，垂水 庸子[1]
[1]昭和医科大学病院 総合・救急診療科，[2]昭和医科大学病院 救命救急科

【背景】2021年の救急救命士法改正から約4年を経て、昭和医科大学病院においても救急救命士の採用を開始し、現在3名が勤務している。採用開始から日が浅いこともあり、「できることは断らず全て何でもやる」をコンセプトに、日々模索しながら業務を遂行している。【目的】昭和医科大学病院における病院救命士の現在の業務内容と今後の展望を紹介する。【現在の業務内容】総合・救急診療科に所属し、主に1・2次救急患者の対応に従事している。主な業務内容は、ホットラインの応需、電話相談対応、患者トリアージ、診療補助（12誘導心電図、静脈路確保、外傷処置など）、画像検査への搬送など多岐にわたる。また、重症度・緊急度の高い心疾患や脳血管障害の患者は2次救急に搬送されるため、その初療にもあたる。さらに、1・2次患者の対応がない場合には3次患者の初療にも関わっている。【今後の展望】今後は、東京・日本DMAT資格の取得、転院搬送（調整を含む）など病院外での業務拡大を目指す。同時に、救急医療に関わる研究活動及びBLSやICLS、JPTECなどの教育活動も行っていき大学病院の要である臨床・研究・教育の三本柱の確立を図っていく。

院内救命士　前半
演題番号　MO61-3（E）

離島における院内救命士の役割と業務内容　首都圏と離島の違い

○友利 幸大[1]，小川 太志[1]，酒井 俊輔[1]，喜納 誠[2]，大城 千恵美[2]
[1]沖縄県立宮古病院 救命救急科，[2]県立宮古病院 看護部

病院勤務の救急救命士が増加し2025年には救命士全体の約40％に至り、その業務は医療機関により大きく異なる。私は2024年3月まで首都圏にある二次救急病院に勤務していたが、2025年5月より沖縄県立宮古病院に入職したため首都圏と離島との違いを報告する。首都圏の前病院と宮古島の現病院における具体的な業務内容を比較し、今後の課題を明確にして業務改善に繋げる。前病院では救急救命士が担うのは検査案内、物品準備等医療介入度の低い業務が多く、現病院では静脈路確保、血糖測定、アドレナリン投与等の医療介入度の高い業務が多かった。医療機関が多数存在し人材も豊富な環境にある首都圏では、職種間の業務が細分化されており救急救命士が介入する業務は限定される。しかし離島という医療資源が限られた環境において、一職種が担う業務は多岐にわたり、救急救命士の介入を要する業務が多角化していることが明らかであった。この役割の違いに対応するためには、多角化している業務を確実に体得し、さらなる医学的知識の裏付けのもと、その技術を研鑽する必要があると考えられた。

院内救命士　前半
演題番号　MO61-4（E）

救急救命士の教育体制、業務規程の確立に向けた基盤づくり

○田村 隆二[1]，寺坂 勇亮[1]，小橋 勇[1]
[1]社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院 救急科

当院では救急部門においてより多くの患者に対して安心して医療を提供するために2024年に救急救命士の雇用を開始した。現在所属している救命士は6名であり平均年齢26歳と若さ溢れる部署である。若さゆえに経験が豊富な人材がいない中での立ち上げのため教育体制や業務規程は発展途上の段階にある。その中でも紆余曲折しながらも少しずつ業務基盤作成に尽力している。当院では救急部門の医師や看護師の業務負担を軽減できるように、救命士にも行うことのできる医療技能などを理解することがタスクシェアにつながると考え、医療内容を取り入れた教育体制を設けている。加えて、救命士本来の姿である救急車を運用し院内外問わず活動できる体制を構築している。未熟ながらも少しずつ救命士の活躍の場を展開させるため、毎月医療安全部門を含めた多職種による会議を行い、進捗状態や今後の展開に向けて議論をすることで安心した業務拡大につながっている。救命士の部門立ち上げのための教育体制、業務規程の基盤づくりと今後の展望について報告する。

院内救命士　前半
演題番号　MO61-5（E）

救急救命士を初めて正規採用した医療機関の現状と課題
－地方公立病院救命救急センターの場合－

○鈴木 貴也[1]，今井 良雄[1]，麻喜 幹博[1]，三木 靖雄[1]
[1]藤枝市立総合病院 救命救急センター

当院は静岡県中部、管轄人口約45万人の二次医療圏唯一の救命救急センターであり、ラピッドレスポンスカー（RC）や病院救急車を有し、年間救急車6,200台に応需する。令和7年4月に初めて病院救命士が正規職員として採用された。業務内容整備や教育体制の構築を目的とし、救急救命士部会と上位組織の救急救命士委員会を立ち上げた。部会員は病院救命士に加え、救急科医師、看護師、臨床工学技士、事務局で構成した。部会での決定事項は病院長をトップとする委員会で最終決議とした。部会は月1回開催とし、病院救命士マニュアルや特定行為プロトコルの作成から着手した。日本臨床救急医学会と日本救急医学会から発出された「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」を参考にしつつ当院の実情を盛り込んだ。さらに、県MC協議会の認定への働きかけや、RCマニュアルの見直し、転院搬送業務のタスクシフトに取り組んだ。救急外来業務のタスクシェアは日々議論を重ねており最適解を模索している。これらは今後作成予定の教育体制構築の基礎となり得るものと認識している。最初の1年で取り組んだ病院救命士の働く環境について報告する。

院内救命士　後半
演題番号　MO62-1（E）

院内救急救命士の夜勤勤務が看護師夜勤配置に与えた影響

○照沼 響[1]，金子 優輝[1]，石橋 裕太[1]，小森 大輝[2]，長田 雄大[2]
[1]筑波記念病院 診療技術部 救急救命士科，[2]筑波記念病院 救急・集中治療科

【背景】救急医療の需要増大にともない医師、看護師などの医療スタッフ不足が指摘され、働き方改革に伴いその状況は顕著になっている。2021年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、同年10月には改正救急救命士法が施行され、病院救急救命士として「病院もしくは診療所に到着し、当該病院または診療所に入院するまでの間（入院しない場合は、病院または診療所に滞在している間）」に活動範囲が拡大された。【現状】院内救急救命士配置の主な目的の1つに「医師や看護師が担っていた業務を分担し診療効率の向上を目指す」がある。救急救命士法に則り、患者移動、バイタル測定など医師看護師の負担を減らすことにより診療効率の向上ができたと考えられる。救急救命士の夜勤勤務の確保ができる前は、看護師2人を夜勤配置していたが、現在では看護師の夜勤配置は1人に削減することができた。多忙時は看護師の追加配置が必要になるが、その数も救急救命士が2人の場合は追加配置されることは多くない。【まとめ】院内救急救命士の夜勤勤務により看護師夜勤配置の見直しに寄与する可能性が示唆された。

院内救命士　後半
演題番号　MO62-2（E）

病院救急救命士による地域貢献の可視化
—八王子市病院救急救命士連絡協議会の立ち上げと実践—

○齋藤 健吾[1]，金子 翔太郎[2]，田中 尚樹[3]，藤田 浩代[4]，大村 圭佑[4]，横溝 志穂[5]
[1]一般社団法人 新井クリニック，[2]医療社団法人永生会南多摩病院 医療技術部救急救命士科，[3]医療法人縁 診療部，[4]東海大学医学部付属八王子病院 救命救急科，[5]医療社団法人KNI北原国際病院 救急救命士科

近年、医療機関に所属する救急救命士（以下病院救命士）は増加しているが、施設間の交流は乏しく地域における役割は十分整理されていない。本発表では病院救命士が主体となり設立した八王子市病院救急救命士連絡協議会（以下協議会）の５年間の歩みを報告し、病院救命士が地域で果たし得る役割を提示する。２０２１年に協議会を発足、市内全ての病院救命士が参加し、業務内容の共有、病院救急車の実績共有や運用検討、勉強会や合同訓練を継続的に実施した。その結果、病院救急車は転院搬送にとどまらず、在宅と病院をつなぐ医療資源として機能している実態が可視化され、病院救命士の連携により病院間搬送と在宅搬送を役割分担する機能的なネットワークが形成されていた。さらに訪問診療に従事する救命士は医療と福祉分野の調整役として機能し、地域包括ケアシステムの実効性向上に寄与していた。協議会を通じて構築された顔の見える関係が円滑な救急車運用や医療機関間調整につながり、結果として地域包括ケアシステムの一端を支えていることが示された。本取り組みは、病院救命士が「病院内にとどまる存在」から「地域で機能する医療職」へと役割を拡張し得ることを示した。

院内救命士　後半
演題番号　MO62-3（E）

当院における救急受入減少の現状とEMT科としての今後の展望

○鈴木 裕貴[1]，鈴木 裕貴[1]
[1]社会医療法人財団川崎幸病院 EMT科

当院は川崎市幸区に位置する326床の二次救急医療機関である。2023 ～ 2025年度（各年4月1日～11月30日）における救急受け入れ件数および6号基準症例数は右肩下がりに減少しており、これに伴い救急関連診療報酬も減収傾向を示した。6号基準症例の減少は、近隣医療機関間での受入先選定の固定化により生じている可能性があり、地域全体としては効率化が進む一方、病院経営上は収益確保が課題となっている。EMT科の業務としてDrCar、転院搬送、EMT搬送があるが、件数自体は年々減少しており、業務内容の再検討が求められる。そこで、EMTが主体となり病院救急車を用いて患者を迎えに行う搬送体制を構築することで、転院搬送の24時間対応や診療報酬改定への適合が可能となる。また、現場での直接情報収集により患者情報不足の改善や活動内容の迅速な振り返りが可能となり、救命士資格を最大限に活かした業務確立と、病院運営におけるEMTの存在価値の明確化および収益性向上の両立が期待される。今後は新規業務導入後の病院収益および診療報酬への影響についても検討し、学会発表を行う予定である。

院内救命士　後半
演題番号　MO62-4（E）

『救命士を育てる』救急病院をめざして ～外部からの養成実習を担う救急病院の在り方～

○川畑 和也[1,2]，森本 幸夫[1,2]，平田 誠[1,2]，中村 賢人[1,2]，吉永 雄一[1]
[1]関西メディカル病院 EMT科，[2]関西メディカル病院 ERセンター

近年、病院で勤務する救急救命士は増加しているが、病院救命士の働き方やその業務実態を学ぶ機会は限られている。当院では2014年より病院救命士の採用を開始、現在23名が在籍している。救急ホットラインの応需や、転院調整などの通話業務、病院救急車による転院搬送、診療補助、静脈路確保などの特定行為、など多岐にわたる業務を担っており病院救命士の教育体制も整備されてきている。この実績を背景に当院では近年、救命士養成課程の消防職員および救命士養成校からの病院実習の受け入れを行っている。消防からは毎年２名、救命士養成校は1校あたり約４～６名の学生を２校から受け入れており、学生一人一人に毎勤務、指導担当救命士を配置し指導を行っている。実習受け入れを行うことで、当院の病院救命士の知識、技術の向上、消防職員との現場と病院間における情報共有の促進や連絡強化、養成校の学生には病院救命士という働き方の選択肢をイメージしてもらえることで当院就職希望に繋がるなどの効果も認められている。結果的にいずれも実習生からは高い評価を頂いており救命士養成の実習受け入れ病院としての現状と課題を整理し今後の展望について報告する。

院内救命士　後半
演題番号　MO62-5（E）

消防定年退職者（救急救命士）の病院勤務における役割と今後

○森本 幸夫[1]
[1]社会医療法人純幸会 関西メディカル病院 EMT科

今般、定年を迎える救急救命士も年々増加しており、再任用期間を終了してからの、再就職場所として病院救命士の道が開けつつある。現在、私は救急救命士歴33年目を迎え消防救命士を経て、現在は関西メディカル病院で勤務しており、消防定年退職者(救急救命士)3名と共に若き救命士25名たちに病院救急車の緊急走行における安全走行の技術指導及びストレッチャー使用時の安全操作や前職での経験を活かし防災知識等を指導しており、私自身は救急救命士養成専門学校の教員の経験を活かし、若き救命士の「おじいちゃんの知恵袋」としての役割も担っており、今回の発表で各病院関係者や再就職を願っている救命士の方々に、当院での定年退職救命士の役割と仕事内容及び今後の課題等について報告する。

看護２　前半
演題番号　MO63-1（N）

三次救急現場における３行提案制度の導入に対する検討

○中下 備生[1]
[1]大阪府立中河内救命救急センター ICU

【はじめに】A病院は三次救急として、多様で複雑な症例に対応している。その中で、看護職員が得た小さな気づきや思いは、業務の忙しさや共有ツールの不足、高い緊張感を伴う職場特性から意見が埋もれやすい状況にあった。そこで誰もが短時間で気軽に意見を発信できる仕組みとして「3行提案制度」を導入した。【方法】看護職員を対象に①問題②改善策③効果を簡潔に記入する形式とした。提案は2週間ごとに回収し、提案者へのヒアリング後、管理者および関係職種で実現可能性を評価した。採用案は速やかに現場へ反映し、不採用案にも理由を説明し、理解と納得感の向上に努めた。【結果】制度は2021年12月に開始した。2021年度は9件、2022年度は16件、2023年度は29件、2024年度は46件、2025年度も2月時点で35件と提案数は年々増加し、意見発信が定着してきたと考えられた。提案内容としては主に日常業務に基づく多様な意見が寄せられた。【考察】3行提案制度により意見共有が進み、職場環境の改善や業務の質の向上につながった。一方で、ラダーレベル1の意見は少なく、制度をより浸透させ全スタッフがいろいろな意見を出しやすい環境を整えることが課題である。

看護２　前半
演題番号　MO63-2（N）

地域唯一の総合病院において役割発揮するための救急体制の強化

○菅家 まなみ[1,2]，鈴木 諭[2]
[1]利根中央病院 看護部，[2]利根中央病院 総合診療科

【はじめに】当院は県北部に位置し、二次医療圏内で唯一の総合機能を有する中規模病院である。急性期医療を担う当院において、救急部門の果たす役割は極めて大きい。しかし、この5年間で圏内の救急搬入件数は1.3倍に増加し、重症度の高い患者も増加している。その結果、当院の救急体制の脆弱さが明らかとなり、多くの課題が浮き彫りになってきた。当院の役割を十分に発揮するため、救急体制の強化に取り組んだので報告する。【本論】救急搬入件数および救急受診患者数が増加するなか、当院は現時点で救急車応需率96.5％を維持し、病院方針である「断らない救急」を実践している。しかしその一方で、救急外来体制の脆弱さを痛感しており、特に看護師のスキル向上を図る教育体制の整備が急務であると認識した。救急医療の質を高めるためには、救急部門のみの課題として捉えるのではなく、病院全体で取り組む姿勢が不可欠である。効率的なチーム医療を実現していくこと、看護師が果たす役割を明確化し、現場で求められる判断力・実践力を高めることで、安全で質の高い医療提供につながると考える。

看護2　前半
演題番号　MO63-3（N）

内容分析に基づく「ICUリーダー看護師の人員采配における判断基準」の作成とその活用

○山田 君代[1]，仁科 典子[1]，副島 朋恵[1]
[1]大阪けいさつ病院 看護部

＜序論＞ICUのリーダー看護師(LRN)は、診療の質や安全性を保持するため、患者状態やスタッフの力量を把握したうえでの人員采配が求められる。今回、「ICU LRNの人員采配判断基準」を作成し、これを活用した教育を実施したので報告する。＜方法＞2025年12月ICU LRN 17人を対象に「1.自身の人員采配が奏効した経験」「2.人員采配で重視する事柄」について自由な意見交換を行った。この逐語録からコア概念を抽出し、これに基づいて本基準を作成した。＜結果＞大項目として「ICU全体の状況把握」「人員采配」「安全管理」「スタッフ教育」「スタッフの労務管理」「上司への報告・相談」「家族ケア」の7つが抽出された。さらにそれぞれの下位項目の検討を通じて、「ICU全体の状況把握」においては「患者重症度の測定」と「スタッフのスキル評価」について、具体的な測定尺度を設定したことが特筆される。＜考察＞本基準は、「成功の中にある秘訣」に着目して作成した。これにより、当ICUが求めるリーダー像の具現化が可能となった。今後の課題は、当該基準の妥当性の検証を行い、さらに精度を高めていくことである。

看護2　前半
演題番号　MO63-4（N）

救急外来における看護師の短期間講習が認知症看護に与える影響

○小家 沙織[1]，國原 宏文[1]，堀 雅俊[1]
[1]パナソニック健康保険組合 松下記念病院 看護部 外来

背景：救急外来では緊急性・重症度に意識が向くあまり、認知症患者の思いの把握が不十分となりえる。その要因分析のため行った事前調査では、救急看護師は認知症患者からの情報収集やコミュニケーションに困難を感じており、病棟看護師は認知症の程度やせん妄に関する情報の充実を希望していた。救急看護師の認知症患者への対応能力向上が急務であるが、救急外来では広範囲の知識を要するため、教育は担当を分担し、短時間のものが望ましい。目的：若手看護師による短時間講習が救急看護師の認知症看護に与える影響を明らかにする。方法：救急看護師55名に対して10分間の講習をラダーⅡ看護師が実施し、前後で関心の程度と実践内容についてアンケートで評価した。講習では認知症患者及び患者家族に対するコミュニケーション技法とSingle Question in Deliriumを共有した。受講できなかった職員には資料を配布した。結果：アンケート回収率は63%であった。関心は講習前後で71%から78%へ上昇した。講習内容を実践できたのは約85%であった。結論：ラダーⅡ看護師による短時間講習は救急看護師の認知症看護への意識向上に寄与する可能性が示唆された。

看護2　前半
演題番号　MO63-5（N）

認定看護師主体のRRT運用構築と段階的教育の効果 ― リンクナース配置による急変対応力向上への取り組み ―

○松崎 佳小里[1]，松本 昌彦[1]，本田 義臣[1]，松本 亮[1]
[1]一般社団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院 救命救急センター

目的:院内における急変対応の質向上を目的に、看護師主体でRRT（Rapid Response Team）を運用できる体制を構築し、異常の早期発見と適切な起動につなげることを目的とした。方法:1.体制構築。看護部内に認定看護師を中心としたRRT委員会を設置し、対象病棟のラダーⅡ以上の看護師をリンクナースとして配置した。2.教育・啓蒙活動。リンクナースを対象に、勉強会を実施し、RRS起動基準の啓蒙を図った。3.人材育成支援。病院からの支援をうけ、認定看護師およびリンクナースに対し、RRS起動コースやICLSを受講させ知識の統一を図った。また、それらにかかる費用は病院負担とし、知識や技術の向上を図った。結果：RRS取り組みをリンクナース中心に理解を深めたその結果、1.リンクナースが主体的に病棟看護師へ体制の必要性を説明したことが、体制構築につながった。2.呼吸数入力の実施率が向上した。3.病棟看護師から早期対応に向けた相談や情報共有がなされるようになった。結論：認定看護師を中心とした委員会活動と段階的な教育体制は、看護師主体のRRT運用定着に有効であった。患者の急変に気付けるスタッフの育成に寄与でき、院内全体の急変対応力向上が期待される。

看護2　後半
演題番号　MO64-1（N）

“ためらうRRS”から“迷わず呼べるRRS”へ ～可視化と人的アプローチによる多面的介入の取り組み～

○大角 侑[1]，大川 絢[1]，高野 啓佑[1]，稲村 あづさ[1]，安宅 一晃[1]
[1]奈良県総合医療センター 救命救急センター

【背景】Rapid Response System（以下RRS）は、院内急変の前兆を早期に捉え介入することで重症化を防ぐ体制である。当院では2022年4月にRRSを導入し、2023年12月からスコアダッシュボードを用いた院内ラウンドを開始した。しかし、起動基準の理解不足や心理的障壁、記録の欠損・誤入力により、RRSは十分に活用されていなかった。【目的】院内急変対応体制の強化を目的に、RRS起動基準の理解促進、起動に対する心理的障壁の軽減、および記録の質的改善を図る取り組みを行った。【方法】病棟ラウンドで現場課題を抽出し、双方向性勉強会により起動基準と対応事例を共有した。さらに記録の定期確認とフィードバックを行い、記録欠損防止を図った。【結果】介入後、起動基準理解の深化と心理的抵抗の軽減によりRRS起動件数は増加した。欠損値に変化はなかったが、誤入力は減少し、ラウンド精度は向上した。【考察・結語】データ活用と人的アプローチを組み合わせた普及戦略はRRSの早期コール促進と記録精度向上に一定の効果を示した。今後は起動件数や患者転帰を含めた定量的評価が必要である。

看護2　後半
演題番号　MO64-2（N）

CNS-FACE Ⅱ導入による面会制限に対する看護師の不安軽減への効果

○西村 エリ[1]，笠井 有希[1]，山本 渚[1]，新井 日菜[1]，田邉 有理奈[1]
[1]独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 看護部

【目的】重症・救急患者アセスメントツール（CNS-FACE Ⅱ）を導入することで、看護師の家族介入への不安が軽減することを明らかにする。【方法】当院救命救急センター看護師45名を対象に、自記式質問紙調査の結果は単純集計を行った。半構造化面接法は質的帰納的に分析した。【結果】重症患者家族との関わりに対して不安を感じる看護師が「とてもそう思う」26.7%、「ややそう思う」57.8%であった。面会制限に伴い不安が増加したと感じる看護師が「とてもそう思う」18.2「ややそう思う」52.3%であった。半構造化面接法で「ニードの可視化と共有」「家族対応・看護実践の変化」「CNS-FACE Ⅱ使用に伴う困難感と不安」「面会制限下の評価・関わりへの影響」「家族看護における根源的な不安」等のカテゴリーが抽出された。【考察】CNS-FACE Ⅱによってニードを客観的に可視化し共有ができるようになることで、看護師の迷いや不安を軽減する支えとなっていた。面会制限下においても、ニードの抽出がしやすく、不安軽減に寄与する可能性が示唆された。一方で、経験不足や時間的制約、家族の悲嘆の強さ等により、評価をケアに充分つなげられない不安は軽減できなかった。

看護2　後半
演題番号　MO64-3（N）

入院時重症患者対応メディエーターと看護管理者が連携した多職種家族支援チームの構築とその効果

○加藤 智子[1]，渥美 生弘[2]，林 美恵子[1]，土手 尚[1]，佐藤 慎也[1]，三上 知里[1]，加茂 知美[1]，安藤 静香[1]，阿部 久美子[1]，島津 泉[1]，柴田 隆[1]
[1]社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院 看護部，
[2]浜松医科大学医学部附属病院

【背景】救急・集中治療領域における家族支援は、複雑な意思決定支援やコンフリクトの未然防止において極めて重要である。自施設では看護師2名による「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）」を中心に、各部門の看護管理者（以下、管理者）、医師、社会福祉師が連携する家族支援チームを組織している。【実践内容】チーム活動は、定期カンファレンスに加え、緊急時は迅速な情報共有体制を整備した。特筆すべきは、各病棟の管理者がチームメンバーである点である。これにより、部署間の垣根を越えたリソース調整や、現場看護師への即時的なバックアップ、組織的な意思決定が可能となった。管理者の参画により、介入決定から実施までのスピードが向上した。【結果】管理者を通じて現場の課題がチームへ直接共有されるため、臨床現場と乖離しない実効性の高い支援へと繋がっている。

看護2　後半
演題番号　MO64-4（O）

救急搬送された患者家族が適応に向かうプロセスに関する事例研究

○佐藤 昂太朗[1]，末弘 理恵[1]，脇 幸子[1]，大野 夏稀[1]
[1]大分大学医学部 看護学科

目的 救急搬送された患者家族（以下、家族）が、EICU入室後1か月の出来事をどう受け止め対処し生活を営んでいたか、そのプロセスを明らかにする。**方法** 家族へ入室後2週間以内と1か月後に半構造化面接を実施、逐語録の要約を経過に沿って並べ、サブコード、【コード】を生成、分析した。**結果** 対象は70代男性。妻と精神疾患の娘らと飲食業を営み、妻が頸髄損傷で四肢麻痺を呈した。搬送時に【安否や生活への不安と家族を守る責任感の高まり】、入室時に【搬送後の不安の増大と現実の受け止め】がみられた。その後、【深刻な病状と生活課題への直面に募る不安】が続き、【不安な中で回復への希望を持ち、家族で励む生活の立て直し】を図るも【今後の生活をめぐる家族間の葛藤】が生じた。1か月後、【事故直後の混乱と衝撃の振り返りによる現実の受け止め】や【面会制限下での意思疎通の戸惑いと妻と子どもの思いの受け止め】をしつつ、【療養生活での家族全員の生活の変容との向き合い】を続けていた。**考察** 家族は患者の生命と家族の生活の危機に直面し衝撃の局面後、経過や生活状況により、防御的退行・承認の局面を揺らぎ、適応の局面へのプロセスを辿っていた。

看護2　後半
演題番号　MO64-5（N）

救急看護師による家族への接触所要時間の現状調査 ～HERS症例に焦点をあてて～

○杉山 佑基[1]，小林 謙太[1]，金子 峻祐[1]，野坂 知亦[1]，山本 瑞希[1]
[1]医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 救急外来

【背景】HybridER System (以下HERS)は、救急搬送患者が利用し初療からCT検査、血管造影、手術までを同一室内で完結できる一方、家族が処置状況の把握が難しく、救急看護師（以下看護師）の段階的な情報提供が課題となっている。当院の先行調査で看護師が適時に家族へ情報提供を行うことができず、ジレンマを抱えている現状が明らかとなった。そのため本研究では、家族への接触所要時間の現状とその阻害要因を明らかにすることを目的とした。【方法】2025年4月1日～2025年10月1日にHERS症例を担当した看護師を対象とした横断研究を実施。接触所要時間を目的変数とし、バイタルサイン、救命処置数、看護師数を説明変数として重回帰分析を行った。【結果】50例を分析し、家族接触所要時間と有意な関連を示したのは看護師数のみであり、看護師数が多いほど接触所要時間は短縮された（回帰係数 −19.4分、$p = 0.021$）。【総括】HERSでは多職種が処置を同時並行的に行うため看護師は多重業務となり、人的リソースの不足が家族接触の遅延に直結していることが示された。今後は家族説明体制の標準化や役割分担の明確化など、限られた人員下でも家族対応を担保する体制整備が求められる。

CPR等　研修　前半
演題番号　MO65-1（D）

メディカルラリー参加がもたらす病院前診療の現場での救急隊との連携への効果について

○北島 大悟[1]，永嶋 太[1]
[1]公立豊岡病院 但馬救命救急センター 救急集中治療科

公立豊岡病院但馬救命救急センターは兵庫県北部に位置する北近畿唯一の救命センターである。山間部が多く医療資源に制約のある医療圏にあり、ドクターヘリ及びドクターカーの出動件数は全国トップクラスであることから、現場救急隊との強固な連携と相互理解は日ごろから当然のように鍛え上げられている。コロナ禍で参加を自粛していたメディカルラリー（MR）への参加を2024年度より再開し、2025年度には全国各地のMRに参加した。チームは医師、看護師、救命士で構成され、各職種とも経験10年前後の中堅であった。仕事と家庭の両立の中で練習時間は限られていたが、日常の病院前診療での振り返りやコミュニケーションを生かし成績を残すことができた。MR参加前後におけるメンバーの意識変化と臨床への影響について、本人および同僚の意見を基に検討した結果、現場活動時の情報共有の質向上、役割認識の明確化、相互信頼の強化といった好影響が認められた。MR参加は病院前診療における多職種連携の向上に寄与する有用な取り組みであると考えられた。

CPR等　研修　前半
演題番号　MO65-2（D）

さぬきメディカルラリーの多面的効果の検討～アンケート調査結果から～

○乙宗 佳奈子[1]，朝日奈 まこと[2]，吉川 圭[3]
[1]香川県立中央病院 救急科，[2]坂出市立病院看護部，[3]坂出市立病院循環器内科

【目的】メディカルラリーは救急技術の向上のみならず、多職種連携や救急医療への意識・態度への影響も期待される。「人との繋がり」を掲げる「さぬきメディカルラリー」は、1日目にシナリオを実施し、2日目に訓練や講演を行う独自のプログラムを特徴とする。本研究では、本ラリーが参加者に与える多面的な教育効果をアンケートに基づき明らかにする。【方法】第19回大会の参加者を対象にアンケート調査を実施した（有効回答109名）。【結果】参加動機は「救急医療の研鑽（82名）」や「人との繋がり（63名）」が上位であった。「多職種連携の大切さ」や「新たな仲間との出会い」は、最高評価が最多だった。また、2日目の移植医療の講演を参加動機に挙げたのは12名だったが、受講後は71名が「学びや気づきが得られた」と最高評価を付け、大幅な意識の変化が見られた。【考察・結語】本ラリーは臨床能力の向上に加え、「顔の見える多職種連携」を促進する場となっている。当初関心が低かった移植医療の講演で高い満足度が得られたことは、2日間にわたる本プログラムの実践が、参加者の潜在的な学習ニーズを効果的に引き出した可能性を示唆している。

CPR等　研修　前半
演題番号　MO65-3（N）

A地域の学校現場における医療緊急事態を想定したシミュレーション研修の取り組み　～第2報～

○西岡 幾代[1]，栗岡 絵麻[1]，木村 信広[2]
[1]社会医療法人生長会 阪南市民病院 HCU病棟・救急外来，[2]泉州南消防組合泉州南広域消防本部

【背景】2017年度よりA地域内の小中学校教員に対して、病院看護師による緊急事態を想定したBLS研修を実施してきた。緊急時の対応力をさらに高められるように、よりリアルなシミュレーション研修の実施が課題となり2022年度より消防署とも協働し研修を開始した効果について検討する【結果】消防署が研修に参加することで、看護師では気づけない救急車両が通る周辺の危険個所の指摘や消防車両を誘導する際の注意事項などより詳しく説明、指導することができた。また、率先して救急車両の誘導案内を担当する教員も増加し、電話口頭指導が受けれるように通報も固定電話でなく携帯電話の使用へ変化した。現場より一報を受けた教員が緊急事態と把握できるトリアージカードの利用などの取り組みが行われた【考察】継続した研修の実施や管轄内消防署と協働して研修を行ってきたことで迅速に緊急事態を知らせる方法の検討や取り組みに繋がったと考える。また、緊急時に迅速かつ安全に搬送できる学校環境調整を市役所と検討できる契機となった【結論】研修を実施したことで看護師、消防署、学校教員の顔の見える関係が構築でき、緊急対応を迅速かつ安全に取り組める契機となった

CPR等　研修　前半
演題番号　MO65-4（E）

オンライン救急活動事例症例検討会の有用性と課題について
～PDCAサイクルによる改善を目指して～

○横田 貴大[1,2]，向井 秀之[1]，藤川 信吾[1]，中井 康文[1]，亀井 達史[1]，山口 雅次[1]，田口 浩嗣[1]，米屋 友靖[1]，前田 高志[1]，松岡 哲也[2]，中尾 彰太[2]
[1]泉州南消防組合泉州南広域消防本部 警防部救急課，[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】コロナ禍を契機にオンライン形式の活動が普及し様々な研究で有効性が示されている。当組合でも令和5年度からオンライン形式の救急活動事例症例検討会（以下、WEB勉強会）を導入し隔月開催しているが、その有用性や課題は明らかでない。【目的】参加者意識を確認しWEB勉強会の有用性と課題を明らかにすること。【方法】救急・消防・救助・指令業務に従事する隔日勤務職員285名を対象にアンケート調査を実施し、回答者92名のうちWEB勉強会参加経験者76名を分析対象とした。調査項目は開催形式、実務への有用性、改善要望など多角的に設定し自由記述も設けた。【結果】参加経験者の93%が「参加しやすい」、90%が「実務に役立つ」と回答した。今後の参加意向も96%と高く、参加理由は「他の隊の活動への関心」が多かった（47名）。発表経験者は20名中17名（85%）が有意義と回答した。一方、開催頻度の適正評価は64%にとどまり、資料作成や症例選出の負担が課題視され、内容拡充を求める意見もあった。【考察】WEB勉強会は参加のしやすさと実務的学習効果の面で有効であるが、負担軽減や内容多様化などの課題もあるため、PDCAサイクルによる継続的な改善が重要である。

CPR等　研修　前半
演題番号　MO65-5（D）

映像通報システム（ライブ119）は小学生でも使用できるか？

○伊藤 裕介[1]，竹内 隆将[1]，池田 周平[1]，森田 幸子[1]，齋藤 研[1]，門馬 秀介[1]，樋口 遼[1]，橘高 弘忠[1]，小林 誠人[1]，澤野 宏隆[1]，林 靖之[1]
[1]大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター

＜はじめに＞映像通報システム（Live119）は緊急性の判断や応急処置の提示などの利点を有するが、認知度の低さや端末操作スキルなどに課題を有し、幅広い世代からの利用が求められている。＜目的＞スマートフォン世代である小学生が、Live119を適切に使用できるかを検証する。＜方法＞小学5・6年生68人30チームを対象に、窒息の応急処置においてLive119を使用し、適切に対応できるかを検証した。＜結果＞50人（73.5%）が自分のスマートフォンを持っていた。39人（57.4%）はLive119を知らなかったが、全てのチームで背部叩打法を実施した。最も困難な作業はURLのタップで33.3%(10チーム)が大人の助けを必要とし、スマートフォンを持っていない児童の多くが難しいと感じていた。＜考察＞映像通報システムは、スマートフォンに慣れていない高齢者などの使用に大きな障壁が存在する。子どもにとっても、その課題は同様であった。一方、スマートフォンを持っている子どもにとっては、大人と同様に使用は可能である。＜結語＞映像通報システムは子どもでも使用できる手段であるがより操作性の高い手法の開発が必要である。

CPR等　研修　後半
演題番号　MO66-1（E）

自作したカプノメーターに係る教育教材と研修について

○瀬沼 耕一[1]
[1]埼玉西部消防局 警防部救急課

救急救命士は、心肺停止傷病者に対して実施する気管挿管を平成16年から実施している。現在、気管挿管実施時の気管内チューブの確認は、手術室等でも使用されているカプノメーターを用いて動脈血二酸化炭素分圧である「ＥＴＣＯ$_2$」を検出し、二酸化炭素分圧曲線であるカプノグラムや他の所見と併せて、「気管挿管が実施されているか」を総合的に判断している。しかし、救急救命士や、救急救命士を志す学生を対象にしたカプノメーターに限定した教育教材は筆者らが調べてみたものの見当たらない。　そこで地域ＭＣ協議会の指導救命士が作成した教材を使用し、本組合において救急業務に従事する全ての職員647名がｅラーニング方式で研修を受講したので報告する。　ｅラーニング履修後、効果測定を実施したところ、救急資格の有無や背景に関わらず99％の職員が正答できていた。今後も、未受講者や事務職から配置転換した職員等にも、再教育の一環として本研修を継続していく必要がある。　カプノメーターに係る研修対象者を救急救命士以外へと拡大することは、より多くの目で気管挿管時の異常トラブルに注意することが可能となり、医療事故防止に寄与すると考えた。

CPR等　研修　後半
演題番号　MO66-2（E）

インストラクショナルデザインで設計した歯科系学会併設BLSコースの教育効果

○大石 奨[1,2,3]，小林 清作[3,4]，松浦 健二[3,5]，水野 光規[6]
[1]豊田市消防本部 足助消防署，[2]熊本大学教授システム学教育実践力開発拠点，[3]一般社団法人日本救急救命士会，[4]名古屋市立大学病院病院管理部Ｅステーション運営室，[5]小牧市消防本部，[6]あいち小児保健医療総合センター放射線科部

【はじめに】インストラクショナルデザイン（ID）は、学習者特性に応じて教育方法を設計し、学習効果と効率を高める教育設計学である。【目的】BLSコース受講に必要な知識を受講前に習得させるため、IDに基づき教材を事前提供し、習得度に応じた教育設計の有用性を検討した。【対象と方法】歯科系学会学術集会併設セミナーとして、日本救急医学会認定BLSコースを3回開催し計32名が受講した。受講前に知識テストを実施し、目標未到達者に対してのみeラーニングによる知識学習を行った。実地講習では知識講義をほぼ省き、技能訓練と演習を中心に構成した。【結果】受講者は主に歯科医師で、他に医師、歯科衛生士などであった。事前学習により全員が一定の知識水準を共有した状態で実技に臨むことができ、技能訓練を効率的に実施できた。【考察】事前テストにより知識学習の要否を判別し、必要な受講者のみにeラーニングを実施することで、履修主義的学習を回避し、技能および判断訓練に集中した教育設計が可能であった。今後の課題は、長期的技能保持の評価である。【結論】ブレンディッドラーニング型BLSコースは教育として有用であることが示唆された。

CPR等　研修　後半
演題番号　MO66-3（E）

PACCコースの教育的有用性と課題：受講者アンケートに基づく検討

○大谷 浩史[1]，石原 嗣郎[2]，高松 純平[3]，福岡 範恭[4]，藤本 賢司[5]，北崎 礼繁[6]，久野 将宗[7]，當別當 洋平[8]，大高 彩[9]，守岡 大吾[10]
[1]日本救急システム株式会社 勝浦救急事業部，[2]埼玉医科大学総合医療センター，[3]関西労災病院，[4]愛知淑徳大学 健康医療科学部，[5]日本体育大学 保健医療学部 救急医療学科，[6]鹿児島市立病院，[7]日本医科大学多摩永山病院，[8]徳島赤十字病院，[9]岡村記念病院，[10]明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科

【背景】高齢化に伴い循環器救急の重要性は増している。Prehospital Acute Cardiac Care（PACC）コースは循環器救急に特化した教育プログラムとして全国展開が進んでいるが、その教育的評価に関する体系的検討は十分でない。【目的】PACCコースの教育内容および運営の評価と課題を明らかにする。【方法】2025年6～11月の受講者を対象に質問紙調査を実施した。5段階リッカート尺度による満足度を定量評価し、自由記述は質的内容分析によりカテゴリ化した。【結果】561名中546名（97.3%）が回答した。全評価項目の中央値は5.0で一貫して高い満足度を示した。特に心電図講義・判読演習は高評価であった。一方、心不全・フィジカルアセスメントやシナリオでは学習時間やフィードバック方法への改善要望がみられた。事前学習は理解促進に寄与したが教材内容の充実を求める意見も認められた。【結論】PACCコースは循環器救急教育として高い教育的有用性を示したが、高難度単元への支援設計、教材整備、指導者教育の体系化が課題である。今後はプログラム改善と長期的教育効果の検証が求められる。

CPR等　研修　後半
演題番号　MO66-4（E）

産科救急への不安払拭を目的とした池田市救急救命士主体による新生児蘇生法病院前コース開催の取り組み

○矢島 海斗[1]，植田 一希[1]，岡村 隆弘[1]
[1]池田市消防本部 第3警備課 救急担当

【はじめに】産科領域救急事案は頻度こそ少ないが、母児の生命に直結し、数分の判断が予後を左右する高リスク事案である。一方で、経験機会の少なさから不安の声も多い。本発表では、産科救急に対する不安払拭を目的に実施した池田市救急救命士の取り組みを報告する。【取り組み】池田市では分娩介助研修は行っていたが、娩出後の新生児対応に関する体系的教育は十分でなかった。外部コースは遠方開催などの理由で受講が進まず、発想を転換し本市救急救命士主体で新生児蘇生法 病院前コースを企画・開催した。開催前後で産科事案対応への不安度をアンケート評価した。【まとめ】開催前は多数が不安を抱えていたが、開催後は大幅な軽減を認めた。定期開催希望やインストラクター志望者も現れ、組織的な人材育成の契機となった。頻度の低い事案こそ平時の備えが重要であり、本取り組みは地域の安心・安全を高める一助となると考える。

CPR等　研修　後半
演題番号　MO66-5（E）

宮城県消防学校における胸骨圧迫の有効な指導法の検討

○庄子 稔[1]，早坂 恵太[1]
[1]宮城県消防学校 宮城県消防学校

【目的】心肺蘇生法のうち胸骨圧迫について、効果的な指導方法を検討する。【対象・方法】初任教育修了時の学生８９名のうち、高度救命訓練人形（以下「訓練人形」という。）を用いた胸骨圧迫を１分間実施し、１００％の評価であった学生１５名（以下「適切学生」という。）と圧迫深度不良の評価であった学生２０名（以下「深度不良学生」という。）を対象とし、体格と胸骨圧迫実施訓練中の動画で検証した。【結果】対象者の体格に有意差はなかった。動画による検証では、適切学生は膝を訓練人形の腕から０．６４±０．４ｃｍであったのに対し、深度不良学生は腕から５．２３±０．７ｃｍであった。対象者全員に膝の位置を訓練人形の腕から７ｃｍ離して胸骨圧迫を実施させた場合、評価項目である深さ、リコイル、位置（中心回数）、総合（有効圧迫）について十分な評価が得られなかった。一方で、訓練人形に限りなく近づいて実施した場合、上記評価項目及び速さの全ての項目で適切評価であった。【考察】胸骨圧迫の部位、深さ、テンポ、解除に加え「膝の位置」の指導により、より質の高い胸骨圧迫が実施できるものと考える。

CT.angio　前半
演題番号　MO67-1（R）

AngiographyおよびIVRにおける高線量被ばくの傾向と対策

○佐々木 健[1]
[1]上尾中央総合病院 放射線技術科

当院のAngiographyおよび血管系Interventional Radiology（以下IVR）の高線量被ばく管理体制は、総線量が3 Gyを超えた場合に電子カルテのテンプレートを用いて高線量被ばく発生報告をおこない、そのうち局所被ばく線量が2 Gyを超えた場合は該当部位の皮膚観察を術後1週間、一月、三月でおこない、その結果を評価して電子カルテ内に報告することとしている。2024年4月～2025年12月におこなわれたAngiography + IVR 4410件のうち、高線量被ばくは79件であり、皮膚観察対象例は54件であった。本報告では、高線量被ばく例のうち①IVR手技、②待機的：緊急、③装置ごとに、術者のかかわり、診療放射線技師のかかわりの視点から、高線量被ばくが防げたのか、高線量被ばくが発生した後の対処は適切であったのかを振り返り、さらに精度の良い高線量被ばく管理体制を創ることために必要なことについて考察をおこなった。その結果について報告する。

CT.angio　前半
演題番号　MO67-2（R）

血栓回収療法支援画像になり得たproton density weighted image(PDWI)の自験例

○高橋 佑典[1]，市川 宏紀[1]，福島 智久[1]，坪井 重樹[1]，木村 拓哉[1]
[1]大垣市民病院 画像部 診療検査科

急性期脳梗塞患者に対する血栓回収療法(以下MT)では、閉塞血管の走行を事前に把握することは術者にとって有用である。しかし、magnetic resonance angiography(MRA)で閉塞血管は欠損像で描出され、末梢側の血管評価が困難である。近年、PDWIで閉塞血管の描出が可能と報告され、昨年本会で基礎実験結果を報告した。今回、MT手技の支援画像が有用であった自験例を報告する。70才男性。午前7時頃から発語困難。右片麻痺、失語、NIHSSは24点であった。拡散強調画像で淡い高備号、FLAIR 画像で低信号を認め、急性期脳梗塞と診断。MRAで左中大脳動脈M1レベルの閉塞が疑われ、閉塞血管の走行評価のためPDWIを追加撮像した。その後MTが施行された。MTにおいて、閉塞血管の走行が不明な場合、血管穿孔や手技時間の延長による合併症リスクが増大する。本シーケンスは約3分で撮像可能で、安全かつ迅速な再開通に寄与する可能性がある。既報ではMTにおける支援画像の取り組みがされており、実際に医師からの評価も得ている。脳卒中ガイドラインではM2以降の閉塞では積極的に推奨はされていない。PDWIは脳血管破格の把握や事前情報が少ない症例でMTの支援画像となり得ると考えられる。

CT.angio　前半
演題番号　MO67-3（R）

外傷画像診断トレーニングシートの作成とその有用性について

○大山 采夏[1]，妹尾 聡美[2]，飯島 颯[1]，小松﨑 篤[1]，瀧川 政和[1]
[1]国立病院機構 相模原病院 放射線科，[2]済生会横浜市東部病院 救急科

【背景】外傷画像診断におけるFACT（Focused Assessment with CT for Trauma）は、外傷全身CT読影の第1段階として大まかな治療方針決定を目的に実施される。当院は二次救急医療機関で症例数が限られ、夜間・休日は読影医不在のため診療放射線技師によるFACT読影が求められる。そこで読影力向上を目的にFACTトレーニングシートを作成し有用性を検討した。【方法】2019年5月～2026年1月に撮影された外傷CT50例を対象とし、診療放射線技師および救急・放射線診断専門医1名がシートを用いて評価し正答率を算出した。【結果】正答率は平均98.4%（90 ～ 100%）で、肺挫傷が86%と最も低かった。血胸や血腫関連項目も低値傾向を示した。低正答項目は所見検出は可能だが鑑別・断定が困難であった。なお正答率100%項目の45%は陽性症例を含まなかった。【結論】陽性症例が少なく、正答率のみで有効性を評価するには限界がある。今後は二次救急医療機関向けに項目改訂と継続的トレーニングが必要である。

CT.angio　前半
演題番号　MO67-4（R）

SDマップを用いた頭部CTにおけるノイズの空間分布評価：固定方法の違いによる比較検討

○田代 雅実[1]
[1]福島県立医科大学 保健科学部 診療放射線科学科

【目的】頭部CTにおける固定方法の違いがノイズ空間分布および出力線量に与える影響をSDマップを用いて評価した。【方法】Siemens SOMATOM go.topを使用し、頭部ファントムをヘッドレスト・CT寝台・バックボード・バックボード+ヘッドイモビライザーの4条件で各10回撮影した。AEC条件と固定mAs条件、逐次近似応用再構成（強度2）on/offの計16条件について、9×9平滑化SDマップを作成し視覚的評価を行うとともに各スライスのMean SDを算出した。【結果】AEC条件においてCT寝台およびバックボードのCTDIvolはヘッドレストと同等であったが、バックボード+ヘッドイモビライザーでは65.2 mGyと他3条件（平均48.2 mGy）に比べ約35%高値であった。SDマップの視覚的評価およびMean SDでは、全条件で頭蓋内に臨床的に問題となるノイズ増加を認めなかった（3.7 ～ 4.6 HU）。逐次近似応用再構成は固定方法に関わらず約4 ～ 5%のMean SD低減をもたらした。【結論】CT寝台やバックボードの使用はCTDIvolおよびノイズ特性に明らかな影響を与えない。一方、ヘッドイモビライザーの装着はAEC機能を介しCTDIvolを約35%増加させるため、撮影前の除去を考慮すべきである。

CT.angio　前半
演題番号　MO67-5（R）

外傷全身CTにおけるcalibration FOVが解像特性に及ぼす影響

○三浦 洋平[1]，藤村 一郎[2]，中智章[1]，佐賀 友香[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 医療技術部放射線部門，[2]りんくう総合医療センター

【背景】European Society of Emergency Radiologyでは，外傷全身CTの撮影範囲としてWillis動脈輪から，場合によっては頭頂部まで含めることを推奨している．これは脳血管損傷の評価を目的としたものである．脳血管損傷の形態診断は治療方針の決定に直結するため重要であり，その診断精度には解像特性が関与する．【目的】Calibration FOV（C-FOV）が解像特性に及ぼす影響を評価すること．【方法】C-FOVをMおよびLとした場合のmodulation transfer function（MTF）を，画像中心から15 mm，50 mm，95 mmの各位置で測定した．MTFの測定にはRichardらが報告した円周エッジ法を用いた．【結果】MTFは概ね類似した形状を示したが，C-FOV Lにおける95 mmオフセット位置のみ，高周波域で低下を認めた．【結論】C-FOVの違いにより解像特性に変化を認めた．C-FOVの選択は被写体サイズのみならず，診断目的を踏まえて検討すべきである．

CT.angio　後半
演題番号　MO68-1（R）

外傷CTにおける挙上困難時にどう対応するか ～空気枕を用いた画質改善の検討～

○菅原 諭[1]
[1]医療法人徳洲会 仙台徳洲会病院 放射線科

【背景】外傷初期診療CTでは疼痛や意識障害により挙上が困難な症例が多く、上肢のアーチファクトにより肝臓や脾臓等診断の妨げとなることがある。【目的】挙上困難時の対応として、腕間に枕を挿入する方法の有用性を検討した。【方法】同一プロトコールで上肢位置の異なる3条件（挙上、上肢前組み、約5cm厚の空気枕を上肢 - 躯幹間に挿入）で撮影した。各条件２０例を対象とし肝臓にROIを設定してCNRを算出した。背景ノイズは肝周囲皮下脂肪の標準偏差とした。統計解析はKruskal-Wallis検定およびDunn検定を用いた。【結果】各条件間に有意差を認め（$H(2)=33.74$, $p<0.001$, $\varepsilon^2=0.53$）、上肢前組み群は他2群より有意に低値を示した。一方、Dunn検定では、上肢前組み群は挙上群および枕挿入群より有意に低値を示し、挙上群と枕挿入群間に有意差は認めなかった。【結論】空気枕の腕間挿入は特別な工夫を要さず、迅速に実施可能な画質改善法であり、外傷CTにおける診断精度低下の軽減および診断能維持に寄与する可能性が示唆された。

CT.angio　後半
演題番号　MO68-2（R）

救急外来におけるCT搬送タスクシフトの検討

○鉞 時貞[1]，鈴木 崇宏[1]，富村 武司[1]
[1]藤田医科大学病院 放射線部

【背景】当院救急外来では、CT室への患者搬送を主に医師・看護師が担っている。しかし、救急診療は同時並行的な処置や対応を要するため、搬送対応が診療を中断させる要因となり、医師・看護師の業務負担増大を招いていた。また搬送開始の遅れはCT検査待機時間延長の一因となっていた。【目的】診療放射線技師による搬送業務を導入し、医師・看護師の業務負担軽減および救急診療の円滑化への効果を検証する。【方法】2024年4月より技師による搬送業務を開始した。安全性確保のため、看護師による搬送・移乗研修、搬送基準および役割分担の明確化、技師のみでの搬送を想定したKYTを実施した。技師による搬送件数を集計し、同時に救急外来患者のCT待機時間も集計した。【結果】技師による搬送件数割合は2024年度8％から2025年度18％へ増加した。CT待機時間30分超の割合は16％から12％へ減少した。【考察】技師が搬送を担うことで、医師・看護師が診療や看護に専念できる時間が確保され、救急外来全体の業務効率化につながったと考えられる。安全対策を講じた上でのタスクシフトは、多職種で救急医療を支える有効な取り組みであり、今後も継続的評価が望まれる。

CT.angio　後半
演題番号　MO68-3（R）

Photon-counting detector CTにおける上肢下垂位アーチファクトに対する管電圧と仮想単色X線画像の影響

○片山 拓人[1]，會田 直史[1]，崎山 寛大[1]
[1]東海大学医学部付属病院 診療技術部 放射線技術科

【背景】Photon-counting detector CT（PCD-CT）では、常に仮想単色X線画像（VMI）を得られるが、上肢挙上困難な場合、上肢下垂に伴うストリークアーチファクト等が問題となる。PCD-CTにおいて撮影管電圧が画質に与える影響は報告されているが、上肢下垂位時に画質に与える影響については検討されていない。【目的】上肢下垂位におけるPCD-CTのアーチファクトに対する管電圧およびVMI条件の影響を評価する。【方法】NAEOTOM Alphaで腹部楕円水ファントム（300mm×200mm）を固定し、上肢ファントム付加（有/無）で撮影した。管電圧70/90/120/140kVpで、VMI 40/70keVを再構成した。アーチファクト/背景CT値を測定し、ROI内SDから相対アーチファクト指標（AIr）を算出した。加えて人体ファントムで視覚評価を行った。【結果】上肢付加では低管電圧および40keVでAIrが増加し、視覚評価でもアーチファクト増強を認めた。【結語】上肢下垂位では低管電圧・低keVでアーチファクトが増強し得るため、管電圧およびVMI条件の選択が重要である。

CT.angio　後半
演題番号　MO68-4（R）

STAT画像所見報告に関する診療放射線技師向けCT画像読影初期教育プログラム導入3年間の育成状況と課題

○渡部 桃子[1]
[1]医療法人徳洲会仙台徳洲会病院 放射線科

【背景】救急初期診療においてSTAT画像所見報告を迅速かつ正確に行うことは重要である。しかし診療放射線技師を対象とした体系的なCT画像読影教育プログラムは十分に確立されていない。【目的】新人診療放射線技師向けに構築したCT画像読影初期教育プログラム（以下プログラム）を3年間運用し、その育成状況およびプログラムの有用性と改善点を検討する。【方法】対象は過去3年間の新人8名とした。プログラム実施前後にCT画像読影試験を実施し、正答率を年次別と領域別に比較検討した。【結果】平均正答率は実施前30.7％から1年目83.7％、2年目63.3％、3年目81.8％へ向上した。領域別正答率向上は胸部・血管・外傷領域で平均64％であったのに対し、腹部領域では11.2％であった。【考察】本プログラムにより新人のCT画像読影能力は向上し、救急初期診療における読影補助として画像情報提供の質向上に寄与すると考えられた。一方、腹部領域では向上の余地があり、教育内容および症例構成の再検討が必要と考えられた。

CT.angio　後半
演題番号　MO68-5（R）

亀田総合病院におけるSTAT報告の改訂による変化と傾向

○大浦 駿介[1]，増田 翔太[1]
[1]亀田メディカルセンター 画像診断室

【背景・目的】当院では2015年度より、医師が同席しない検査に限り、8疾患を対象とした緊急画像所見報告（以下STAT報告）を開始している。2024年1月にSTAT報告における対象を拡大して全検査とし、STAT報告8疾患以外を対象とした異常所見報告を新設したことによる変化を確認し、今後の教育方針を検討することを目的とした。【方法】2024年1月から2025年12月の2年間における放射線科情報システム（：RIS）を後方視的に集計した。【結果】STAT報告件数は2023年167件、2024年248件、2025年268件であった。医師立ち合い有または不明の件数は2024年37件、2025年48件（全体の約15％）であった。異常所見報告は2024年39件、2025年48件で、STAT報告では「脳梗塞疑い」、異常所見報告では「骨折疑い」による報告が最多であった。【考察・結語】STAT報告の対象を全検査とし、異常所見報告の新設により報告数は有意に増加した。しかし、報告の約85％は医師が同席しない状況であり、技師自身が緊急画像所見を判断する能力の重要性が示された。脳卒中・骨折以外の疾患を中心とした教育と啓蒙活動を継続することで、さらなる報告数の増加が期待される。

熱傷　環境障害
演題番号　MO69-1（D）

当院における高齢者低体温症例の後方視的検討

○中村 佳裕[1]，大石 峻裕[1]，中村 文子[1]，室谷 卓[1]，中森 靖[1]
[1]関西医科大学附属病院 救急医学科

【目的】高齢化社会の進行に伴う高齢者の孤立が問題視され、冬季には低体温症のリスクを高める。低体温症において、年齢自体と病因、生理学的異常のいずれが予後に影響するか明確でなく、今回、年齢を踏まえた予後予測因子を検討した。【方法】2018年1月1日～2026年1月31日に当院へ搬送された低体温患者を対象に後向き単施設研究を実施した。年齢を3群（18-65歳、65-79歳、≥80歳）に分類し、主要評価項目は在院死亡、副次評価項目は在院日数（LOS）とした。院内死亡に関しては多変量ロジスティック回帰分析、LOSは生存退院例に限定しノンパラメトリック検定および線形回帰分析により検討した。【結果】対象患者131例の内、死亡例は36例（27.7%）で、年齢群別では <65歳：5例、65-79歳：8例、≥80歳：23例だったが、多変量解析において年齢群は院内死亡の独立因子ではなかった（p=0.319）。関連した因子は二次性低体温（p=0.020）、と乳酸値（p=0.021）であった。LOSは、年齢群、病因、乳酸値のいずれとも有意な関連を示さなかった。【結語】本研究において高齢者低体温症患者では年齢自体よりも内在する背景病態の評価が重要である可能性が示唆された。

熱傷　環境障害
演題番号　MO69-2（D）

初期労作性熱中症（EHI）における横紋筋融解症(ERM)合併症例に関する臨床的特徴

○井上 聡子[1]，宮家 麻希子[1]，東 珠己[2]
[1]警察共済組合兵庫県支部診療所芦屋分室 内科，[2]近畿管区警察学校庶務部庶務課

【目的】初期EHIにおけるERM合併症例(CPK≧1000 U/L)の臨床的特徴を明らかにする。【対象と方法】2018年4月から2025年9月の初期Ⅱ度EHI 1226例の診療記録を用いた横断的調査。【結果】全例の年齢中央値20 (19-23) 歳、男性782例、ERM群85例（6.9%）であった。非ERM群に比しERM群では、男性の割合(62.2 vs 84.7%, p<0.001)と尿潜血陽性の割合(5.5 vs 12.9%, p=0.014)が有意に高く、血清クレアチニン値(1.05[0.90-1.21] vs 1.13[1.01-1.26] mg/dL, p=0.008) および尿中L-FABP値(13.2[7.8-25.9] vs 20.2[10.5-30.2] ng/mL, p=0.003)が有意に高値であった。ロジスティック回帰分析の結果、男性(OR=4.03, p<0.001)と尿潜血陽性(OR=4.62, p<0.001)がERM合併の独立関連因子であった。【結語】初期EHIでは約7%の症例にERMが合併し、男性および尿潜血陽性と関連している可能性が示唆された。

熱傷　環境障害
演題番号　MO69-3（N）

労作性熱中症（EHI）発症後の急性腎障害（AKI）早期発見のための臨床指標の検討

○東 珠己[1]，井上 聡子[2]，宮家 麻希子[2]
[1]近畿管区警察学校 庶務課，[2]警察共済組合兵庫県支部診療所芦屋分室

【目的】AKIはEHIの重篤な合併症であるが、医療機関以外での早期発見は困難である。本研究では非医療従事者でも観察可能な指標とAKIとの関連を調査する。【対象と方法】2022年11月から2025年7月までの間に、看護の立場からEHI発症翌日までの経過観察が行えた男性73例（年齢中央値24[20-37]歳）の後方視的観察研究を実施した。EHI発症翌日に医師によりAKIと診断された群（n = 3）と非AKI群（n =70）に分類し、各郡について、経過観察中の頻脈持続（80回/分以上）、筋肉痛出現、倦怠感、排尿回数の減少（3回/日以下）、翌朝の無尿、尿カラーチャートLV 2以上の6指標を含む臨床所見について調査した。【結果】非AKI群に比しAKI群では、脈拍増加（10% vs 100%）、排尿回数の減少（10% vs 100%）、筋肉痛出現（11% vs 67%）、翌朝の無尿（1% vs 67%）が高頻度であった。【結語】EHI発症後の頻脈持続、排尿回数の減少、筋肉痛出現、翌朝の無尿の観察は非医療従事者にも可能であり、EHI後のAKIと関連する可能性が示唆された。

熱傷　環境障害
演題番号　MO69-4（D）

車内閉じ込めにより致死的経過をたどった認知症高齢女性の熱中症の1例

○中尾 隆美[1]
[1]近畿大学奈良病院 第三次救命救急センター

【背景】乳幼児の車内置き去りによる熱中症死亡は広く知られているが、高齢者、特に認知症患者における車内閉じ込めによる重症熱中症の報告は少ない。【症例】86歳女性。某年7月、15時頃に自宅駐車場の乗用車後部座席で仰臥位で嘔吐している状態で発見され救急要請された。最終健常確認は同日10時で、車両はチャイルドロックが作動していた。来院時、意識レベルJCS300、HR145/分、BP150/120mmHg、RR30回/分、膀胱温40.5℃であった。頭部CTに明らかな異常所見はなく、深昏睡および中枢神経障害を伴う重症熱中症Ⅳ度と診断し、全身冷却および冷却輸液を開始した。入院後3時間で血便を認めDICを併発し、約10時間後に死亡した。【考察】認知症による自発的な車内侵入、チャイルドロックによる脱出困難、発見遅延が重症化の要因と考えられた。高齢化社会においては、認知症高齢者に対する車内閉じ込めリスクへの注意喚起と環境整備が重要である。

熱傷　環境障害
演題番号　MO69-5（D）

低体温症例は来院時に予後予測が可能か

○山村 英治[1,2]，矢作 竜太[1,2]，二瓶 叶太[1,2]，長谷川 美佑妃[1]，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

【緒言】さいたま市は地理的には寒冷地とは言えないが，冬期には最低気温が氷点下になることもある地域である。低体温で搬送される症例は少なくない。来院時に予後予測が可能か検討した。【方法と結果】当院に搬送された偶発性低体温症について診療録を後方視的に検討した。2025年1月から12月までの1年間に低体温症として搬送された症例は67例であった。男性が41例（61.2%）で年齢の中央値は83歳であった。重度低体温（28℃以下）が22例（32.8%），中等度低体温（28～32℃）が31例(46.3%)であった。復温方法は体外的加温が58例，血管内デバイスを使用した加温が9例であった。転帰は施設入所や転院を含めた生存退院が36例（53.7%），死亡が31例（56.3%）であった。生存群と死亡群で比較したところ，年齢，性別，来院時の体温，ｐH，カリウム，乳酸値では有意差は認めなかった。来院時の心拍数で有意差を認めた。来院時心停止症例は全例死亡していた。【結論】低体温症例では来院時の状態で予後予測は困難である。年齢や来院時の体温，検査データで判断するべきではなく，すみやかに復温を行い治療介入する必要があると考えられる。

熱傷　環境障害
演題番号　MO69-6（D）

乾燥剤に含まれた生石灰の誤食により喉頭浮腫を生じ気管挿管を要した一例

○尾花 裕太[1]，澤田 悠輔[1]，横山 勇希[1]，市川 優美[1]，大嶋 清宏[1]
[1]群馬大学医学部 救急科

【症例】80歳代、男性。【既往歴】アルツハイマー型認知症、高血圧症、慢性心不全、徐脈性心房細動。【主訴】咽頭痛。【現病歴】第1病日、誤って菓子袋に同包されていた乾燥剤(成分：生石灰)をサラダにかけて摂取した。妻が救急要請したが本人が拒否し不搬送となった。第2病日、咽頭痛のため近医から前医を紹介され受診した。上部消化管内視鏡検査で喉頭蓋に著明な浮腫があり、気管挿管・人工呼吸器管理が行われた。第3病日、精査加療目的に当院へ転院搬送された。【現症】体温36.5度、脈拍52/分、血圧105/42mmHg、SpO_2 100%(FiO_2 0.35)。喉頭内視鏡検査で喉頭に浮腫あり。【経過】ICUで人工呼吸器管理を継続し、第6病日の喉頭内視鏡検査で浮腫軽快を確認し抜管した。同日にICUを退室し、以降気道状態の再増悪なく経過し、第14病日に転院とした。【考察】生石灰は水との反応で強アルカリ性の水酸化カルシウムを生成し、アルカリ腐食と発熱の二重機序で粘膜損傷を引き起こす。既報の多くは口腔・食道の化学熱傷に留まり、喉頭浮腫により気管挿管を要した報告は稀であるため、文献的考察を加えて報告する。

熱傷　環境障害
演題番号　MO69-7（D）

業務用強アルカリ性洗剤の誤飲により喉頭浮腫を来し緊急気道確保を要した一例

○橘 大仁[1]，藤田 英[1]，松窪 将平[1]，瀬尾 亮太[1]
[1]一宮西病院 救急科

【緒言】強アルカリ性物質の摂取は腐食性障害を生じる。特に喉頭浮腫は気道閉塞に至る可能性があるため、早期の気道評価と気道確保が重要である。強アルカリ洗剤を誤飲し、喉頭浮腫を呈し緊急気管切開を要した症例を経験したため報告する。【症例】症例は41歳男性。業務用強アルカリ洗剤を数十cc誤飲し、咽頭違和感、嚥下困難、嗄声が出現し当院救急外来を受診した。誤飲後3時間で施行した喉頭内視鏡にて喉頭浮腫を認め、緊急気道確保の方針とした。麻酔科医師でも経口挿管困難のため、輪状甲状靭帯切開で気道確保後に気管切開術へ移行した。上部消化管内視鏡検査では腐食性食道炎の併存も認め、内視鏡下で経鼻胃管を留置した。第5病日に抜管となった。【考察】アルカリ性物質は液化壊死を来たし、酸と比較して組織深部まで障害が及びやすい。嗄声や嚥下困難などの症状を呈する場合には早期の気道評価と気道確保を検討すべきである。本症例では早期の気道評価と緊急気道確保により窒息を回避した。【結語】強アルカリ性物質の誤飲は少量であっても重篤な上気道浮腫および腐食性消化管障害を来す。窒息のリスクを念頭に迅速な対応が重要である。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-1（E）

自然水域で発生した院外心停止におけるAED到達状況の実態

○阿部 和[1]，木村 龍[1]，中川 洸志[2]，喜熨斗 智也[1]，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 人間総合学科

【背景】JRC蘇生ガイドライン2025では、海や河川・沼等の自然水域で発生する院外心停止に対しても、市民による迅速な除細動を可能とする体制整備の重要性が示された。この体制推進には自動体外式除細動器(AED)適正配置の検討が必要であり、AED到達状況の実態把握が求められる。【目的】自然水域で発生した院外心停止におけるAED到達状況を明らかにすること。【方法】2021~2023年に自然水域で発生した院外心停止症例を対象とした記述研究である。AED到達はウツタインデータの「バイスタンダーによるAED」で、ショックの有無に関わらず波形が認識された症例と定義した。AED到達状況別に、発生場所、月、時間、目撃の有無を集計した。【結果】対象2,978件中、AED到達例は157件(5.3%)であり、海128件(81.5%)、河川・沼等29件(18.5%)であった。7~8月の到達例は80件(51.0%)であり、そのうち海が72件(90.0%)を占めた。130件(82.8%)は日中(9:00~16:59)であり、全症例のうち目撃例は60件(38.2%)であった。【結語】自然水域でのAED到達は夏季の海に集中し、それ以外は極めて少なかった。目撃症例でも到達は少なく、管理施設の有無や利用時間に左右されない配置戦略の検討が必要である。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-2（E）

解析・充電中の胸骨圧迫継続機能を有するAEDが胸骨圧迫中断時間に与える影響

○米田 宏希[1]，髙田 康平[1]，中村 陽一[1]，山崎 憲和[2]，大松 健太郎[2]，竹井 豊[2]
[1]白山野々市広域消防本部 鶴来消防署，[2]新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健学専攻 救急救命学分野

【背景・目的】心肺蘇生法・救急心血管治療ガイドライン2025では、除細動に伴う胸骨圧迫中断時間の最小化が重視されている。本研究は、解析・充電中の胸骨圧迫継続機能を有する新型AED（LIFEPAKⓇ35）と従来型を比較し、除細動に伴う胸骨圧迫関連指標への影響を検証した。【方法】QCPR人形を用い、ハイパフォーマンスCPRを基本とした4分間のCPRをVFおよびPEAシナリオで実施した。胸骨圧迫は、QCPRモニターを確認しながら平均深さおよび平均速度が毎回一定となるよう努めた。一次評価項目を解析1回目・2回目中断時間とした。【結果】VFシナリオでは、解析2回目中断時間は新型AED群1.35 ± 0.11秒、従来型群6.57 ± 1.45秒であり、新型AED群で有意に短かった（p=0.0367）。また、総胸骨圧迫回数は新型AED群408回、従来型群399回であり、新型AED群で有意に多かった（p=0.046）。一方、解析1回目中断時間、CCF、CPRスコア、総圧迫時間、総圧迫中断時間、換気時平均中断時間には有意差を認めなかった。PEAシナリオでは、すべての評価項目で有意差を認めなかった。【結論】新型AEDはVFシナリオにおいて、従来型と比較して解析時の胸骨圧迫中断時間を短縮する可能性が示された。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-3（E）

A市における院外心停止発生地点とAED配置の地理的分析

○中川 貴仁[1]，鳴海 圭佑[1]，齋藤 駿佑[1]
[1]弘前医療福祉大学短期大学部 救急救命学科

【目的】公衆の場所での院外心停止に対し、至近のＡＥＤを現場に届けるシステムは救命率向上に寄与すると推察される。本研究では青森県Ａ市内においてＡＥＤ設置事業所自らがＡＥＤを搬送可能な距離的範囲の妥当性を検討することを目的とした。【方法】2019-2023年にＡ地区消防事務組合管内の公衆の場所で発生したＯＨＣＡ　114件を解析対象とした。ＧＩＳを用い、発生場所から半径５０ｍ、１００ｍ、１５０ｍ以内に１台以上のＡＥＤが設置されている症例の割合を算出した。【結果】一般市民がＡＥＤを使用した１１件では５０ｍ以内18.2％（２件）、１００ｍ以内27.3％（３件）、１５０ｍ以内63.6％（７件）であった。ＡＥＤ未使用例１０３件では５０ｍ以内18.4％（１９件）、１００ｍ以内26.2％（２７件）、１５０ｍ以内35.0％（３６件）であった。【結語】未使用例の約４分の１（26.2％）において１００ｍ以内にＡＥＤが存在しており、至近距離にありながら活用されない「アクセスの空白」の存在が示唆された。今後は使用に至らなかった要因を精査し、設置場所の視認性や発生時刻による使用制限の有無を調査する必要がある。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-4（E）

大学構内におけるコードブルーシステム構築の取り組み
—AED適正配置と新入生へのPUSH講習を中心に—

○関根 和弘[1]，益満 茜[2]，大和田 均[2]，柴田 英貴[2]，可児 ひなよ[2]，杉木 翔太[2]，大石 泰男[2]
[1]京都橘大学大学院 健康科学研究科，[2]京都橘大学

［目的］大学構内における急変および心停止事案への迅速な初期対応を目的として、コードブルーシステムの構築に取り組んだ。[方法]学生主体で教室棟間の距離およびAED設置状況を調査し、既存9台のAEDについて適正配置を検討した。併せて教職員を対象としたPUSH講習を実施し、2024年度からは新入生全員（約1,600人）を対象に､4月初旬のガイダンス時にPUSH講習を導入した。さらに、警備員常駐場所を起点とする専用通報番号（内線5000番）を整備し、救急救命士教員、看護系教員および医師教員(救急医)が参集する体制を構築した。[結果]AED配置調査により、同一建屋内での重複配置など非効率な設置が明らかとなり、再配置によって全学で５分以内の除細動対応が可能となった。翌年度には建屋単位での配置基準を設定し、AEDを9台から19台に増設したことで、3分以内での使用体制を整備した。またAED立て札を設置したことで発見をしやすくした。[まとめ]本学におけるコードブルーシステムの整備により、構内急変対応の初期対応時間短縮と対応体制の標準化・可視化が図られた。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-5（E）

住宅で発生した院外心停止における居住階層とAED到達の実態

○板垣 和真[1]，中川 洸志[2]，木村 龍[1]，津波古 憲[1]，櫻井 勝[1]，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

【背景】住宅発生の院外心停止（OHCA）は、公共施設と比較してAED使用率が著しく低く、AED配置の最適化が不可欠であるが、居住階層別のAED到達の実態は明らかでない。【目的】住宅発生OHCAにおける居住階層別のAED到達の実態を明らかにすること。【方法】2021年から2023年の住宅発生OHCAを対象とした記述研究である。居住階層を2階以下の低層と3階以上の高層に分類した。AED到達はショックの有無に関わらず波形が認識された症例と定義し、到達割合を居住階層・時間帯・発生場所別に記述した。【結果】対象は249,981例（低層215,445例; 高層34,536例）であった。AED到達例は低層1,420例（0.7%）、高層364例（1.1%）であった。そのうち日中（9:00 ～ 16:59）の発生は低層616例（43.4%）、高層182例（50.0%）であった。発生場所別では低層では屋外（庭・ベランダ等）が87例（1.7%）、高層では階段が8例（2.3%）で最も高かった。【結語】高層は低層よりAED到達割合が高く、到達が多い発生場所も階層間で異なっていた。居住階層に応じたAED配置の検討を要する。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-6（E）

「まちかどAED」片道搬送による機動力が救命に寄与した心停止症例

○髙田 豪士[1]，片岡 竜彦[1]，木村 義成[2]，四ヶ所 正紀[1]，横田 純[1]，緒方 裕[1]，日根野谷 有宇己[1]，島尾 賢[1]
[1]堺市消防局救急部 救急課，[2]大阪公立大学

堺市消防局では、管内施設のAEDを任意で「まちかどAED」として消防局に登録し、119番通報時に迅速にAEDを利用できるまちかど救急ステーション事業を整備している。今回、大規模公園内で発生した心停止に対してまちかどAEDが早期PADに寄与した一例を報告する。令和7年8月、大規模公園内遊歩道上で71歳女性が倒れ、偶然居合わせたバイスタンダーが119番通報した。消防指令センターは通報者に胸骨圧迫の口頭指導を行うとともに、AEDを設置している公園管理事務所（発生地点から約1,100m）に連絡しAED搬送を依頼、職員が自転車でAEDを搬送し通報から8分28秒後にPADが実施された（救急隊による電気ショックより5分51秒早い）。患者はSTEMIと診断され17病日後に後遺症なく退院した。消防機関がAED設置情報を把握していたことで発生時の迅速なAED活用に繋がり、広大な公園に精通した職員が片道分の距離で対応できた点が奏功した事例である。バイスタンダーが徒歩でAEDを取りに向かった場合、往復分の距離を要し搬送時間は大幅に延長する。「まちかどAED」の片道搬送は高い機動力を発揮し、施設内外を問わず迅速なAED搬送を可能にすることで救命率向上に寄与することが示唆される。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-7（E）

AED登録情報の不一致からみた情報管理の課題

○堀 英治[1,3]，日根野谷 有宇己[2]，大松 健太郎[3,4]，竹井 豊[3,4]
[1]堺市消防局 総務部総務課，[2]堺市消防局 救急部救急課，[3]新潟医療福祉大学大学院 医療福祉研究科保健学専攻救急救命学分野，[4]新潟医療福祉大学 医療技術学部救急救命学科

【背景】AED設置情報は院外心停止における早期除細動の実施を支える基盤となるが、登録主体や更新方法が異なる複数の公開情報が存在し、個別情報の整合性は十分整理されていない。本研究は公開AED登録情報の不一致の状況を整理し、情報管理上の課題を検討することを目的とした。【方法】救急医療財団の全国AED登録情報と堺市消防局の登録情報を突合し、重複登録を除外した上で共通登録または単独登録として分類できた3,476台を対象とした。【結果】不一致は2,553台（73.4％）に認められ、所在地変更や施設変化等のほか実在確認できない情報が含まれた。これらには相互に把握されていないAEDが存在する可能性が示唆された。【結論】AED登録は任意制度であり更新責任も明確でないため、個別設置レベルでの正確性確保には限界がある。情報不整合は実運用上の課題となり得ることから、届出方法や更新責任の整理を含む運用設計の検討の必要性が示唆された。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-8（D）

スキー・スノーボード外傷は防げるか：JAPOW時代の山形県スキー場における外傷発生要因の検討

○田中 翔大[1,2]，坂梨 秀地[3]，田中 秀治[2,3]
[1]東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座，[2]国士舘大学 防災・救急救助総合研究所，[3]国士舘大学大学院 救急システム研究科

[背景]近年JAPOWを目的としたインバウンド需要の増加により、日本のスキー場利用者は多様化しており、スノー・スノーボード外傷は救急医療における重要な課題となっている。[方法]2024/25シーズンに山形県内主要9スキー場でスキーパトロールが対応した外傷499件を後方視的に解析した。[結果]来場者584,020名中、外傷で対応したのは499件（0.085%）で、受傷機転は82%が単独転倒であった。受傷は週末午後、特に滑走4時間以降に集中し、多くは初級～中級者が圧雪斜面で普通以下の速度で発生していた。受傷者の約3割は外国籍であった。全体の約22%が重症で重症例はスノーボーダーに多かった。[結語]本研究は、スキー場での外傷が個人の注意喚起では抑制できない予測可能な事象であることを示しており、外国籍利用客を含む多様な滑走者が混在する現状においては、防具着用を含む営業・運営側の強制的な介入を前提とした安全管理体制への転換が不可欠である。

診療支援　AED　BLS普及
演題番号　MO70-9（N）

海水浴場救護所における看護師の実践：医師不在環境での判断と対応の実際

○藤野 泰佑[1]
[1]金沢医科大学病院 看護部

背景： 海水浴場での救護経験を持つ看護師は極めて稀である。医師不在の海水浴場では、看護師が初期対応から救急車要請判断まで担う。本演題では、救護所における看護実践の知見を示し、情報提供を目的とする救護所看護師の役割： ①環境観察と予防活動：見回りで危険要因を把握し、来場者へ安全教育を行う。②ライフガードとの協働：情報共有と連携、および医師不在環境での迅速な初期対応の実行。③初期対応と傷病評価：相談受付、身体診察、症状評価。④応急処置：創傷処置、熱中症、クラゲ刺傷・貝類切創、酩酊などへの対応。⑤医療機関との連携：搬送判定と情報提供。これらは医師の指示のない環境における、看護師の自律的判断と実践を要求し、病院内における看護援助とは大きく異なる考察： 海水浴場の救護所では、JPTEC、ACLSなどの知識に加え、クラゲ刺傷や貝類切創などの環境特異的外傷および急性アルコール中毒による酩酊など、多様な臨床判断が必要である。医師不在の現場での看護師の判断は、その実践能力を示す結論： 医師不在環境での看護師の実践報告は、救護所における看護実践の実態を明らかにし、今後の看護実践に向けた情報提供として意義がある

外傷2　前半
演題番号　MO71-1（D）

頭蓋底骨折に伴う頸静脈孔症候群による両側声帯麻痺で気管切開を要した1例

○杉本 龍[1]，菅沼 和樹[1]，吉池 昭一[1]
[1]相澤病院 救急科

【緒言】頸静脈孔症候群は頸静脈孔部での第Ⅸ～Ⅺ脳神経障害を特徴とし，原因は腫瘍性病変が最多である。今回，頭蓋底骨折に伴う頸静脈孔症候群により両側声帯麻痺を来し，気管切開を要した1例を報告する。【症例】77歳男性。はしごから転落し救急搬送された。初療後に帰宅となったが，画像診断報告書で頭蓋底骨折，気脳症を指摘され再受診した。再診時，受傷後より生じた嚥下困難を訴え，頸静脈孔症候群を疑い入院となった。第2病日に軟口蓋挙上不全も出現し，喉頭内視鏡検査で両側声帯麻痺を認めた。気道緊急のリスクが高く，第3病日に気管切開術を行った。第8病日より嚥下訓練を開始し，第45病日に自宅退院となった。【考察】外傷に伴う頸静脈孔症候群は稀で，一般に片側性のため，両側の外傷性下位脳神経麻痺は極めて稀である。脳神経障害の機序は骨片による圧迫や神経浮腫による虚血が想定され，軽微な外傷でも生じうる。本症例では嚥下障害を訴えており，下位脳神経障害を疑うことはできたが，声帯麻痺を想起できず診断に時間を要した。【結論】頭蓋底骨折を診断した際には，下位脳神経障害，声帯麻痺による気道緊急の可能性を考慮して診療にあたるべきである。

外傷2　前半
演題番号　MO71-2（D）

CVポート断裂・心腔内迷入に対し経カテーテル的回収を施行した多発外傷の1例

○萩尾 文香[1]，谷 昌純[1]，中村 光伸[1]
[1]前橋赤十字病院 集中治療科・救急科

【緒言】鈍的胸部外傷によりCVポートが断裂し心腔内へ迷入した稀な1例を経験した。【症例】50歳代男性。乗用車運転中の交通事故で搬送された。搬入時、腹腔内出血によるショックを呈していた。CT検査で胸骨骨折、小腸損傷に加え、右鎖骨下静脈内のポート近傍でカテーテルが断裂し、右房から右室内に浮遊している像を認めた。緊急開腹止血術および小腸再建術を実施後同日、スネアカテーテルを用いて経カテーテル的に断裂片を回収した。【考察】断裂部位は鎖骨下静脈内のポート近傍であり、機序としてピンチオフによる慢性的摩耗で脆弱化した部位に、シートベルトによる急激な外力が加わったことで断裂したと推測された。特に重症外傷においては、血管内デバイス損傷は見落とされるリスクが高い。読影時には外傷評価のみならず、カテーテルの連続性にも留意することが重要である。また、心腔内迷入に対しては低侵襲な経カテーテル的回収が第一選択である。【結語】シートベルト損傷によるCVポート断裂の1例を経験した。デバイス合併症を早期に認識し、介入することが重要である。

外傷2　前半
演題番号　MO71-3（D）

大動脈損傷を合併した胸椎脱臼骨折の整復操作を契機に難治性神経原性ショックを呈した一例

○寺島 良[1]，藤田 健亮[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

【背景】胸椎脱臼骨折は整復操作が必要となる．Th6以上の脊髄損傷は循環動態へ影響を与えるが，胸椎脱臼骨折の整復操作を契機にショックを呈した報告はない．【症例】60歳代男性．3mの脚立から転落し救急搬送．搬送時，JCS3，血圧95/59mmHg，脈拍数76/min，$SpO_2$100%(酸素10L/min)，呼吸数16/min．両下肢完全麻痺，心窩部以遠の感覚障害，膀胱直腸障害を認めた．E-FASTで両側血胸，造影CT検査で，第5/6胸椎脱臼骨折，脱臼した胸椎の圧排による下行大動脈損傷，両側多発肋骨骨折，両側血胸を認めた．出血予防にTEVAR挿入．その後，胸椎脱臼の徒手整復により下行大動脈への圧排は軽減したが，突然循環破綻をきたし，出血性病態を否定した後にカテコラミン不応性の神経原性ショック，VA-ECMOを導入した．導入後，カテコラミンは漸減でき，第2病日にはカテコラミンフリーでECMOを離脱した．第3病日に後方固定術を行い，神経学的予後良好な転帰を得た．【結語】大動脈損傷を合併した胸椎脱臼骨折の整復操作を契機に神経原性ショックを発症し，ECMO導入を要した症例を経験した．脊椎脱臼整復は，急激な循環破綻を引き起こす可能性があり，十分な準備をし，慎重に施行すべきである．

外傷2　前半
演題番号　MO71-4（D）

交通外傷に起因した非骨傷性内頸動脈解離による脳梗塞の1例

○須郷 加奈子[1]，昼間 楓[1]，嶋津 宏基[1]，下崎 優花[1]，富田 佳賢[1]，永樂 学[1]，島田 拓哉[1]，菊地 一樹[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 救急・災害医学講座

【はじめに】鈍的脳血管損傷（blunt cerebrovascular injury: BCVI）は内頸動脈より椎骨動脈で多く，非骨傷性内頸動脈解離の報告は限られている．**【症例】**生来健康な22歳女性．**【主訴】**四肢外傷．**【現病歴】**軽乗用車を運転中にトラックと衝突しドクターカーで搬送された．**【来院時現症と経過】**Primary surveyで頻脈，E4V2M1の意識障害があり，四肢は変形していた．CT検査で両側上腕骨および大腿骨骨折を認めたが，頭蓋内出血や頸椎骨折はなかった．第2病日に右Babinski反射陽性，左偏視，失語があり，造影CT検査で右大脳半球に多発する低吸収域，左内頸動脈の造影不良域が見られた．第5病日に脳血管造影検査で左内頸動脈解離 (C2部) の診断に至った．第9病日に抗血小板薬を開始し，第53病日には短下肢装具と歩行器で180m歩行可能となった．第67病日にリハビリテーション病院へ転院した．**【考察】**非骨傷性内頸動脈解離により脳梗塞を発症した報告は国内でも数少ない．本症例は四肢骨折の合併により神経学的評価に難渋した．外傷性内頸動脈解離は頭部の急激な運動により頭蓋底部で生じやすく，頸椎骨折を伴わない場合でも頭頸部に外力が加わった症例では念頭に置く必要がある．

外傷2　前半
演題番号　MO71-5（D）

転落外傷による単独性眼球破裂に対し，複数回転院後に手術を要した1例

○横山 貴久[1,2]，北園 真子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，柿 佑樹[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 救命救急科，[2]昭和医科大学 救急・災害医学講座

【背景】高エネルギー外傷による眼球破裂は眼窩骨折や顔面骨折を併存することが多いが，眼球のみ損傷される単独性眼球破裂の報告は少ない．今回，転落外傷により単独性眼球破裂を来し，複数回の転院を経て手術に至った1例を経験した．**【症例】**50歳代，女性．**【既往／内服歴】**なし．**【現病歴】**飲酒後，自宅階段7段から転落した．**【経過】**意識清明でvital signsは安定．左眼瞼腫脹とパンダの目徴候を認め，眼瞼裂創はなかった．左眼は開眼不能で瞳孔・視力評価は困難であった．CTで左眼球破裂と鼻骨骨折を認めたが，眼窩骨折や他部位損傷はなかった．夜間のため当院で緊急対応困難のため系列病院へ転院し，診察後に再転院の上，15mmの強膜裂創に対し縫合術を施行した．第13病日に前房洗浄および硝子体手術を追加し，感染に留意し経過観察した．光覚弁で第19病日に退院した．**【考察】**眼球破裂の創閉鎖は感染予防および眼球温存の観点から24時間以内が推奨される．単独外傷であっても専門治療を要し転院を経て介入に至る場合がある．環境や時間的要因により早期治療が困難となることもあり，迅速な診断と医療連携体制の構築が重要である．

外傷2　前半
演題番号　MO71-6（D）

縊首症例での救急隊による頸椎固定の必要性

○竹川 雅人[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急科

Hangman骨折はその名を、「絞首刑された人(Hanged man)」に由来しており、縊首症例でも頸椎骨折を続発していることが思案された。しかしながら、その実際の頻度は分かっていない。そこで2013年以降、縊首で当院へ救急搬送された症例において、救急隊が頸椎保護した症例の有無と、実際に頸椎骨折を続発していた症例について調査し、縊首に対する救急隊の頸椎保護の必要性を調査した。2026年2月17日時点で、計111件の縊首症例が救急搬送されており、その内76件が心肺停止で搬送された。救急隊が頸椎保護していたのは16件だった。初療時に頸部CTを撮影されなかった症例は55件であった。実際に頸椎損傷を続発していたのは1件であり、歯突起骨折だった。これは意識障害を主訴に搬送された非定型的縊首で、救急隊による頸椎保護は行われていなかった。高齢であり、誤嚥性肺炎増悪後、緩和治療の方針となった。最終的に死亡退院されている。絞首刑とは異なり、自殺目的での縊首は、頸椎骨折が少ない可能性を指摘している文献もある。病院搬送前に救急隊が頸椎保護する必要性について、その他の文献も含めて考察した。

外傷2　後半
演題番号　MO72-1（D）

棒高跳び中の腹部外傷により右腎損傷（JAST Ⅲ bH2型）をきたした若年女性例

○油木田 瑛介[1]，伊福 達成[2]，髙間 辰雄[2]，吉原 秀明[2]
[1]鹿児島市立病院，[2]鹿児島市立病院 救急科

【背景】腎損傷は鈍的外傷による実質臓器損傷の約10～15%を占める。若年層では交通外傷に加え、スポーツ外傷が受傷機転となることも多い。今回、当院で経験した腎損傷51例を後方視的に検討した。【症例】10代女性。棒高跳び練習中、助走時に転倒し腹部を強打した。意識消失はなかったが、帰宅後より腹痛と嘔吐が出現したため当院救急外来を受診した。来院時、循環動態は安定しており、腹部診察で右腹部に圧痛を認めた。造影CTで右腎損傷（JAST Ⅲ bH2型）と診断し、緊急IVRを施行した。経過中に一過性の貧血を認めたが、保存的に軽快し、受傷11日後に退院した。【考察】当院で経験した腎損傷51例の検討では、若年層においてスポーツを含む活動中の受傷が多かった。循環動態が安定している症例では、損傷度に関わらず保存的治療やIVRが有効であった。本症例においても、適切な画像評価と治療介入により良好な転帰を得た。若年者の腹部外傷では腎損傷を念頭に置いた診療が重要である。

外傷2　後半
演題番号　MO72-2（D）

大腿骨転子部骨折術後に発症した仮性動脈瘤に対する経カテーテル動脈塞栓術の1例

○大内 久実[1]，杉村 朋子[1]，知念 巧[1]，齋藤 加奈子[1]，宮川 幸子[1]，長間 将樹[1]，大内 元[1]，梅村 武寛[1]
[1]琉球大学病院 救命救急センター

【背景】大腿骨近位部骨折は高齢者に多い骨粗鬆症性骨折であり、救急診療においても対応が求められる。また、整復や術中操作による骨片の転位に伴い、稀に血管損傷を来すことが知られている。今回、大腿骨転子部骨折術後に発症した深大腿動脈仮性動脈瘤に対して経カテーテル動脈塞栓術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】86歳女性。前医にて転倒による右大腿骨転子部骨折に対して観血的整復固定術が施行された。術後経過中にヘモグロビン値の低下があり、輸血を繰り返したが改善に乏しく、出血の精査目的で骨盤部造影CT検査が行われた。右大腿動脈周囲に出血を認め当院へ転院搬送された。右大腿骨転子部骨折に伴う右深大腿動脈の仮性動脈瘤と診断し、緊急経カテーテル動脈塞栓術を行い、深大腿動脈をコイル塞栓した。【結語】高齢者や認知症患者では症状が非典型的となり、仮性動脈瘤は腫脹や疼痛を伴わずに進行する場合がある。大腿骨近位部骨折後には遅発性仮性動脈瘤が生じ得る。特に高齢者や認知症患者では症状が非典型的となるため、他覚的所見から本症を疑い、早期診断・治療に結びつけることが重要である。

外傷２　後半
演題番号　MO72-3（D）

イカ釣り集魚灯に誘引されたカジキ跳躍による腰部穿通外傷の１例

○山根 尚真[1]，重本 凡[1]，岩田 真奈[1]，下原 輔[1]，宗村 佑人[1]，萩原 尊礼[1]，和田 大和[1]，橋本 恭史[1]，後藤 保[1]
[1]鳥取県立中央病院 救急集中治療科

【背景】カジキ類の吻による穿通外傷は本邦では稀であり、漁業現場における大型外洋魚の突発的船上侵入の危険性は十分認識されていない。集魚灯は小型魚を集めるだけでなく、それらを捕食する大型魚を船舶近傍へ誘引し、跳躍・侵入を介した外傷リスクを高める可能性がある。本症例を通じ、海洋作業環境における新たな受傷機転と安全対策の必要性を提言することを目的とした。【臨床経過】症例は45歳男性で、夜間イカ釣り作業中、集魚灯下に跳躍した約1mのカジキが船上に飛来し、吻が作業者の右腰部に刺入した。来院時循環動態は安定していたが、CTで起立筋内まで達する異物残留を認めたため全身麻酔下に緊急摘出術を施行した。海水汚染創でありVibrio属などを想定した広域抗菌薬を投与し、感染徴候なく軽快した。【結論】集魚灯環境では大型魚の突発的侵入による穿通外傷が発生し得る。迅速な深部評価と感染対策が重要である。また、カジキ類の生息する海域における夜間海洋作業では、防護具着用や作業位置の配慮など予防策の徹底が重要である。

外傷２　後半
演題番号　MO72-4（E）

加害において警察官が発砲した銃創の一例

○田辺 裕介[1]
[1]砺波地域消防組合消防本部 砺波消防署

【目的】銃創という稀な事案を経験し、病院選定の判断に迷いが生じたため、事案の共有を目的として紹介する。【症例】警察官に対して４０歳代男性がバットで襲いかかったため、警察官が拳銃で２発発砲したもの。現場到着時、男性は警察官に制圧されている状態。初期評価の結果、興奮状態、ＪＣＳＩ桁、気道開通、活動性出血はなく循環状態に異常なし。全身観察の結果、左前腕切創、右睾丸部に銃創様出血痕を認めた。管内の基幹病院へ警察官同乗のもと搬送した。傷病名は、左前腕切創、右陰嚢貫通銃創、右精巣漿膜損傷であった。【考察・結果】警察官の情報から、発砲時には致命傷とならない部位を狙っていたと示唆される。このことから、四肢等が受傷している可能性が高いと考えられた。銃創は、四肢であってもショック状態の場合、大血管を損傷している可能性が高く、血管外科医が在籍している高度医療機関への搬送が必要である。一方、容態が安定している場合には、臓器及び四肢等の受傷部位に応じて専門医の在籍する医療機関への搬送が適切と考えられる。銃創事案においては、受傷部位及び循環動態を総合的に評価し、容態に応じた病院選定が重要である。

外傷２　後半
演題番号　MO72-5（D）

膝窩動脈損傷を伴った低速度膝関節脱臼の一例

○湯浅 友樹[1]，昼間 楓[1]，須郷 加奈子[1]，町田 麻美[1]，富田 佳賢[1]，森 ちひろ[1]，菊地 一樹[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

【はじめに】膝関節脱臼は高エネルギー外傷やスポーツ活動などで発生することが多い。合併症として、周囲の神経や血管、靱帯などの損傷がある。【症例】50代、女性【主訴】左膝の疼痛、変形【現病歴】雨の日に陸橋を歩いていたところ滑って横に転倒した。左膝の疼痛で体動困難となり救急要請した。救急隊接触時、左膝の変形と腫脹、左下肢短縮、感覚鈍麻を認め、当院に搬送された。【来院後経過】バイタルサインは安定していたが、左足背動脈の触知は微弱であった。造影ＣＴ検査で、左膝関節の前方脱臼と以遠の血流途絶を認めた。鎮痛鎮静下で整復後、再度造影ＣＴ検査を施行したが、膝窩動脈損傷があり、以遠の血流途絶は改善していなかったため、緊急で血管再建術を施行した。【考察】高エネルギーではない軽微な転倒などによる低速度膝関節脱臼は高度肥満患者に多いと言われているが、本症例は身長140㎝、体重50.6kgでBMI25.8kg/m2とⅠ度肥満であった。本症例のように、高度肥満でなくとも軽微な外傷で膝関節脱臼により膝窩動脈損傷を来しうるため、軽微な外傷であっても、膝関節の変形があり足背動脈が触知不良の場合は、下肢温存のために迅速に対応するべきである。

救急搬送２　前半
演題番号　MO73-1（D）

奈良医大ERに搬送後３日以内に死亡となった症例の後向き検討

○福島 英賢[1]，吉本 清巳[2]，宮崎 敬太[1]
[1]奈良県立医科大学 救急医学・高度救命救急センター，[2]奈良県立医科大学総合医療学講座

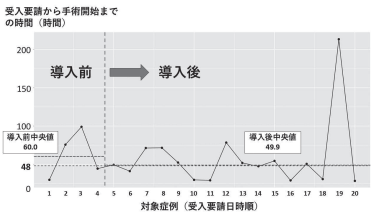
【はじめに】奈良医大ERは2件以上の周辺医療機関が不応需となった症例を応需する。このためprehospital timeは長くなる傾向にあるが、死亡との関連は明らかではない。【方法】2015年から2023年の間にERに搬送され、入院となった症例のうち3日以内に死亡した30症例を対象として後向きに検討。3名の医師それぞれ検討し、prehospital timeの影響を「大いにある」「ない」「なんとも言えない」で判断した。【結果】対象は男性15例、年齢中央値87歳、prehospital timeの中央値62.5分であった。カッパ係数は0.55であり、検者間の一致度は中等度であった。時間的影響が「大いにある」と2名ペアの検者が判断したのは6例で、いずれも救急隊接触時に搬送基準に該当するバイタルサイン異常を呈していた。一方、2名が「ない」と判断した症例は11例で、基礎疾患の増悪、入院時病態の悪化などが多かったが、救急隊現着時呼吸回数30回以上という症例も3例含まれていた。【結語】Prehospital timeの影響は検討が難しいが、搬送基準の遵守が予後改善に繋がる可能性が示唆された。

救急搬送2　前半
演題番号　MO73-2（N）

鹿児島県離島搬送における民間救急ヘリコプター導入の質改善評価：大腿骨近位部骨折に対する早期手術

○山之内 千絵[1,2]，小原 崇一郎[2]，倉田 秀明[3]，冨岡 譲二[3]
[1]社会医療法人緑泉会 米盛病院 看護部，[2]帝京大学 大学院 公衆衛生学研究科，[3]社会医療法人緑泉会 米盛病院 救急・総合診療科

【背景・目的】当院は薩摩川内市下甑手打診療所と協定を結び、同診療所から当院までの搬送手段として民間救急ヘリを2022年4月に導入した。今回、導入についての質改善評価を行った。【方法】2017年1月～2025年2月の大腿骨近位部骨折の搬送手術例を集積した。主要指標を「受入要請から48時間以内の手術施行率」、補助指標を「受入要請から手術開始までの時間」とし、ランチャートとpチャートで経時変化と非ランダム性／特殊原因を評価した。【結果】対象は20例（導入前4、導入後16）。搬送手段はヘリ15例、海路・陸路5例。48時間以内手術施行率は前2/4（50%）、後7/16（44%）で、時間中央値は前60.0時間、後49.9時間。ランチャート（添付図）でのシフトやpチャートでの同側連続はなかった。【結論】改善シグナルは明確でなかったが、工程は管理範囲内で推移し、待機時間は短縮傾向であった。今後も継続的な質改善評価が必要である。



救急搬送2　前半
演題番号　MO73-3（D）

分娩関連トラブルが明らかでないスーパー母体搬送の臨床像と時間分析

○永樂 学[1]，下崎 優花[1]，島津 宏基[1]，須郷 加奈子[1]，富田 佳賢[1]，島田 拓哉[1]，菊地 一樹[1]，昼間 楓[1]，井上 元[1]，鈴木 恵輔[1]，八木 正晴[1]，土肥 謙二[1]
[1]昭和医科大学医学部 救急災害医学講座

【背景】東京には妊婦早期搬送のために東京都母体救命搬送システム（スーパー母体）がある。スーパー母体患者は妊婦であるが故にオーバートリアージされている可能性もある。症例像を明らかにするとともに、スーパー母体の機能を検討したい。【方法】過去3年間にスーパー母体で搬送となった38例から分娩関連のトラブルが明らかでない17例を抽出。主訴、転帰、救急隊活動時間などを評価した。【結果】平均年齢は31歳、主訴は腹痛12例、意識障害3例、頭痛1例、不正出血1例であり、妊娠週数平均は21.6週であった。NEWS2の中央値は5点であった。来院24時間以内に緊急処置を要したのは7例。入院期間中央値4日で全例生存だった。現場到着から病院到着までは約46分であり、都平均約40分より長く、搬送時間は都平均12分に対して、約24分であった。【結論】今回の調査では産婦人科的な緊急処置を要した症例は35%と低くなく、バイタルサインなどをもとにした重症度とは解離が見られた。搬送時間には12分長くかかっており、遠方の病院への搬送を要したが、現場到着から病着までの時間は6分差にとどまっており、緊急対応可能な病院への可及な搬送が良好な転帰に寄与した可能性がある。

救急搬送2　前半
演題番号　MO73-4（E）

自損疑い傷病者搬送における地域連携を基盤とした自殺対策検討会の効果

○徳田 雅之[1]，勝原 和博[2]
[1]新居浜市消防本部 南消防署消防課，[2]愛媛県立新居浜病院 東予救命救急センター

【背景】自損疑い傷病者（自殺企図・自傷行為）の救急搬送では、受入医療機関選定に難渋し、医療機関への問い合わせ回数増加や現場滞在時間延長が課題であった。【目的】地域の医療機関、保健所、消防が連携して開催した自殺対策検討会が、自損疑い傷病者の救急搬送活動に与えた影響を明らかにすることを目的とした。【方法】2015～2024年に自損を理由に救急搬送した症例を対象とし、検討会開催前後で平均医療機関問い合わせ回数および平均現場滞在時間を後方視的に比較した。【結果】開催前（2015～2019年）は現場滞在時間15.48～23.00分、問い合わせ回数1.34～1.88回で推移していた。コロナ禍に該当する2020～2021年には、現場滞在時間27.67分、23.48分、問い合わせ回数1.77回、1.76回と増加した。開催後（2022～2024年）には、地域内での役割共有や情報連携が進み、滞在時間19.33～21.81分、問い合わせ回数1.33～1.43回と低下した。【結語】地域連携を基盤とした自殺対策検討会は、自損疑い傷病者搬送の円滑化に寄与する可能性が示唆された。

救急搬送2　前半
演題番号　MO73-5（E）

19歳の女性が、食物アレルギーによるショック状態になり、救急隊員がエピペン投与を実施した症例

○髙辻 福太郎[1]，髙辻 福太郎[1]
[1]箱根町消防本部 警備第1課救急係

発生日時　：　2025年12月○日　0時55分頃
場　　所　：　箱根管内宿泊施設　客室内
概　　要　：　19歳の女性が、夕食の際に本人のアレルギーである甲殻類を食べた4時間後にアレルギー症状が現れたことから救急要請となる
救急隊の行った処置　：　エピペン注射液0.3mg投与

救急搬送２　後半
演題番号　MO74-1（N）

救急外来受診時から始める福祉的支援
―救急外来と医療福祉支援センターとの連携体制構築と実践―

○鈴木 陽介[1]，河合 美岐[1]，内山 千裕[1]，永田 綾子[1]，高橋 善明[1]，吉野 篤人[1]，渥美 生弘[1]
[1]浜松医科大学医学部附属病院 看護部

【背景】近年、救急外来では生活困窮、独居、高齢者世帯など社会的課題を背景とした受診が増加し、医学的介入のみでは対応が困難な症例を経験する。【目的】救急受診時に福祉的支援が必要な患者を早期に抽出し、多職種が連携して支援介入を行う体制の構築とその有用性を報告する。【方法】令和7年5月より、入院・帰宅の別を問わず、福祉的支援が必要と考えられる救急受診患者を対象にスクリーニングを開始した。救急スタッフが病状に加え生活背景を含めた初期評価を行い、その情報を基に医療福祉支援センターのMSWおよび看護師が介入の要否を判断した。時間内は来院時に、時間外は平日朝のショートカンファレンスで情報共有を行った。10月より介入依頼および初回介入記録をテンプレート化し、12月からは月1回の事例検討会を実施した。【結果】令和8年1月末までに98件のコンサルテーションを行い、早期退院支援、帰宅後の安否確認、再診時フォロー、地域との情報共有など多様な介入を行った。【考察】救急スタッフが生活背景を含めた初期評価をすることで社会的課題への早期介入が可能となり、早期退院の支援や地域で安心して生活できる環境調整に寄与した。

救急搬送２　後半
演題番号　MO74-2（D）

重症在留外国人患者に対する“社会的救命”の実践

○市橋 雅斗[1]，山田 妃沙子[2]，丸山 修平[1]，齊藤 福樹[1]，中森 靖[1]
[1]関西医科大学総合医療センター 救急医学科，[2]関西医科大学総合医療センター 精神・身体合併症センター

近年、在留外国人の増加に伴い、救急医療現場では医学的問題に加えて、言語障壁や保険未加入、在留資格、家族支援の欠如などの社会的課題が顕在化している。特に意識障害を伴う重症例では、来院時に本人からの情報聴取が極めて困難であり、既往歴や支援背景の把握に難渋することが多い。２０２５年度に当院で経験した外国人救急搬送症例は１９例（中国４例、カンボジア３例、ネパール３例、ベトナム３例、イラン１例、インドネシア１例、ナイジェリア１例、フィリピン１例、ブラジル１例、モロッコ１例）であった。本発表では、来院早期から医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）が介入し、医療通訳の調整、医療費支援制度の確認、在留資格や家族連絡、地域支援団体との連携を並行して進めた実践を報告する。医学的救命と同時に社会的基盤を整えることで治療継続率の向上が得られ、退院後の生活再建にも寄与すると考えられる。救命の先を見据えた“社会的救命”の体系化が今後の課題である。

救急搬送２　後半
演題番号　MO74-3（S）

軽量救助者による胸骨圧迫の検証

○青木 楓[1]，神藏 貴久[1]
[1]鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 救急救命学科

【背景】標準的な体格の成人傷病者に対する用手胸骨圧迫は、6cmを超える過剰な圧迫を避けつつ約5cmの深さで行うことが推奨されている。ROSCに注目した場合、圧迫深度は5cm以上がそれ以外の深度よりも優れていることを示唆する研究もみられる。本研究は、軽量救助者における胸骨圧迫の質について検証した。【方法】応募者を被験者とし、OptiTrackを着用、モーションキャプチャで骨格推定を行い、標準姿勢（垂直姿勢）と前傾姿勢の2条件、上腕を回内、回外の2条件の計4条件について、床反力計でマネキンに対しての圧迫ストロークを①標準＋回内、②標準＋回外、③前傾＋回内、④前傾＋回外をそれぞれ2回無作為に計測した。【結果】深い圧迫深度が得られたのは③前傾＋回内であった。前傾では標準に比較して深く圧迫できる傾向（$p < 0.01$）にあり、前傾、標準ともに回内と回外による圧迫深度の有意な差はみられなかった（$p=0.915$）。【結論】先行研究にもあるように、前傾姿勢で深い圧迫が可能となったが、回内、回外の違いによる圧迫深度の差はみられなかった。軽量救助者が圧迫深度を得るためには、力の損失が少なく、伝達効率の良い方法を用いる必要があると考える。

救急搬送２　後半
演題番号　MO74-4（E）

気管切開孔を有する傷病者の心肺停止時における気道確保の課題

○田中 太郎[1]，下田 悠平[1]，後藤 保[2]
[1]鳥取県東部広域行政管理組合消防局，[2]鳥取県立中央病院

【目的】気管切開孔を有する傷病者（以下、気切傷病者）の心肺停止事案で、気道確保に苦慮した症例を経験した。当地域では気切傷病者の気道確保に関する具体的なプロトコルが存在せず、事後検証も十分に行われていない。そこで、当消防局の救急救命士を対象にアンケート調査を行い、病院前救護における気切傷病者への対応体制のあり方について検討する。【方法】当消防局所属の救急救命士76名に無記名アンケート調査を行った。質問項目は、気切傷病者の対応経験、解剖学的理解、気道確保手技に関する理解度とした。【結果】61名（回収率80％）から回答を得た。気切傷病者のCPA事案の経験者は17％、永久気管孔と気管切開の違いを理解している者は96％であった一方、LTや気管挿管による気道確保が可能とした者は約50％であった。【結論】基礎的知識は大多数が習得済と回答したが、実践的な気道管理に関する理解度との間には乖離を認めた。気切傷病者の気道確保方法については、プロトコルなどで事前に明確化しておく必要があると考えた。

救急搬送2　後半
演題番号　MO74-5（E）

心肺蘇生を望まない傷病者の救急要請と先行事例からの検証について

○小島 正大[1]，榊原 丈[1]，大石 奨[1]
[1]豊田市消防本部 足助消防署

【背景・目的】全国的に心肺蘇生を望まない傷病者の救急対応が課題となっている。当市が所属する地区MC協議会では活動要領を策定し、2023年5月から運用している。当本部では消防と医師会の会議体を活用し、活動要領の周知に努めてきた。本報告では、山村地域におけるDNAR事例を検証した。【方法】2023年の運用開始から2025年までの統計を用い、市街地と山村地域での「活動要領が適応される救急要請」の件数を調査。人口比や高齢化率を背景に、山村地域における見取り体制の充実と活動要領を適用した救急件数の変化について検証した。【結果】2025年中の救急要請は各地域ともに1件であった。山村地域では高齢化率が高いにもかかわらず、救急要請が少ない要因は、中核病院と診療所の連携により、急変時に消防を介さず主治医が対応する体制が機能しているためである。その結果、望まない救急搬送の回避に繋がっていた。【考察・展望】救急要請されない体制を構築することにより、救急需要の抑制と尊厳を保持することの双方に有効である。今後も活動要領の周知を継続し、望まない救急要請をなくすことを目指していく。

中毒2　前半
演題番号　MO75-1（O）

新規薬剤であるダリドレキサントの迅速な定性定量と救急・薬剤部・法医学連携

○長谷川 智華[1]，青山 剛一[2]，横尾 卓也[2]，山浦 美咲[2]，磯田 凌[2]，本多 満[3]
[1]東邦大学医学部 法医学講座，[2]東邦大学医療センター大森病院 薬剤部，[3]東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター

【はじめに】ダリドレキサント（商品名：クービビック）はオレキシン受容体拮抗薬であり、2024年12月に日本で上市された。本症例では新規薬剤であるクービビックを含む患者検体において、東邦大学大森病院救命救急センター、薬剤部および医学部法医学講座の連携により、迅速かつ正確に定性定量し、薬物中毒診断に寄与したので報告する。【症例】37歳男性、自殺企図によりデキストロメトルファン（商品名：メジコン）およびクービビックを内服し構音障害を来したことにより、本人が救急要請、当院に搬送された。メジコンは薬剤部のLC-MS/MSで定性されたが、クービビックはライブラリー登録がなく定性不可能であった。そこで法医学講座GC-MSにてauthenticを用いた測定とスペクトル解析により、クービビックの定性定量を行い、血漿中濃度は810.5ng/mlであった。【考察】薬剤部は日頃の臨床Routine分析に長けている。他方、法医学は情報が少ない検体や未知の薬物分析に長けている。この両者の特性を生かし、救命センターにおける患者の治療に貢献することができた。スムーズな連携は日頃からの各所の交流が重要であると考える。

中毒2　前半
演題番号　MO75-2（P）

救急領域における希少解毒薬迅速供給体制の構築

○髙麗 貴史[1]，伊藤 遼[1]，上田 哲平[2]，中村 光伸[2]
[1]前橋赤十字病院 薬剤部，[2]前橋赤十字病院 集中治療科・救急科

【背景】エチレングルコール中毒は迅速な解毒治療を要する重篤な中毒であるが、国内で承認されている特異的解毒剤であるホメピゾールは使用頻度が低く、常備されていない医療機関が多い。今回、当院へ搬送された症例において群馬県内に在庫がなく、近県に在庫を確認できたものの輸送手段の確保ができず、やむなくエタノール投与による代替治療を実施し、持続的な血中濃度管理など医療資源の過剰投入を余儀なくされる経験をした。【目的】使用頻度の低い医薬品であっても、廃棄リスクを最小限にしつつ迅速に供給可能な体制を構築することを目的とした。【方法】①医薬品卸在庫の可視化、②救命救急センター間での在庫情報共有体制の構築、③品質を担保した搬送方法の検討を行った。【結果・考察】広域在庫の可視化と搬送体制の標準化により、希少解毒薬の迅速供給体制構築の可能性が示唆された。本取り組みは、救急医療における医薬品備蓄の効率化と地域連携強化に資する新たなモデルとなり得ると考えられる。

中毒2　前半
演題番号　MO75-3（D）

内因性急死としての遺体返還後に薬物中毒死と判明した1剖検例

○難波 亮[1,2]，丹保 亜希仁[2]，奥田 勝博[1]，岡田 基[2]，清水 惠子[1]
[1]旭川医科大学 法医科学講座，[2]旭川医科大学救急医学講座

【緒言】異状死は、医師法第21条に基づき、所轄警察署へ届出される。一方、救急外来での限られた病歴聴取や検査では、異状死の判断が困難な場合がある。今回、ご家族へ遺体返還後に、尿中薬物検査結果が判明し、司法解剖に至った薬物中毒死事例を報告する。【事例概要】30代男性、うつ病にて精神科通院中。深夜2時頃、自宅で痙攣し、近隣病院に搬送された。搬送後心停止となり、二次救命処置を行うも死亡し、同院にて内因性致死性不整脈として死亡診断書が作成された。その後、尿検体から薬物陽性反応が確認され、検視要請から、司法解剖となった。【解剖及び検査所見】身長170cm、体重113.2kg。急死の三徴が認められ、血中より致死濃度のノルトリプチリン（三環系抗うつ薬）が検出され、死因は急性薬物中毒（三環系抗うつ薬）による致死性不整脈であった。【結論】内因性急死と中毒死の鑑別は、外表からは困難である。三環系抗うつ薬は、急性中毒時に致死性不整脈を生じることで有名である。若年者の突然死、特に向精神薬が周囲に存在する場合の突然死は、常に急性薬物中毒を疑う必要があり、適切な死因究明へつながるように努めることが重要である。

中毒2　前半
演題番号　MO75-4（N）

多職種の連携により血中濃度を追跡し得た銀杏中毒の1例

○谷下澤 隆太郎[1]，舩越 拓[2]，服部 友紀[2]
[1]名古屋市立大学病院 看護部，[2]名古屋市立大学病院 救急科

【はじめに】銀杏摂取による中毒は臨床遭遇が稀で血中4'-O-メチルピリドキシン（MPN）濃度測定例は限られる。今回、MPN濃度の経時的推移を追跡した1例を報告する。【症例】82歳女性。銀杏を数日前から連日5-10個程度摂取し、当日約25個摂取後に浮遊性めまい・悪心嘔吐で救急搬送。来院時は水平性眼振があり、頭部CT/MRIで急性病変なく末梢性めまいとして入院。翌日眼振は消失したが症状が遷延し、摂食歴より銀杏中毒を疑いピリドキシン塩酸塩内服（300mg/日）を開始。4病日にめまい改善、10病日に退院。本症例の確定診断にあたり、診療看護師（NP）として救急医、検査部門、外部機関との連携・調整を担うことで特殊検査が迅速に遂行された。MPN濃度は来院時200ng/mL、5日後定量下限以下であった。【考察】MPNはビタミンB6機能を阻害し神経症状（痙攣、嘔吐、めまい等）を来す。食歴聴取が診断の鍵で、MPNの経時測定は診断確定と経過評価に有用である。救急現場におけるNPの部門横断的な役割は、質の高い診療と学術的探求の両面に寄与する。

中毒2　前半
演題番号　MO75-5（D）

特異的な臨床症状をきたしていたシガテラ中毒の一例

○酒井 俊輔[1]，小川 太志[1]，友利 幸大[1]，大城 千恵美[2]，喜納 誠[2]
[1]沖縄県立宮古病院 救急科，[2]沖縄県立宮古病院 看護部

今回、我々は特殊な海洋生物被害の症例を経験したため報告する。症例は16歳男性で、来院日の朝からの腹痛、下痢、手足の脱力で救急外来を受診した。既往歴は自閉症のみで、違法薬物使用歴あり薬物依存症回復支援施設に入所している。バイタルは特記すべき所見なく、身体所見としては腹部全体の圧痛を認めた。MMTは上肢で4/4、下肢全体で5/3であった。心電図は洞調律で、血液検査はCPK1959であった。追加で病歴を聴取すると、水を触るとビリビリする、来院前日に釣った魚を夜に一匹食べていた。以上よりドライアイスセンセーションと、シガテラ毒保有例が多いバラハタを食べていた病歴から、シガテラ中毒として経過観察目的に入院。入院２日目に症状軽快して退院となった。シガテラ中毒はイッテンアカフエダイ等の摂食で生じ、ドライアイスセンセーションが特徴である。重症例では徐脈のショックバイタルになり、マンニトール投与の検討に加え、帰宅後の飲酒が症状を増悪させる点への指導が肝要である。特に観光客は帰宅後に症状が顕在化する場合もあり、初診時からの適切な診断と、再発防止に向けた患者教育が不可欠である。

中毒2　前半
演題番号　MO75-6（D）

感染症を合併した急性バルプロ酸中毒に対しメロペネムを用いた1例

○臼井 彩夏[1]，菊地 一樹[1]，木本 志帆[1]，湯浅 友樹[1]，須郷 加奈子[1]，富田 佳賢[1]，島田 拓哉[1]，永樂 学[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】メロペネムはバルプロ酸（以下、VPA）の血中濃度を低下させることが知られているが、VPA中毒に対する使用は保険適応外である。今回、血中VPA濃度を経時的に測定しながらメロペネムを投与し治療した症例を報告する。【臨床経過】30代女性。既往は双極性障害、パニック障害。バルプロ酸ナトリウム200mgを176錠（計35,200mg）内服し、4時間後に意識障害で発見され救急要請となった。来院時、意識レベルはE1V1M2/GCS、血圧70/46mmHg、脈拍91回/分、SpO2 99%（酸素6L/分）、呼吸数22回/分であった。胃洗浄、活性炭投与、レボカルニチン投与を行い入院管理とした。来院時の血中VPA濃度は325.7 μg/mLと高値であり、CTで腸管内薬剤残渣および肺炎像を認めた。感染症治療および血中VPA濃度低下を目的としてメロペネム水和物の投与を開始した。来院6、12、20時間後の血中VPA濃度は221.6、132.7、81.5 μg/mLと低下し、意識障害の改善を認めた。そのため、レボカルニチンおよびメロペネムを中止し、第4病日に一般病棟へ転棟、第11病日に退院となった。【結論】感染症を合併した急性VPA中毒において、メロペネムは血液浄化療法を要しない非侵襲的治療選択肢の一つとなりうる。

中毒2　後半
演題番号　MO76-1（D）

上気道異物による窒息・縦隔気腫の1例

○木村 星斗[1]，松岡 由典[1]，有吉 孝一[1]
[1]神戸市立医療センター中央市民病院 救命救急センター

背景：縦隔気腫の原因には外傷性、医原性、特発性など多岐にわたる。また、上気道異物は救急現場で遭遇する疾患であるが、事前の情報がない場合には診断に苦慮することが少なくない。今回、喉頭腫瘍による縦隔気腫が疑われたが、最終的に上気道異物が原因であった症例を経験した。臨床経過：76歳男性 既往に脳梗塞、症候性てんかん 発熱、酸素飽和度低下で前医搬送され、CTで縦隔気腫を指摘され当院へ転送となった。来院時上気道閉塞の症状があり、喉頭ファイバーを施行したところ声帯上に腫瘤を認め、腫瘍性病変を疑った。緊急気管切開待機中に痙攣がおき、救急外来で輪状甲状靱帯切開により気道確保した。造影CTで喉頭蓋側に腫瘤像があり、喉頭腫瘍による上気道閉塞と診断し、緊急気管切開を施行した。入院8日後の内視鏡検査で食物（ソーセージ）と爪楊枝による上気道閉塞であったことが判明した。入院41日後にリハビリ転院となった。結論：縦隔気腫症例では、上気道異物による穿孔が鑑別診断となり得る。本症例のように画像所見が腫瘍様であったとしても救急外来の初療においては上気道異物を常に鑑別にあげなければならない。

中毒2　後半
演題番号　MO76-2（D）

気管支鏡による動的気道評価が有用だった、洗剤誤嚥後に可逆性の気管軟化を呈した1例

○上地 完和[1]，三戸 正人[1]
[1]社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院

【症例】90歳男性【現病歴】帰宅した家族が、本人の脇に内容量の減少した食器用洗剤を確認した。誤嚥の自覚や咳は認めなかったが、2時間後、口腔や鼻腔から泡沫状分泌物が噴出しだし、呼吸困難となり救急搬送となった。【経過】気管内から白色液体50mlを吸引後も泡沫状分泌物の噴出が持続し、換気困難となったため挿管した。気管支鏡では主気管支レベルで呼気時に虚脱する気管軟化所見を認め、自発呼吸を温存した陽圧換気を行った。第3病日でも気管軟化所見は残存していたため慢性変化と考え、第5病日に抜管したが、呼吸不全から再挿管となった。ステロイド治療後に気管支鏡所見の改善を確認し、第12病日に再抜管に成功。経管栄養を経て経口摂取可能となり第40病日、廃用症候群のリハビリ目的に転院となった。【考察】炎症の鎮静化に伴い気管軟化所見が改善したことから、化学的刺激による可逆性変化の可能性が示唆された。化学物質誤嚥症例で人工呼吸器管理に難渋する場合には、動的気道閉塞の評価が必要と思われた。【結語】洗剤誤嚥により可逆性の気管軟化を呈し呼吸器管理に難渋した高齢者の1例を経験した。

中毒2　後半
演題番号　MO76-3（D）

致死量のエチレングリコール中毒に対し血液透析単独で救命し得た1例

○箕浦 安祐[1]，藤木 亜衣[1]，日上 滋雄[1]，若井 慎二郎[1]，名取 穣治[1]
[1]海老名総合病院 救急集中治療科

【背景】エチレングリコール（EG）中毒は、体内でグリコール酸やシュウ酸に代謝され高度の代謝性アシドーシスおよび急性腎障害を来す致死的疾患である。早期の拮抗薬投与が推奨されるが、常備のない施設も少なくない。致死量のEG摂取から2日経過して来院した症例に対し、血液透析単独で救命し得た1例を経験したため報告する。【臨床経過】うつ病既往のある41歳男性。自殺企図で不凍液250mlを摂取し、約24時間後の症状出現を経て当院へ搬送された。来院時、見当識障害および頻呼吸を認め、血液検査で代謝性アシドーシス、乳酸上昇、高カリウム血症および急性腎障害を呈していた。EG中毒を疑い直ちに輸液管理と血液透析を開始。アニオンギャップおよび代謝性アシドーシスの改善を指標として透析を施行したところ、腎機能は改善し精神科転院となった。【結論】本症例は摂取から時間が経過し、理論上はホメピゾール投与時期を逸していると判断したため、血液透析による代謝産物除去およびアシドーシス補正を主軸に治療した。特殊検査や拮抗薬が即座に使用できない状況下でも、臨床所見から迅速に病態を推定し、遅滞な透析導入することが救命につながったと考えられた。

中毒2　後半
演題番号　MO76-4（CE）

薬物中毒に対する血液浄化療法の検討

○大谷 旨輝[1]，小西 一樹[1]，中村 年宏[1]，木田 博太[1]，上野山 充[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター医療技術部 臨床工学室

【背景】薬物中毒に対する血液浄化療法は、原因物質の分子量、蛋白結合率、分布容積などに基づき適応を判断することが重要である。今回我々は、当センターで施行した薬物中毒症例に対する血液浄化療法の経験をまとめ、報告する。【方法】当センターで2015年から2026年までに血液浄化療法を施行した薬物中毒症例を対象とし、実施した血液浄化法と、臨床症状の改善を後方視的に検討した。【結果】対象は19例（リチウム6例、カフェイン7例、メトトレキサート1例、アンフェタミン1例、フェノバルビタール1例、ホウ酸1例、メタノール1例、メトホルミン1例[重複1例]）で、血液浄化療法39回（血液透析[HD]33回、持続的血液透析濾過[CHDF]3回、血液吸着[HA]2回）を実施した。全例にHDを実施し、8例ではHDにて血中濃度の速やかな低下や臨床症状の改善を認めた。11例では血中濃度のリバウンドや、症状の改善が不十分であり、追加でのHD（1例はHAと直列）またはCHDFを施行した。全例生存退院した。【結語】リチウム及びカフェインは物質特性上、透析除去率が高くHDが有効な治療選択肢であることが示唆された。

中毒2　後半
演題番号　MO76-5（P）

急性薬物中毒患者に対して病院間薬薬連携により対応できた一例

○及川 瞬[1]，伊藤 遼[2]，高麗 貴史[2]
[1]NHO高崎総合医療センター薬剤部，[2]前橋赤十字病院

【背景】近年、病院だけでなく医薬品卸も医薬品在庫が最低限となっているため、使用頻度の低い薬剤を在庫しておくことは難しい。院内在庫がなく、卸にも在庫のなかった薬剤を、近隣病院と連携することで患者の治療に繋げることができたため報告する。【症例】エチレングリコールを自殺目的に摂取した50代女性。医師よりホメピゾールの在庫について問い合わせがあるも在庫がなく、卸に確認したところ納品が5日後という返答だった。近隣の救命救急センターのある病院薬剤師より、ウィスキーを用いた治療をおこなった報告を聞いていたため、詳細を確認するため連絡。その際にホメピゾールを在庫していることを情報提供されたため、卸を介して当院に医薬品を融通していただき治療をおこなった。患者は透析とホメピゾール投与により状態改善され第5病日に退院となった。【考察】普段から顔の見える関係を作っていたことが今回のような事例につながったと考える。今後は地域の3次救急病院ごとに様々な解毒拮抗薬を在庫し、卸の対応が難しい場合でも患者対応ができるようにすることが重要であると考える。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-1（D）

変われない現場に寄り添うDX戦略―救急医療におけるAI導入の実践と課題

○平山 傑[1]
[1]札幌徳洲会病院 救急科

【背景・目的】働き方改革に伴い、医療DX推進が叫ばれる一方、救急現場では紙文化が根強い。多忙さゆえ新システムを学ぶ余裕がなく、便利と知りつつ心理的ハードルが大きい。筆者が実践したAIツール導入経験から、変われない人に合わせたDXを考察する。【方法】2024年より①AI音声入力カルテアプリ「コエレク」：会話をAIが構造化しQRコードで電子カルテに貼付。タイピング不要の記載を実現した。②画像認識テキスト化：紙をスマホ撮影しAIでOCR・構造化。紙文化を否定せずデジタル化する導線を設計した。【結果】コエレクで1患者あたりの記載時間が約20分から約4分に短縮された。一方「慣れない」「紙が早い」等の声も多く浸透は途上である。画像認識は紙を維持したままデジタル化可能で、紙を手放したくない層や喋るのが苦手な層の受容性が高かった。AI記録の代替には慣れが必要で、最初からフル活用は困難であった。【考察】現場の文化は容易に変わらない。紙とデジタルの橋渡しUIで段階的に行動変容を促すことが重要である。本取り組みは改革途上だが、変われない人に合わせたDXこそ持続可能な普及戦略と考える。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-2（D）

民間病院群における医療DX停滞要因の検討（第二報）

○大貫 隆広[1,2,3]，小平 祐造[2,3]，猪口 正孝[2,3]，森村 尚登[2,3]
[1]南町田病院 救急科，[2]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，[3]社会医療法人社団正志会（ペンギングループ）本部

＜背景＞第一報において、当法人病院群では医療DXの認知度が低く、業務負担感が強いことが明らかとなった。＜目的＞アンケート結果を踏まえ企画した発熱外来DXが定着に至らなかった要因を構造的に検討する。＜方法＞電子問診票・QR受付、検査オーダー標準化、処方セット化とバーコード確認、検査結果配信等を含む段階的DX企画について、立案から導入検討までの過程を後方視的に分析し、停滞要因を分類した。＜結果＞停滞要因は①技術的要因（想定システム未導入､SNS運用制限）、②組織的要因（教育負担、役割分担の不明瞭さ）、③認知的要因（既存紙問診票や旧システムへの高い習熟による変化抵抗）の三層に整理された。特に認知的要因の影響が大きかった。一方、試験導入部署からは診療時間短縮、同一情報の多重入力削減、処方セット化による確認作業時間短縮などの肯定的評価が得られたが、現時点では定量的評価には至っていない。＜結論＞医療DX停滞の背景には技術的問題のみならず学習負荷と組織慣性が存在する。高度IT導入に先立ち、現場適応型の段階的DX設計が重要である。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-3（E）

消防職員を対象としたVR教材の教育的有用性に関する検討
―自由記載の共起ネットワーク分析―

○原田 諭[1,2]，山下 晃司[3]，鈴木 健介[1,2]，田中 傑也[3]，中澤 真弓[1,2]，椿 俊博[3]，増野 智彦[1,2]，小川 理郎[4]
[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，[4]学校法人日本体育大学

【背景】本学科と山口市消防本部は連携体制を構築し、救急教育におけるVR教材の教育効果を検討している。これまで複数学会で教育的効果・課題を報告しており、アンケート結果からVR活用の教育的有効性が確認されている。【目的】VR教材における課題を自由記載データから明らかにする。【対象と方法】対象は山口市消防本部職員168名。VR教材（COPD、外傷）視聴後に自由記載アンケートを実施した。主観的表現を除外したテキストをKH Coderで解析し、頻出語抽出、共起ネットワーク分析を実施した。【結果】頻出語として「動画」「VR」「現場」が抽出された。共起ネットワーク分析では､「現場」「体験」「実際」を中心とした臨場感に関するクラスターと､「理解」「学習」「教科書」といった理解促進に関するクラスターが形成された。【考察と結語】VRは救急現場の再現が可能となる。「現場」「体験」「実際」の強い結び付きは、疑似的現場体験としての機能があると考えられた。一方で、「長時間視聴」「機器使用」に関する語も抽出され、運用上の課題も認められた。今後は、実施者の意見を反映した教材開発を進めることで、教育効果のさらなる向上が期待される。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-4（D）

ウェアラブルデバイスを用いた救急センター看護師の身体的・精神的負荷の可視化

○宮本 和幸[1,2]，柿 佑樹[1,2]，飯島 章子[1,2]，佐久間 佑希[1,2]，深見 彩音[1,2]，森 ちひろ[1,2]，北園 真子[1,2]，山荷 大貴[1,2]，髙安 弘美[1,2]，土肥 謙二[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】救急外来（ED）業務は身体・精神的負荷が大きい．しかし，これまで生体情報を用いた客観的研究はない．【目的】ウェアラブルデバイス（WD）を用い，夜勤看護師の身体的・精神的負荷の実態と相互の関連を明らかにする．【方法】ED夜勤（17時～翌8時）に従事する看護師6名を対象とした．WDにより15分毎の歩数（身体的負荷）および心拍変動に基づくストレス指数（精神的負荷：0-100）を計測し，時系列解析および相関分析を行った．【結果】合計歩数の中央値は12,185歩[11,838, 13,010]，ストレス指数の平均中央値は44.5 [18.0, 71.5]であった．歩数は18時～ 20時で有意に多く，3時～ 5時で低下した．一方，ストレス指数は19時～ 22時で有意に高く，0時～ 2時で低下した．歩数とストレスレベルの間には，中程度の有意な正の相関が認められた (Spearman's $r = 0.54$, $p < 0.05$)．【考察】身体活動と精神的負荷は概ね連動したが，歩数がほぼ静止状態でもストレス指数が極めて高い「精神的緊張期」が確認された．これは記録業務など，精神的高負荷を示唆している．WDによる可視化は，労務管理や人員配置の適正化を検討する上で有用な手法となり得る．

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-5（D）

救急医療における生成AIを用いた紹介状作成とその実用性評価

○井上 京[1]，篠塚 健[1]，加藤 源太[1]，岡本 和也[2]，柚木 知之[1]，大鶴 繁[1]
[1]京都大学医学部附属病院 初期診療・救急科，[2]フィッティングクラウド株式会社 Fitting Cloud Inc.

医療現場において診療情報提供書をはじめとする文書作成にかかる時間は医師業務の中で軽視できない割合を占め、特に救急現場では迅速かつ正確に診療内容を整理し、紹介先へ過不足なく情報伝達を行うことが求められる。働き方改革に伴い医師の業務負担軽減と診療の質の担保を両立させることが重要課題となる中、生成AIの文書作成支援機能が注目されている。京都大学医学部附属病院では、電子カルテに記載された既存の診療記録を基に、文章を自動生成する紹介状作成支援AIが実装されている。本研究では、救急外来および入院患者を対象とした紹介状作成用プロンプトを作成し、実際の症例を想定した試行錯誤と検証を重ねながら構成や出力形式の最適化を図った。次に、完成したプロンプトを救急医および研修医に周知し、日常診療での活用を促した。一定期間の運用を経てアンケート調査を実施し、使用頻度、満足度、普及への阻害因子、利便性、文書作成時間への影響などを多角的に評価したので報告する。その傾向を解析して課題を明らかにすることで、生成AIによる紹介状作成が経験年数や立場を問わず幅広い医師にとって、今後より有用となっていくことを目指す。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-6（D）

大規模言語モデルは非構造化テキストデータベースから対象症例をどこまで正確に拾えるか：多モデル性能比較

○中西 初実[1,2]，五十嵐 豊[2]，乗井 達守[3]，横堀 將司[2]
[1]聖路加国際病院，[2]日本医科大学 救急医学教室，[3]ニューメキシコ大学 救急部

【背景】医療事故情報は膨大な非構造化テキストデータに埋もれており、症例抽出には人的負担を伴う。大規模言語モデル(LLM)を用いた抽出性能と運用限界を検証した。【方法】日本医療機能評価機構の医療事故情報データベースから「窒息」で候補抽出した症例を無作為に10/10/80%に分割し、各10%でプロンプト設計、判定閾値校正した。院内窒息か否かは先行研究の既存ラベルを用いた(*Resuscitation* 2023:188:109806.)。Gemini、ChatGPT、Claude各2種(計6モデル)で各症例を2回推論し、二値分類性能、AUROC、一致度κ、処理時間、要レビュー設計の妥当性を評価した。【結果】候補抽出した514件のうち、真の院内窒息は311件であった。検証用410件における性能範囲と最良モデルは、Recall 92-98% (Gemini Thinking)、AUROC 0.93-0.97 (ChatGPT Thinking)、κは0.85-0.97 (Claude Opus)であった。要レビュー設計適用時の要レビュー率は13-37%であったが、見逃し2.4-8.4%、誤採択2.5-11.8%が残存した。処理時間中央値は0.04-2.03秒/件であった。【結語】LLMは非構造化テキストから対象症例を迅速かつ高感度に抽出し得るが、研究者が介在するワークフロー確立が課題である。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-7（E）

スマートウォッチを活用した救急活動の記録と管理について

○中島 和洋[1]，野村 陽樹[1]
[1]湖南広域消防局 中消防署 安全救急係

【はじめに】近年、救急救命士の処置範囲は拡大し、救急現場で実施できる医療行為は増加している。一方で、救急隊の編成人数は3名体制のままであり、限られた人員で処置、観察、記録を同時に行う負担は大きい。特に処置時刻や薬剤投与時間の正確な管理は重要であるが、活動中の記録や時間管理には課題がある。そこで、現場活動を支援するため、スマートウォッチを活用した時間管理アプリを開発した。【アプリの活用内容】(1) 処置・薬剤投与時間の即時記録処置開始時刻や薬剤投与時刻をワンタップで記録し、処置を妨げずに正確な時間管理を可能とした。(2) 薬剤管理のアラーム通知薬剤投与後、設定した時間が経過するとアラームで通知され、投与間隔や再評価のタイミングを確実に把握できる。(3) 病院搬送時の医師引き継ぎへの活用記録データは時系列で確認でき、病院搬送時に医師へ正確な情報を円滑に引き継ぐことが可能となる。【まとめ】本アプリは、限られた人員で活動する救急現場において現場活動を円滑に進めることに寄与する。特に薬剤投与時間を確実に管理できることは、適切な判断と処置を支援し、救命につながる可能性がある。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-8（D）

救急搬送記録を用いたAI鑑別診断の精度評価

○篠塚 健[1]，井上 京[1]，岡本 和也[2]，加藤 源太[1]，柚木 知之[1]，大鶴 繁[1]
[1]京都大学医学部附属病院 初期診療・救急科，[2]フィッティングクラウド株式会社 Fitting Cloud Inc.

【背景】救急診療では限られた初期情報から迅速かつ正確に鑑別診断を行う必要がある。近年、生成AIは高い臨床推論能力を示し、救急診療における診断支援への応用が注目されている。【目的】電子カルテに実装されたAIを用い、救急搬送記録からAIが出力する鑑別診断の妥当性と正確性を検証し、AI診断支援の臨床的有用性を明らかにすることを目的とした。【方法】2024年4月に当院に救急搬送された患者のうち、救急搬送記録が登録された約400例を対象とした。AIが出力した鑑別診断リストに、搬送後1か月以内の診療記録から得られた確定診断が含まれるかを検証し、正診率を算出した。さらに一部症例については医師がAI出力の妥当性を評価した。【結果】AIによる正診率、過剰診断・過少診断の頻度、専門医評価との一致率などを示し、臨床的妥当性を多角的に検証した。【結語】生成AIによる診断支援は救急医療において一定の精度を示した。今後の活用に向けた課題も含め、AI診療支援のあり方を検討する。

診療支援　救急のICT×VR
演題番号　MO77-9（E）

マイナンバーカードを活用した救急業務に関する調査

○三芳 智伸[1,2,3]，関根 和弘[2,3]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科，[2]京都橘大学大学院健康科学研究科，[3]京都橘大学健康科学部救急救命学科

【背景】2024年5月より，全国67消防本部でマイナンバーカードを活用した救急業務（以下，マイナ救急）の実証事業が開始された。しかし、現場における具体的な運用課題は十分に検証されていない。【目的】本研究はマイナ救急の運用上の課題を明らかにし，地域医療および救急体制への影響を検討することを目的とした。【方法】京都橘大学卒業の救急隊員を対象に，19項目からなる無記名式Webアンケートを実施した(有効回答66名)。統計解析にはR softwareを用い、有意水準はp＜0.05とした。【結果】二段階認証などのセキュリティ対策を負担とする者が71.2%，通信不具合による活動遅延を指摘した者が65.2%であった。本人などからの直接聴取が迅速かつ確実と感じる者は80.3%，薬手帳などの代替手段でも情報が得られると感じる者は83.3%であった。自由記述では、通信技術面やシステム仕様の課題が多くあげられ口頭聴取や薬手帳の有用性を指摘する意見が多かった。【結論】制度理念と現場実態との乖離が示され，簡素化された操作手順と柔軟な運用設計の必要性が示唆された。今後はさらなる定量的研究を通じて，地域医療や救急体制に資する実効性の高い制度設計が求められる。

薬剤師業務　前半
演題番号　MO78-1（P）

免疫チェックポイント阻害薬使用患者の救急外来受診歴とその受診理由に関する実態調査

○澁谷 侑季奈[1]，宮田 祐一[1]，田之口 睦[1]，大村 史[1]，山口 明奈[1]
[1]北陸大学薬学部 薬学科

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（ＩＣＩ）は、免疫関連有害事象（ｉｒＡＥ）を含む多様な副作用を引き起こすことが知られている。ＩＣＩ投与患者が救急外来（ＥＲ）を受診する機会は少なくないと考えられるが、ＥＲ受診の実態やｉｒＡＥとの関連については十分に検討されていない。【目的】ＩＣＩ投与患者におけるＥＲ受診の頻度とその臨床的特徴を検討することを目的とした。【方法】２０２５年１１～１２月に当院でＩＣＩを投与した患者を対象に、ＥＲ受診歴、主訴、ｉｒＡＥ（疑い）症例数について後方視的に調査した。【結果】対象１５２名中５４名（３５．５％）がＥＲを受診し、そのうち１８名（３３．３％）が入院を要した。主訴は発熱が最多で１６名（２９．６％）、次いで疼痛が１２名（２２．２％）であった。ＥＲ受診時にｉｒＡＥまたはその疑いと診断された症例は６名（１１．１％）であった。【結論】ＩＣＩ投与患者の約３分の１がＥＲを受診しており、主訴は発熱や疼痛が多かった。受診患者の中にはｉｒＡＥと診断された症例も含まれており、救急外来ではＩＣＩ投与歴を迅速に把握し、ｉｒＡＥも鑑別に含めた初期評価が重要である。

薬剤師業務　前半
演題番号　MO78-2（P）

救急外来における急性期虚血性脳血管障害患者への薬剤師の関わりと有用性

○小西 梓[1]
[1]医療法人財団 康生会 武田病院 薬局

【目的】当院では2024年2月よりアルテプラーゼ(rt-PA)投与プロトコルを導入し,薬剤師は24時間365日プロトコル対応に当たっている。薬剤師は,投与量の確認や薬剤調製だけでなく,医師・看護師と共にチェックリストにて適応基準の確認も行っている。今回,プロトコルの導入効果を検証した。【方法】当院救急外来でrt-PAを投与された患者を対象とし,2022年5月～2024年1月(従来群)と2024年2月～2025年10月(プロトコル導入群)における,来院からrt-PA投与開始までの時間・NIHSS・出血性合併症・退院時mRSについて後方視的に比較調査した。【結果】従来群22例,プロトコル導入群25例であった。従来群の来院からrt-PA投与開始までの平均時間は79分に対し,プロトコル導入群は67分と12分の短縮を認めた。また,来院後60分以内にrt-PA投与を開始した症例は,従来群27%に対しプロトコル導入群52%であった。安全性について,従来群で投与中断症例が2例あったが,プロトコル導入群では全例投与完遂できた。【結論】薬剤師の介入によりrt-PA早期治療開始に貢献できる可能性が示唆された。また,複雑な評価項目をプロトコル化し多職種で確認することにより,安全性向上に寄与する可能性が示唆された。

薬剤師業務　前半
演題番号　MO78-3（P）

道北地方病院の救命救急センターで薬剤師業務拡大に向けた実態調査

○田村 研太郎[1]，多地 貴則[1]，榎本 尚哉[1]
[1]旭川赤十字病院 薬剤科

【背景】旭川赤十字病院では現在３名の救急認定薬剤師が主にICU・HCU病棟の業務を担当し、救急外来はHCU病棟担当者が兼務し定数カート・救急カートの薬品管理や薬剤に関する相談応需などの業務を行っている。しかし以前より救急外来看護師から重症患者搬送時の助援や今年度開始予定の外傷外科チームには初動より参加の要望があり、救急外来における薬剤師のニーズが高まっていると考え、救急外来に従事する看護師に業務拡大に向けた実態調査を行った。【方法】2026年1月26日～2026年2月10日に当院救命救急センターに勤務する看護師に無記名方式で薬剤師が行って欲しい業務・薬剤師の常駐の必要性等についてアンケート実施、得られた回答を集計し検討を行った。【結果・考察】アンケート回収数は21件（何%）であった。薬剤師に期待される業務として、薬剤に関する情報提供や注射薬の調製業務を望む回答が多く、85%が薬剤師関与に伴う医療安全向上に有用と回答、85%が24時間救急外来への常駐を希望する結果となった。外傷外科チームへの初動からの参加を皮切りに、順次業務の拡大を進め最終的に常駐へ向け人材育成を含めを取り組んでいきたい。

薬剤師業務　前半
演題番号　MO78-4（P）

救急外来における救急搬入患者の薬剤情報源に関する実態調査

○川前 隆一[1]，立石 裕樹[1]，後藤 貴央[1]，矢野 洋平[1]，髙橋 菜生[1]，下川 陽菜[1]
[1]福岡徳洲会病院 薬剤部

【目的】救急外来における迅速かつ正確な薬剤情報の把握は、適切な診断および治療方針の決定に極めて重要である。しかし、救急外来で活用する薬剤情報源の使用実態に関する報告は限られているため、救急外来専従薬剤師が薬剤情報収集に用いた情報源の種類と割合を調査した。【方法】2025年11月7日から2026年1月6日までの期間に、救急外来専従薬剤師が介入した救急搬入患者を対象とした。薬剤情報源を、お薬手帳、薬袋・実薬、薬剤情報提供書、診療情報提供書、当院処方歴、その他に分類し、その使用割合を調査した。【結果】対象患者206名のうち常用薬を有する患者は176名(85.4%)であった。薬剤情報が確認できた患者は166名(94.3%)であり、情報源の内訳はお薬手帳69.9%、診療情報提供書12.0%、薬剤情報提供書6.0%、当院処方歴5.4%、薬袋・実薬4.2%、その他2.4%であった。搬入元別では、介護施設または医療機関からは診療情報提供書および薬剤情報提供書が42.9%、自宅または外出先からはお薬手帳が82.0%を占めた。【考察】救急搬入患者の94.3%で薬剤情報を確認可能であった。特に自宅からの搬送ではお薬手帳の携帯が多く、その普及啓発の重要性が示唆された。

薬剤師業務　前半
演題番号　MO78-5（P）

導入期における救急外来薬剤師業務の実態調査

○淵田 悠一郎[1]，小宅 典子[1]，大森 教成[2]，説田 守道[2]
[1]伊勢赤十字病院 薬剤部，[2]伊勢赤十字病院 救命救急センター

【背景】救急医療現場における医師の業務負担軽減の観点から、救急外来における薬剤師業務が注目されている。当院では救急外来における薬剤師業務を2025年10月より開始した。本研究は導入初期における薬剤師業務の実態を明らかにし、今後の業務設計やタスクシフト推進に資する知見を得ることを目的とした。【方法】2025年10～12月に救急外来で薬剤師が関与した患者を対象とし、業務集計表を用いて月別関与患者数および業務内容を後ろ向きに解析した。【結果】関与患者数は10月195例、11月245例、12月283例であった。業務内容は薬歴確認722件が最多であった。処方支援は月12～14件で推移した。薬剤指導は11月1件、12月2件行った。また12月には中毒対応1件、薬剤準備3件を確認し、業務の多様化が認められた。【考察】薬歴確認は診療過程介入の端緒となる。導入初期はこれが業務の中心を占めたが、導入が進む中で処方支援や中毒対応など薬学的アセスメントを要する業務も実施され、薬学的関与の多様化が示された。救急外来への薬剤師配置を検討する施設では、薬歴確認の体制構築が基盤となり得る。今後は他職種評価や業務指標設定を通じ、業務改善とタスクシフト推進を図る。

薬剤師業務　前半
演題番号　MO78-6（P）

救急外来から業務応援要請があった際の薬剤師の行動に関する現状調査

○細野 亜由美[1]
[1]医療法人徳洲会大垣徳洲会病院 薬剤部

【背景】当院は二次救急病院であり、薬剤師は必要時のみオンコール体制でER対応を行っている。t-PAや抗凝固薬の拮抗薬調製時は体制が確立しているものの、CPA対応などER人員不足のために招集された際の薬剤師業務は確立しておらず、各薬剤師の実際の業務経験は不明である。そこで、今後のER業務参画に向け薬剤師の行動に関する現状調査を行ったため報告する。【方法】当院に在籍する常勤薬剤師18名に対しERから要請があった際に行った業務内容と、その際に感じた問題点についてアンケート調査を行った。アンケートは経験年数のみ選択式の自由記載方式とした。【結果】アンケート回収率は100%であった。薬剤運搬、薬剤吸い上げ、記録、胸骨圧迫を主に行っていた。問題点として、薬剤投与量を即答できない、記録すべき内容が分からない、物品の場所を把握していない等の意見が経験年数を問わずあった。胸骨圧迫への不安は経験年数が長い薬剤師の方が多かった。【考察】薬剤運搬や記録など、薬剤師が依頼された業務には一定の傾向が見られた。一方、マニュアルや教育体制の構築、ERでの業務内容、物品の在庫場所の理解により不安を取り除くことが重要と考える。

薬剤師業務　後半
演題番号　MO79-1（P）

救急外来における薬剤師の業務について

○原 知斉[1]，田島 克啓[1]
[1]新小文字病院 薬剤科

【目的】救急外来での薬剤師の役割は近年ますます重要性が高まっている。救急外来における薬剤師の標準的業務を確立することを目的に、近年作成された「救急外来における薬剤師業務の進め方」を参考とし、当院救急外来で薬剤師が担うべき業務内容を検討した。【対象と方法】救急外来における薬剤使用の実態把握を目的に、2025年11月～2026年1月の使用薬剤を調査した。主要薬剤の分類と使用量に基づき定数配置を見直し、麻薬・毒薬・高額薬剤については適正使用のためのマニュアルを整備した。【結果】輸液を除く薬剤では、循環器用剤20%、抗生剤15%、鎮痛剤9%、抗凝固薬6%、鎮静剤4%が使用されていた。循環器用剤には希釈や投与速度設定が必要な薬剤が含まれた。【考察】当院では救急外来に薬剤師が常駐しておらずオンコール対応であるため、不在下で多種類の薬剤が使用され、用量調節を要する薬剤も含まれている。今回、ガイドラインに基づき平時の体制整備を進めた結果、薬剤師の関与は医療安全の向上や医師・看護師の負担軽減、不必要な薬剤使用の抑制に寄与する可能性が示唆された。

薬剤師業務　後半
演題番号　MO79-2（P）

日本版MRC-ICUスコアを作成するための取り組み

○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】Medication regimen complexity-intensive care unit（MRC-ICU）スコアは、集中治療中の薬物治療の複雑度を示し、患者予後に影響するとされている。本研究では日本版スコアの作成を目的として検討を行った。【方法】2022年10月から2025年3月に大阪公立大学医学部附属病院集中治療センターへ入室した患者259名を、生存群（n=197）と死亡群（n=62）に分類した。患者背景、MRC-ICUスコア、SOFAスコア、使用薬剤を2群間で比較した。既存スコアに未反映の薬剤を追加して新スコアを作成し、多変量解析を実施した。【結果】既存スコア、SOFAスコア、新スコアはいずれも死亡群で有意に高値であった。多変量解析では既存スコアは死亡関連因子とならなかったが、SOFAスコアおよび新スコアが有意な因子として選択された。【考察】既存スコアでは日本の集中治療で汎用される薬剤が反映されておらず、予測精度が低下した可能性がある。未反映薬剤を特定して作成した新スコアはSOFAスコアとともに死亡関連因子となり、日本版MRC-ICUスコアとして臨床応用の可能性が示唆された。

薬剤師業務　後半
演題番号　MO79-3（P）

カフェインの関与が疑われた低K血症に対する薬剤師介入の一例

○寺林 晃輝[1]，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 薬剤科

低K血症は救急搬送例でしばしば遭遇し、重症例では致死的不整脈を来すため迅速な原因検索が求められる。今回市販のカフェイン製剤が低K血症の原因と考えられた症例を経験した。症例は40歳代女性、喫煙20年以上。複数の抗うつ薬に加え、市販の下剤とカフェイン含有製剤を習慣的に摂取していた。脱力を主訴に搬送され、血清K 1.9 mmol/Lを認め入院。入院前は下痢症状を認めていたが、下剤の中止により消失した。しかし、2日間のK製剤による補正後も血清K2.0 mmol/Lにとどまった。尿中K 23.8 mEq/日で腎性喪失は否定的、血清Mg2.2mmol/Lと基準値内であった。病棟薬剤師が生活歴と市販薬使用を詳細に確認したところ、入院後もカフェイン含有製剤継続が明らかとなり、担当医へ中止を提案した。中止2日後に血清K2.7 mmol/L、その後血清K3.0mmol/Lまで改善した。本症例は入院を契機に禁煙となり、喫煙により誘導されていたCYP1A2活性が解除された可能性がある。その結果、カフェインの血中濃度上昇に伴い、交感神経刺激によるK^+の細胞内移行による低K血症が考えられた。薬剤師による生活習慣や市販薬の使用状況等の能動的な情報収集が、治療の一助となりえたと考えられる。

薬剤師業務　後半
演題番号　MO79-4（P）

ICU病棟での薬剤師の取り組み

○木村 歩美[1]，武田 元樹[1,2]
[1]公益社団法人 北海道勤労者医療協会 勤医協中央病院 薬剤部，
[2]社会医療法人 豊生会 東苗穂病院 薬剤科

【はじめに】これまで勤医協中央病院(以下、当院)ではICU病棟における薬剤師の常駐業務を実施していなかったが、薬剤部としてICU病棟への薬剤師常駐体制の構築は優先課題であった。2025年7月より本格的に常駐業務を開始し、専任薬剤師を１名配置したことで病棟薬剤業務実施加算２の算定が可能となった。今回薬剤師常駐による貢献度を評価する目的でICU病棟に勤務する医師および看護師を対象にアンケート調査を実施した。【対象と方法】対象：麻酔科医師４名、看護師１８名方法：５段階評価とし、設問は、共通項目（３項目）、医師向け（５項目）、看護師向け（５項目）の他、自由記載項目を含めた。【結果と考察】ICUの医師および看護師を対象としたアンケート調査では薬剤師の常駐業務は概ね高く評価された。一方で、ICUではリアルタイムの注射指示・変更が多く、看護師のオーダー依頼が負担となっている現状の訴えがあったので、今後は、医師とのプロトコル化の推進や、集中治療における薬剤師の活動指針に基づき、処方提案や薬物治療管理における薬剤師のさらなる能動的な介入が求められると考えられた。

薬剤師業務　後半
演題番号　MO79-5（P）

ニトログリセリン耐性より処方変更となった１症例

○西 正浩[1]
[1]くまもと県北病院 薬剤部

【症例】80歳代女性、うっ血性心不全にて当院入院。血圧高値のためニトログリセリン(以下、NTG)投与開始となる。【経過】入院時、血圧223/87mmHgでありNTG50mg/100mlバッグ3ml/h投与開始。持参薬より継続でニフェジピンCR80mg/日、アムロジピン10mg/日内服。投与開始後徐々に増量され血圧改善傾向であったが再度上昇（最終投与量12ml/h)、開始3日目 NTG耐性を推測し主治医相談後漸減の指示あり同日投与終了。翌日バルサルタン20mg/日投与開始、144/71 mmHg前後で落ち着いた。上記内服2剤は継続中。【考察・結語】今回の症例はNTG耐性出現を推測し主治医と協議を行い、すぐにNTG漸減後内服切り替えで血圧コントロールができた。これより、NTG耐性出現による患者への影響は少なかったと考える。また今後同様の症例があった際早期発見に繋がるよう今回の症例を基に病棟でも看護師向けにNTG耐性について勉強会を行った。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-1（P）

脳動脈瘤によるクモ膜下出血に対するクラゾセンタン投与中に喉頭浮腫を来し再挿管を要した1症例

○菅井 一真[1]，秋葉 洋佑[1]，篠﨑 浩司[1,2]
[1]国際医療福祉大学成田病院 薬剤部，[2]国際医療福祉大学成田薬学部

【背景】脳動脈瘤によるクモ膜下出血（aSAH）に合併する脳血管攣縮は転帰を大きく左右する重要な病態であり、集中治療領域ではその予防が重視される。選択的エンドセリンA受容体拮抗薬クラゾセンタンは脳血管攣縮予防に有効とされる一方、浮腫性有害事象が報告されている。【症例】症例は70歳代女性。脳動脈瘤破裂によるaSAHに対しコイル塞栓術を施行後、脳血管攣縮予防目的にクラゾセンタンを投与し、人工呼吸管理下で経過した。脳血管造影にて動脈瘤への血流消失を確認し、明らかな脳血管攣縮を認めなかったため、慎重に抜管を実施した。しかし、抜管直後より吸気性喘鳴と呼吸困難を呈し、喉頭ファイバー検査にて高度な喉頭浮腫を認め、緊急再挿管を要した。【考察】本症例における喉頭浮腫は、感染や即時型アレルギー反応が否定的であったことから、クラゾセンタンの薬理作用に基づく血管透過性亢進に加え、aSAH後の全身炎症反応や高齢に伴う血管脆弱性が複合的に関与した可能性が考えられた。本症例は、クラゾセンタン投与中の抜管が致命的な気道合併症を来し得ることを示しており、救急・集中治療領域における慎重な気道評価と管理の重要性を示唆する。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-2（P）

救急外来での薬剤師介入によるメトトレキサート中毒の早期発見と治療につながった一例

○北島 健士[1]，長野 槙彦[1]，松木 美幸[1]
[1]武蔵野赤十字病院 薬剤部

【緒言】当院救急外来は薬剤師が常駐していないが、2025年9月より不定期に、救急外来の初療室で持参薬確認を行っている。今回､3次救急搬送された患者において、持参薬の確認からメトトレキサート（以下MTX）中毒を早期に疑い治療に貢献した症例を報告する。【症例】関節リウマチの既往がある73歳女性。1週間前から下痢があり、体動困難を呈したため救急搬送され、結石性腎盂腎炎および敗血症性ショックの診断となった。白血球700/μLの汎血球減少が認められたが、お薬手帳の記載では直近にMTXは処方されておらず、当初は敗血症に伴うものと推察された。しかし、薬剤師による持参薬確認の際に、MTXの残薬を継続していたが、葉酸は服用していなかったことを患者本人から聴取した。下痢や口内炎等の特徴的な症状からMTXの副作用の可能性を考慮し、MTXの骨髄抑制による汎血球減少の診断となった。同日、ホリナート救援療法が開始され、Day6には白血球2,700/μLへの改善を認め、Day15に退院となった。【結語】救急外来における薬剤情報確認から、重篤な副作用の早期発見につなげることができた。今後も救急外来における薬剤師業務を通じ、救急医療の質向上に貢献していきたい。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-3（P）

悪性症候群に対するダントリウム投与により異常低血圧をきたした1症例

○安藝 敬生[1]，北島 聖也[1]，曽我 弘道[1]，入江 利行[1]
[1]小倉記念病院 薬剤部

【背景】ダントリウムは比較的安全に投与が可能とされ、特に心血管系に関連する重大な合併症は稀である。今回、悪性症候群疑いの患者にダントリウムを投与し、再現性を伴う異常低血圧を経験したので報告する。【症例】76歳女性。患者はアルツハイマー型認知症と統合失調症を合併し他院精神科に薬剤調整目的に入院していた。入院中に病室で心肺停止となり、CPRにて心拍再開後当院へ搬送されHCUへ入院となった。CK上昇、筋強直、高熱をみとめ精神科関連薬剤服用歴から悪性症候群疑いとして入院日翌日からダントリウム点滴投与（初日40mg,以降20mg/day）が開始された。投与3日目にダントリウム投与直後から血圧が著明に低下した。投与中断で改善し、投与速度を落とすことで投与は完遂できた。翌日の投与時も同様の傾向は再現され、ノルエピネフリン0.5μg/kg/minの持続静注を要した。所見改善をみて第5病日にダントリウム投与を終了し、第27病日転院となった。【まとめ】悪性症候群に対して用いた際のダントリウム誘発性低血圧の臨床報告も限られる。悪性症候群に対してダントリウムを投与する際は異常低血圧に対応すべき体制を構築すべきである。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-4（P）

抗がん剤治療後の摂食不良を契機に代謝性ケトアシドーシスが疑われたSGLT2阻害薬内服中担がん患者の一例

○佐藤 優衣[1]，大森 俊和[1]，米内 洸[1]，磯部 賢樹[1]，寺林 晃輝[1]
[1]川崎幸病院 薬剤部

SGLT2阻害薬によるケトアシドーシスは、絶食や感染などを契機として発症することが知られているが、担がん患者における抗がん剤治療に伴う摂食不良を誘因とした報告は限られている。症例は、2型糖尿病に対しカナグリフロジンおよびメトホルミンを内服している78歳男性の肺がん患者。カルボプラチン・パクリタキセル（アルブミン懸濁型）・ペムブロリズマブ併用療法導入後、摂食不良が持続中も内服薬は継続していた。体動困難を主訴に救急受診し、発熱性好中球減少症、循環血液量減少性ショックおよび代謝性アシドーシスと診断された。来院時、血糖値292 mg/dL、3-ヒドロキシ酪酸は947 μmol/Lおよび 乳酸 14.9mmol/Lと高値を認め、糖尿病薬の関与による混合性代謝性アシドーシスが疑われた。担がん患者では抗がん剤治療に伴う摂食不良や脱水を来しやすく、SGLT2阻害薬内服下ではケトアシドーシスのリスクが高まる可能性がある。抗がん剤治療を受ける患者では、食事摂取状況も踏まえてSGLT2阻害薬の継続可否を慎重に検討するとともに、摂食困難時の患者指導を徹底する必要がある。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-5（P）

ミダゾラムによる薬剤熱が疑われた１例

○岩田 卓也[1]，戸田 州俊[1]，實安 健市[1]
[1]JA愛知厚生連豊田厚生病院 薬剤部

【背景】薬剤熱は抗菌薬や抗痙攣薬に関連する報告が多い。今回，人工呼吸器装着患者の鎮静剤として投与したミダゾラム（MDZ）による薬剤熱が疑われた症例を経験したため報告する。【臨床経過】51歳男性。急性心筋梗塞によりICU入室後，気管挿管されMDZの投与を開始した。また，入室時の胸部レントゲンで肺炎像を認めたため，メロペネムの投与を開始した。第6病日に38.0℃を超え，第11病日には40.2℃の高熱を認めた。感染経過は良好であったが発熱が持続したため，メロペネムをスルバクタム/アンピシリンへ変更したが，解熱は得られなかった。他薬剤も中止したが発熱が持続したため，第15病日に鎮静薬をMDZからプロポフォールへ変更したところ，第18病日に解熱傾向を認めた。その後もプロポフォールによる鎮静管理を継続していたが，鎮静管理不十分となったため，第39病日にMDZへ変更したところ，同日に39.2℃の発熱を認めた。その後，第41病日に血圧低下による循環動態悪化のため死亡した。【結語】本症例では，MDZの投与と相関した熱型を認めたことから，MDZが薬剤熱の被疑薬であると考えられた。MDZの投与中の原因不明の発熱には，薬剤熱の可能性も留意すべきである。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-6（P）

術後早期に発症したジスチグミン投与中のコリン作動性クリーゼの１例

○荒木 淳一[1]，吉岡 奨平[1]，中原 大貴[1]
[1]板橋中央総合病院 薬剤部

【背景】ジスチグミンは神経因性膀胱に使用され、蓄積によりコリン作動性クリーゼを来すことがある。術後は腎機能の変化など、発症リスクが高まるため注意を要する。今回、術後早期に発症した1例を経験したため報告する。【症例】90歳女性。緊急で腹腔鏡下小腸部分切除を施行するも、低栄養も関与し創し開を認め、２度のデブリードマンおよび縫合閉鎖術に至った。１度目の創し開術後に排尿困難に対しジスチグミン5mg/日を開始した。２度目の術後に意識障害、気道分泌、徐脈および呼吸不全を認め気管挿管となった。ICU入室し徐脈の改善は乏しく急性腎障害および縮瞳を認めたことからChEの測定を依頼し、3U/Lと低値であることからコリン作動性クリーゼと診断された。アトロピン投与により症状は改善し、ICU入室５日目で抜管に至った。【まとめ】本症例は、急性腎障害、手術侵襲、術中オピオイド使用による呼吸抑制や意識障害が臨床像を修飾し、診断を困難にした可能性が示唆された。術後早期に発症したコリン作動性クリーゼであり、ジスチグミン投与中にはモニタリングが重要となる。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-7（P）

SGLT2阻害薬内服患者における代謝性アシドーシス症例の臨床的特徴と薬剤師介入の検討

○米内 洸[1]，佐藤 優衣[1]，寺林 晃輝[1]，磯部 賢樹[1]，大森 俊和[1]
[1]社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 薬剤部

【目的】SGLT2阻害薬の処方が増加している一方で、重篤な副作用としてケトアシドーシスがあり、代謝性アシドーシス（MA）出現時には原因として想起し早期に評価・対応する必要がある。当院のMA事例を整理し、薬剤師介入点を検討した。【方法】2025年8月～2026年1月、診療録に「代謝性アシドーシス」または「DKA」の記載がある患者を抽出し、SGLT2阻害薬内服中かつ血液ガスHCO_3^-＜22 mEq/Lを満たす症例を対象とした。患者背景、誘因、生化学・血液ガス、尿/血中ケトン体、治療、転帰、薬剤師介入を後ろ向きに調査した。【結果】対象16例、糖尿病合併13例。院外発生9例、院内発生7例で、感染・脱水・摂食不良等の誘因が複合し、ショック例もあった。MA判明時のケトン体測定は11例、未測定5例。診療録上、MAの鑑別としてSGLT2阻害薬関与が明示されない症例は8例で､3例はMA判明後も継続されていた。薬剤師介入は3例で休薬・検査提案を行った。【考察】MA発生時にSGLT2阻害薬の関連が明示されない事例があり、原因の一つとしての想起・共有が十分でない可能性が示唆された。薬剤師が内服歴とリスク因子に基に、ケトン体評価や休薬判断を補完する介入が有用であると考えられる。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-8（P）

医薬品副作用データベースを用いたアンデキサネットアルファ投与後の血栓性有害事象の発現時期に関する検討

○中島 瑠南[1,2]，八木 健太[1]，石原 慎之[1]，渡部 広明[2]，矢野 貴久[1]
[1]島根大学医学部附属病院 薬剤部，[2]島根大学医学部 Acute Care Surgery講座

【背景】アンデキサネットアルファ（AA）は、直接作用型第Xa因子阻害剤の抗凝固作用を迅速に中和し、生命を脅かす出血に対し使用される。一方で血栓性有害事象（TE）のリスクを伴うがTEの発現時期に関する知見は十分でない。【目的】医薬品副作用データベース（JADER）を用い、国内におけるAA投与後のTE発現時期に関する情報の収集・評価を目的とした。【方法】JADERよりAA販売後3年間（2022年5月1日～2025年4月30日）におけるAAが「被疑薬」とされた有害事象を抽出した。血栓・塞栓・梗塞・閉塞（閉塞性は除外）の語を含む有害事象をTEと定義した。【結果・考察】AAの有害事象報告634件のうちTEは294件（46.4%）であった。AA投与開始から有害事象発現までの日数が報告されていたのは223件で、時間単位までの報告は49件であった。223件の分布では、AA投与後2日以内に146件（65.5%）、8日以内に204件（91.5%）のTE発現報告があった。本研究の限界としてJADERは自発報告データベースであり、報告バイアスを考慮する必要がある。【結語】AAの投与直後から8日目まではTE発現に特に警戒すべき期間であり、抗凝固療法の再開時期の検討や注意深いモニタリングが重要だと考えられた。

副作用　有害事象報告
演題番号　MO80-9（P）

抗精神病薬クエチアピン内服によりノルアドレナリンに抵抗性を示しショック離脱が遷延したUrosepsisの一例

○渡部 秀[1]，田中 大輔[1]
[1]鶴岡市立荘内病院 診療部薬局

【背景】抗精神病薬であるクエチアピン（以下、QTP）はα_1受容体遮断作用を有し、アドレナリン投与中の患者で併用すると、重篤な血圧低下を招くことが報告されている。一方、ノルアドレナリン（以下、NAd）との相互作用は臨床上問題視されることは少ない。今回、QTP併用によりNAdに抵抗性を示しショックの離脱が遷延した一例を報告する。【症例】88歳男性。Urosepsisと診断され入院治療が開始された。NAdの持続投与を行い、循環動態は改善傾向にありNAdは減量中であった。経過中、夜間せん妄にQTPを内服したところ血圧低下を認め、再びNAdの増量を要した。その後、QTPを中止したところ循環動態の改善を認め、NAdは減量し投与終了となった。【考察】NAdのα_1受容体刺激による血管収縮作用がQTP併用により阻害され、アドレナリン反転類似の血圧低下を起こしたと推察された。【結語】添付文書上で両薬の相互作用による血圧低下の注意喚起はないが、薬理学的機序からアドレナリン反転類似の血圧低下を起こす可能性がある。本症例のように、敗血症においてNAdを使用し、せん妄のコントロールが必要な場合には適切な薬剤選択を行う必要がある。

研究　前半
演題番号　MO81-1（E）

東京都における電動キックボード関連傷害と自転車・オートバイ傷害の比較研究

○浅井 洋二[1]，中島 幹男[2]，吉川 慧[2]
[1]東京消防庁 救急部救急管理課，[2]地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立広尾病院

【目的】電動キックボード(以下,Eスクーター)関連の交通傷害は増加しているが,疫学データは限られている.本研究の目的は,Eスクーター傷害の傾向や重症度を明らかにし,自転車・オートバイによる傷害と比較することである.【方法】2021-2025年の東京消防庁の救急搬送記録を用いて後方視的コホート研究を実施した.対象は自転車,オートバイ,Eスクーター乗車中の傷病者である.アウトカムは,三次救急医療機関への搬送と傷害の重症度とした.【結果】対象者104312人のうち,自転車傷害73237人,オートバイ傷害30264人,Eスクーター傷害811人だった.Eスクーター群は他群と比べて,傷者の年齢中央値が若く(33歳),飲酒後(12%),頭部外傷(55%)の割合が高く,受傷時間が週末や深夜に多いのが特徴的であった.マッチドペア解析では,Eスクーター傷害は自転車傷害よりも有意に三次救急搬送率・重症度が高く,オートバイ傷害よりも有意に低い結果であった.【結語】東京におけるEスクーター関連傷害の傾向が明らかになった.今後,飲酒運転の厳罰化,ヘルメットの着用義務化など法整備が望まれる.

研究　前半
演題番号　MO81-2（D）

機械学習を用いた非侵襲的陽圧換気療法の失敗予測モデルの構築

○村尾 修平[1]，吉村 旬平[1]，岡田 直己[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

【目的】非侵襲的換気療法（NIV）は、呼吸不全に対する初期治療として広く用いられているが、治療失敗時の挿管遅延は患者転帰の悪化を招く。本研究の目的は、NIV導入患者において、治療失敗を早期に予測する機械学習モデルを構築することである。【方法】OneICUデータベースに登録されたICU入室症例のうち、非侵襲的陽圧換気療法（NIV）を受けた患者を対象とした。治療失敗のアウトカムは、治療開始から48時間以内の気管挿管または死亡と定義した。患者背景、臨床診断、血液検査、治療開始後2時間までの血液ガス、生理学的指標などの変数を用いて訓練データ：検証データを４:1として機械学習モデルを構築した。モデル解釈にはSHapley Additive exPlanations（SHAP）を用いた。【結果】非侵襲的陽圧換気療法を受けた1897例のうち、治療失敗イベントは22.7%に認められた。検証データにおけるAUCは0.77であった。治療失敗イベントに対して最も寄与した上位の因子は呼吸数、FiO_2、SpO_2、心疾患、乳酸値であった。【結論】非侵襲的陽圧換気療法を受けた患者において、48時間以内の治療失敗を予測する機械学習モデルを構築した。

研究　前半
演題番号　MO81-3（E）

地理空間における傷病者の発生傾向の分析
-熊本市の救急搬送記録を用いた空間的自己相関の分析-

○榎 健斗[1,2]，齋藤 大蔵[2]，匂坂 量[2]
[1]熊本市消防局 西消防署，[2]国士舘大学大学院救急システム科

【背景】全国の救急要請件数は増加傾向であり、現場到着所要時間が延伸傾向であることから効率的な救急隊の配置が求められている。【目的】熊本市における救急事案の空間的発生傾向を明らかにし、救急隊の効率的配置に資する知見を得ること。【方法】熊本市消防局管内の小学校区（92区）を分析単位とし、熊本市で2020-2024年に発生した救急事案の地理空間統計解析を行った。主要評価項目を対象期間中の救急要請総件数、副次的評価項目を医師が初期診断で重症とした傷病者数と事故種別が交通事故の傷病者数とした。【結果】Global Moran's I統計量では、対象期間中に発生した救急事案は$I = 0.33$、重症者数は$I = 0.34$、交通事故数は$I = 0.32$（いずれも$p < 0.001$）であり救急要請数がその周辺の地域と類似する傾向の正の空間的自己相関を認めた。Local Moran's I統計量により、総件数では5校区、重症者数では8校区、交通事故数では6校区で有意な空間パターンを示した。【結論】本研究の結果、救急事案の総件数が多い地域と重症者が多い地域は異なる。本研究の手法は、重症者集積地域の配置を強化するなど地域特性を考慮した救急隊の効率的配置の検討に資するものである。

研究　前半
演題番号　MO81-4（E）

ラリンゲルチューブサクション（LTS-D）挿入時の咽頭後壁における圧負荷の定量評価

○野口 佐弥香[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】LTS-D挿入時の咽頭後壁にかかる接触圧を定量化し、頭部体位（スニッフィングポジション・ニュートラルポジション）の違いが挿入時に与える局所的圧負荷を比較・検討すること。【方法】本研究は高度救急処置シミュレーターを用いた無作為化クロスオーバー研究である。救急救命士教員9名と学生42名が2条件でLTS-D挿入を行い、後咽頭壁に設置した圧力感知フィルムを用いて最大圧力・平均圧力を測定した。【結果】解析対象は34名（教員7名、学生27名）であった。最大圧力の中央値はスニッフィングポジション3.4 MPa、ニュートラルポジション3.3 MPaで有意差はなかった。一方、平均圧力はスニッフィングポジション2.5 MPaがニュートラルポジション2.4 MPaより有意に高値であった。【結論】LTS-D挿入時の平均圧力はスニッフィングポジションでニュートラルポジションより有意に高値を示した。最大圧力に有意差は認められなかったが、スニッフィングポジションが咽頭後壁に対し持続的な圧負荷を与える可能性が示唆された。

研究　前半
演題番号　MO81-5（E）

プレホスピタルケアにおける敗血症スコアの考案

○飯島 知央[1]，高橋 啓太[1]
[1]松江市消防本部 北消防署消防課救急1係

【目的】病院前において敗血症を疑うツールとして、qSOFA等がある。しかし、それらの指標は単独でのスクリーニングに懸念があるとされている。今回、病院前敗血症スコアを考案しその精度を調査した。【方法】令和５年、令和４年の確定診断で感染症であった症例１７８例を用いた。説明変数をHR、RR、KT、BP、意識レベル、発熱と脈拍の関係性、高齢者施設入所、DM既往及び性別とし、目的変数を敗血症とするロジスティック回帰分析を行い敗血症の要因分析をした。なお、生理学的所見の異常値は、qSOFA及びSIRS分類の指標を用いた。敗血症スコアの項目はオッズ比1超のBP、RR、DM既往、発熱と脈拍の関係性、KT及び女性と設定した。点数設定は、BP4点、RR ２点、他の４項目各１点の合計１０点とした。次いでROC曲線を用いスコア性能を評価した。統計学的分析にＥＺＲを用いた。【結果】当敗血症スコアは曲線下面積：０.７６（９５％CI：０.６８９－０.８３８）、閾値５点にて特異度６０.９％、感度８４.８％となった。【考察】病院前にて感染症を疑った後に当敗血症スコアを用い、スコア５点以上を敗血症と疑うことで病院前での敗血症鑑別精度が高まると考察する。

研究　前半
演題番号　MO81-6（E）

脳卒中Ｓ選定の有効性と課題の調査について

○紺野 岳之[1]，井上 和茂[2]，長谷川 栄寿[2]
[1]東京消防庁 救急管理課，[2]国立病院機構災害医療センター，[3]国立病院機構災害医療センター

【背景】 東京消防庁では脳主幹動脈閉塞（Large vessel occlusion：LVO）に対する血栓回収療法に迅速に繋げる目的で、令和7年3月より脳卒中Ｓ選定（以下Ｓ選定）が導入された。【目的】①Ｓ選定導入による救急活動への影響を調査すること。②LVOに対するＳ選定の検出精度を調査し、現時点の課題を検討すること。【方法】 国立病院機構災害医療センターに救急搬送され、脳神経外科で診察を受けた傷病者を対象とした。三次医療機関選定、外傷は除外した。令和6年4月～9月、令和7年4月～9月のＳ選定導入前後の比較を行った。また、Ｓ選定のLVOに対する検出精度を算出した。【結果】対象全体は506例、LVOは58例だった。脳卒中選定全体は314例、そのうちＳ選定は68例だった。Ｓ選定導入後、脳卒中選定全体の選定時間は有意に減少したが、LVO症例の選定時間、現場滞在時間および搬送距離に有意な差は認めなかった。また、Ｓ選定のLVOに対する感度は72%、特異度82%、陽性的中率38％だった。【考察】 Ｓ選定導入は、脳卒中選定の選定時間の短縮に影響した可能性はある。また、Ｓ選定の感度は高く適切な選定がされている可能性はあるが、偽陽性が多かった。

研究　後半
演題番号　MO82-1（E）

ST上昇型心筋梗塞の心筋虚血時間短縮に向け救急隊にできること ～飛騨地域における単一施設での検討から～

○岡田 竜熙[1]，吉田 隆浩[2]
[1]高山市消防本部 警防課，[2]高山赤十字病院

【背景・目的】ST上昇型心筋梗塞（以下STEMI）では心筋虚血時間短縮が予後改善に直結するが、従来言われている救急隊接触から実治療完了時間での検討は院内手技の影響を受けやすく、救急隊の介入効果だけを評価しにくい現状にある。本検討は治療時間経過を多フェーズに分解して可視化し、心筋虚血時間短縮に寄与する救急隊の役割を明確化するため、救急隊接触から心臓カテーテル室入室までの時間を細分化し探索的に検討した。【方法】病院にて倫理承認を得、単施設で令和４～６年のSTEMI ２８例を後方視的に解析。各時間を中央値（四分位範囲）で示した。【結果】病院到着から心臓カテーテル室入室まで５７分（４７－６１）で、救急隊の現場滞在時間は１０分（７－１１）救急隊接触から同入室は７６.５分（６６－９０）であった。【考案】本検討は十分な症例数ではなかったが、救急隊の症状認識能力の向上や１２誘導心電図の迅速な測定・共有により同フェーズ短縮が可能な部分があり、救急隊接触から入室までの時間を継続的に検証・改善することが各治療段階の課題抽出と連携体制見直しを促す時間指標として位置づけられる可能性が示唆された。

研究　後半
演題番号　MO82-2（E）

救急隊員における勤務時間帯別ストレス反応の差異 唾液アミラーゼ活性による客観的評価―

○坂口 英児[1]，富田 泰成[1]
[1]鈴鹿医療科学大学保健衛生学部 救急救命学科

【背景】救急隊員は不規則勤務や緊急度事案への対応により精神的負荷が高いと考えられるが、生理学的指標を用いた客観的評価は十分でない。【目的】救急隊員の勤務時間帯別における唾液アミラーゼ活性の差および関連因子を検討し、精神的負荷の特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】救急隊員63名を対象に、勤務日の朝・昼・夜の唾液アミラーゼ活性を3日間測定した。勤務時間帯による差を反復測定分散分析で検討し、勤務前朝および夜間の値を従属変数として重回帰分析を行い、年齢や勤続年数等を説明変数とした。【結果】勤務時間帯による有意差を認め（$F(2,61)=3.94$, $p=0.025$）、夜間勤務時に有意に高値を示した。勤務前朝の活性は勤続年数と有意に関連した（$\beta=0.28$, $p=0.03$, $R^2=0.08$）が、夜間では有意な関連因子を認めなかった。【結論】救急隊員の精神的負荷は勤務時間帯により異なり、朝は経験要因、夜は個人属性では説明されない要因の影響を受ける可能性が示唆された。唾液アミラーゼは客観的評価指標として有用であり、勤務体制や労務管理の検討に寄与する可能性がある。

研究　後半
演題番号　MO82-3（E）

早期のブドウ糖投与と意識レベル改善の関連

○橋本 優亮[1]
[1]湖南広域消防局 中消防署

【目　的】 低血糖発作を呈する傷病者に対するブドウ糖の投与場所と意識レベル改善の関連を明らかにすることを目的とする。【対象と方法】 対象は、２０１６年～２０２４年の間で、湖南広域消防局管内で発生した低血糖発作傷病者に対しブドウ糖投与が実施された２２７例を対象とした。 統計解析は、目的変数をブドウ糖投与前後の意識レベルの改善、説明変数を性別、年齢、糖尿病の既往、接触時血糖値、医師連携、投与場所（現場、車内）として、ロジスティックス回帰分析を用いた。統計解析には、ＥＺＲを用いてｐ＜０．０５を有意差とした。【結　果】 ブドウ糖投与により意識レベルが改善した割合は、現場投与群で８９．６％、車内投与群で７１．９％であった。投与場所は意識レベルの改善と有意に関連した。（ｐ＜０．０５）。【結　論】 本研究から低血糖発作傷病者へのブドウ糖投与は、現場投与が意識レベルの改善と関連していた。活動中は糖尿病の既往に限らず、意識障害の鑑別として早期に血糖測定を行い、低血糖が疑われる場合は速やかに処置を検討する必要がある。

研究　後半
演題番号　MO82-4（E）

二次救急搬送における救急車利用の患者視点の実態

○杉浦 宏亮[1]，松清 輝也[1,2]，中谷 こずえ[2]，上尾 善隆[3]
[1]名古屋記念病院 救急救命士科，[2]中部大学大学院，[3]新潟薬科大学

【背景】 救急搬送件数は増加の一途をたどり、救急車利用の在り方が社会的議論となっている。しかし、「適切・不適切」を判断する統一基準は存在せず、評価に先立ち患者側の認識を明らかにする必要がある。【目的】 二次救急医療機関に救急車で搬送され、診察後に帰宅となった患者を対象に、救急車要請に至る判断過程の実態を検討する。【方法】 対象患者に質問紙調査を実施し、記述統計および救急診療加算と再要請の関連についてχ^2検定およびフィッシャーの正確確率検定を行った。【結果】 年齢は20代未満および70代以上が多かった。要請理由は「重症だと思った」「他の人が呼んだ」が多数を占めた。救急診療加算と再要請の関連は$\chi^2(1)=2.18$, $p=0.14$（フィッシャー $p=0.16$）で有意差は認められなかった。【結語】 救急車要請は主観的重症感や第三者の判断に強く影響されている可能性が示唆された。金銭的負担は再要請抑制要因とはならず、救急車利用の議論には患者側の認識構造を踏まえた視点が不可欠である。

研究　後半
演題番号　MO82-5（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

○尾﨑 大輝[1]，矢野 佑紀[1]，武井 和真[1]，岸田 一格[1]，村尾 佳則[2]，森 ちさこ[3]，申 勝[4]
[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 腎臓内科，[4]八尾徳洲会総合病院 透析科

［はじめに］当院の2024年の年間救急搬送件数は10,721件。救急搬送後の入院患者数は病院全体の42.3%を占め、透析ｾﾝﾀｰに関連する入院患者で救急搬送患者は47.2%を占める。本研究で救急搬送を含めた透析ｾﾝﾀｰ関連の年間入院患者の内訳を調べた。［方法］透析ｾﾝﾀｰに紹介された年間入院患者1,271名を対象に65歳未満、前期高齢者、後期高齢者に分類し救急搬送率、糖尿病(DM)有病率、男女比を調べた。［結果］65歳未満：搬送率35.5%、DM率72.2%、男女比 3.7:1。前期：搬送率38.4%、DM率60.1%、男女比 2.4:1。後期：搬送率55.7%、DM率53.1%、男女比 1.9:1。［考察］高齢になるにつれ搬送率は高くなり、後期では男性割合およびDM率が低下している。このことから、DM男性患者の早期死亡が一因に考えられた。［結語］今後当院の増設により救急搬送数はさらに増加すると考えられ、他職種と連携し臨床工学技士として勤めていく所存である。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-1（N）

医療機関に所属する救急救命士の再教育の現状について

○髙橋 葉子[1]，青野 茂昭[1]，井上 拓訓[1]，柳 聖美[1]，津波古 憲[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】2021年の法改正により、医療機関に雇用される救急救命士（以下、病院救命士）が誕生した。しかし、研修内容や教育体系は各医療機関の裁量に委ねられており、標準化された能力枠組の構築は進展していない。【目的】病院救命士と看護師の専門職間連携に関する実証研究は乏しく知見を集積する事。【方法】本研究は、病院救命士および看護師を対象とした横断的調査である【結果】研修実施状況、ラダー導入状況、連携認識が役割満足度に与える影響を78名の医療機関に所属する救命士とそれに関わる看護師29名からの回答を得た。生涯教育体系の不備に加え、両職種間の連携認知には顕著な乖離が存在することが明らかとなった。さらに、病院救命士の専門職アイデンティティの中核には、消防組織と医療機関という異質な制度文化を接合する境界横断的役割が位置づけられていることが示唆された。【考察】今後、標準化された生涯教育プログラムおよび境界横断的専門性を可視化する認定制度の構築が課題である。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-2（E）

医療の流れをつなぐ救急救命士を育てる多職種連携教育

○菊川 忠臣[1]，高梨 利満[1]，酒本 瑞姫[1]
[1]帝京大学医療技術学部 スポーツ医療学科救急救命士コース

【背景】救急救命士は病院前医療を担う専門職であるが、チーム医療における役割理解や多職種間コミュニケーションを体系的に学ぶ機会は十分とは言えない。特に、病院内医療や慢性期医療との連続性を意識した教育は限定的である。【目的】多職種合同で実施される「医療コミュニケーション」授業において、救急救命士コースの学生がチーム医療をどのように理解し、どのような教育課題および可能性を認識したかを明らかにする。【方法】医学部・薬学部・医療技術学部合同授業に任意参加した救急救命士コース学生7名のレポートを対象に、内容分析を行った。【結果】学生は、多職種の専門性が相互補完的に患者像を立体化することを理解し、救急救命士を「医療の流れをつなぐ専門職」として再認識していた。一方で、急性期中心の思考様式、病院内医療プロセスへの理解不足、共通言語の欠如が教育課題として抽出された。【考察】多職種連携教育は、救急救命士が病院前医療にとどまらず、医療チーム全体を理解し橋渡しする専門職へと成長する契機となる。今後は病院前から病院内へ連続するシナリオ設計や情報伝達訓練を含む教育設計が求められる。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-3（E）

病院勤務の救急救命士による薬物療法支援に関する実態調査

○齋藤 汐海[1]，髙橋 純子[2]
[1]京都橘大学 健康科学部 救急救命学科，[2]京都橘大学 健康科学部 臨床工学科

【目的】病院勤務の救急救命士（以下、病院救命士）による薬物療法支援の実態と業務関与への認識を明らかにする。【方法】2025年9～11月、関西・北陸地域の病院救命士50名を対象にWebアンケートを実施した。薬物療法支援時の確認事項を自由記載で求め、薬剤投与の安全確認8項目（8つのRight：①正しい患者，②正しい薬，③正しい用量，④正しい経路，⑤正しい時間，⑥正しい記録，⑦正しい理由（根拠），⑧正しい反応の確認の８項目を指す。）に基づき分類した。併せて薬剤運搬等の周辺業務の実施状況と関与への意向を調査した。【結果】有効回答は23件であった。投与前は「正しい薬」への記載が多く、投与時・後は「正しく反応しているかの確認」に集中した。薬剤の運搬は15名（65.2%）が実施し、17名（73.9%）が日常業務への導入に賛同した。学習機会の確保を求める声もみられた。【結語】病院救命士は投与前の安全確認に高い意識を有し、周辺業務への関与にも前向きである。今後、安全な薬物療法支援の展開に向け、養成教育段階からの体系的な学習や卒後研鑽の充実が求められる。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-4（N）

離島病院における救急救命士活用の可能性

○喜納 誠[1]，小川 太志[1]，友利 幸太[1]
[1]沖縄県立宮古病院 救急科

【目的】 医療資源が限られている離島においては、医師・看護師不足が深刻であり救急医療体制が課題である。本研究は宮古島で初めて病院救命救急士を採用し院内救急業務に従事した取り組みを通して、離島病院における救急救命士活用の有効性と課題を明らかにする本を目的とする。【方法】2026年2月に、宮古病院救急外来に勤務する医師・看護師対象に、病院救命救急士と勤務することに対するアンケート調査を行い、救命救急士に対しては半構造化インタビューを実施した。【結果】救命救急士の参画により、看護師業務の一部でタスクシフトが可能となり、役割分担の明確化とチーム内コミュニケーションの向上が示唆された。看護師の業務負担軽減を認める一方、業務範囲の調整や教育体制整備が課題として抽出された。【結論】離島病院における救命救急士の院内活用は、医師・看護師不足の対応策として有用であり、救急医療体制強化の一助となる可能性が示唆された。今後は体制整備と役割拡大の検討が必要である。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-5（E）

院内救急救命士によるカルテ記入が検査開始時間、医師の業務に与える影響の評価

○女川 陽生[1]，足達 ルイス[1]，安部 竣亮[1]
[1]淀川キリスト教病院 救急科

【目的】当院では2025年4月より院内救急救命士が初期カルテ入力を行っている。本研究は、この介入が検査開始時間の短縮や医師の業務軽減に与える影響の定量的評価を目的とする。【方法】前向き観察研究として、当院ERへ搬送され検査が必要な20歳以上の患者を対象とする（重症例等は除外）。救命士のカルテ介入有無で2群に分類し、院内到着から検査オーダーまたは開始までの時間、および救命士記載内容の医師カルテへの反映割合（文字数）を主要評価項目として設定し、多変量解析で調整する。【結果】現在、2026年4月31日を締切として目標200例のデータ収集を行っている。現在100本学術集会ではデータの集計・解析を完了させ、両群の比較結果を報告する。【考察】院内救命士のカルテ記載がもたらす客観的な効果を明らかにし、救急現場における今後の効果的なタスク・シフト／シェアのあり方について考察する。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-6（E）

傷病者搬送方法別の救急隊員の身体負担の比較検討
—救急活動時の傷病者搬送の現状全国アンケート調査から—

○江川 健太[1]，竹井 豊[2]，佐々木 広一[1]，西 大樹[1]，安田 康晴[1]
[1]広島国際大学保健医療学部 救急救命学科，[2]新潟医療福祉大学 医療技術学部

【目的】傷病者搬送方法別の救急隊員の身体負担について比較・検討すること。【対象】アンケート回答に同意を得た47都道府県の救急隊員1,152名。【方法】2024年6月25日から2025年6月16日の期間に、救急活動時の傷病者搬送の現状について全国アンケート調査を行った。アンケート結果から徒手、ターポリン担架、No Lift搬送が可能なエアストレッチャーの3群について、疲労度（リッカート尺度5件法）と腰部負担の頻度を抽出した。【結果】屋内搬送ではターポリン担架の使用が多く、疲労度と腰部負担はいずれもエアストレッチャーより高かった。疲労度：エアストレッチャー 3［2-3］vs 徒手 3［3-3］、ターポリン担架 3［2-4］腰部負担：エアストレッチャー 12.1% vs 徒手 32.5% vs ターポリン担架 59.2%【結論】エアストレッチャーは傷病者を持ち上げないNo Lift搬送のため救急隊員の身体負担が軽減されていた。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-7（E）

傷病者の移乗・搬送における従来法とNo Lift 法の比較

○江川 健太[1]，竹井 豊[2]，佐々木 広一[1]，安田 康晴[1]
[1]広島国際大学保健医療学部 救急救命学科，[2]新潟医療福祉大学 医療技術学部

目的：傷病者移乗・搬送時の従来法とNo Lift 法について、傷病者苦痛度と搬送者身体的負担を比較検討すること。対象と方法：救急救命学科学生21名。従来法（徒手、ターポリン担架）とNo Lift法（移乗ベルト、スライディングシート、スライドボード、エアストレッチャーⓇ FDM）で、坐位・仰臥位の移乗と床・階段の搬送を行い、傷病者負担（苦痛度、負担部位）、搬送者負担（疲労度・運動強度・腰部負担頻度）を主観的に評価した。結論：No Lift 法は従来法に比べ、傷病者移乗・搬送時の傷病者の苦痛および搬送者の身体負担を軽減させる可能性があることが示唆された。

結　果

			従来法	No Lift法	
坐位移乗			徒手	移乗ベルト	p 値
傷病者	苦痛度（0-3）		0[0-1]	0[0-1]	0.299
搬送者	疲労度（1-5）	体幹	3[2.5-3]	2[2-3]	$p<0.05$
	運動強度*（1-10）	体幹	3[2.5-4]	2[1-3]	$p<0.05$
	腰部負担の頻度	体幹	8名（38%）	3名（14%）	$p<0.05$

仰臥位移乗			徒手	スライディングシート	スライドボード	
傷病者	苦痛度（0-3）		1[1-2]	0[0-1]	0[0-0]	$p<0.05$**
搬送者	疲労度（1-5）	体幹	3[2-4]	2[1-2]	2[1-2]	$p<0.05$**
	運動強度*（1-10）	体幹	3[3-5]	2[1-2]	1[1-2.5]	$p<0.05$**
	腰部負担の頻度	体幹	4名（19%）	0名（0%）	0名（0%）	$p<0.05$**

**徒手を対象として比較

廊下搬送			ターポリン担架	エアストレッチャー	
傷病者	苦痛度（0-3）		1[1-1]	1[0-1]	0.129
搬送者	疲労度（1-5）	頭側	4[4-4]	3[2.5-4]	$p<0.05$
	運動強度*（1-10）	頭側	5[4-7]	4[2.5-4]	$p<0.05$
	腰部負担の頻度	頭側	7名（33%）	3名（14%）	$p<0.05$

階段搬送					
傷病者	苦痛度（0-3）		1[0-1]	0[0-1]	$p<0.05$
搬送者	疲労度（1-5）	頭側	4[4-5]	4[3-4]	$p<0.05$
	運動強度*（1-10）	頭側	7[5-9]	4[3-5]	$p<0.05$
	腰部負担の頻度	頭側	5名（24%）	2名（10%）	$p<0.05$

*修正Borg scale

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-8（D）

Medical Control直導入による救急医業務のタスクシェア効果の検討

○蛯原 健[1]，中村 洋平[1]，入澤 太郎[1]，福森 優司[1]，高橋 裕美[1]，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

背景：当救命救急センターはシフト制で患者対応を行っており、担当医が日々変わるため、病状説明や転院調整が業務負担となっていた。そこで2025年度より、転院調整および一部の病状説明を医療ソーシャルワーカーと協働して行う担当医（Medical Control直：M直）を月・火曜日に配置した。本研究ではM直導入前後での業務改善効果を評価した。方法：2024年度および2025年度に当センターで勤務した後期研修医（専攻医）を対象に、残業頻度、残業内容、負担と感じた業務についてアンケート調査を実施した。残業頻度をLikert尺度による5段階評価（5＝常に残業あり、1＝残業なし）で評価した。また在院日数を比較した。結果：各年度8名が回答した。残業頻度4以上の割合は2024年度63%から2025年度25%へ減少した。紹介状作成を残業内容に挙げた者は50%から0%へ減少し、負担と感じた者も38%から13%へ減少した。在院日数に差は認めなかった。結語：M直導入により紹介状作成に伴う業務負担は軽減し、タスクシェアの有効性が示唆された。

診療支援　院内救命士　消防救命士
演題番号　MO83-9（E）

日勤救急隊の増隊が救急現場到着時間の短縮と救急ワークステーションに与える影響

○中村 太一[1]
[1]松山市消防局 救急課

【目的】救急需要の増加により、現場到着時間の延伸や救急隊の負担増が大きな課題となっている。当消防局では、平日日勤帯の救急需要対策として、令和6年10月に救急機動2小隊を増隊した。本研究は、増隊が現場到着時間の短縮や、特に救急ワークステーション（WS）隊に与えた影響を検証することを目的とした。【方法】令和5年10月～令和6年9月を増隊前期間、令和6年10月～令和7年9月を増隊後期間として、平日日勤帯（8:30 ～ 17:15）の活動データを比較した。評価項目は現場到着所要時間、各救急隊の出動件数ならびにWS隊の業務内容の変化とした。【結果】総出動件数は10,354件から10,681件へ増加したが、平均現場到着時間は8分56秒から8分39秒へと17秒短縮された。また、増隊により出動負担が分散され、WS隊（救急ワーク1）の出動件数は662件から386件に減少、稼働割合も6.4%から3.6%へ低下した。【結語】救急機動2小隊の増隊は現場到着時間の短縮に加え、WS隊の出動負担軽減を実現させ、指導救命士による研修や新規施策の企画・立案に充てる余裕を生み出した。本増隊施策は、市民サービスの向上、救急体制の強化及び人材育成と三拍子が揃った効果をもたらしたと結論する。

薬剤師 その他　前半
演題番号　MO84-1（P）

精神科病院におけるIT-BCP発動時の外来診療継続に向けた薬歴参照方法と薬剤師業務の検証

○藤江 直輝[1]
[1]大阪府立病院機構 大阪精神医療センター 薬局

【背景・目的】精神科では服薬中断が症状増悪につながるため、災害時や電子カルテ停止下でも処方継続が求められる。当院では外来診療を停止しない方針で、IT障害時にも安全に診療を継続できる体制構築が必要である。今回、IT-BCP発動を想定した外来診療訓練を実施し、薬歴参照方法および基幹システムに依存しない調剤業務が診療に与える影響を検証した。【方法】電子カルテ完全停止を想定し、受付から処方・調剤までを紙媒体で実施した。調剤はスタンドアローン環境下で機器を使用し、業務負荷や時間的影響、ミスリスクを評価した。【結果】訓練前半は外来患者3人、後半は4人の診療を完了できた。薬歴データに基づき院外処方箋5件、院内外来調剤1件、LAI調剤1件に対応可能であった。一方、お薬手帳不携帯患者が多く過去処方確認に難渋し、鑑査負担の増大と時間的遅延が顕在化した。限られた人員下でも実運用を想定した対応が可能であった。【考察】IT-BCP発動時でも一定数の診療継続は可能であったが、紙媒体運用、薬歴データの定期バックアップ、スタンドアローン調剤手順の整備、地域薬局との連携が不可欠であり、本検証は実効性あるBCP構築に資する。

薬剤師 その他　前半
演題番号　MO84-2（P）

大規模医療連携訓練より見えた課題 ～被災した側の立場から災害薬事について考える～

○松木 美幸[1]，長野 槙彦[1]，北島 健士[1]
[1]武蔵野赤十字病院 薬剤部

【緒言】今後関東近郊の地震が発生する可能性は高く、武蔵野赤十字病院（以下当院）も被災する可能性がある。当院は被災地支援の経験はあるが、被災側の訓練は経験が乏しい。今回当院主催の大規模医療連携訓練を経験したため、被災側の立場から災害薬事の課題を考察する。【方法】医療連携訓練に参加した薬剤師7名にアンケート調査を行った。アンケートは項目ごとの自由記載とし、有用と考えられるキーワードを抽出した。【結果】処方せんの簡略記載を認める約束処方が有用であった、処方せんの形式を周知したことがよかった、各エリアに設置した薬剤リストが見にくく在庫管理に難渋した、災害時は不慣れな薬剤を扱うこともあり近くに薬剤師がいるとも限らないため、どの職種がみても点滴の組成や開始速度目安などがわかる薬剤量のマニュアルが必要である、緑エリアでの軽症処置に関する知識や外用薬の適正使用を知りたいなどの意見があった。【考察】病院として約束処方の内容や処方せん形式を事前に決める、使用頻度の高い薬剤のマニュアル整備を行う、軽症処置について薬剤師も知識を習得することなどが被災時の災害薬事として有用であることが示唆された。

薬剤師 その他　前半
演題番号　MO84-3（P）

救急医療領域の薬剤師教育と習得度に関するアンケート調査

○矢野 洋平[1]，立石 裕樹[1]，後藤 貴央[1]，齋藤 靖弘[2]，成田 拓弥[2]，宮田 祐一[3]，山本 浩二郎[4]，川前 隆一[1]，髙橋 菜生[1]，下川 陽菜[1]
[1]福岡徳洲会病院 薬剤部，[2]札幌東徳洲会病院，[3]湘南鎌倉総合病院，[4]八尾徳洲会総合病院

【目的】救急医療領域における薬物療法に関する薬剤師教育ニーズと現状の習熟度を定量的に評価し、両者の乖離から教育課題を抽出することを目的とした。【方法】2026年1月21日～2月3日、徳洲会グループ4施設の薬剤師を対象に無記名アンケートを実施した。評価項目は①心肺蘇生、②鎮静・鎮痛・筋弛緩、③中毒解毒、④アナフィラキシー、⑤痙攣重積状態、⑥外傷性凝固障害、⑦喘息重積発作、⑧急性期脳梗塞に対する血栓溶解療法の8項目とし、各項目の教育ニーズと習熟度を5段階評価した。【結果】4施設93名から回答を得た。教育ニーズはアナフィラキシー (4.8 ± 0.4)が最高値、習熟度は鎮静・鎮痛・筋弛緩(1.7 ± 1.0)が最低値を示した。教育ニーズと習熟度の乖離度は、鎮静・鎮痛・筋弛緩およびアナフィラキシーがともに2.8で最大であった。【考察】薬剤師の責任領域と直結するアナフィラキシーは教育ニーズが高く、緊急気道確保時に必須となる鎮静薬・鎮痛薬・筋弛緩薬の習熟度は低いことから、体系的教育プログラムの導入が必要である。乖離度の大きい項目を重点化したカリキュラム開発により、救急薬物療法における実践的能力の効果的向上が期待される。

薬剤師 その他　前半
演題番号　MO84-4（P）

薬剤部内災害訓練の実施とその教育的効果の検討

○黒岩 信太郎[1]，塚本 裕貴[1]，塚田 大昂[1]
[1]済生会福岡総合病院 薬剤部

当院は災害拠点病院として年1回の病院全体災害訓練を実施している。しかし勤務体制上の制約により、薬剤部の参加者は毎年2名程度に限られ、訓練で得られた知見を部内全体へ十分に還元することが困難であった。災害対応では実際の行動を伴う訓練が理解促進に有効であることから、薬剤部全体の災害対応力向上を目的として部内災害訓練を企画した。企画・進行は日本DMAT隊員である薬剤師2名が担当し、管理職・中堅・若手薬剤師計5名で訓練を実施した。内容は初動対応、トリアージ支援、医薬品供給体制や院内連携の確認に加え、災害時の情報収集・記録手順も含む実践的構成とした。終了後のアンケートでは、全参加者が理解の深化を実感しており、医薬品供給体制の課題、情報伝達の難しさなど多くの気づきが得られた。一方で薬剤部内の役割明確化や、他部署との連携不足が課題として示された。部内訓練は意識向上と役割理解に有効であり、今後は院内他部署や門前薬局との協働訓練、手順書整備、病院全体訓練との連動強化により、薬剤部全体の災害対応力向上が期待される。

薬剤師 その他　前半
演題番号　MO84-5（P）

薬剤師による血清ナトリウム補正速度のモニタリングが浸透圧性脱髄症候群の回避に寄与した一例

○川田 裕己[1]
[1]医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院 薬剤部

【背景】発症時期不明の低ナトリウム（Na）血症に対する急速な血清Naの補正は血症浸透圧性脱髄症候群（Osmotic demyelination syndrome:ODS）起こす危険がある。ODSは稀に致死的な経過をたどるため、補正速度の継続的なモニタリングが不可欠である。今回、薬剤師が血清Na補正速度を評価しODSを回避し得た症例を経験したので報告する。【症例】アルコール摂取による意識障害で救急搬送された60代男性。血清Na 105mmol/Lの重度低Na血症で入院となり、生理食塩液による血清Na補正が開始された。第2病日の補正開始15時間時点で血清Na 115mmol/Lと推奨補正速度を超過していた。意識レベルの変化は認めなかったが、医師へODSのリスクを情報提供し、低張電解質輸液への変更を提案して採択された。第3病日は血清Na 122mmol/Lと補正速度が適正化された。以降もモニタリングを続け、ODSを疑う症状の出現はなく、意識レベルも清明となり第21病日に退院となった。【考察】薬剤師が補正速度を継続的に評価したことがODSの回避に寄与したと考えられる。本症例のように厳格な補正速度の管理が必要な病態における薬剤師の積極的な介入は、医療安全のみならず医師の負担軽減にも有用である。

薬剤師 その他　前半
演題番号　MO84-6（P）

当院におけるアンデキサネットアルファの使用調査および救命救急センター担当薬剤師による介入効果の検証

○桑原 達朗[1]，今中 翔一[1]，伊藤 藍[1]，光永 義治[1]，渡部 多真紀[1,2]，長瀬 幸恵[1,2]，安野 伸浩[1,2]
[1]帝京大学医学部附属病院 薬剤部，[2]帝京大学薬学部病院薬学研究室

【背景】アンデキサネットアルファ(以下、オンデキサⓇ)は直接型Xa因子阻害剤の拮抗薬であり、投与は緊急を要する。帝京大学医学部附属病院（以下、当院）では緊急時の早期投与を目的に薬剤部とシステム部で処方システムを構築し、2022年9月から運用している。今回当院におけるオンデキサⓇ使用時の救命救急センター担当薬剤師の介入の効果について検証を行った。【方法】2022年9月から2025年11月に当院でオンデキサⓇを投与した33例を対象に、①原疾患、②時間（㋐搬入から投与まで、㋑搬入から処方まで、㋒処方から投与まで）、③薬剤師介入の有無について後方視的に調査を行った。【結果】原疾患は脳出血が全体の約51%と最も多かった。㋐㋑㋒に要した各時間の中央値は86分、47分、46分であった。薬剤師の介入は5症例であり、㋒について薬剤師の介入群5例と未介入群28例を比較すると、その中央値が介入群43分、未介入群49分(p=0.18)と有意差はなかったが介入群で短い傾向にあった。【考察】薬剤師の介入によりオンデキサⓇ投与までの時間を短縮できる可能性が示唆された。しかしオンデキサⓇの投与は担当薬剤師が不在となる当直帯で多く、さらなる体制の構築が必要である。

薬剤師 その他　後半
演題番号　MO85-1（P）

急性期病棟多職種ラウンドにおける薬剤師の役割

○宮守 佑次[1]，中谷 亮介[1]，高芝 朋子[2]，蒲生 美奈[3]，福田 靖[3]
[1]徳島赤十字病院 薬剤部，[2]徳島赤十字病院精神科，[3]徳島赤十字病院救急科

【緒言】徳島赤十字病院では、急性期病棟に入院中の救急科の患者に対して医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、公認心理士、理学・作業療法士による多職種ラウンド（以下、ラウンド）を行っている。ラウンドの参加者に、ラウンドの効果について調査を行った。【方法】必要性、メリット、デメリット、薬剤師に求めることについて、医師７名、看護師８名、薬剤師２名、管理栄養士３名、公認心理士１名、理学・作業療法士３名の計２４名へアンケートを行った。【結果】全回答者がラウンドは必要と回答した。メリットは『患者の治療方針の一貫性が図れる』が、デメリットは『時間調整が難しい』が最多だった。ラウンドで薬剤師に求めることは、投与計画への関与や薬剤の情報提供、投与ライン整理など薬剤師の職能に則したものとなった。【考察】ラウンドで治療方針を共有し業務調整することで、提案数はラウンドのない科の３倍となった。他職種も同様のメリットを感じておりラウンドが必要としていることから、薬剤師は提案だけでなく、薬剤師は提案にとどまらず、多職種が方針に沿って連携・協力していくための発言を行うことも重要であると考える。

薬剤師 その他　後半
演題番号　MO85-2（P）

複数アレルギーのある敗血症性ショックに対して薬剤師と管理栄養士が協働した1症例

○前原 健司[1]
[1]福山市民病院 薬剤科

【背景】重症患者では集中治療開始後48時間以内の経腸栄養開始が推奨されるが、腸管虚血、嘔吐下痢などの消化器合併症や水分管理、アレルギーへの配慮が必要となる。今回、複数のアレルギーを有する敗血症性ショック患者に対し、薬剤師と管理栄養士が協働して栄養管理を行った症例を経験したので報告する。【症例】59歳女性。末期腎不全で維持透析中、外傷性くも膜下出血と敗血症性ショックでICU入室。多種アレルギーを有し、経腸栄養はGFO®から開始し、牛乳アレルギーを考慮して成分栄養剤に変更し投与エネルギー量を増加した。その後、体重増加傾向から水分負荷が懸念され、薬剤師が成分栄養剤の溶解液量の減量を提案。長期的には下痢と必須脂肪酸欠乏リスクが懸念され、管理栄養士が乳成分を含まないペクチン含有濃厚流動食を提案。栄養投与量は安定した。【考察・結論】本症例では、循環動態不安定やアレルギー、水分制限といった複数の制約に対し、薬剤師と管理栄養士が専門性を補完しながら適切な経腸栄養管理を実現した。重症患者における多職種協働の有用性が示唆された。

薬剤師 その他　後半
演題番号　MO85-3（P）

薬剤師主導による集中治療室患者の排便管理プロトコル導入とその評価

○下村 周嗣[1]，坂口 結斗[1]，平識 善彦[1]
[1]医療法人徳洲会 中部徳洲会病院 薬剤部

【背景】ICU患者では便秘が約70%に生じる報告がある。当院ICUでは脳神経外科・心臓血管外科患者の入室割合が多く、同様の課題が認められていた。【目的】当院ICUにおいて、脳神経外科・心臓血管外科患者を対象に排便管理の標準化を目的とした排便管理プロトコルを2025年7月から導入し、その効果を検討した。【方法】2025年1月から12月までに当院ICUに入室した脳神経外科・心臓血管外科患者のうち、経腸栄養開始後48時間以上経過しても排便が認められない患者を対象とし、導入前後で後ろ向きに比較した。本プロトコルは薬剤師が介入基準を作成し、下剤選択および開始提案を主導した。主要評価項目はICU在室中の排便達成率、副次評価項目は初回排便までの日数および下痢・便秘による栄養療法中止の有無とした。【結果】対象は導入前74例、導入後52例であった。排便達成率は導入前67%、導入後77%と改善した。導入前には退院まで排便が認められない症例が7例存在したが、導入後は認められなかった。初回排便までの日数に大きな変化はなく、栄養療法中止は認められなかった。【結論】排便プロトコル導入によりICU患者の排便管理は改善し、安全に運用可能であることが示唆された。

薬剤師 その他　後半
演題番号　MO85-4（P）

救急外来における内服抗菌薬処方の現状評価からの薬剤師による抗菌薬適正使用支援の課題探索

○金子 泰也[1]，西巻 咲紀[1]
[1]地方独立行政法人 長野市民病院 薬剤部 薬剤科

【背景・目的】救急外来(ER)における薬剤師業務は拡大傾向にあるが、帰宅患者に対する薬剤師の抗菌薬適正使用支援(AS)に関する報告は限定的である。本研究は、ER帰宅患者への内服抗菌薬処方の実態を評価し、ER担当薬剤師がASを推進する上で、重点的に関与すべき課題を明らかにすることを目的とした。【方法】2024年1月から2025年9月に当院ERを受診後、帰宅となった患者を対象とした単施設後方視的観察研究である。診療データ解析システム(MC=Valuation)を使用し、ERにおける感冒・急性気管支炎・急性副鼻腔炎・急性咽頭炎・急性下痢症における抗菌薬処方率及びその系統別内訳を調査した。【結果】対象5疾患に対する処方件数では、ペニシリン系が47.9%と最多を占めた。一方で、ニューキノロン系(15.9%)やマクロライド系(14.7%)等のWHOが定めるWatch分類の抗菌薬も全体の4割超(42.2%)に使用されていた。【考察】対象5疾患において、基本的には第一選択として推奨されないWatch分類の抗菌薬が一定数処方されている現状が明らかとなった。ER担当薬剤師は、これらの抗菌薬が選択される症例に対して積極的に関与していくことが、AS推進において有用である可能性が示唆された。

薬剤師 その他　後半
演題番号　MO85-5（P）

高度治療ケアユニットにおけるAST専従薬剤師の介入実態調査

○島谷 佳見[1]
[1]東京都立多摩南部地域病院 薬剤科

【目的】多摩南部地域病院のHCU（高度治療ケアユニット）は救急搬送後の重症患者管理を担っている。AST専従薬剤師が連日、処方後監査を実施した。そこで、抗菌薬使用状況および介入内容を調査したため報告する。【方法】2025年9月～12月にHCUに入室した抗菌薬使用患者を対象に、抗菌薬適応病名、広域抗菌薬使用状況、転帰、適切な抗菌薬への変更率を後ろ向きに調査した。広域抗菌薬はカルバペネム系、抗緑膿菌薬、抗MRSA薬と定義した。【結果】対象は68例で、適応病名は周術期47%、肺炎18%、尿路感染症および急性胆嚢炎各7%などであった。周術期を除いた36例中、広域抗菌薬使用は42%であった。36例にAST介入を行い、治療変更されたのは7件であった。変更内容の内訳はde-escalation5件、escalation1件、投与期間短縮1件であった。36例の転帰は改善75%、死亡8.3%、転院4%、診断名変更2.8%、悪化・不変例は認めなかった。【考察】AST専従薬剤師の連日介入は適切な抗菌薬使用に寄与する可能性が示唆された。調査期間が短いため、長期的な検討が必要である。

薬剤師 その他　後半
演題番号　MO85-6（P）

当院におけるファビピラビル処方時の課題と運用について

○垣沼 智之[1]
[1]順天堂大学医学部附属静岡病院 薬剤科

【背景】重症熱性血小板減少症候群（Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome：SFTS）は、SFTSウイルスによる感染症で、ファビピラビル（F）が唯一の治療薬である。当院におけるF処方時の課題と運用方法について報告する。【課題】Fは早期投与での有効性が示唆されている。しかし、１回の治療費が高価な薬剤であるため、医療機関での十分な備蓄は困難な可能性があり、かつ、当直帯に病棟より簡易懸濁が可能かとの問い合わせに対し、不可と返答したため、投与開始が遅れてしまった症例があった。【運用】F処方時に、在庫を確認し、平日11時までに卸へ連絡すると、当日午後に納入される体制を構築した。また、Fの様な高額薬剤の紛失を避けるために、かつ、錠剤内服困難な症例も多かったため、取扱いの注意点（返却方法・簡易懸濁）をまとめた用紙を作成した。【今後の展望】Fは室温保存で、有効期限も長期であるため、今後医療機関・行政の連携による夜間対応を含めた備蓄体制の構築が望まれる。また、今後は注意点についてまとめた用紙を活用し、新人薬剤師や看護師等へ情報提供を行っていき、適切な管理を行えるように支援を継続していきたい。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-1（D）

埼玉県が始めた「夜間小児初期救急受入体制整備事業」に参加して

○上原 淳[1]
[1]川越救急クリニック 救急科

埼玉県は2025年9月に、小児救急のうち、軽症と思われる患者を積極的に受け入れる医療機関を選定した。これは数多い小児救急の大部分が軽症でその日のうちに帰宅できている現状の中、小児専門医が担当している小児2次救急医療機関の負担を減らそうとする政策で、埼玉県を東西に2分し、毎日東側と西側に1件ずつ当番医療機関を選定した。この情報は救急情報システムを介して、各救急隊、＃7119にも周知されている。川越救急クリニックは月金土の週3日、県の西側を担当することになった。全国でも初と思われる小児救急システムにより、県内の小児救急の流れが変化したかどうかを検討したので報告する。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-2（E）

救急現場における生成AIを活用して作成した消耗品在庫管理システムの導入と導入後アンケート調査報告

○渡部 創[1]
[1]生駒市消防本部 消防署

近年、救急件数の増加に伴い、救急医療現場では業務負担の増大が大きな課題となっている。 救急現場における消耗品管理の負担軽減と管理精度の向上を目的に生成AI支援プログラミングを用いた消耗品在庫管理システムを導入したため、報告する。 Excelに搭載されているVisual Basic for Applications（VBA）を基盤とし、生成AIによるコード作成支援を活用することで、専門的なプログラミング知識を要することなく、バーコード読取による入出庫管理に加え、使用期限の管理、在庫数減少時の警告機能を実装した。 本システムは令和6年4月1日から導入しており、効果を評価するため45名（回答30名）の救急隊員に対して、入力時間の短縮や在庫管理の正確性等についてアンケート調査を実施した。（回答期間：令和7年10月10日から14日間） 調査の結果、「入力時間が短縮した」と回答したのが25名（83.3%）、「在庫情報の正確性が向上した」と回答したのが25名（83.3%）（調査項目一部抜粋）であり、入力時間が減少し、在庫管理の正確性が向上した。 生成AI支援プログラミングは、救急医療現場における業務効率化を現場主導で実現する有用な手法であると考えられる。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-3

演題取り下げ

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-4（E）

生成AIを活用した救急シミュレーション教育支援システムの構築

○神谷 一樹[1]
[1]足利市消防本部 中央消防署西分署

【目的】救急事案の複雑化に伴い、シミュレーション教育における指導者のシナリオ作成負担増と、経験年数による質のばらつきが課題である。本研究は、生成AIを活用し、医学的根拠に基づく多様なシナリオを効率的に作成するシステムを構築・評価することを目的とする。【方法】プログラミング専門知識を有しない救急隊員が、Google WorkspaceとGeminiを連携させ「救急訓練プロンプトメーカー」を内製した。傷病名、年齢、既往歴に加え、「気管挿管の判断」等の具体的な教育目標（ねらい）をパラメータとし、AIへの指示を自動生成する。【結果】従来、構想に約30分以上、人によっては60分以上を要した作成が約3分に短縮された。生成内容は複合的な病態生理を矛盾なく提示し、指導者がシナリオ作成ではなく、隊員の観察とフィードバックへ注力可能な環境を創出した。【結語】生成AIによる「0から1」の構築自動化は、指導者の創作に伴う認知的負荷（Cognitive Load）を軽減し、属人化を防ぐ教育の標準化と、現場主導のDXによる教育変革を実現する。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-5（HS）

当院歯科口腔外科に搬送された顔面外傷患者の症例からみる歯科救急医療の現状と課題

○醍醐 一也[1]，武田 奨[1]，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

【諸言】当院は救急クリニックに歯科を併設している2次医療機関である。当院歯科口腔外科に搬送された顔面外傷患者を通してみえる歯科救急医療の現状と今後の課題について、当院へ搬送された症例と若干の統計的考察をふまえて報告する。【結果】医院全体の令和7年1月1日～12月31日までの救急搬送件数は1,110件で、歯科口腔外科の救急搬送件数は56件（全体の約5%）であり、令和6年に比べ若干の増加傾向であった。56件のうち、約80%が転倒などによる顔面外傷及び歯牙損傷の症例であった。　【考察】当院に搬送されてくる患者の多くは、顔面外傷だけでなく頭部外傷の可能性も否定できないため、救急隊が搬送に苦慮する症例であった。当院で治療が可能である症例がほとんどを占めるものの、下顎骨骨折による咬合異常があり２次医療機関での入院加療が必要な症例も数例見受けられた。救急科医師による診察だけでなく、歯科口腔外科医師による歯科的介入・処置が必要な患者の搬送先がなかなか選定できないのが現状であり、常時入院対応できる設備や人材の確保、救急救命士・救急隊員への応急処置等の普及を行っていくことが今後必要になってくると考えられる。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-6（D）

小児熱性けいれんにおける補助換気必要性の関連因子の検討

○島田 拓哉[1]，嶋津 宏基[1]，下崎 優花[1]，須郷 加奈子[1]，富田 佳賢[1]，永樂 学[1]，菊地 一樹[1]，昼間 楓[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 救命救急科

小児熱性けいれんは一般に予後良好とされるが、救急外来では意識障害や呼吸抑制により補助換気を要する重症例も存在する。その特徴や補助換気が長時間に及ぶ要因は十分に明らかでない。本研究は、熱性けいれん患者における補助換気必要性および換気時間と関連する臨床因子を検討した。2024年1月～2025年12月に当院救急外来を受診した6か月～15歳の熱性けいれん患者79例を対象とした。補助換気の要否、換気時間をアウトカムとし、痙攣時間、来院前後の発作状況、pH、$PvCO_2$、乳酸、アンモニア値などとの関連を比較検討した。補助換気は29例（37%）で実施され、補助換気群は非施行群と比べ、痙攣時間が長く、pH低値・$PvCO_2$高値を呈し、アンモニア値も高値であった（いずれも有意差あり）。来院前に発作が一度も消失しない例、来院後に反復した例も補助換気と強く関連した。補助換気時間はアンモニア値（$\rho = 0.53$）、痙攣時間（$\rho = 0.46$）と相関し、重度の代謝異常や長時間発作が換気時間延長に寄与していた。これらの指標は初療段階での重症度評価および気道管理判断に有用と考えられた。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-7（D）

心電図異常が見落とされた急性心筋梗塞の１例を経験して

○加藤 晶人[1]
[1]昭和医科大学横浜市北部病院 救急センター

【背景】急性冠症候群は、発症から治療までの時間が予後に影響する。病院到着後からの時間短縮に加え、病院前12誘導心電図は推奨されており、病院前からの介入の重要性が示唆されている。心電図読影は経験に依存しているために見落とすことがあり、自動解析はSTEMI検出感度が高い一方で偽陰性が一定数存在し、補助的な手段に留まる。今回、複数の段階で心電図異常が見落とされた事例を経験し、対策を講じた。【臨床経過】前胸部痛を主訴に救急要請された65歳男性。病院前12誘導心電図で異常を認めていたが指摘できず、自動解析も異常なしと判定した。来院後の心電図は同様の異常を認めており、自動解析は急性心筋梗塞疑いと判定した。しかし、逆流性食道炎疑いとして帰宅された。翌日、偶然に心電図異常に気づいて再受診が指示された。【結論】見落としの軽減には、読影教育の強化、多重チェック、自動解析などが挙げられる。本症例を踏まえ、チーム医療における安全確認の一環として、施行した心電図に署名を義務付け、心電図および自動解析の確認を行った。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-8（N）

救急搬送中における呼吸困難傷病者に対する補助換気の有効性の検討

○酒本 瑞姫[1]，高梨 利満[1]，菊川 忠臣[1]，高山 祐輔[1]，鶴岡 信[2]，西宮 哲之[2]，藤代 貴寛[2]，谷田 和弥[2]
[1]帝京大学医療技術学部 スポーツ医療学科救急救命士コース，[2]鹿島地方事務組合消防本部

【背景】救急隊は、自発呼吸を有する呼吸困難傷病者への補助換気がBVMに限られ、人工呼吸器は原則使用できない。しかし、搬送中の坐位傷病者に対するBVM換気の有効性は十分検証されていない。【目的】体位と補助換気方法の違いが有効換気率および換気効率に与える影響を明らかにする。【方法】救急救命士延べ72名が、人工呼吸器、BVMベルト固定、BVM用手固定の3器具と坐位・仰臥位の6条件で模擬搬送を実施し、換気関連指標を測定した。群間比較はKruskal-Wallis検定、有意時にMann-Whitney検定を用いた。【結果】坐位では補助換気方法間に有意差を認め（$p < 0.001$）、人工呼吸器はBVM群よりいずれの値も優位に高値を示した。仰臥位では有意差を認めなかった。【結論】救急搬送中の坐位呼吸困難傷病者に対する補助換気では、BVMは人工呼吸器に比べ換気の質が著しく低下する可能性が示唆された。仰臥位では方法間の差は認められず、坐位傷病者に対する補助換気方法の再検討は必須である。

新しい技術　診療支援
演題番号　MO86-9（D）

救急病棟における水道蛇口フィルター導入前後の環境培養評価

○中堀 泰賢[1]，渡邊 篤[1]，中西 泰造[1]，中本 直樹[1]，木口 雄之[1]，藤見 聡[1]
[1]大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

【背景】救急病棟には重症患者や免疫が低下している患者が入院しており、院内感染予防が重要である。医療施設の水道水は無菌ではなく、水由来の院内感染事例が複数報告されている。【目的】救急病棟における水道蛇口フィルター設置前後の水質変化を環境培養で評価すること。【方法】救急病棟で清拭に使用する1か所の蛇口を対象とした。予備調査では救急病棟2か所の蛇口の水道水およびぬぐい液から環境由来グラム陰性桿菌を検出した。蛇口にフィルター（Cytiva社製）を設置し、①設置前、②設置直後、③設置3週間後に水道水の培養検査を実施した。設置前は放水前と放水1分後に採水し、採水には塩素中和剤入り滅菌容器を使用した。【結果】設置前・放水前では発育総菌数50cfu/ml(CNS 10cfu/ml、Pseudomonas 40cfu/ml)を認めたが、放水1分後は細菌を認めず、設置直後、3週間後はいずれも細菌を認めなかった。【結語】水道水は無菌ではなく、蛇口へのフィルター設置は微生物曝露低減に寄与する可能性が示唆された。水道水・蛇口の管理は重症患者管理病棟における感染予防戦略の一要素となり得る。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-1（R）

Hybrid ER治療に向けた時間短縮の試み～ Time is Life ～

○島田 和樹[1]，田辺 利彰[1]
[1]自治医科大学附属さいたま医療センター 中央放射線部

【背景・目的】当院では2016年にHybrid ERを救急に導入し、3次救急である高度交通外傷、脳卒中、ショック患者など生命の危機に瀕した多くの患者の対応を行ってきた。入室から診断までの時間を短くし診断・治療に繋げることは患者の予後に大きく左右する。そのためワークフローを見直し、診断・治療に向けた時間短縮をチームで改善を目指したのでその結果を報告する。【方法】CT Firstを軸としたワークフローを作成し、その変更前後で治療方針決定時間までの時間を比較した。比較する対象として、①高度交通外傷 ② 脳卒中 ③ ショックとした。【結果】比較した症例で治療方針決定まで時間の短縮できた。【考察】治療方針決定時間短縮以外にも①高度交通外傷では不安定骨盤骨折などの重症骨折を早期に診断でき、血腫などでIVRが必要な場合には担当医に素早く連絡を行えた。②脳卒中において出血か脳梗塞ではその後の対応が大きく異なるため治療に向けて早期に動き出すことができた。③ショックにおいてその原因を特定できる可能性があった。【結語】CT Firstワークフローは、Hybrid ERにおいて診断・治療に向けた時間短縮を行う上で有用であった。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-2（R）

Hybrid ERにおける急性期脳梗塞に対する血栓回収術の頭部固定方法の評価

○田辺 利彰[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 中央放射線部

【背景・目的】当院では救急に搬送された急性期脳梗塞症例に対する血栓回収術はHybrid ER室で行なっている。術中に患者の体動の影響で、X線管球の合わせ直しや頭部の固定をし直すことが必要となる。以前から脳神経外科医師より頭部の固定方法を改善できないか指摘されていたため、今回患者の固定方法を検討することとした。【方法】血栓回収対象者に、従来の頭部をCT用の固定ベルトで固定する方法と外傷用のネックカラーを装着した上で従来と同様に頭部をCT用の固定ベルトで固定する方法で手技を行った。ネックカラー装着の有無による体動に対するX線管球の合わせ直しや頭部の固定の回数を評価した。また、ネックカラーを装着することによる透視画像の視認性について術者に評価してもらった。【結果】ネックカラーを装着することで、体動による調整が少なくなり、結果的に手技時間や透視時間を短くすることができた。また、ネックカラー装着による透視画像の視認性について問題がないと評価していただいた。【結論】血栓回収術において患者にネックカラーを装着することは体動に対して有用であった。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-3（R）

Hybrid-ERにおけるスカウトレスCT頭部画像の再構成条件に関する検討

○舟橋 慶将[1]，千葉 浩樹[1]，阿部 圭助[1]
[1]医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院 放射線科

【目的】Hybrid-ERにおける重症外傷診療ではスカウトレスCTによる迅速な全身評価が求められる.緊急開頭判断に必要な急性期脳出血の画像は,通常頭部CT線量以下のスカウトレスCTでも評価可能か検証が必要である.本研究では,スカウトレスCTの頭部再構成条件の最適化を目的とした.【方法】Canon社製のAquilion Prime SPを使用し,ファントムはCatphan504内CTP404のCT値差を急性期脳出血に相当する模擬血種として評価した.頭部CT条件(以下.Ref)およびスカウトレスCT条件で再構成条件（AIDR 3D,BRAIN LCD,BRAIN CTA）を変化させNPS,TTF,SPFで比較した.【結果】NPSではBRAIN CTAが条件_Refより0.1cycle/mm以上の空間周波数領域において低値を示した.10% TTFは条件_Refが最も高値を示した.SPFではBRAIN CTAが条件_Refに最も近づいた.【結論】BRAIN CTAが条件_Refの画質に最も近いと示唆された.

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-4（R）

当院の外傷におけるバックボードの有無が胸部・骨盤ポータブル撮影の線量指標に与える影響

○會田 直史[1]
[1]東海大学医学部付属病院 放射線技術科

【目的】バックボード（以下B.B）有無が外傷初療室における胸部・骨盤ポータブル撮影の線量指標へ与える影響を検証する。【方法】当院外傷症例601件に対しEIおよびDIをB.B有無で比較した。併せて、B.B使用が線量指標へ及ぼす傾向を確認するため人体ファントムによる基礎検討を行った。【結果】胸部EI中央値はB.B有: 258.5、無: 286（$p < 0.05$）、DI中央値は有: 0.65、無: 1.34。骨盤EI中央値はB.B有: 359、無: 429（$p < 0.05$）、DI中央値は有: 0.03、無: 1.06であった。いずれもB.B使用時にEIが低下し、DIは当院の基準線量に対して過線量側へ偏位する傾向が示された。 ファントム実験でもB.BによりEI低下傾向を確認した。【考察】EI中央値（臨床データ）を用いたmAs補正式（mAs有 = mAs無 × 1/(EI有/EI無)）から、胸部では約11%、骨盤では約20%のmAs増加が適正と推定された。またEI/DIはROI位置に影響されるため、今後さらなる検討を要する。【結語】B.B使用は胸部・骨盤ポータブル撮影においてEIを低下させ、線量設定へ影響する。本結果はB.B有無に応じた撮影条件の最適化の必要性を示唆する。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-5（R）

血管撮影室での緊急検査を支えるタスクシフトの効果

○鈴木 康介[1]
[1]岐阜県立多治見病院 中央放射線部

【背景・目的】医師の働き方改革が進む中、地方病院では救急体制の維持が課題である。当院では血管撮影領域の緊急検査が医師数の変動により不安定化する懸念があった。循環器疾患の時間外緊急カテーテル治療は従来、循環器内科医3名で対応していたが、医師減少に伴い待機負担が増大していた。本研究は、コメディカルがタスクシフトにて3rd業務を行うことによる救急体制維持と医師負担軽減への効果を検証。【対象と方法】2024年5月～2026年1月に実施された循環器内科の時間外緊急検査を対象とした。診療放射線技師と臨床工学技士が双方の業務（IVUS操作、操作室対応など）を習得し、3rd業務行った。導入前後で医師の待機回数とタスクシフトの効果を調査。【結果】血管撮影室で行った緊急検査の60%が循環器疾患で、その半数が時間外であった。導入後、医師の月間待機回数は約33%減少した。期間中、コメディカルの3rd対応は225回（392時間）に達し、検査運用は安定していた。【結語】本タスクシフトは単一職種のみでは実現できなかったが多職種が専門性を共有することで、医師負担軽減と救急医療の質向上に寄与し、持続可能な体制構築に有用と考えられた。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-6（R）

診療放射線技師の救急外来常駐が救急MRI検査のTAT(Turn Around Time)へ及ぼす影響

○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2022年度より救急検査の調整窓口を救急外来常駐の技師へ一本化した。MRIは検査時間が長く、速やかな調整には情報共有が重要となる。調整業務が検査所要時間の指標であるTATに及ぼす影響を検討する。【方法】検査の依頼時刻と実施時刻の差分をTATとし、運用前後の期間に救急外来より依頼された頭部MRI検査611件のTATを算出した。運用前358件(2020年12月～2021年11月)、運用後253件(2024年12月～2025年11月)各群のTATを①全体②脳梗塞の有所見症例で統計比較し、60分超過の症例は要因解析した。【結果】①は2群間に有意差を認めなかったが、②は調整業務開始後で有意に短縮した。超過症例は各群で30件(8.4%)と12件(4.7%)あり，いずれも別の救急検査対応や検査依頼後に定期検査を複数件対応していることが主要因であった。【考察】MRIはCTで出血病変を否定した後の依頼が多いが、患者情報や診療状況の事前共有によってCT直後にMRIへ移送可能な症例が増加した可能性が高い。一方、TATの過度な延長の予防には定期検査への配慮も重要であり、調整業務の責務と考える。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-7（E）

ケアミックス病院における救急外来のタスクシフト・タスクシェア

○宮浦 直美[1]，園井 英輝[1]，杉﨑 徹[1]，中山 侑紀[1]
[1]JA静岡厚生連静岡厚生病院 救急科

【背景・目的】当院はケアミックス型の二次救急病院であり、各診療科が持ち回りで救急業務を担当していた。救急医着任を契機に救急対応を1本化し、救急救命士の採用を開始する。救急救命士の採用を受け、看護師の専従配置を廃止しオンコール式を採用。救急救命士の採用人数の増加に伴いオンコール式からスポット介入式へと変更、救急外来業務のタスクシフト・タスクシェアを実施した。タスクシフト・タスクシェアにおける効果と課題について報告する。【方法】救急医着任以降の日勤帯における救急外来患者滞在時間を元に、看護師の救急外来業務時間を算出し、救急救命士採用後のスポット介入式と時間比較し業務時間の増減を確認。また、救急外来実務に携わる看護師へのヒヤリング及びアンケート調査を実施。【結果・考察】スポット介入式へと変更したことにより、看護師の救急外来業務への負担軽減へと繋げることができた。現時点において、当院での救急救命士採用及びタスクシフト・タスクシェアは成功と言える。今後、今回のアンケート結果とのギャップを埋めていくことを課題としていく。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-8（E）

中山間地域における病院救命士の在宅急変対応とＡＣＰ反映の検討 在宅医療を担う慢性期多機能病院の実践

○小田原 愛奈[1]
[1]社会医療法人仁寿会加藤病院 診療科

島根県の中山間地域（人口約２９００人）に位置する当院は、在宅医療を担う慢性期多機能病院である。現在、救急救命士５名が在籍し、プレホスピタルケア領域における診療補助活動を中心に、訪問診療同行、在宅患者からの電話相談・トリアージ対応、医師の指示による救急管理出動、院内救急支援等に従事している。当地域では高齢者独居世帯が多く、在宅患者の急変時には家族や介護職が判断に苦慮し、救急要請が唯一の選択肢となることが少なくない。その結果、本人の意思（ＡＣＰ）やＤＮＡＲの意向が十分に反映されないまま搬送や侵襲的治療に至る事例が課題となっていた。そこで当院では、患者の生活背景およびＡＣＰを把握した救急救命士が急変対応に関与し、医師と連携して意思決定支援を行う体制を構築した。本研究では、一定期間における在宅急変対応事例を後方視的に検討し、救急要請・搬送の有無、在宅完結率およびＡＣＰ反映状況を評価し、本体制の有用性を検証する。

ハイブリッドER　タスクシェア
演題番号　MO87-9（N）

低リン血症に対する当院救命救急科診療看護師（ＮＰ）の取り組み

○伏見 聖子[1]，岡島 淳志[1]，中村 寿季[1]，太田垣 猛志[1]，高松 純平[1]
[1]関西労災病院 救命救急科

【背景】低リン血症は主に「細胞内へのリンの移行」「腎臓のリン再吸収低下」「腸管のリンの吸収低下」の機序で発生し、代表的な原因にはアルコール依存症、重度低栄養、加療中の糖尿病性ケトアシドーシスなどがあり、重症例では心不全、呼吸不全、中枢神経症状などを来しうる病態である。当院はアルコール関連疾患や、低栄養状態の患者の割合が多く、低リン血症への迅速かつ適切な対応が求められている。【活動内容】当院救命救急科では診療看護師（ＮＰ）が医師とともに低リン血症に伴う初期評価と対応まで主体的な患者介入を行っている。患者の既往歴、栄養状態、アルコール摂取歴、refeeding症候群のリスクを踏まえて病態を評価し、血清リン値、腎機能、電解質バランスを総合的に判断する。血清リン値および症状に応じて静脈内投与または経口投与を選択し、投与量を決定する。補正後も採血結果と臨床症状を継続的に評価し、投与量を調整することで過補正を防いでいる。【結論】ＮＰが救急初療から病態に基づいた評価と主体的なリンの補正管理を担うことで、低リン血症の迅速かつ安全な対応が可能となり、合併症予防と急性期医療の質向上に寄与できると考えられる。

診療支援　その他
演題番号　MO88-1（E）

Wi-Fiセンシング見守りシステムと民間救急救命士の連携による地域見守りモデルの実証研究

○三輪 琴未[1]，松田 紳平[1]，相川 なほ子[1]，伊福 正義[2]，宮城 喜一郎[2]
[1]フィルタス株式会社 営業企画本部，[2]株式会社おきでんCplusC

【はじめに】超高齢社会の現在、独居高齢者の見守りにおけるプライバシー配慮と異常検知時の実効ある対応体制構築が課題である。今回、Wi-Fiセンシングで活動・睡眠を可視化する見守りシステムに民間救急救命士によるバックアップ機能を付加した連携モデルを構築し、実証実験を行ったため報告する。【方法】沖縄県名護市の高齢者世帯35世帯を対象に、活動未検知から12時間後に家族通知、さらに2時間後に当社へ通知される仕組みを構築。救命士は通知受領後、電話確認および必要に応じた現場駆け付けを行う。【結果】実証期間中、救命士による緊急対応は発生しなかった。一方、入院による不在が原因の発報を複数経験し、自助機能による早期受診の実態とバックアップ検知の機能性が確認された。【考察】本実証は、脆弱化する自助・共助・公助を社会全体で維持するという我が国共通の課題に対する試みのひとつである。民間救命士のリソースをコミュニティ・パラメディックとして地域に活かす方向性は、搬送業務を超えた新たな社会的役割として検討に値する。【結語】本連携モデルは、IT技術と救命士による地域包括的な社会実装モデルとして有用である。

診療支援　その他
演題番号　MO88-2（N）

一部セル方式看護導入による業務改善の実感と医療の質への影響

○本松 風夏[1]，上原 駿介[1]，塩川 怜利[1]，吉満 美姫[1]，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】当病棟は、救命センターの認定にあたり、2024年8月に一般病棟から救命病棟へ再編された。そのため、一般病床の環境下で重症度の高い患者への看護提供が求められる一方で、従来の看護体制では看護師の移動距離が長く間接業務に時間を要する課題があり、2025年3月より一部セル方式看護の導入を行った。【目的】当病棟における一部セル方式看護導入1年後の評価と課題を明らかにする。【方法】導入前後に在籍した看護師を対象にアンケートを実施し、QI指標（褥瘡発生率、転倒転落発生率、およびインシデントレベル）を比較した。【結果】看護師の8割が「業務の改善に繋がった」、7割が「ケアする時間が増えた」と回答した。またQI指標はいずれも低下した。【考察】一部セル方式看護の導入は、看護師の主観的評価およびQI指標において改善効果を示した。特にケア時間の増加という認識と、QI指標の改善という成果は患者安全および看護の質向上に寄与したことが示唆された。【結論】一部セル方式の導入は、単なる業務分担の変更ではなく、看護の質を高める取り組みになったと考える。

診療支援　その他
演題番号　MO88-3（D）

軽度低体温を主訴に搬送された急性心筋梗塞の１例

○下崎 優花[1]，永樂 学[1]，嶋津 宏基[1]，須郷 加奈子[1]，富田 佳賢[1]，島田 拓哉[1]，菊地 一樹[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

偶発性低体温症は環境曝露や代謝異常、感染症など多様な原因で生じ、冬季にはしばしば遭遇する一般的な病態である。今回、軽度低体温を契機に搬送され一見軽症と判断され得たがST上昇型心筋梗塞を認めた症例を経験したので報告する。82歳女性。早朝に自宅玄関で倒れたところを夫が発見し室内の布団に移動させ保温したが腋窩温34℃で推移したため救急要請となった。来院時GCS E4V4M6、血圧80/60mmHg、HR100/分、SpO2 99％（室内気）、腋窩温33.9℃であったが膀胱温35.9℃と低体温は認めなかった。胸痛の訴えはなく自覚症状は倦怠感のみであった。心電図で前壁誘導のST上昇、血液検査で高感度トロポニンI上昇を認めST上昇型心筋梗塞と診断し緊急PCIを施行した。冠動脈#6に100％狭窄を認めステント留置を行った。本症例は軽度低体温を契機に搬送され臨床的に軽症と判断され得たが背景に致死的疾患が潜在していた。当院に搬送された偶発性低体温症患者の中でも原因が急性心筋梗塞であった症例は過去5年で認めておらず稀と考えられる。初期評価では先入観に捉われず系統的に病態を評価する重要性が示唆された。

診療支援　その他
演題番号　MO88-4（R）

救急CT検査の迅速化に向けた工程別所要時間の解析

○富村 武司[1]，鈴木 崇宏[1]，鉞 時貞[1]
[1]藤田医科大学病院 放射線部

[背景] 救急診療においてCT検査は迅速な診断に不可欠である。検査時間短縮が求められる一方、撮影前後を含めた工程全体の所要時間や内訳については十分に検討されていない。[目的]CT検査における工程ごとの所要時間を明らかにするとともに時間を要する症例の特徴を明らかにすることを目的とした。[方法] 救急CT検査を対象とし、①入室から撮影開始、②撮影時間、③撮影終了から退室、の3工程の所要時間を測定した。併せて患者状態、検査内容、スタッフの数や経験値を収集した。各工程における四分位範囲の1.5倍を超える値を外れ値とし、その影響因子及び工程内訳を解析した。[結果] 各工程における所要時間の平均比率は①30% ②50% ③20% であった。シリンジポンプや人工呼吸管理を要する重症例や対応するスタッフが少ない症例で外れ値が多い傾向を示した。[考察]撮影前後の工程は、撮影時間と同等の割合（比率）を占めていた。撮影前後の工程の効率化は、撮影時間短縮と同等の効果を有すると考えられる。適切な人員配置や、重症例を想定した手順の標準化および教育を行うことで、さらなる時間短縮が可能であることが示唆された。

診療支援　その他
演題番号　MO88-5（R）

経橈骨動脈脳血管内治療（Trans Radial Neuro intervention：TRN ）における環境構築の工夫

○西田 宗生[1]
[1]医療法人徳洲会 大垣徳洲会病院 放射線科

経橈骨動脈脳血管内治療（Trans Radial Neuro intervention：TRN）は、低侵襲で穿刺部合併症が少ない治療法として普及が進む一方、導入には施設ごとの環境整備が求められる。当院では脳血管撮影にdistal radial approach：dRAを第一選択とし、2023年7月よりTRNを導入した。2026年1月までに26例を施行し、2023年2例、2024年6例、2025年以降18例であった。24例でTRNを完遂し、未完遂の2例はいずれも2025年以前の症例であった。2025年以降は完遂率100％となり、術者の経験蓄積に加え、診療放射線技師による環境構築とサポート体制の改善が寄与したと考えられる。dRAによる脳血管撮影やTRNでは、橈骨動脈へのシース挿入までに、穿刺時のエコーガイド操作と橈骨動脈全体像のロードマップ作成の2段階を要するが、特に穿刺時の術者の視線移動を減らす工夫を導入した。また治療時には、術者の手の安定化とカテーテルの直線化を目的に、手台から足台までを平坦化する環境調整を行った。これら当院でのTRN環境構築の工夫を、脳血管撮影装置の更新とともに報告する。

診療支援　その他
演題番号　MO88-6（S）

口頭指導文言と病院外心停止傷病者の呼吸判断精度の関連 －拡張現実を用いたシミュレーション研究

○永野 江里[1]，中川 洸志[1]，小峯 力[1]
[1]中央大学理工学部 人間総合理工学科

【目的】口頭指導文言の違いと呼吸判断精度の関連を分析すること。【方法】大学生64名を対象にランダム化比較試験を実施した。ARで4種類の呼吸様式を提示し、対照群には「普段通りの呼吸があるか確認してください」、介入群には「胸とお腹が上下に動いているか10秒間確認してください」と指示をし、呼吸有無を判断させた。各群の正答割合、感度・特異度および95%信頼区間(CI)を算出した。さらに、一般化線形混合モデルを用いたロジスティック回帰分析を行い，対照群を基準とした調整オッズ比（aOR）と95% CIを算出した。【結果】正答割合は対照群34.4%、介入群63.3%であった。感度（95% CI）は対照群0.84（0.74-0.91）、介入群0.80（0.68-0.88）、特異度（95% CI）は対照群0.22（0.14-0.33）、介入群0.58（0.46-0.69）であった。一般化線形混合モデルの結果より、aOR（95%CI）は介入群6.38（2.97-13.71）であった。【結語】観察部位・観察時間を示した口頭指導は呼吸有無判断の正確性を向上させた。しかし、感度は上昇しておらず、一定の心停止の見逃しが存在した。今後、心停止の見逃しを防ぐためにさらなる検討が必要である。

診療支援　その他
演題番号　MO88-7（R）

消化管出血疑いの患者に対し事前に情報収集をしていたら適切な画像検査を行えていた可能性があった一例

○大井 基弘[1]，金子 貴紀[1]
[1]横浜市立みなと赤十字病院 放射線科部

【背景】黒色嘔吐を主訴に救急外来に来院した患者に医師が簡単な問診と採血を行った後に単純CTを撮影したところ胃内に著明な液体貯留と高吸収域（140HU程度）が多数認められた。消化管出血が疑われたため造影CTを施行したが、明らかな血管外漏出は認められなかった。その後再度問診を施行したところラストミールが「コーヒーとバナナ」であることが判明した。CT撮影前に患者情報を得ることの重要性を認識した。【目的】胃内の高吸収域の原因とCT撮影前に放射線技師が患者情報を得てから検査を行っているのかを確認する。【方法】バナナを様々な条件下でCT撮影した。また救急外来でCTを担当している放射線技師に患者情報の収集についてのアンケート調査を行った。【結果】無環境のバナナは症例のような吸収値を認められなかったが、酢やコーヒーの環境にさらされたバナナは症例のような吸収値が認められた。技師へのアンケート調査では状況によって患者からの情報を得ていない事が判明した。【結論】バナナは胃内環境により吸収値が異なる事が分かった。検査前に患者情報を得ることで医師に適切な画像検査の提案を行える可能性があることが分かった。

診療支援　その他
演題番号　MO88-8（E）

二次医療機関での当院における院内救急救命士の活動報告と展望

○中条 誠[1]，尾鷲 丈[1]
[1]済生会泉尾病院 外来

【背景】A病院は年間約3600件の救急車を受け入れる大阪市B区内の中核病院である。2019年から院内救急救命士の雇用が始まり、2025年より医師、看護師、事務を交えて院内救急委員会の下部組織としてワーキンググループを立ち上げる。その後、同年新たにメディカルコントロール委員会として名前を変更して院内委員会として新しく発足に至る。それに伴い院内における救急救命士院内ガイドラインと救急救命処置実施に係わる規定・内規の再作成を行った。【課題】A病院では現在4名の救急救命士が在籍している。業務内容として主に初期対応や救急隊より受け入れ連絡対応、ドクターカーでの下り搬送を行っているが、全員A病院での勤続年数が3年以下であり、管理体制や教育体制、特定行為に関しては整備中、その点が課題となっている。【展望】管理、教育、特定行為認定資格取得体制の整備を行い、院内での業務理解度を高めることで役割確立を行い、他医療従事者との連携強化を行い、患者を含め関わる全ての人達に利益を及ぼす存在としてより病院に貢献したいと考える。

診療支援　その他
演題番号　MO88-9（E）

埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会 指令係員による口頭指導講習会の現状と課題

○小川 晃一[1]，有馬 健[2]，松島 久雄[3]，黒田 洋輔[4]，山本 直之[5]，水野谷 昌宏[6]，川口 千聡[7]，鈴木 大地[8]，平山 徹[9]
[1]三郷市消防本部 消防1課，[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本部，[7]蓮田市消防本部，[8]草加八潮消防局，[9]吉川松伏消防組合消防本部

【背景・目的】埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会は7消防本部・局で構成されており、令和8年度より東埼玉消防指令センターとして5消防本部・局の指令センターが共同運用となる。当協議会では指令係員を対象とした口頭指導講習会を年4回実施している。本報告では実施済み2回の結果を中間報告として示す。【方法】講習は展示型・参加型シミュレーションおよび医師によるWEB講義で構成した。シナリオは指導員が作成し、講習後にアンケート調査を実施し検討した。【結果】参加者は20名であった。アンケート（複数回答可であるため回答割合）では44件の回答が得られ、そのうち39件（88.6%）が通報者側の問題を指摘する内容であった。主な内容は高齢者や通報者の興奮、応急手当の拒否などであった。【結語】口頭指導においては通報者側の要因が大きな課題であることが示唆された。今後は通報者の協力を得るための指導技法の向上が必要である。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-1（D）

救急車頻回要請事案に多組織多職種連携が奏功した一例

○秋山 美玲[1]
[1]勤医協中央病院

【症例】精神疾患がありグループホーム入居の21歳女性。意識障害や動悸を主訴に３か月間で70回以上救急要請し、搬送先の医療機関から再度自分で救急要請する迷惑行動が頻発した。搬送医療機関同士・区役所保健福祉部・消防局・グループホーム管理団体・精神科病院・薬局が当該患者の情報を共有出来ていなかったため、当院から各組織へ声掛けしてWeb会議を2回開催し、当該患者の精神・知的状態の評価と受療行動理由について共有し、対応方法の統一化を図った。Web会議開催１週間後に精神科病院へ医療保護入院となり、統合失調症の要素が指摘され投薬開始となって、以降の頻回要請は回避された。【考察】社会生活基盤や家族背景の脆弱性などを背景とする、社会的・心理的な課題(ソーシャルハイリスク)を抱える傷病者による頻回救急要請問題に対して、合計9組織が一堂に会して情報や問題点を共有するのにWeb会議が有用であった。立場や役割により着眼点が異なり、各組織が協働したことで複雑な家庭環境や経済状況の詳細を加味した最良の策を協議することが可能となった。本症例の経験を糧に頻回救急要請事案では、多組織多職種連携を呼びかけてゆく所存である。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-2（R）

機械的血栓回収療法における院内プロトコル導入による効果の検証

○加城 雄平[1]
[1]市立釧路総合病院 医療技術部 放射線技術科

【背景】機械的血栓回収療法では可及的速やかな再開通が必要である。そこで院内体制の取り組みを見直し、2022年6月より当院では院内プロトコルを導入した。【目的】院内プロトコル導入による時間短縮の効果を検証し、課題を明らかにする。【方法】2021年1月から2025年2月に施行した83症例(導入前32例、導入後51例)を時間内外に振り分け、Door to Imaging time(D2I)、Imaging to Puncture time(I2P)、Door to Puncture time(D2P)を評価した。Mann-Whitney U検定で統計解析を行った(p＜0.05)。【結果】全時間指標で有意な短縮を認めた。D2Iは時間内25分→15分(p=0.03)、時間外27分→18.5分(p=0.01)。I2Pは時間内67分→47分(p=0.01)、時間外72分→53.5分(p=0.03)。D2Pは時間内92分→68分、時間外103分→69分(各p=0.01)。D2I推奨時間達成率は時間内92.6%、時間外83.3%だが、D2Pは時間内37%、時間外20.8%であった。【考察】来院前準備と同時並行作業により検査待ち時間が短縮した。I2Pに課題が残り、MRI撮像プロトコル最適化と部門間連携強化が必要である。【結論】院内プロトコル導入により有意な時間短縮効果が得られた。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-3（N）

急性期脳卒中患者対応のCode化 ～Door to CT時間を短縮できたCode ELVO導入の成果～

○田之口 剛[1]，山上 浩[1]，吉岡 和博[1]，作田 翔平[1]，関根 聡[1]，加賀谷 範芳[1]，阿萬 由香[1]，宮田 祐一[1]
[1]医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 救命救急センター

【背景・目的】年間約5万4,000件超のER患者を受け入れる当院では、急性期脳梗塞に対する血行再建療法の迅速化は予後を大きく左右する。本研究は、脳卒中疑い症例の来院からCT搬出完了までの時間を分析し、Code細分化と多職種連携の効果を検証した。【方法】2024年4月～2025年3月のStroke Code症例を対象とした。症状と治療適応に応じ、Code ELVO1（t-PAかつ経皮的脳血栓回収術）、Code ELVO2（経皮的脳血栓回収術）、Code t-PAの3群で運用し、Door to CT時間の中央値・平均値を算出した。【結果】導入前の2018年は63件で平均27分、中央値22.8分であった。導入後の2024年はELVO1 184件、ELVO2 135件、t-PA 177件であった。中央値は13分、14分、13分、平均値は16.0分、15.7分、15.4分であった。【考察】来院からCT搬出完了までの時間を遅延なくできたのはCodeの細分化による迅速なトリアージと、多職種連携によるタスクの同時進行の成果である。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-4（D）

ミッドラインカテーテル留置により、早期退院とかかりつけ外来治療で治療を完遂した感染性嚢胞治療の１例

○角谷 香保[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

ミッドラインカテーテルは、先端が腋窩静脈に達しない中長期留置可能な静脈路であり、PICCの代替選択肢として近年注目されている。症例は82歳男性、多発性嚢胞腎による末期腎不全で維持血液透析を受けており、肝嚢胞・腎嚢胞感染で入院治療を繰り返していた。造影剤とペニシリン系抗菌薬にアレルギーあり。直近は2か月前にセフェム系・キノロン系に耐性の大腸菌が血液培養検査で同定され、メロペネムによる治療を受けた。1週間前からの発熱・右腰背部痛を主訴に救急受診した。血液検査でCRP20mg/dLと高値であり、単純CTでは明らかな感染巣を指摘できなかった。感染性肝嚢胞もしくは腎嚢胞と臨床診断し、同日入院のうえメロペネムによる抗菌薬治療を開始した。細菌培養検査で菌発育せず、反復性の嚢胞感染として4週間の治療期間を設定したが、臨床経過は非常に良好であり早期退院が望まれた。かかりつけ医と情報共有し、ミッドラインカテーテルを使用し、第20病日に退院し、以降はかかりつけクリニックで連日抗菌薬投与を行い治療完遂した。病診連携とミッドラインカテーテルの活用により、入院期間短縮に寄与した症例と考えられた。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-5（P）

ICU看護師を対象とした薬剤師記録の可視化に関するアンケート調査

○武宮 陽道[1]
[1]独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院 薬剤部

【背景】薬剤師記録は病棟業務の１つとして重要な職務である。これまで当院のICU病棟では、診療録と連携された記録支援システムを使用していたため、他職種が薬剤師記録を直接参照できなかった。令和7年4月より医師との協議内容や薬学的な評価を他職種で共有することによる医療の質と安全性の向上を目的に、ICU病棟において薬剤師記録を直接診療録に記載する運用とした。【目的】アンケート調査を実施し、薬剤師記録の可視化による有用性を評価する。【方法】ICU病棟の看護師25名に対してMicrosoft Formsを利用した匿名アンケート調査を実施した。【結果】回答は25名(回答率100%)。「どのくらいの頻度で薬剤師記録を見ますか」への回答では、「ほぼ毎日」8名(32%)、「2～3日に1回」8名(32%)で過半数を占めた。「看護師業務に薬剤師の記録が参考となった経験はあるか」では、19名(76%)が「経験がある」と回答。「薬剤師の記録を共有することは、医療の質や安全性の向上に寄与すると思うか」へ回答では、肯定的意見(思う、どちらかといえば思う)が24名(96%)だった。【結語】薬剤師記録の可視化は多職種連携を促進し、ICUにおけるチーム医療の質向上に有用と考えられる。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-6（N）

診療看護師(NP)主導の多職種CCOTラウンドの構築 ー異常の早期発見と機能予後を見据えた介入の試みー

○王子野 豊[1]，鈴木 龍[1]，山之内 千絵[1]，朝沼 杏子[1]，倉田 秀明[1]
[1]社会医療法人 緑泉会 米盛病院 診療特定行為看護師管理課

【目的】2024年8月の救命救急センター指定に伴う重症患者の増加に対し、異常の早期発見とADLゴール共有を目的に、診療看護師(NP)、認定看護師、理学療法士による多職種Critical Care Outreach Team(以下CCOT)を構築した。【方法】2024年6月より救急科主科患者を対象に第2、4水曜にラウンドを実施。独自共有ラウンドシートにて多職種で情報共有した。【結果】延べ介入数は2024年82人、2025年137人であった。RRS起動件数は活動前の24件(2023年)から44件(2024年)、42件(2025年)と倍増した。予期せぬ心停止は15(2023年)、12(2024年)、6(2025年)件と減少した。予定外ICU再入室率は0.3%(2024年)、0.43%(2025年)と低値を維持した。具体的介入では、CICC抜去の提案で身体拘束解除に至った例や、長期抗菌薬治療例へのPICC挿入提案等、適切なデバイス管理により患者QOL向上に寄与した。【結論・結語】多職種CCOTは、安全維持と機能予後改善を両立させる包括的な介入システムとして有用である。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-7（O）

多職種と連携,協働して,気管切開の閉鎖に至った有機リン中毒の１例

○三浦 真由子[1]
[1]国際医療福祉大学成田病院 救急

【目的】有機リンは殺虫剤として使用され,毒性も強い.急性コリン作動性症候群や中間症候群による呼吸不全があり,呼吸管理は重要である.今回,有機リン中毒患者に対し,診療看護師が多職種と連携,協働して介入することで,人工呼吸器を離脱し,気管切開の閉鎖に至ることができたため,報告する.【症例】50代.有機リン系殺虫剤を服用し,救急要請.来院後に呼吸不全を認め,気管挿管が行われ,人工呼吸器管理が開始された.1度は抜管されたが,意識障害やムスカリン様症状の増悪など認め,再挿管となり,人工呼吸器管理が再開,気管切開術が施行された.【結果】診療看護師は,人工呼吸器や酸素療法の離脱,気管切開の管理から閉創に至るまでチームの一員として関わった.気管切開の管理や酸素療法については,医師やRSTの協力も得ながら安全な管理と段階的な離脱に関わった.病棟看護師への教育的役割も担った.医師と言語聴覚士と協力して発声訓練を進め,嚥下造影の時期調整など行った. 入院43日目にカフ付きスピーチカニューレへ移行, 46日目に嚥下造影検査で嚥下機能に問題が無いことが確認された.耳鼻咽喉科医師の診察で,カニューレ抜去可能と判断され,カニューレ抜去及び経口摂取に至った.

診療支援　多職種
演題番号　MO89-8（E）

救助現場で医師が使用する薬剤特性を理解し、適切な救助活動に繋げるために ～薬剤勉強会の開催を通して～

○河本 健太郎[1]，田平 直之[1]，香川 大輔[1]，益田 真次[1]，篠田 豊和[1]，上田 敬博[2]
[1]鳥取県西部広域行政管理組合消防局 米子消防署, [2]鳥取大学医学部附属病院

【背景】当局ではＤｒ.カー、Ｄｒ.ヘリとの連携活動により、救助現場で医師が薬剤投与をする事案が増加傾向にある。その中で、救急隊のみならず活動指揮者や救助隊からも、薬剤の効果や持続時間などが分からず、要救助者の容態管理や救出のタイミングの判断に不安があるとの声があがった。それを受け、ＭＣ医師指導の下、鎮痛鎮静薬一覧表を作成し活動の判断材料としている。この度、薬剤の知識のブラッシュアップを目的として、薬剤勉強会を実施したので報告する。【方法】救急医療に携わる薬剤師と看護師を講師として招き、当局職員を対象に現場での使用が想定される薬剤について、症例をもとにした勉強会を実施した。【考察】薬剤について事前に理解をすることは、活動のプランニングや継続した要救助者の容態管理において有用である。そして、医師らと共通認識を持った上で活動を行うことに繋がると考える。【結語】薬剤勉強会を通して知識向上のほか、基本的な傷病者管理の重要性をさらに理解し、医師らとの共通認識の形成を図ることができた。今後も医療機関との連携を一層強化し、より安全で質の高い現場活動を実現していく。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-9（TH）

電撃傷に対するチーム医療の介入例

○高芝 朋子[1]，福田 靖[1]
[1]徳島赤十字病院 精神科

【はじめに】当院では2016年からICU/救命救急センターで救急科が主科または共診の入院患者を対象に、毎朝他職種によるラウンドを開催している。参加職種は医師、看護師、薬剤師、理学/作業療法士、管理栄養士等である。【症例】40代男性。作業中66000Vの電流に感電し、ポケットの携帯電話から発火し、体幹を中心にII度からIII度の熱傷を負い、消火後救急搬送となった。来院時、E4V5M6。気管挿管、人工呼吸管理が開始された。足関節に電撃斑を認め、電撃傷、熱傷、横紋筋融解症として治療を行った。【経過】患者の鎮静管理中、家族が代理意思決定者となったが、家族の精神的・身体的負担は大きく、治療方針と内容の理解の支援や、治療の意向表明の支援を目的に介入を開始した。治療が進み、鎮静を減量し始めると患者にせん妄が出現し、精神科医の介入が開始された。鎮静減量が進むと、フラッシュバックや悪夢、動悸、幻臭等PTSD症状が出現した。患者の精神症状や希望、意思をチームで共有し、各職種がケアを実施した結果、IES-RやHADSの改善を認めた。一般病棟に転出するまで、他職種で検討しながらチームで取り組んだ活動を振り返り、アウトカム向上へのヒントを検討したい。

診療支援　多職種
演題番号　MO89-10（MT）

認定救急検査技師としての経験を災害医療研修に活かす　初期診療以外で救急医療と関わる検査技師の可能性

○平山 淑子[1]，田中 啓司[2]，江部 克也[3]，鷺坂 彰吾[4]，山下 智幸[4]，土肥 謙二[5]
[1]昭和医科大学江東豊洲病院 臨床検査室，[2]佐久医療センター救命救急センター，[3]新潟医療福祉大学 救急救命学科，[4]日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科，[5]昭和医科大学救急・災害医学講座

認定救急検査技師（以下認定技師）として三次救急の初期診療に参画した経験は、臨床検査技師としての視野を広げ、役割を再認識する契機となった。病院間異動により初期診療から離れたが「限られた人員と資源で医療を継続する」視点は災害医療にも通じる。自施設の発災時の初動、安全確保、情報共有などの課題を明確化し、BCPに基づき行動するエマルゴトレインシステム(以下ETS)を用いた災害医療訓練に、認定技師として企画・運営に取り組んでいる。加えて他施設の医師やETSインストラクターと協働し、他医療機関・大学の訓練にも参画している。ETSは、災害対応をシナリオや人形等を用いて可視化する教育手法である。これにより、参加者は状況判断、優先順位の設定、ならびに業務継続について検討することができ、各施設のBCPに即した訓練を実施することが可能となる。訓練の評価と改善を重ね、教育体系化を要すると考えられるが、認定技師が災害医療訓練を企画・運営することを通じて災害医療にも貢献できる可能性があり、災害拠点病院に限らず各医療機関で認定技師が主体的に関与することで組織全体の対応力向上が期待される。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-1（E）

日本版ハイパフォーマンスCPRアドバンスコース開発とその課題

○原 貴大[1]，福島 英賢[2]，齋藤 駿佑[3]，高田 庸平[4]，山田 浩貴[5]，田邉 晴山[6]，畑中 哲生[7]，松山 匡[8]，田中 秀治[9]，坂本 哲也[10]
[1]明治国際医療大学保健医療学部救急救命学科，[2]奈良県立医科大学高度救命救急センター，[3]国士舘大学体育学部スポーツ医科学科，[4]白山野々市広域消防本部，[5]横手市消防本部，[6]救急救命東京研修所，[7]健和会大手町病院，[8]京都府立医科大学附属病院，[9]国士舘大学大学院救急システム研究科，[10]公立昭和病院

【背景】我々は日本版ハイパフォーマンスCPRプログラムを開発し、救急隊のBLSに特化したベーシックコースをこれまで70講習、延べ2100名に行ってきた。一方で受講生からは「ALSを含んだ教育」の必要性を指摘されている点を昨年の本学術集会にて報告した。【目的】現場滞在型ALSを含んだHP-CPRアドバンスコースを開発し、その効果を検証すること。【方法】2024年12月にワーキンググループを設置し、同コースでは現場滞在型の救急活動の強調と、シミュレーションに対して動画を使用したフィードバックを行う事とした。2025年には7回の試行コース、193名の受講者だった。【結果】概ね受講生の満足度は高く(n=168)、動画を用いたフィードバックも概ね好評を得たれた。一方で、「デモンストレーションの欠落」や「フィードバックの曖昧さ」などプログラム上の課題に加え、「MCや職場の理解」など実装に向けた課題も抽出された。【考察・結語】質の高いBLSを土台としながら、現場での早期特定行為を行う本プログラムのコンセプトは概ね受け入れられた。しかしながら現場での救急活動向上には継続的な質改善プログラムが重要であり、そのためにはMCとの連携が必要不可欠と考える。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-2（S）

大学生主導の救命講習がもたらす受講者の意識変化とその課題

○三村 優斗[1]，於宿 千春[1]，鈴木 啓太[1]，大和田 均[1]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科

【背景】本学の救急救命研究サークルは、京都市山科区を中心に救命講習を実施している。一般的に救命講習の大部分は消防機関が担っているが、救命処置に関する知識を持つ大学生が行う講習において、受講者の心理的変化の違いについて検討した。【方法】事前アンケートを実施し、受講者の意識調査を行った。この調査を基に、約1時間の救命講習を実施し、受講終了後にはオリジナルの修了証を発行した。さらに、事後アンケートを通じて受講者の意識の変化や救命講習の内容、質について検討した。【結果】大学生が行う救命講習の質について、約85%が「担保されている」と回答した(n=46、内未回答8)。また、修了証の発行に際して、定期的に受講したいと回答したのは約83%であった(n=46、内未回答5)。【考察】大学生が救命講習を行うことで、受講者が質問しやすくなり、心理的負担が軽減される可能性がある。また、修了証の発行により、救命講習への参加意欲が高まることも示唆された。【結語】今後も大学生が主体となって救命講習を実施し、その利点を最大限に活用していくとともに、継続的な活動を通じて地域社会における救命意識の向上に努めていきたい。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-3（E）

BLS講習が与える心理的変化と受講者特性の関係性

○針谷 拓[1]，匂坂 量[1,2]，田久 浩志[1]，田中 秀治[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】一般市民による心肺蘇生は傷病者の生存率向上に寄与するが、本邦での実施率は未だ十分ではない。BLS講習は救命行動に関わる心理的要因を改善するとされるが、受講者特性による効果差は明らかでない。【目的】BLS講習による心理的変化と受講者特性との関連を明らかにすること。【方法】一般市民300名を対象に、実施者の行動実行意思を測定するBICPRSおよび自己効力感を測定するCPRSESの2つの尺度を用いてBLS講習前後のスコアを比較した。統計解析として重回帰分析を行い、受講者の特徴とスコア変化の傾向を調査した。【結果】解析の結果、講習前スコアが最も強く関連（BICPRS $\beta = 0.64$、CPRSES $\beta = 0.48$、いずれも$p < 0.01$）。さらにBICPRSでは受講回数が多いほど講習後スコアが低い傾向が認められた（$\beta = -0.18$、$p = 0.04$）。【結論】講習効果は受講前の心理状態に最も強く影響された。男性と比較して女性も講習による心理的変化が高い傾向が見られた。経験者では単純な反復のみでは十分な効果が得られない可能性が示唆された。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-4（E）

市民BLS講習拡大と市民CPR実施率の推移に関する地域時系列比較

○村山 佑樹[1]
[1]尼崎市消防局 救急課需要対策担当

【背景】市民向け救命講習は拡大しているが、その増加が院外心肺停止における市民CPR実施率の向上にどの程度寄与しているかは明らかではない。【目的】当地域における救命講習受講者数の年次推移と市民CPR実施率の変化を比較し、両者の動向を検討した。【方法】過去5年間の院外心肺停止事案2,168例の年次別市民CPR実施率と、同期間の救命講習受講者数の年次推移を地域集計データとして後方視的に比較した。【結果】救命講習受講者数は5年間で43％増加した。一方、市民CPR実施率は46％から53％へ上昇したが、その増加幅は受講者数の伸びに比して小さかった。【まとめ】講習機会の拡大は一定の実施率向上に寄与した可能性があるが、その効果は限定的であった。知識・技能の普及に加え、心理的障壁を乗り越え“勇気の一歩”を後押しする教育への転換といった行動変容を促す教育戦略の検討が必要である。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-5（N）

5歳児のBLS体験が保護者の実施意欲に与える影響
—親子参加型講習会による相乗効果の検討—

○関 由起子[1]
[1]埼玉大学 教育学部

【目的】本研究では、5歳児とその保護者を対象に、幼児の身体能力に適した教材を用いた講習を実施し、幼児の反応の変化と親子受講による意義を検討した。【方法】A幼稚園にて、2024年は既存キットを用いた講習、2025年はアニメ動画と幼児でも音が鳴る改良型教材を用いた講習（各45分）を実施した。保護者へのアンケート結果を量的・質的に分析した。【結果】両年とも、保護者の救命への意欲・自信は講習後に有意に向上した。幼児の反応についてKH Coderを用いた共起ネットワーク分析を行ったところ、2024年は「押す」「難しい」という否定的な繋がりが強かったのに対し、2025年は「マッサージ」「楽しい」「自分」「できる」という肯定的な繋がりが顕著であった。【考察・結論】教材の工夫により幼児の自己有用感が向上し、楽しく受講できたことが示された。また、受講後に幼児が自発的にAEDを作成して遊ぶ、家族を誘い地域の講習に参加する等の行動が見られ、子供の意欲的な姿が保護者や地域へ「救命の輪」を広げる契機となる可能性が示唆された。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-6（E）

救命講習等受講者アンケートからみた受講者の実態と課題

○藤澤 紀典[1]，藤澤 紀典[1]，稲富 崇司[1]
[1]岡山市消防局 北消防署

【目的】救命講習の受講者拡大に資する普及施策を検討するため、新規及び再受講者の動機、周知経路及び受講後の意識変容を明らかにする。【方法】２０２５年に実施した救命講習の受講者に対して無記名自記式アンケートを実施し、有効回答３３９件を解析した。動機、周知経路及び受講後評価を記述統計で整理し検討した。【結果】新規及び再受講者ともに周知経路は「学校・職場」が中心で、動機も「仕事に必要」「職場・学校の勧奨」が上位を占めた。新規受講者の受講後評価は「自信の高まり」「継続受講意欲」「他者への推奨」どれもが高評価であった。一方、実技難易度は再受講者よりも新規受講者の方が高い傾向であった。また、年代別では６０代以上の新規受講者が全体の１割未満であった。【結論】受講後に自信がついたと回答する受講者が多く、「継続受講意欲」や「他者への推奨」にも前向きな傾向がみられた。そのため、新規受講へ繋げることが重要であり、特に６０代以上の新規受講者を増やすため、高齢者限定の講習会等、同年代が参加しやすい枠組みでの開催を検討するとともに、より多くの新規受講者が救命の担い手となれるよう取り組む必要がある。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-7（S）

応急手当普及員資格を持つ大学生が地域で行う救命講習の取り組みと成果

○鈴木 啓太[1]，於宿 千春[1]，三村 優斗[1]，大和田 均[1]
[1]京都橘大学健康科学部 救急救命学科

我が国における応急手当の普及啓発活動は、「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」に基づき、各消防機関を中心に実施されている。令和5年には、心肺機能停止傷病者の51.8％に対して一般市民による応急手当が実施された。また、一般市民によって応急手当が行われた傷病者のうち、1ヶ月後の生存者数は6.4％と、実施されなかった群に比べて有意に高い数値を示しており、市民による応急手当の重要性が再確認されている。このような背景から、地域における応急手当普及体制の多様化と担い手の拡大が求められている。本活動では、応急手当普及員の資格を有する大学生が主体となり、地域住民を対象とした普通救命講習Ⅰを企画・開催した。受講者には消防機関発行の資格認定を行った。大学生が指導者として参画することで、地域住民との関係を構築し、応急手当実施率の向上および救命率のさらなる向上に寄与する可能性があると考える。本取り組みは、消防機関による従来型の普及啓発活動を補完する新たな実践モデルとして、取り組みの中で生じた課題や懸念点についても報告する。今後の活動においては、これらの課題に対処しながら、さらなる普及啓発を目指していきたい。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-8（S）

非医療従事者レスポンダーとは何か
—法的責任の有無によるバイスタンダーとの棲み分け—

○大川 昂征[1]
[1]神戸学院大学現代社会学部 社会防災学科

【背景】近年、救命処置は一定程度普及してきたが、教職員や保育士、介護職員をはじめとした、非医療従事者のなかでも救命処置を実施する義務を負う立場の位置づけや法的責任、教育などの点には課題がある。JRC蘇生ガイドラインや救急蘇生法の指針においては、救助者を「医療従事者」と「市民」に大別している。しかし、市民に該当するが法的責任を問われる立場については、これまで明記されてこなかった。【目的】本研究は、救命処置を実施する義務を負う非医療従事者の立場を善意の救助者と対比して明確に定義し、関連する諸課題を明らかにすることを目的とする。【方法】先行研究や関係法令、蘇生ガイドライン、判例などを整理し、比較検討した。【結果】救急現場に居合わせた、救命処置を実施する義務を負わない者を「バイスタンダー」、義務を負う者を「レスポンダー」と区別し、非医療従事者でありながら救命の義務を負う者を「非医療従事者レスポンダー」と定義した。【結論】現行の救命法教育はバイスタンダーを主な対象として想定しており、非医療従事者レスポンダーに特化した教育体系は不十分である。受講者属性を踏まえた救命法教育制度の再設計が急がれたい。

診療支援　CPR　BLS
演題番号　MO90-9（D）

胸骨圧迫に合併した心タンポナーデの一例

○本庄 竜士[1]，松尾 健志[1]，石丸 裕登[1]，日村 帆志[1]，佐尾山 裕生[1]，内田 健一郎[1]，西村 哲郎[1]
[1]大阪公立大学医学部附属病院 救命救急センター

【背景】心肺蘇生における胸骨圧迫の合併症として、胸骨骨折や肺挫傷などが挙げられるが、腹部や心臓、血管の損傷は渉猟しうる限り稀である。今回、胸骨圧迫を起因とした心タンポナーデの一例を経験した。【症例】82歳男性。自宅の通報装置が作動し、駆けつけた警備員が救急要請した。救急隊接触前に心肺停止に陥り、心肺蘇生が開始された。当院到着前に自己心拍再開を認めた。肺炎及び心原性肺水腫を背景とした呼吸不全による心肺停止と判断した。心肺停止から約120分後に、ショック状態に陥った。心不全の増悪と考え、カテコラミンを投与したが反応に乏しく、超音波画像検査を行い、心タンポナーデによる閉塞性ショックと判断した。心嚢ドレナージのみで循環動態の改善を認めた。【考察】胸骨圧迫に合併する心タンポナーデの損傷血管は内胸動脈とする報告がある。本例では、手術や血管内治療を要さず、静脈性出血によるものと推察される。よって、心拍再開後から少し時間が経過した段階で心タンポナーデによる閉塞性ショックに陥ったと考えた。【結論】本例より、胸骨圧迫の合併症として静脈出血による心タンポナーデに留意する必要性が示唆された。

心肺停止　その他
演題番号　MO91-1（E）

院外心停止した成人左冠動脈肺動脈起始症の蘇生例とその長期予後

○一ノ瀬 佳彦[1]，中尾 貢[1]，烏野 心[1]
[1]岸和田市消防本部 消防署 春木分署

【はじめに】左冠動脈肺動脈起始症（以下 ALCAPA）は，30万人に一人が発症し，患者の90％は生後1歳未満で死亡する先天性心疾患であり，成人を迎えても80 ～ 90％は平均年齢35歳で心臓突然死を引き起こす．我々は，完全社会復帰した成人ALCAPAによる心停止例を経験したので，6年後の経過とともに報告する．【症例】患者は28歳女性．就労中，突然痙攣したのち呼吸停止したため同僚が胸骨圧迫開始．付近にAEDはなかった．救急隊による2回の除細動で自己心拍，自発呼吸ともに再開し，搬送先で大動脈－左冠動脈バイパス術を受けた．第44病日，何ら神経学的後遺症を残さず復職し，その後VFの再発もなく6年後の経過も良好であった．【考察】心停止した成人ALCAPAの神経学的予後良好例の長期追跡報告は乏しい。本症例の経過が極めて良好なのは，シームレスなバイスタンダーによる胸骨圧迫と救急隊による除細動という極めてシンプルな救命の連鎖によるものだと考えられた．乳幼児期に先天性心疾患をスクリーニングするのは限界があるため，これらの患者を救命するにはさらなる市民への心肺蘇生法の普及と適切なAEDの配備が重要である．

心肺停止　その他
演題番号　MO91-2（D）

心停止後症候群患者の体温維持療法後の体温変動の特徴

○貫和 亮太[1]，蛯原 健[2]，松浦 裕司[3]，吉村 有矢[1]，今 明秀[1]
[1]八戸市立市民病院 救命救急センター，[2]大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター，[3]大阪府立中河内救命救急センター

【背景】心停止後症候群(PCAS)の神経集中治療として体温維持療法(TTM)が推奨されており、TTM中は目標体温を維持される。TTM終了後の発熱は神経予後の悪化をきたす可能性があるが、その体温変動の特徴は十分に検討されていない。【目的】PCAS患者における体温変動と、TTM実施の有無及びTTM中の治療内容との関係を明らかにすること。【方法】研究デザインは多施設後ろ向き観察研究で、2016年4月から2025年6月に本邦、3つの救命救急センターに入院したPCAS患者を対象とし、入院後2週間までの体温変動を調査した。まず、TTMなしの症例、TTMありの症例について比較し、続いてTTMありの症例について、筋弛緩薬投与の有無や抗菌薬投与の有無で比較した。【結果】対象は821症例で、TTMなし群が679例、TTMあり群が142例だった。TTMあり群ではTTMなし群より、TTM終了後、体温が高い傾向にあった。TTMあり群で筋弛緩薬投与の有無と初日の抗菌薬投与の有無の4群に分けて解析したところ、筋弛緩薬投与ありかつ、初日の抗菌薬投与なしの症例でTTM後に最も体温が高くなる傾向が見られた。【結語】PCAS患者ではTTM実施の有無及びTTM中の治療内容により、TTM後の体温が修飾される可能性がある。

心肺停止　その他
演題番号　MO91-3（D）

心肺停止傷病者におけるDNARの現状調査：前向き観察研究

○坂本 彩香[1]，丸島 愛樹[1,2]，三上 亜祐[3]，岸田 崇[3]，矢口 直樹[4]，鈴木 慶太郎[5]，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，[3]つくば市消防本部，[4]取手市消防本部，[5]常総地方広域市町村圏事務組合消防本部

【背景】救急要請された心肺停止(CPA)傷病者において、心肺蘇生を希望しない（DNAR）場合の対応について全国的に問題となっているが、その現状は十分明らかでない。【目的】救急要請されたCPA傷病者におけるDNARの現状を明らかとする。【方法】当メディカルコントロール協議会管内で、救急隊現着時CPAであった18歳以上の傷病者を対象とし、救急活動記録およびDNARに関わる情報の記録を収集した。2024年11月から2年間の観察期間のうち1年時点での中間解析を行った。【結果】CPA 338件のうち、42件(12.4%)で心肺蘇生(CPR)の希望がなく、22件は過去の話し合いでも本人または家族がCPRを希望していなかった。うち心停止時の対応が事前に決まっていたのは8件であり、3件は救急要請、2件はかかりつけ/訪問看護への連絡であったが救急要請を指示されていた。また、過去に本人のDNAR表出があるものの、CPRを希望された症例も18件あった。【結論】事前の取り決めが不十分なためにDNAR意思を尊重した対応がされていない現状が明らかとなった。具体的な対応も含めた話し合いや体制作りが必要である。

心肺停止　その他
演題番号　MO91-4（D）

院内心停止に伴う転倒により脊髄損傷をきたした一例

○木本 志帆[1]，菊地 一樹[1]，臼井 彩夏[1]，湯浅 友樹[1]，須郷 加奈子[1]，富田 佳賢[1]，島田 拓哉[1]，永樂 学[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】院内での心停止に伴う転倒は軽微な外傷として扱われがちであるが、心停止直前・直後は意識消失や筋緊張消失を伴い、通常では生じにくい脊髄損傷をきたす可能性がある。そのため入院中管理や蘇生後の神経学的評価では注意を要する。今回心停止による転倒を契機に非骨傷性頸髄損傷をきたした症例を報告する。【臨床経過】骨髄異形成症候群既往の70代男性。左前腕蜂窩織炎で入院中、第2病日に院内歩行中に心停止をきたし転倒した。無灌流時間は1分で、ACLSに基づく蘇生により24分後に自己心拍再開を認めた。緊急冠動脈造影およびCTを施行し、貧血および感染症、陳旧性心筋梗塞を背景としたTorsade de Pointesと診断された。循環動態は安定していたが、意識レベルはE1VTM1/GCSであり、34℃での脳温管理療法を含む集中治療を実施した。第11病日にはE4VTM6/GCSまで改善したものの、四肢麻痺および腹式呼吸を認めた。MRIでC4/5高位にT2信号変化を認め、C6レベルの非骨傷性頸髄損傷(ASIA A)と診断した。【結論】心停止直前・直後の転倒では、軽微な外傷に見えても重篤な脊髄損傷を生じうる。蘇生後管理および神経学的評価では、その可能性を考慮した精査が重要である。

心肺停止　その他
演題番号　MO91-5（D）

蘇生に失敗したCPA症例も病棟で死亡確認する試み

○有嶋 拓郎[1]，實金 健[1]
[1]岡山赤十字病院 救急科

来院時心肺停止患者に対して、家族のグリーフケアを含めて病棟で看取る試みを2025年7月から実施している。救急搬入から死亡確認までの時間にかかわらず、死亡確認から遺体の離院までは、2時間以上かかることが多く、このケア全体を救急外来で実施することは、業務的に困難であった。このため今回の試みは、救急外来のスタッフには歓迎された。主な入院収容先は救急病棟であり、救急外来とは従前からスタッフの応援や交代勤務の制度があった。このため、事例が発生した場合の相互の連携は円滑に遂行できた。家族にとっての死の受容の時間と場所の確保という点では、一定の効果があった。今回の事業の対象となる患者は一か月に1名程度であったが、来院時心肺停止患者のすべてに適応できていない。従来のDNARのICがある看取り入院の患者と違い、自動胸骨圧迫装置や人工呼吸器作動下での終末期医療の実施であり、救急外来から救急病棟へのフローの作成や関係部署への周知など、当院で実施した試みを紹介する。

心肺停止　その他
演題番号　MO91-6（D）

北海道における施設外分娩リスク分析に基づく病院前周産期救急教育の実践

○齊藤 良玄[1]，松宮 寛子[1,2]
[1]北海道大学病院 産婦人科，[2]北海道周生期医療救急支援の会

【背景・目的】北海道の人口動態統計(2016-2020年)を用いた分析で、分娩施設のある自治体を対照とした分娩施設のない自治体の施設外分娩リスク比は、施設までの移動時間が30分未満で2.76（95% CI: 1.36-5.58）、30-59分で1.63（0.75-3.58）、60分以上で1.11（0.34-3.61）であった。この結果から、施設外分娩は、発生頻度は低いが移動時間に依存せず各地域で散発的に生じ得る不確実性の高い事象であり、全地域で病院前周産期救急対応能力の向上が必要と考えられた。【内容】施設外分娩は経験蓄積が困難な希少事象であり、発生時には限られた資源下で迅速な判断と連携が求められる。このため周産期救急対応には、個々のテクニカルスキルのみならず、救急隊内および救急隊と病院との間での状況認識やメンタルモデルの共有、役割分担、情報伝達といったノンテクニカルスキルによるチームパフォーマンスの向上が重要である。我々は、これらを統合した周産期シミュレーション教育を実践している。【結語】地域を問わず希少で不確実性の高い施設外分娩への対応には、救急隊内および救急隊と病院との連携や情報共有を盛り込んだ教育が対応力を向上させる可能性がある。

心肺停止　その他
演題番号　MO91-7（N）

配偶者(看護師)による家庭支援が女性医師のキャリア継続と救急リソース確保に与える影響

○藤野 泰佑[1]
[1]金沢医科大学病院 看護部

【目的】少子高齢化に伴う救急医療人材確保は急務である。特に女性医師は育児期間中の離職が課題だが、家族単位の支援により、キャリア継続は改善される。本報告では、配偶者による育児・家事支援が女性医師のキャリア継続と救急医療リソース確保にいかに寄与するかを検証する【方法】筆者は育児休暇を満期で取得し、配偶者医師へ以下の支援を実施した。(1)家事・育児責務の全面的引き受け、(2)オンコール、手術延長など急な呼び出し時に児童の養護を担当、(3)配偶者は仕事と母親役に集中させ、その他業務を削減【結果】妻は育児期間を5ヶ月に短縮して社会復帰した。女性医師のキャリア継続が確保され救急医療現場の人材基盤が維持された【考察】配偶者による計画的な家庭支援は、女性医師のキャリア継続に不可欠である。女性医学部定員増加時代において、育成した女性医師人材の離職防止は社会的課題である【結論】配偶者が育児休暇を取得して女性医師の職場復帰を促進させることは、救急医療システムの人材基盤を強化する投資である。家族単位の支援体制の構築が、少子高齢化社会における救急医療を持続的なものにするための不可欠な要素となるであろう。

共催セミナー日程

第 2 日目（7 月 17 日（金））

○ランチョンセミナー 1（LS1）　　共催：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業グループ

12：30 ～ 13：30　　第 1 会場（大阪国際会議場　5F　メインホール）

「気候変動の暑さに負けないために：暑熱被害をなくし、命を守る暑熱順化」

医療者に期待する気候変動適応への取組

国立環境研究所 気候変動適応センター　**肱岡　靖明**

熱中症診療ガイドライン 2024 を詳しく解説：
今日から実践できる熱中症予防のポイント

日本医科大学武蔵小杉病院 集中治療科　**神田　　潤**

Closing　　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　　日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野　**横堀　將司**

○ランチョンセミナー 2（LS2）　　共催：TXP Medical 株式会社

12：30 ～ 13：30　　第 3 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1003）

救急医療情報システムの未来像～ XR を利用した救急現場～

藤沢市消防局　**鈴木　真也**
藤沢市消防局　**野林　宏輝**
TXP Medical 株式会社　**菅　　繕久**

座長　　TXP Medical 株式会社　**大西　　裕**

○ランチョンセミナー 3（LS3）　　共催：旭化成セラピューティクス株式会社

12：30 ～ 13：30　　第 9 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1008）

リコンビナントトロンボモジュリンの多面的作用と実践知

福岡大学医学部 救命救急医学講座　**仲村　佳彦**

座長　　大阪急性期・総合医療センター 救急診療科　**中堀　泰賢**

○ランチョンセミナー 4（LS4）　　共催：ユーシービージャパン株式会社

12：30 ～ 13：30　　第 10 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1009）

救急領域におけるてんかん・けいれん対応
ー 初期対応から抗てんかん薬選択まで：ブリーバラセタムの位置づけを含めて ー

近畿大学医学部　救急医学教室／救命救急センター　**植嶋　利文**

座長　大阪急性期・総合医療センター　救急診療科　**藤見　聡**

○ランチョンセミナー 5（LS5）　　共催：セコム株式会社

12：30 ～ 13：30　　第 11 会場（大阪国際会議場　3F　イベントホール E）

「Home AED の有効性と今後の設置にむけた戦略について」

心停止の 7 割は自宅で起きる ー Home AED の現状・課題・展望ー

国士舘大学　体育学部　スポーツ医科学科　**中川　洸志**

Home AED を用いた家庭内救命体制の確立 ーセコムしてますか？ー

国士舘大学大学院　救急システム研究科／防災・救急救助総合研究所　**田中　秀治**

座長　国士舘大学大学院　救急システム研究科／防災・救急救助総合研究所　**田中　秀治**

○ランチョンセミナー 6（LS6）　　共催：日本光電工業株式会社

12：30 ～ 13：30　　第 12 会場（大阪国際会議場　3F　イベントホール A）

ICU はどこにあるべきか？―遠隔 ICU ×モバイル ICU が拓く次世代救急医療

広島大学大学院　救急集中治療医学　**大下慎一郎**

座長　聖マリアンナ医科大学　救急医学　**藤谷　茂樹**

第 3 日目（7 月 18 日（土））

○ランチョンセミナー 7（LS7）　共催：ニプロ株式会社

12：30 ～ 13：30　第 1 会場（大阪国際会議場　5F　メインホール）

脊髄損傷に対する早期手術＋再生医療を用いた治療戦略

埼玉医科大学総合医療センター　高度救命救急センター　**井口　浩一**

座長　りんくう総合医療センター　大阪府泉州救急救命センター　**中尾　彰太**

○ランチョンセミナー 8（LS8）　共催：日本ストライカー株式会社

12：30 ～ 13：30　第 3 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1003）

「救急医療の未来を支える 2 つの鍵：省力化搬送 × High Performance Resuscitation」

救急搬送の Safety Innovation
もっと Smart に - Technology がもたらす医療従事者の負担軽減と患者安全

国士舘大学　救急システム研究科　**田中　秀治**

Peri-shock pause time を最小限にする救急現場活動

明治国際医療大学　保健医療学部　救急救命学科　**原　貴大**

座長　関西医科大学　救急医学講座　**梶野健太郎**

○ランチョンセミナー 9（LS9）　共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

12：30 ～ 13：30　第 9 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1008）

急性期外傷診療における人と AI のコラボレーションによる画像診断最前線
～ AI の活用ポイントと人が担い続けるべき役割～

地方独立行政法人　大阪府立病院機構　大阪急性期・総合医療センター　**岡田　直己**

座長　独立行政法人　国立病院機構　災害医療センター　**一ノ瀬嘉明**

○ランチョンセミナー 10（LS10）　共催：丸石製薬株式会社

12：30 ～ 13：30　第 10 会場（大阪国際会議場　10F　会議室 1009）

「救急 ICU における医師×薬剤師の連携 - レミフェンタニルによる安全な鎮痛管理を考える -」

セミクローズド ICU でレミフェンタニルに安全に移行するために

岐阜大学大学院　医学系研究科　救急・災害医学分野　**北川雄一郎**

救命救急センターにおけるレミフェンタニル導入～薬剤師としての関わり～

大阪急性期・総合医療センター　薬局　**綛谷　哲也**

座長　日本大学医学部附属板橋病院　薬剤部　**今井　徹**

○ランチョンセミナー 11（LS11）　共催：株式会社 MeDiCU

12：30 ～ 13：30　第 11 会場（大阪国際会議場　3F　イベントホール E）

救急 AI 最前線：院内業務を効率化する AI の開発と実装

株式会社 MeDiCU　**木下　喬弘**

座長　関西医科大学　医学部　救急医学講座　**中森　靖**

○ランチョンセミナー 12（LS12）　共催：NEC ネッツエスアイ株式会社／バーズ・ビュー株式会社

12：30 ～ 13：30　第 12 会場（大阪国際会議場　3F　イベントホール A）

繋ぎと舫（もやい）を目指した救急受診前相談の体系化の軌跡と DX を基盤とした近未来

社会医療法人社団正志会　救急災害医療連携・DX 推進部門／
横浜市立大学大学院医学研究科　救急医学／福島県立医科大学／
東洋大学情報連携学部（INIAD）　**森村　尚登**

座長　大阪大学医学部附属病院　高度救命救急センター／
大阪大学大学院医学系研究科　救急医学　**織田　順**

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				
Ali Haedar	SY14-1	7/17	16:05～17:05	第 10 会場
Atchariya Pangma	SY14-4	7/17	16:05～17:05	第 10 会場
あ				
相嶋　一登	HS3-2	7/17	17:10～18:00	第 5 会場
會田　直史	O6　座長	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
	MO87-4	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
青木　　楓	MO74-3	7/18	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
青木　宏介	HS9-6	7/18	10:10～11:10	第 11 会場
青木　季道	HS2-4	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
	HS2-5	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
青木　　誠	O8　座長	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
青木　祐太	O6-7	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
青木　義紘	PD3-2	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
青山　剛一	O2-6	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
赤崎　芙美	PD30　座長	7/18	8:30～10:00	第 6 会場
	PD30-1	7/18	8:30～10:00	第 6 会場
安藝　敬生	MO17　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場②
	MO80-3	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
秋田健太郎	HS7-2	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
秋月　　光	MO2　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場①
秋元　　寛	O9　座長	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
秋山　美玲	MO89-1	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
秋山　由真	MO49-5	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑤
上田　浩平	MO7-4	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場①
	MO23-8	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
浅井　英樹	PD2-3	7/17	16:40～18:10	第 1 会場
浅井　洋二	MO81-1	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場④
淺香えみ子	BC2	オンデマンド		
麻喜　幹博	MO9-2	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
淺沼　範彰	MO9-3	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
浅野正友輝	SY27　座長	7/18	8:30～10:00	第 7 会場
安心院康彦	O1-7	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
	MO11-3	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場①
足助　和真	ICLS-5	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
東　　丈雄	PD7-2-1	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
東　　温人	MO38-2	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場④
安達　一眞	PD13-2	7/17	9:00～10:30	第 9 会場
	PD17-1	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
	HS8-3	7/18	10:10～11:00	第 10 会場
安達　哲浩	PD8-1	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
渥美　生弘	HS1　座長	7/17	10:35～11:25	第 4 会場
阿部　圭吾	O6-5	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
阿部　靖子	PD6-4	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
安部　敏生	O2-2	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
阿部　　和	MO70-1	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①

名前	演題番号	月日	時間	会場
安部　隆三	O1　座長	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
天笠　俊介	PD1-5	7/17	9:00～10:30	第 1 会場
	PD28　座長	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
天羽　一騎	O7-4	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
荒井　利章	PD26　座長	7/18	13:50～15:20	第 3 会場
新井茂登子	SY8-5	7/17	15:00～16:30	第 4 会場
荒木　宏治	HOS	7/17	15:00～17:00	ハンズオン会場
荒木　淳一	MO80-6	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
荒木　朋貴	MO78　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③
荒瀬　瑞樹	MO30-3	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場③
有嶋　拓郎	MO13　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
	MO91-5	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
有松麻友香	O7　座長	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
有元　秀樹	MO3　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
	PD39-1	7/18	15:30～17:00	第 11 会場
有吉　孝一	PD10　座長	7/17	10:40～12:10	第 8 会場
	MO53　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑤
粟野　敏光	PD9-2	7/17	9:00～10:30	第 8 会場
安藤　彰俊	O9　座長	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
安藤　雅樹	PD40-6	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
い				
伊井みず穂	MO57-4	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場⑤
飯島　章子	O9-7	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
飯島　知央	MO81-5	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場④
飯島　　甫	MO56-3	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑤
飯塚　亮二	MO37　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場④
家田　淳史	MO39　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場④
五十嵐　豊	PD3-6	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
五十嵐　遼	O4　座長	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
池上　徹則	MO5　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
池側　　均	MO7　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場①
池田　克也	HS3-1	7/17	17:10～18:00	第 5 会場
池田倫太朗	MO45-3	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場④
池戸　亮治	MO26-2	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場③
池松　慎吾	O9-4	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
勇　将太郎	PD37-5	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
石井恵利佳	MO64　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑥
石井　宣大	PD18　座長	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
	PD15　座長	7/17	15:00～16:30	第 9 会場
	PD36　座長	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
	PD31　座長	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
石井　　亘	MO9　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
石垣　佳織	MO11-4	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場①
石上雄一郎	SP　座長	7/17	11:30～12:20	第 4 会場
	SP-2	7/17	11:30～12:20	第 4 会場
石川　幸司	MO39　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場④
	MO64　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑥

名前	演題番号	月日	時間	会場
石倉　宏恭	MO36　座長	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
石﨑　　貴	SY14-5	7/17	16:05～17:05	第 10 会場
石澤　　嶺	SY1-7	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
石田　泰敬	SY21-4	7/18	15:30～17:00	第 2 会場
石橋　達明	MO8-2	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場①
石橋　尚弥	MO3-3	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
石原　　諭	PD21-3	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
	HS7-4	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
	COL1　座長	オンデマンド		
石原　唯史	MO81　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場④
	MO82　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場④
石村　仁志	SY24-2	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
伊勢　直輝	MO59-5	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
磯川修太郎	MO25　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場③
磯部　勇太	HS9-5	7/18	10:10～11:10	第 11 会場
礒本　泰輔	PD20-6	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
井田　　篤	MO56-2	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑤
板垣　和真	MO70-5	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
市川　宏紀	MO25-4	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場③
	PD14-2	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
市川　元啓	PD4　座長	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
一ノ瀬嘉明	LS9　座長	7/18	12:30～13:30	第 9 会場
一ノ瀬佳彦	O3-8	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
	MO91-1	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
市橋　雅斗	MO74-2	7/18	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
一柳　　保	SY18-5	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
	O3-6	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
	PD19-4	7/17	16:40～18:10	第 11 会場
糸井　康隆	MO29-4	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場③
伊藤　　悟	O9-2	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
伊藤　貴亮	MO17-3	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場②
伊藤　正幸	PD2-4	7/17	16:40～18:10	第 1 会場
伊藤　裕介	MO65-5	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑥
伊藤　優太	PD22-3	7/18	8:30～10:00	第 1 会場
伊東山　剛	MO60　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑥
稲垣　直之	SY29　座長	7/18	8:30～10:00	第 10 会場
稲川宗一郎	MO10-3	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場①
稲田　香澄	O2-5	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
稲田　眞治	MO20　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場②
	HS7　座長	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
稲村　広敏	MO12　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場①
狗巻　洋平	MO15-3	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場②
井上　勝博	PD7-1-3	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
井上　　京	MO77-5	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
井上　　元	SY19-4	7/18	13:50～15:20	第 1 会場
井上　聡子	MO69-2	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥

名前	演題番号	月日	時間	会場
井上　潤一	CL　座長	7/17	8:20～ 8:50	第 1 会場
	SL2　座長	7/18	11:20～12:20	第 1 会場
	COL5　座長	オンデマンド		
井上　貴昭	SY2-3	7/17	15:00～16:30	第 1 会場
	COL5	オンデマンド		
井上　義博	O4　座長	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
井口　浩一	PD38　座長	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
	LS7	7/18	12:30～13:30	第 1 会場
伊部　裕太	MO17　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場②
今井　　駿	MO30-5	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場③
今井　　徹	SY6-2	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
	SY7　座長	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
	LS10　座長	7/18	12:30～13:30	第 10 会場
今井　徳彦	PD37-8	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
今井　良雄	MO50-1	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑤
今城　健吾	O6-4	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
今関　雅晴	PD7-1-4	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
今村　　浩	PD33-5	7/18	13:50～14:50	第 8 会場
井村　春香	PD29-1	7/18	15:30～17:00	第 4 会場
入江　　仁	MO14　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場②
入澤　太郎	PD1-2	7/17	9:00～10:30	第 1 会場
	PD32　座長	7/18	9:40～10:40	第 8 会場
岩内　大佑	O7-8	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
岩﨑　初芽	MO4-2	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場①
岩﨑　　恵	O2-1	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
	HS7　座長	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
岩﨑　安博	MO18　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場②
岩下　具美	PD5-3	7/17	9:00～10:00	第 4 会場
	PD40　座長	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
岩下　眞之	MO19　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場②
岩瀬　史明	SY16-1	7/17	10:40～11:40	第 11 会場
	PD40-7	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
岩瀬　正顕	PD36-5	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
岩田　卓也	MO80-5	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
岩田　昌紘	MO17-5	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場②
岩渕　　聡	P/C1-2	7/17	11:10～12:10	第 3 会場
岩元　悠輔	MO22　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場②
石見　　拓	PD1-1	7/17	9:00～10:30	第 1 会場
	PD2　座長	7/17	16:40～18:10	第 1 会場

う

植嶋　利文	LS4	7/17	12:30～13:30	第 10 会場
上田　晶彦	MO1　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場①
上田　和正	MO38　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場④
上田　浩平	MO14-5	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場②
上田　　聡	SY4-1	7/17	15:00～16:30	第 2 会場
上田　敬博	SY12　座長	7/17	15:00～16:00	第 6 会場
上田奈緒美	SY26-2	7/18	13:50～14:50	第 6 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
上田　泰憲	MO34-4	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場③
上田　有紀	PD6-1	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
上地　完和	MO76-2	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場②
上中　千晶	SY27-2	7/18	8:30～10:00	第 7 会場
上野　恵子	O3-3	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
上原　　淳	MO86-1	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
上見　　崇	MO50-4	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑤
上村　亮介	MO37-5	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場④
鵜飼　　勲	PD7-2　座長	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
牛山　幸世	MO42-1	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場④
臼井　彩夏	MO75-6	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②
臼井　亮介	MO27　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場③
宇田川美南	MO19-5	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場②
内田　　淳	MO75　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②
内田　　勇	MO54-4	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑤
内田健一郎	PD5　座長	7/17	9:00～10:00	第 4 会場
内田　里実	SY31-5	7/18	13:50～15:20	第 12 会場
内海　風花	SY11-2	7/17	10:40～12:10	第 6 会場
宇内　大祐	PD7-2　座長	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
馬橋美由季	PD8-6	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
楳座　憲正	PD27-3	7/18	9:40～11:10	第 4 会場
梅原せいら	MO74　座長	7/18	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
梅村　　穣	SY27　座長	7/18	8:30～10:00	第 7 会場
	PD26-3	7/18	13:50～15:20	第 3 会場
浦上　雄平	MO13　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
漆原直一郎	MO60-5	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑥
え				
永樂　　学	MO73-3	7/18	8:30～ 9:00	ミニオーラル会場②
江川　香奈	MO28-1	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場③
江川　健太	MO83-6	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
	MO83-7	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
江口　英人	PD38-3	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
江﨑　留奈	PD32-1	7/18	9:40～10:40	第 8 会場
	PD34-1	7/18	16:00～17:00	第 8 会場
江藤　貴樹	O6-6	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
榎　　健斗	MO81-3	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
海老名柊聖	MO36-4	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
蛯原　　健	MO83-8	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
遠藤信太郎	MO43-4	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
圓見　　将	MO52-2	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑤
お				
及川　　瞬	MO76-5	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場②
王　　徳雄	MO46-4	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場④
王子野　豊	MO89-6	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
大饗　和憲	PD38-4	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
大井真里奈	MO71　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①

名前	演題番号	月日	時間	会場
大井　基弘	MO88-7	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
大石　　奨	MO66-2	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑥
大石　泰男	MO35　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場③
大内　久実	MO72-2	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場①
大浦　駿介	MO68-5	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑥
大鋸　立邦	SY21-2	7/18	15:30～17:00	第 2 会場
大川　　絢	MO53-2	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑤
大川　昂征	MO90-8	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
大河原治平	HS5　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 4 会場
大木　俊一	MO50-5	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑤
大口　理恵	SY26-1	7/18	13:50～14:50	第 6 会場
大倉　淑寛	MO54-3	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑤
大黒　健太	SY10-2	7/17	9:00～10:00	第 6 会場
大澤　伸恕	O6-8	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
大鹿　美花	O5-5	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
大嶋　清宏	SY21-1	7/18	15:30～17:00	第 2 会場
大下慎一郎	LS6	7/17	12:30～13:30	第 12 会場
	SY4　座長	7/17	15:00～16:30	第 2 会場
大城　慶典	MO2-4	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場①
大城　佑馬	P/C3-2	7/17	9:00～10:30	第 10 会場
大須賀章倫	PD3-1	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
太田　育夫	HS1-3	7/17	10:35～11:25	第 4 会場
太田　浩平	SY6-6	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
大田　倖也	MO22-3	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場②
太田　真司	SY30-1	7/18	13:50～15:20	第 11 会場
太田　　友	MO37　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場④
	HS6-4	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場
太田　裕子	PD11-4	7/17	15:00～16:00	第 8 会場
	SY25-2	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
大滝　達也	MO29-2	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場③
	SY5-6	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
大瀧　友紀	MO63　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑥
大瀧　好美	MO31-4	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場③
大竹茉祐子	SY31-2	7/18	13:50～15:20	第 12 会場
大谷　翔一	MO75　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②
大谷　典生	SY24-5	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
大谷　浩史	MO66-3	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑥
	O9-1	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
大谷　旨輝	MO76-4	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場②
大塚　麻樹	EL2	7/18	10:10～11:10	第 1 会場
	SY28-1	7/18	14:55～15:55	第 8 会場
大塚　恭寛	MO2-3	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場①
大西　新介	HS9-1	7/18	10:10～11:10	第 11 会場
大西　光雄	P/C1　座長	7/17	11:10～12:10	第 3 会場
	SY25　座長	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
	COL1	オンデマンド		
大西　　裕	LS2　座長	7/17	12:30～13:30	第 3 会場
大貫　隆広	MO77-2	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③

名前	演題番号	月日	時間	会場
大野　治	PD40-5	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
大野　和史	PSY-3	7/16	13:00～14:30	第 2 会場
大場　次郎	MO28-4	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場③
大場雄一郎	BC1	オンデマンド		
大場　義史	MO72　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場①
大橋　瑞貴	MO2-2	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場①
大畑　沙椰	O4-7	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
大保　勇	PD14-3	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
大前　星佳	PD26-2	7/18	13:50～15:20	第 3 会場
大松健太郎	MO83　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
近江　光	MO3　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
大本　寛之	MO5　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
大本　亮輔	PD3-4	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
大桃　丈知	MO28-2	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場③
大森　達矢	MO34-2	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場③
大屋　悠真	MO49-1	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑤
大山　采夏	MO67-3	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑥
大和田　均	MO9-1	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
小笠原崇将	O8-1	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
小笠原亮太	PD16-1	7/17	16:40～18:10	第 9 会場
	PD35　座長	7/18	8:30～10:00	第 9 会場
岡田　竜熙	MO82-1	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場④
岡田　直己	SY16-4	7/17	10:40～11:40	第 11 会場
	LS9	7/18	12:30～13:30	第 9 会場
岡田　真澄	PD35-2	7/18	8:30～10:00	第 9 会場
岡林　志穂	PD29-2	7/18	15:30～17:00	第 4 会場
岡村　康平	MO9-5	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
岡本　啓志	MO4-3	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場①
岡本　博之	MO58-2	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場⑤
小川　晃一	MO88-9	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
小川　太志	O3-2	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
小川　史洋	ICLS-4	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
奥田龍一郎	MO6-3	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場①
奥出　聡	SY11-5	7/17	10:40～12:10	第 6 会場
奥野　憲司	SY17　座長	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
奥畑　裕人	MO63　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑥
奥山智紗子	MO7　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場①
奥山　学	PD39-5	7/18	15:30～17:00	第 11 会場
小椋奈津子	SY27-4	7/18	8:30～10:00	第 7 会場
小倉　裕司	SY21　座長	7/18	15:30～17:00	第 2 会場
尾﨑あかね	MO19-2	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場②
尾﨑　洸希	PD4-2	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
尾﨑　大輝	MO82-5	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場④
小澤　智紀	MO78　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③
小澤　優貴	PD12-2	7/17	17:10～18:10	第 8 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
織田　順	SY6　座長	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
	HS10-3	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
	LS12　座長	7/18	12:30～13:30	第 12 会場
	SY30　座長	7/18	13:50～15:20	第 11 会場
小田　亮介	MO11　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場①
小田原愛奈	MO87-8	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
小田原一哉	MO37-3	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場④
乙宗佳奈子	MO65-2	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑥
尾中　秀行	MO25-1	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場③
小野　秀	O2-7	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
小野　文子	MO50　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑤
小野木堂人	O1-8	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
小野寺　誠	HS1-4	7/17	10:35～11:25	第 4 会場
小野寺政幸	O9-5	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
尾花　裕太	MO69-6	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
小原衣未里	MO18-2	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場②
折戸　直樹	MO20-1	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場②
女川　陽生	MO83-5	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤

か

柿　佑樹	PD23-2	7/18	15:30～17:00	第 1 会場
垣沼　智之	MO85-6	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
垣根　美幸	MO19-4	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場②
賀来　典之	MO43　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場④
覚本　雅也	MO6-4	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場①
笠岡　俊志	MO29-5	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場③
笠原　美紀	MO45-4	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場④
加地　正人	MO87　座長	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
柏浦　正広	MO46　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場④
梶野健太郎	LS8　座長	7/18	12:30～13:30	第 3 会場
鹿島　秀明	MO55-2	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑤
加城　雄平	MO89-2	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
柏原　陽平	SY22-3	7/18	15:30～17:00	第 3 会場
鹿瀬　陽一	PD24-5	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
綛谷　哲也	LS10-2	7/18	12:30～13:30	第 10 会場
片山　拓人	MO68-3	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑥
片山　健朗	O5-3	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
片山　直広	O1-4	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
片山　祐介	MO52-1	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑤
	PD6　座長	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
片山　侑紀	SY22-4	7/18	15:30～17:00	第 3 会場
勝木　竜介	MO5-1	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
桂原　貴志	MO8-5	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場①
加藤　晃子	SY28-2	7/18	14:55～15:55	第 8 会場
加藤　晶人	MO86-7	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
加藤　敦	MO41-3	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場④
加藤　源太	SY2-5	7/17	15:00～16:30	第 1 会場
加藤　正哉	PSY　座長	7/16	13:00～14:30	第 2 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
加藤　孝昭	PD13　座長	7/17	9:00～10:30	第 9 会場
	PD20-7	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
	PD15-1	7/17	15:00～16:30	第 9 会場
加藤　智子	MO64-3	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑥
加藤　夏美	PD18-5	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
加藤　　宏	PD23-4	7/18	15:30～17:00	第 1 会場
角谷　香保	MO89-4	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
門野めぐみ	MO18-4	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場②
金川　陽亮	MO36-3	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
金光　史恵	P/C2-2	7/17	9:00～10:00	第 5 会場
金山　周史	MO84　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
金山　秀和	SY29-4	7/18	8:30～10:00	第 10 会場
金山　　悠	SY31　座長	7/18	13:50～15:20	第 12 会場
	PD41-4	7/18	15:30～17:00	第 12 会場
金子　泰也	MO85-4	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
狩野　謙一	SY1-8	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
加納　誠也	MO11　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場①
加納　正也	PD18-1	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
上岡　晃一	PD16-4	7/17	16:40～18:10	第 9 会場
	PD36-3	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
上久保　敦	PD27　座長	7/18	9:40～11:10	第 4 会場
神谷　侑画	MO80　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
上村　俊太	MO24-2	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場③
上本　悠介	MO17-2	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場②
神谷　一樹	MO86-4	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
鴎端　洋人	PD6-2	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
河井　伸午	PD26-4	7/18	13:50～15:20	第 3 会場
川井　廉之	MO49-4	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑤
河上　　誠	O3-1	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
川上　良太	MO21-2	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場②
川口　博資	PD25　座長	7/18	9:40～11:10	第 3 会場
川﨑　知美	PD37-7	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
川島　裕明	SY7-4	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
	SY22　座長	7/18	15:30～17:00	第 3 会場
川尻　将守	MO23-1	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
	PD35-3	7/18	8:30～10:00	第 9 会場
川澄　　駿	MO37-2	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場④
川田　裕己	MO84-5	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
河中　拓郎	MO8-1	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場①
川端　　輝	PD31-5	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
川畑　和也	MO62-4	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑥
川原千香子	PD24　座長	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
	SY31　座長	7/18	13:50～15:20	第 12 会場
川邉　正和	SY8-2	7/17	15:00～16:30	第 4 会場
河間　俊成	HS6-5	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場
川前　隆一	MO78-4	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③
河村　聡志	MO57-5	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場⑤
河村　将熙	PD16-2	7/17	16:40～18:10	第 9 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
川村　勇樹	O2-3	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
河本健太郎	MO89-8	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
川本　匡規	PD38-2	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
ｶﾝｶｰﾆｹﾞｻﾁﾝ	MO53-5	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑤
菅家まなみ	MO63-2	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑥
神田　　潤	SY1-2	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
	LS1-2	7/17	12:30～13:30	第 1 会場
金苗　幹典	MO67　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑥
神成　千穂	PD20-3	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
菅野　弘明	MO27-1	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場③
神原　淳一	P/C3-3	7/17	9:00～10:30	第 10 会場
神原　永長	MO32　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場③

き

木内　賢一	MO5-3	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
菊川　忠臣	O1-1	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
	O1-2	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
	MO83-2	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
喜久里 さつき	MO3-5	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
木口　雄之	PD1　座長	7/17	9:00～10:30	第 1 会場
	PD24-3	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
	PD41　座長	7/18	15:30～17:00	第 12 会場
菊池　晴斗	PD31-6	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
菊地　　桃	PD11-1	7/17	15:00～16:00	第 8 会場
岸　　正司	HS3　座長	7/17	17:10～18:00	第 5 会場
岸本　吉登	SY31-1	7/18	13:50～15:20	第 12 会場
北川雄一郎	LS10-1	7/18	12:30～13:30	第 10 会場
北島　健士	MO80-2	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
北島　大悟	MO65-1	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑥
北野信之介	SY17-3	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
北村　愛子	EL3	7/18	10:30～11:30	第 2 会場
喜多村まゆ	MO44-4	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場④
喜納　　誠	MO83-4	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
喜熨斗智也	SY18　座長	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
	HS6　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場
木下　喬弘	LS11	7/18	12:30～13:30	第 11 会場
木下　哲男	PSY-1	7/16	13:00～14:30	第 2 会場
木村　歩美	MO79-4	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場③
木村　賢次	PD33-1	7/18	13:50～14:50	第 8 会場
木村　拓哉	MO7-1	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場①
木村　信広	HS5-4	7/18	8:30～ 9:30	第 4 会場
木村　星斗	MO76-1	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場②
木村　政義	SY17-2	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
	PD35-1	7/18	8:30～10:00	第 9 会場
木村　美月	MO59-2	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
木村　義成	PD2-2	7/17	16:40～18:10	第 1 会場
木村　　龍	MO43-2	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場④

名前	演題番号	月日	時間	会場
木本　慧	PD1-4	7/17	9:00～10:30	第 1 会場
	PD40-8	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
木本　志帆	MO91-4	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
木本　富子	MO1-3	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場①
木本　祐太	SY12-3	7/17	15:00～16:00	第 6 会場
清田　和也	PD25　座長	7/18	9:40～11:10	第 3 会場
桐淵　博	SY28-5	7/18	14:55～15:55	第 8 会場
く				
九鬼　大作	MO54-1	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑤
櫛引　健史	O8-4	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
久志本愛莉	MO36　座長	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
工藤　輝	MO47-5	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
国武　和也	MO81　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場④
國塚　久法	MO36-9	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
久野　将宗	SY14　座長	7/17	16:05～17:05	第 10 会場
久保　敦士	O9-3	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
久保　貴嗣	SY12-1	7/17	15:00～16:00	第 6 会場
窪田　武哲	MO1-4	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場①
久保田千景	PD19　座長	7/17	16:40～18:10	第 11 会場
久保田美樹	PD38-6	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
久保田芽里	PD9　座長	7/17	9:00～10:30	第 8 会場
熊谷　毅	MO43　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場④
倉田　秀明	SY16　座長	7/17	10:40～11:40	第 11 会場
栗山　桂一	MO55　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑤
黒岩信太郎	MO84-4	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
黒﨑　久訓	MO35-5	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場③
黒住　晃	MO67　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑥
黒田　知暉	O5-7	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
黒田　舞子	PD10-2	7/17	10:40～12:10	第 8 会場
黒田　泰弘	SY9　座長	7/17	10:05～11:05	第 5 会場
桑原　匠平	MO32-3	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場③
桑原　達朗	MO84-6	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
桑原　正篤	PD41-2	7/18	15:30～17:00	第 12 会場
こ				
小家　沙織	MO63-4	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑥
小池　朋孝	PD24-6	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
小出　正樹	MO10-4	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場①
河野　淳	PD28-2	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
髙麗　貴史	MO75-2	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②
古賀比奈子	MO44-1	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場④
國分　佑紀	SY20-1	7/18	13:50～15:20	第 2 会場
小﨑　吉訓	MO73　座長	7/18	8:30～ 9:00	ミニオーラル会場②
小塩　輝光	MO51-1	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑤
小島　正大	MO74-5	7/18	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
小島　光博	O5-6	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
古谷　晃紀	P/C1-4	7/17	11:10～12:10	第 3 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
小谷　和秀	MO20-3	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場②
小谷　聡司	SY22-1	7/18	15:30～17:00	第 3 会場
小玉　響平	MO58-4	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場⑤
兒玉　尚亮	MO36-5	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
小峠　和希	MO2　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場①
小西　梓	MO78-2	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③
小西　一樹	PD20-1	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
小延　俊文	MO41-2	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場④
小橋　大輔	PD21-7	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
小林　純也	SY23-4	7/18	9:40～11:10	第 5 会場
小林　春香	O3-5	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
小林　誠人	PD7-2-3	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
小林　正宜	SY8-3	7/17	15:00～16:30	第 4 会場
小林　洋平	MO32-4	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場③
小船　千尋	PD41-5	7/18	15:30～17:00	第 12 会場
小松　宗	MO14　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場②
小松　義輝	PD32　座長	7/18	9:40～10:40	第 8 会場
	PD34-4	7/18	16:00～17:00	第 8 会場
駒野　敬行	PD11-2	7/17	15:00～16:00	第 8 会場
五味　誠	PD19　座長	7/17	16:40～18:10	第 11 会場
小森　大輝	MO52-5	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑤
小宅　海人	O6-3	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
古山　歩夢	MO41-4	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場④
小山　泰明	SY5-3	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
近藤　圭太	MO41-1	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場④
近藤　優樹	MO44-3	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場④
紺野　岳之	MO81-6	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場④
さ				
齋藤　兄治	MO24-4	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場③
齋藤　健吾	MO62-2	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑥
齋藤　汐海	MO83-3	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
齋藤　駿佑	MO7-5	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場①
斉藤　大介	MO41　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場④
齋藤　友厚	SY5-4	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
斉藤　徳子	MO76　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場②
齋藤　速人	SY5-5	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
齊藤　福樹	MO62　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑥
齊藤　将之	SY15-4	7/17	17:10～18:10	第 10 会場
齋藤　靖弘	SY6-5	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
	P/C1　座長	7/17	11:10～12:10	第 3 会場
齊藤　良玄	MO91-6	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
佐尾山裕生	SY4　座長	7/17	15:00～16:30	第 2 会場
坂　真衣	SY15-3	7/17	17:10～18:10	第 10 会場
酒井　俊輔	MO75-5	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②
酒井　貴章	MO40-3	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場④
酒井　智彦	PD21-6	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
	SY23　座長	7/18	9:40～11:10	第 5 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
阪井　雅	PD27-5	7/18	9:40～11:10	第 4 会場
酒井　康弘	PD26　座長	7/18	13:50～15:20	第 3 会場
阪内麻里子	MO31-5	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場③
榊原　謙	SY13-5	7/17	15:00～16:00	第 10 会場
坂口　英児	MO82-2	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場④
坂梨　秀地	MO25　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場③
	PSY-5	7/16	13:00～14:30	第 2 会場
坂本　彩香	MO91-3	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
阪本　太吾	SY23-3	7/18	9:40～11:10	第 5 会場
酒本　瑞姫	MO86-8	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
崎山　寛大	O6-1	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
佐久間佑希	MO1-2	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場①
櫻井　淳	SY5　座長	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
迫田　紀穂	MO40-4	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場④
笹尾　駿介	MO13-2	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
笹岡　秀之	PD9-4	7/17	9:00～10:30	第 8 会場
佐々木和浩	MO86　座長	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
佐々木慎理	PD13-5	7/17	9:00～10:30	第 9 会場
	PD16　座長	7/17	16:40～18:10	第 9 会場
佐々木　健	MO67-1	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑥
佐々木秀志	PD40-4	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
佐々木史哉	PD28-7	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
佐々木雄作	MO48　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑤
笹島　弘章	MO33-2	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場③
佐藤あいり	O4-2	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
佐藤　圭介	PD11　座長	7/17	15:00～16:00	第 8 会場
佐藤昂太朗	MO64-4	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑥
佐藤　史織	PD10-4	7/17	10:40～12:10	第 8 会場
佐藤　淳	MO60　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑥
佐藤　大地	MO61-2	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑥
	HS7-3	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
佐藤　智人	SY6-7	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
佐藤　朝之	O3-4	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
	SY2　座長	7/17	15:00～16:30	第 1 会場
佐藤　直仁	MO23-5	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
佐道　康次	MO5-4	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
佐藤　優衣	MO80-4	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
佐藤　雄紀	MO42-3	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場④
佐藤　由佳	HS9-4	7/18	10:10～11:10	第 11 会場
佐藤　洋祐	SY7-1	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
更科　陽子	MO55-3	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑤
澤　亮志	O4-8	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
澤井　彰	PD6-5	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
澤田　仁	MO55　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑤
澤田　美和	MO16-4	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場②
沢本　圭悟	SY1-4	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
三平　りさ	PD22　座長	7/18	8:30～10:00	第 1 会場
	PD22-1	7/18	8:30～10:00	第 1 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
し				
椎野　泰和	PD4-7	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
塩谷　壮史	PD37-6	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
塩原　結衣	PD31-1	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
塩見　直人	HS7-1	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
塩山 愛加里	PD22-5	7/18	8:30～10:00	第 1 会場
式場　智史	MO13-5	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
重田　光貴	PD23-5	7/18	15:30～17:00	第 1 会場
志田　和貴	MO52-3	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑤
七戸　康夫	SY3　座長	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
篠田　香恵	SY15　座長	7/17	17:10～18:10	第 10 会場
篠塚　健	MO77-8	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
篠塚　雄希	MO4-5	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場①
四宮　祥恵	MO4　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場①
柴　將人	MO36-6	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
柴田　啓智	EL1	7/17	15:00～16:00	第 12 会場
	PD25-2	7/18	9:40～11:10	第 3 会場
柴田　尚明	O8　座長	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
柴田　泰史	PD8-4	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
芝田　里花	PD29　座長	7/18	15:30～17:00	第 4 会場
澁谷　勝之	HS10-2	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
澁谷侑季奈	MO78-1	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③
島　加奈子	MO17-4	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場②
島田　英佳	MO17-1	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場②
島田　和樹	MO87-1	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
島田　拓哉	MO86-6	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
島田　雅仁	MO52-4	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑤
島谷　佳見	MO85-5	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
島津　和久	PD12-4	7/17	17:10～18:10	第 8 会場
嶋津　宏基	MO4-1	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場①
島本まどか	PD11-3	7/17	15:00～16:00	第 8 会場
清水健太郎	MO1　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場①
清水　直樹	PD41-3	7/18	15:30～17:00	第 12 会場
志村　知子	SY26　座長	7/18	13:50～14:50	第 6 会場
下崎　優花	MO88-3	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
下条　佳怜	PD3-5	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
下野圭一郎	SY23-2	7/18	9:40～11:10	第 5 会場
下村　周嗣	MO85-3	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
周藤　信博	SY13-3	7/17	15:00～16:00	第 10 会場
宿谷　光則	O7-5	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
庄古　知久	SY28　座長	7/18	14:55～15:55	第 8 会場
	COL2　座長	オンデマンド		
庄司　朋行	MO5-5	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
庄子　稔	MO66-5	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑥
庄司　航	MO18-3	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場②
正野　広輝	MO39-5	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場④
城野　博史	HS8　座長	7/18	10:10～11:00	第 10 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
白髪裕二郎	PD15-3	7/17	15:00～16:30	第 9 会場
白鳥　陽子	MO68　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑥
白藤　優佳	MO39-3	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場④
城　　航平	MO59-3	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
城川　雅光	O8-2	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
新里　盛朗	MO45-5	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場④
信藤　麻友	PD33-2	7/18	13:50～14:50	第 8 会場
新屋　秀斗	MO22-5	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場②
新屋　俊樹	MO13-4	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
す				
末吉孝一郎	MO68　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑥
須賀涼太郎	PD18-2	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
菅　　繕久	LS2	7/17	12:30～13:30	第 3 会場
菅井　一真	MO80-1	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
菅森　　歩	PD31-4	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
菅原　　諭	MO68-1	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑥
杉浦　宏亮	MO82-4	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場④
杉澤　一茂	O5-1	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
杉田　　学	COL3　座長	オンデマンド		
杉本　　悠	SY24-4	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
杉本　　龍	MO71-1	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
杉山　茉祐	MO22　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場②
杉山　佑基	MO64-5	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑥
須郷加奈子	MO71-4	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
諏佐　裕登	O1　座長	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
鈴木　景子	MO80　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
鈴木　啓太	MO90-7	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
鈴木　健介	SY21-5	7/18	15:30～17:00	第 2 会場
鈴木　康介	MO87-5	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
鈴木　　諭	MO29-3	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場③
鈴木　秀聖	MO12-2	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場①
鈴木　真也	LS2	7/17	12:30～13:30	第 3 会場
鈴木　貴也	MO61-5	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑥
鈴木　達也	O7-2	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
鈴木　希海	PD18-3	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
鈴木　陽和	MO57-3	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場⑤
鈴木　裕貴	MO62-3	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑥
鈴木　寛也	MO28-5	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場③
鈴木　寛代	PD29-3	7/18	15:30～17:00	第 4 会場
鈴木　雅大	MO23-4	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
鈴木　優伍	MO1-5	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場①
鈴木　悠也	SY1-5	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
鈴木　陽介	MO74-1	7/18	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
鈴木　善樹	SY6-3	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
須田　志優	HS3-5	7/17	17:10～18:00	第 5 会場
須田　貴之	MO55-5	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑤
諏訪部　桂	PD10-5	7/17	10:40～12:10	第 8 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
せ				
瀬尾　亮太	MO54-2	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑤
瀬川　悠史	PD4-5	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
関　謙太郎	MO57　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場⑤
関　由起子	MO90-5	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
	SY28-4	7/18	14:55～15:55	第 8 会場
関根　和弘	HS3　座長	7/17	17:10～18:00	第 5 会場
	MO70-4	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
関谷　裕美	SY7-2	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
説田　守道	PD27-2	7/18	9:40～11:10	第 4 会場
瀬沼　耕一	MO66-1	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑥
世良　俊樹	HS4　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 3 会場
そ				
惣田　　碧	O4-5	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
早乙女乃愛	MO38-3	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場④
相馬進之介	HS8-1	7/18	10:10～11:00	第 10 会場
相馬　　希	PD15-4	7/17	15:00～16:30	第 9 会場
添田　　博	SY15　座長	7/17	17:10～18:10	第 10 会場
苑田　裕樹	HS9　座長	7/18	10:10～11:10	第 11 会場
反町光太朗	MO30-4	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場③
た				
大角　　侑	MO64-1	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑥
醍醐　一也	MO86-5	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
高井　信行	MO14-4	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場②
高井　泰宏	O5-8	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
高尾　弘志	PD32-2	7/18	9:40～10:40	第 8 会場
髙木　淳志	PD30-5	7/18	8:30～10:00	第 6 会場
髙倉　永治	PD7-1-2	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
髙澤　信哉	MO15-1	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場②
高芝　朋子	MO89-9	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
髙嶋　弘継	SY3-5	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
高須　公介	MO53-4	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑤
髙田　康平	HS5-3	7/18	8:30～ 9:30	第 4 会場
髙田　豪士	MO70-6	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
高田　涼太	PD7-2-4	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
髙辻福太郎	MO73-5	7/18	8:30～ 9:00	ミニオーラル会場②
高野　啓佑	MO20-5	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場②
髙橋　貴美	SY18-4	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
高橋　　功	SY13-2	7/17	15:00～16:00	第 10 会場
髙橋　貴行	PD12-1	7/17	17:10～18:10	第 8 会場
	MO70　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
髙橋　　健	O8-3	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
髙橋　尚暉	SY12-2	7/17	15:00～16:00	第 6 会場
髙橋　直樹	MO35　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場③
髙橋　伸光	PD14　座長	7/17	10:40～12:10	第 9 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
髙橋　紀貴	SY27-3	7/18	8:30～10:00	第 7 会場
高橋　治花	SY1-6	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
髙橋　治花	SY14-2	7/17	16:05～17:05	第 10 会場
高橋　宏樹	MO26-1	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場③
高橋　大樹	JERT　座長	7/18	15:30～16:30	第 9 会場
高橋　未来	HS8-4	7/18	10:10～11:00	第 10 会場
高橋　佑典	MO67-2	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑥
髙橋　葉子	MO83-1	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
髙平　修二	ICLS　座長	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
高間　辰雄	SY19-5	7/18	13:50～15:20	第 1 会場
高松　純平	HS1-2	7/17	10:35～11:25	第 4 会場
	EL4　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 8 会場
	EL4-1	7/18	8:30～ 9:30	第 8 会場
田上　　隆	PD3　座長	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
高山　和之	MO34　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場③
髙山　泰広	HS2-7	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
高山　祐輔	SY14-3	7/17	16:05～17:05	第 10 会場
瀧上　和也	MO13-1	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
田久　浩志	MO46-3	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場④
田口　健蔵	PD21　座長	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
田口　茂正	MO69　座長	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
田口　　大	HS4-4	7/18	8:30～ 9:30	第 3 会場
竹井　英人	PD34-5	7/18	16:00～17:00	第 8 会場
竹井　　豊	MO8　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場①
竹内　一郎	SY2　座長	7/17	15:00～16:30	第 1 会場
	SY2-1	7/17	15:00～16:30	第 1 会場
	PD21-2	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
	SY30　座長	7/18	13:50～15:20	第 11 会場
	SY30-5	7/18	13:50～15:20	第 11 会場
竹内　太優	MO18-5	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場②
竹内　一貴	MO46-2	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場④
竹内　裕一	HS10-6	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
竹川　雅人	MO71-6	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
竹川　良介	SY5-2	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
竹下　太郎	PD35-4	7/18	8:30～10:00	第 9 会場
竹島　茂人	SY3-2	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
武田　瑛司	MO20-4	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場②
武田　元樹	SY15-2	7/17	17:10～18:10	第 10 会場
武田　　聡	PD24-1	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
武田　多一	PD23　座長	7/18	15:30～17:00	第 1 会場
武田悠莉子	MO12-3	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場①
竹中　祐介	MO36-8	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
竹野　大介	MO15-2	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場②
竹原　千夏	SY29-5	7/18	8:30～10:00	第 10 会場
武宮　陽道	MO89-5	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
竹村　成秀	MO16　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場②
武本　泰典	MO9　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
	PD27　座長	7/18	9:40～11:10	第 4 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
武山　佳洋	PD39　座長	7/18	15:30～17:00	第 11 会場
田﨑　　修	O5　座長	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
田﨑　修平	HS1-5	7/17	10:35～11:25	第 4 会場
田島　典夫	HS2　座長	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
	PD37-2	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
田代　恵太	MO16　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場②
田代　雅実	MO67-4	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑥
立川　温子	O5　座長	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
舘野丈太郎	MO49-2	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑤
橘　　大仁	MO69-7	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
立石　裕樹	SY6-4	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
立松　健二	O1-3	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
田中　啓司	PD8-3	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
田中　翔大	MO70-8	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
田中　　心	PD20-2	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
田中　大貴	PD28-3	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
田中　太郎	MO74-4	7/18	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
田中　秀治	SY18-1	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
	LS5　座長	7/17	12:30～13:30	第 11 会場
	LS5-2	7/17	12:30～13:30	第 11 会場
	PD27-6	7/18	9:40～11:10	第 4 会場
	LS8-1	7/18	12:30～13:30	第 3 会場
	PSY　座長	7/16	13:00～14:30	第 2 会場
田中　優太	MO23-7	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
田中　　航	MO10　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場①
田邊　翔太	PD24-4	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
	HS9-2	7/18	10:10～11:10	第 11 会場
田邉　晴山	SY18　座長	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
	SY13-1	7/17	15:00～16:00	第 10 会場
	PD28-4	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
	BC3　座長	オンデマンド		
田辺　利彰	MO87-2	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
田邊　祐二	MO35-2	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場③
田辺　裕介	MO72-4	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場①
谷　　昌純	MO14-3	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場②
谷　　峰穂	SY25-4	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
谷井　梨美	PD24　座長	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
谷口健太郎	PD23-3	7/18	15:30～17:00	第 1 会場
谷口　　寿	MO2-1	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場①
谷村　仁志	HS7-6	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
田之頭敏志	PD9-3	7/17	9:00～10:30	第 8 会場
田之口　剛	MO89-3	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
田畑　慶多	HS4-2	7/18	8:30～ 9:30	第 3 会場
玉垣　圭祐	MO27　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場③
田村研太郎	MO78-3	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③
田村　隆二	MO61-4	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑥
田村　　亮	PD10-3	7/17	10:40～12:10	第 8 会場
垂水　庸子	HS2-2	7/17	11:10～12:20	第 5 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
丹藤　耕平	MO1-1	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場①
丹野　翔五	MO66　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑥
丹保亜希仁	ICLS-6	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
段林　正明	MO29　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場③
ち				
陳　美仁子	SY13-4	7/17	15:00～16:00	第 10 会場
千代　孝夫	MO54-5	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑤
知念　　巧	MO6-5	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場①
茅野　俊幸	MO4-4	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場①
	HS5-2	7/18	8:30～ 9:30	第 4 会場
千葉　　僚	O7　座長	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
	O7-1	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
千葉　秀歳	SY17-4	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
張　　賢司	MO48-2	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑤
陳　　雨晟	MO14-2	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場②
つ				
塚越　千尋	SY9-2	7/17	10:05～11:05	第 5 会場
塚本　裕貴	PD25-3	7/18	9:40～11:10	第 3 会場
辻　　正一	PD5-1	7/17	9:00～10:00	第 4 会場
津塩　昌子	SY8-4	7/17	15:00～16:30	第 4 会場
對馬　峻太	MO52　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑤
辻本　麻愉	MO23　座長	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
津田　雅庸	P/C3　座長	7/17	9:00～10:30	第 10 会場
津田　喜裕	PD12　座長	7/17	17:10～18:10	第 8 会場
土屋　翔平	O8-7	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
筒井　悠巴	O2-4	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
鶴岡　　信	SY3-4	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
鶴田　良介	HS9　座長	7/18	10:10～11:10	第 11 会場
て				
寺石　恭輔	MO42-2	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場④
寺澤　誠人	SY20-2	7/18	13:50～15:20	第 2 会場
寺島　　良	MO71-3	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
寺林　晃輝	MO79-3	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場③
寺本　昇生	O3　座長	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
寺山　毅郎	MO16-5	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場②
照沼　　響	MO62-1	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑥
と				
問田　千晶	PD28　座長	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
遠矢　　希	MO82　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場④
遠山　笑里	MO61　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑥
富樫　玲奈	PD31-2	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
徳田　雅之	MO73-4	7/18	8:30～ 9:00	ミニオーラル会場②
都甲　卓樹	MO35-1	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場③
登坂　直規	HS6-3	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
冨岡小百合	SY11　座長	7/17	10:40～12:10	第 6 会場
	MO57　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場⑤
冨岡　譲二	MO28　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場③
	COL4　座長	オンデマンド		
冨岡　正雄	SY10　座長	7/17	9:00～10:00	第 6 会場
富田彩友己	SY20-5	7/18	13:50～15:20	第 2 会場
富田　佳賢	MO59-1	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
富村　武司	MO88-4	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
巴　美菜子	SY9-3	7/17	10:05～11:05	第 5 会場
友利　幸大	MO61-3	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑥
外山　　元	MO34-1	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場③
豊田　　泉	MO10　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場①
豊田　信之	MO66　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑥
な				
内藤　　翼	O4-3	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
直江　康孝	MO56-1	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑤
中　　智章	O6　座長	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
中井　俊輔	SY9-1	7/17	10:05～11:05	第 5 会場
中井　慎一	MO32-2	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場③
永井　雄平	MO12-4	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場①
中江　晴彦	PD5　座長	7/17	9:00～10:00	第 4 会場
中尾俊一郎	PD39-4	7/18	15:30～17:00	第 11 会場
中尾　彰太	PD38　座長	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
	LS7　座長	7/18	12:30～13:30	第 1 会場
	COL2	オンデマンド		
中尾　隆美	MO69-4	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
中尾　博之	PD17　座長	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
中尾　光男	MO6-2	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場①
長岡　敏信	EL4-4	7/18	8:30～ 9:30	第 8 会場
中川　洸志	LS5-1	7/17	12:30～13:30	第 11 会場
	PSY-4	7/16	13:00～14:30	第 2 会場
中川　貴仁	MO70-3	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
中川　雄公	SY22-2	7/18	15:30～17:00	第 3 会場
中下　備生	MO63-1	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑥
中島　和洋	MO77-7	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
中島　康佑	PD15-5	7/17	15:00～16:30	第 9 会場
中島　千里	O9-6	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
中島　靖浩	MO46　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場④
永嶋　　太	PD39-3	7/18	15:30～17:00	第 11 会場
中島　瑠南	MO80-8	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
中条　　誠	MO88-8	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
長田　雄大	MO22-4	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場②
永田　高志	SY1-3	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
	SY23-6	7/18	9:40～11:10	第 5 会場
中田　貴士	SY10-3	7/17	9:00～10:00	第 6 会場
中田　達也	PD21-4	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
中田　正明	PD33　座長	7/18	13:50～14:50	第 8 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
中田　康城	MO37-4	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
中武　桃華	MO23-3	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
中西　泰造	SY19-3	7/18	13:50～15:20	第 1 会場
中西　拓也	PD16-6	7/17	16:40～18:10	第 9 会場
中西　初実	MO77-6	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
長沼　史朗	HS3-4	7/17	17:10～18:00	第 5 会場
永野　江里	MO88-6	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
長野　庄貴	PD2-6	7/17	16:40～18:10	第 1 会場
	PD37-3	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
永野　義武	HS1　座長	7/17	10:35～11:25	第 4 会場
	SY13　座長	7/17	15:00～16:00	第 10 会場
中林　隼斗	P/C1-1	7/17	11:10～12:10	第 3 会場
永渕　克弥	PD20　座長	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
	PD31　座長	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
中堀　泰賢	SY11　座長	7/17	10:40～12:10	第 6 会場
	LS3　座長	7/17	12:30～13:30	第 9 会場
	PD38-1	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
	MO86-9	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
仲桝　哲	PD33-3	7/18	13:50～14:50	第 8 会場
長見　亮汰	MO39-1	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
永水　裕子	BC4	オンデマンド		
中村　篤雄	MO26-5	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場③
中村　太一	MO83-9	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
中村　誠昌	PD40-3	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
中村　哲久	MO10-2	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場①
中村　光児	MO50-2	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑤
中村　雅恵	SY26-3	7/18	13:50～14:50	第 6 会場
中村　賢人	MO26-3	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場③
中村　政敏	PD26-1	7/18	13:50～15:20	第 3 会場
中村　光伸	PD18　座長	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
中村　有希	PD32-4	7/18	9:40～10:40	第 8 会場
中村　友美	PD6-3	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
仲村　佳彦	LS3	7/17	12:30～13:30	第 9 会場
中村　佳裕	MO69-1	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
中森　靖	PD11　座長	7/17	15:00～16:00	第 8 会場
	LS11　座長	7/18	12:30～13:30	第 11 会場
中山　晴貴	MO21-3	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場②
名知　祥	ICLS-3	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
	PD37　座長	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
	PD37-1	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
夏目恵美子	MO57-1	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場⑤
成田　拓弥	O7-7	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
並木　宏也	MO72　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場①
成田麻衣子	SY23-5	7/18	9:40～11:10	第 5 会場
	PD33-4	7/18	13:50～14:50	第 8 会場
鳴海　圭佑	MO34-5	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場③
鳴海　武長	PD10-6	7/17	10:40～12:10	第 8 会場
難波　亮	MO75-3	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②

名前	演題番号	月日	時間	会場
に				
西　健太	SY10　座長	7/17	9:00～10:00	第 6 会場
西　大樹	MO8-3	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場①
西　正浩	MO79-5	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場③
西　竜一	MO27-2	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場③
	MO22-1	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場②
西池　成章	PD14-7	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
	PD7-1　座長	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
西内　辰也	PD9　座長	7/17	9:00～10:30	第 8 会場
西岡　幾代	MO65-3	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑥
西川　和典	MO15-4	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場②
西川　佳友	MO15　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場②
	SY25-6	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
西川　嘉広	MO28-3	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場③
西崎　雄太	MO39-2	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場④
西田　岳史	MO3-1	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
西田　宗生	MO88-5	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
西中　巧	PD13-4	7/17	9:00～10:30	第 9 会場
西野　舜平	SY30-3	7/18	13:50～15:20	第 11 会場
西原　帆風	PD27-1	7/18	9:40～11:10	第 4 会場
西別府飛鳥	PD36-1	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
西牧　健吾	MO40-2	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場④
西峯　育枝	SY31-3	7/18	13:50～15:20	第 12 会場
西村　エリ	MO64-2	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑥
西村　哲郎	HS5　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 4 会場
西村　知晃	MO32　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場③
西村　博章	HS2-1	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
	HS5-1	7/18	8:30～ 9:30	第 4 会場
西村　文宏	MO33　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場③
西村　昌秀	HS4-1	7/18	8:30～ 9:30	第 3 会場
西村　勇輝	MO21　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場②
	MO90　座長	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
西山　慶	SY2-4	7/17	15:00～16:30	第 1 会場
西山　隆	MO29　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場③
新田　雅彦	BC3	オンデマンド		
二藤真理子	SY31-4	7/18	13:50～15:20	第 12 会場
二宮　佐和	O4-1	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
二瓶　昌宏	MO35-4	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場③
丹羽　一晃	MO36-1	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
丹羽由美子	MO11-5	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場①
ぬ				
貫和　亮太	MO91-2	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
沼田　浩人	SY18-2	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
の				
野相裕美子	MO41-5	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場④

名前	演題番号	月日	時間	会場
能重久太郎	MO26　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場③
野口　英一	PD40　座長	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
野口佐弥香	MO3-4	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
	MO81-4	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場④
野中　和樹	SY3-6	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
野々部駿人	O4-6	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
野林　宏輝	LS2	7/17	12:30～13:30	第 3 会場
野村　侑史	MO12　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場①
野村　裕美	MO15　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場②
は				
萩尾　文香	MO71-2	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
萩原　鈴香	MO21-4	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場②
萩原　裕也	MO91　座長	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
橋　朋絵	MO87　座長	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
橋口　順一	SY23　座長	7/18	9:40～11:10	第 5 会場
橋谷　隆志	MO7-2	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場①
橋下　徹	SL1	7/17	13:50～14:50	第 1 会場
橋本真由美	MO49-3	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑤
橋本　優亮	MO82-3	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場④
長谷川意純	PD18-6	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
長谷川智華	MO75-1	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②
畑田　剛	MO58　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場⑤
畑中　大祐	MO31-1	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場③
畑中　哲生	ICLS-1	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
蜂木　茂之	PD10-1	7/17	10:40～12:10	第 8 会場
服部　友紀	MO48　座長	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑤
服部　雄司	SY6　座長	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
	SY6-1	7/17	9:00～11:00	第 3 会場
羽鳥　伸哉	SY29-3	7/18	8:30～10:00	第 10 会場
馬場　武彦	PD4　座長	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
	PD4-8	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
濵　亮太郎	PSY-2	7/16	13:00～14:30	第 2 会場
濱岡　和弥	SY25-5	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
濱口　満英	MO54　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑤
	MO58-3	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場⑤
濱崎健太郎	P/C1-3	7/17	11:10～12:10	第 3 会場
濵地　明衣	MO56-5	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑤
濵島　太一	MO31-3	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場③
濵田千枝美	MO36-2	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
濱名　哲大	MO38　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場④
濵野　翔平	MO18-1	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場②
濱野　拓実	MO38-1	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場④
早川　達也	MO6　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場①
林　宗貴	MO23　座長	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
林　靖之	HS8　座長	7/18	10:10～11:00	第 10 会場
早野　大輔	MO34　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場③

名前	演題番号	月日	時間	会場
原　一正	MO45-1	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場④
	HS8-5	7/18	10:10～11:00	第 10 会場
原　貴大	PD1-3	7/17	9:00～10:30	第 1 会場
	SY14　座長	7/17	16:05～17:05	第 10 会場
	LS8-2	7/18	12:30～13:30	第 3 会場
	MO90-1	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
	SY21　座長	7/18	15:30～17:00	第 2 会場
原　知斉	MO79-1	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場③
原　正利	PD21-1	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
腹子　歩夢	PD40-1	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
	O8-5	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
	PD23-1	7/18	15:30～17:00	第 1 会場
原田　諭	MO77-3	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
原田　大亮	MO29-1	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場③
原田　智寿	MO51-2	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑤
原田　勇樹	MO50-3	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑤
原山　尋斗	MO6-1	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場①
張替喜世一	MO62　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑥
針谷　拓	MO90-3	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
春田　良雄	PD16　座長	7/17	16:40～18:10	第 9 会場
	PD35　座長	7/18	8:30～10:00	第 9 会場
	SY24　座長	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
伴　理紗子	MO44-2	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場④
ひ				
東　珠己	MO69-3	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
東野　玄	SY11-3	7/17	10:40～12:10	第 6 会場
樋口　知之	PD35-5	7/18	8:30～10:00	第 9 会場
樋口　遼	MO51　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑤
久宗　遼	HS10-5	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
肱岡　靖明	SY1-1	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
	LS1-1	7/17	12:30～13:30	第 1 会場
菱田　良介	SY24-1	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
日野　哲弥	HS4-6	7/18	8:30～ 9:30	第 3 会場
檜山　洋子	MO18　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場②
	MO85　座長	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
比良　英司	SY29　座長	7/18	8:30～10:00	第 10 会場
	SY30-4	7/18	13:50～15:20	第 11 会場
平岩竜之介	HS4-3	7/18	8:30～ 9:30	第 3 会場
平尾　朋仁	HS7-5	7/18	10:10～11:10	第 9 会場
平川　昭彦	MO45　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場①
開　正宏	PD15　座長	7/17	15:00～16:30	第 9 会場
	HS8-2	7/18	10:10～11:00	第 10 会場
	PD36-4	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
平澤　暢史	MO53　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑤
平嶋　直将	MO7-3	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場①
平田　誠	MO27-5	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場③
平野　幾万	MO11-2	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場①

名前	演題番号	月日	時間	会場
平山　傑	MO77-1	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
平山　敬浩	PD3-3	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
	SY21-3	7/18	15:30～17:00	第 2 会場
平山　隆浩	PD17　座長	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
	PD17-6	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
	SY17　座長	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
平山　淑子	MO89-10	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
弘川　摩子	EL3　座長	7/18	10:30～11:30	第 2 会場
廣瀬　俊朗	SL2	7/18	11:20～12:20	第 1 会場
廣瀬　智也	O2　座長	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
廣瀬　正幸	SY15-1	7/17	17:10～18:10	第 10 会場
廣田　恵典	SY18-3	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
廣田　直己	MO16-3	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場②
廣橋　伸之	MO51-3	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑤
ふ				
鱶口　清満	SY2-2	7/17	15:00～16:30	第 1 会場
深津　佳威	MO24-3	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場③
深見　彩音	MO2-5	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場①
深水　浩之	MO56　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑤
深谷　理人	MO56　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑤
福井　建皓	MO9-4	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場①
福家　顕宏	SY26　座長	7/18	13:50～14:50	第 6 会場
福岡　範恭	EL4　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 8 会場
	EL4-2	7/18	8:30～ 9:30	第 8 会場
	PD28-5	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
福島　智久	PD14-6	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
福島　英賢	PD1　座長	7/17	9:00～10:30	第 1 会場
	PD3　座長	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
	MO73-1	7/18	8:30～ 9:00	ミニオーラル会場②
福島　美結	MO58-5	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場⑤
福田　篤久	PD10　座長	7/17	10:40～12:10	第 8 会場
	PD8　座長	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
福田　耕輔	MO20-2	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場②
福田　龍将	MO83　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
福田　隆人	MO89　座長	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
福間　博	MO44　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場④
福森　優司	PD25-5	7/18	9:40～11:10	第 3 会場
	SY25　座長	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
福山　香詠	HS5-6	7/18	8:30～ 9:30	第 4 会場
藤江　聡	SY28　座長	7/18	14:55～15:55	第 8 会場
藤江　建朗	PD20　座長	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
	PD32-3	7/18	9:40～10:40	第 8 会場
	PD34　座長	7/18	16:00～17:00	第 8 会場
藤江　直輝	EL1　座長	7/17	15:00～16:00	第 12 会場
	MO84-1	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
藤澤　紀典	MO90-6	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥

名前	演題番号	月日	時間	会場
藤田　健亮	SY4-5	7/17	15:00～16:30	第 2 会場
	PD24-2	7/18	8:30～10:00	第 2 会場
藤田　基	EL4-3	7/18	8:30～ 9:30	第 8 会場
	SY24　座長	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
	SY24-6	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
藤谷　茂樹	LS6　座長	7/17	12:30～13:30	第 12 会場
	PD41　座長	7/18	15:30～17:00	第 12 会場
藤永　純一	MO44　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場④
藤浪　好寿	MO31　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場③
	MO10-5	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場①
藤野　泰佑	MO70-9	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
	MO91-7	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
藤見　聡	CL	7/17	8:20～ 8:50	第 1 会場
	LS4　座長	7/17	12:30～13:30	第 10 会場
	SL1　座長	7/17	13:50～14:50	第 1 会場
	SY30-2	7/18	13:50～15:20	第 11 会場
伏見　聖子	MO87-9	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
藤村　一郎	O6-2	7/17	17:10～18:10	第 7 会場
	SY29-2	7/18	8:30～10:00	第 10 会場
藤本　和也	MO85　座長	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
藤本　賢司	MO19-3	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場②
	HS4　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 3 会場
藤本　竜平	O1-5	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
藤原　紳祐	MO65　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑥
布施　奈美	PD7-2-2	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
二神怜太郎	MO34-3	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場③
淵田悠一郎	MO78-5	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③
舩越　拓	SP　座長	7/17	11:30～12:20	第 4 会場
	SP-1	7/17	11:30～12:20	第 4 会場
	MO31　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場③
舟橋　慶将	MO87-3	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
船曳　知弘	PD14　座長	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
	PD14-1	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
古田　宏	SY10-4	7/17	9:00～10:00	第 6 会場
古橋　柚莉	MO50　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑤
古谷毅一郎	HS10-4	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
文屋　尚史	SY4-4	7/17	15:00～16:30	第 2 会場
へ				
平識　善彦	MO33-5	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場③
ほ				
外間　亮	MO42　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場④
星　豪人	SY18-6	7/17	9:00～10:30	第 12 会場
星野　紀幸	MO48-5	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑤
星野　唯	MO51-4	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑤
細川　透	MO42　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場④
細野亜由美	MO78-6	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場③

名前	演題番号	月日	時間	会場
保前　優奈	MO33-4	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場③
堀　英治	PD2-1	7/17	16:40～18:10	第 1 会場
	MO70-7	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
堀　靖崇	MO60-4	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑥
堀内　茅加	PD6-7	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
堀江　康貴	MO25-2	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場③
本庄　竜士	MO90-9	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
本多あずさ	MO38-4	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場④
本間　正人	MO30　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場③
本間　洋輔	PD37-4	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
ま				
前川　敦史	MO23-2	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
前川たかし	SY8　座長	7/17	15:00～16:30	第 4 会場
前重　壽郎	SY28-3	7/18	14:55～15:55	第 8 会場
前田　晃史	MO20　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場②
前中　隆秀	PD22-4	7/18	8:30～10:00	第 1 会場
	HS10-1	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
前原　健司	MO85-2	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
前本　了一	PD2　座長	7/17	16:40～18:10	第 1 会場
牧田佐和子	P/C2　座長	7/17	9:00～10:00	第 5 会場
牧野　佑斗	HS10　座長	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
牧山　貴明	MO30-2	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場③
鉞　時貞	MO68-2	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑥
増井　伸高	HS2-3	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
増田　憲悟	MO22-2	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場②
増田　翔太	PD14-4	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
増田　慎吾	MO31-2	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場③
増田　尚美	PD2-5	7/17	16:40～18:10	第 1 会場
増田　喜昭	MO12-1	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場①
益満　茜	O3-7	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
	PD21　座長	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
増山　純二	PD30　座長	7/18	8:30～10:00	第 6 会場
町田　麻美	MO47-1	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
町田　浩志	MO51-5	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑤
町田雄一郎	PD6　座長	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
松井　晃大	MO88　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
松井　統哉	PD25-4	7/18	9:40～11:10	第 3 会場
松浦　裕司	PD22　座長	7/18	8:30～10:00	第 1 会場
松尾　健志	MO54　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑤
	MO69　座長	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
松岡　哲也	HS6　座長	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場
松岡　雅一	SY10-1	7/17	9:00～10:00	第 6 会場
松岡　由典	MO8　座長	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場①
松岡　良典	HS6-6	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場
松門　拓茉	MO61-1	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑥
松木　美幸	MO84-2	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
松崎佳小里	MO63-5	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑥

名前	演題番号	月日	時間	会場
松嶋　麻子	SY12　座長	7/17	15:00～16:00	第 6 会場
松島　久雄	MO41　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場④
松園　幸雅	SY3-3	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
松田　潔	SY3　座長	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
	SY3-1	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
松田　就	MO13-3	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
松田　拓也	MO16-2	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場②
松田　智行	MO33　座長	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場③
松田　宏樹	PD33　座長	7/18	13:50～14:50	第 8 会場
	COL4	オンデマンド		
松永　真雄	PD37　座長	7/18	15:30～17:00	第 10 会場
松村　晃希	O5-2	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
松本　寿健	PD36-6	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
松本　真輝	MO47-4	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
松本　亮	MO25-3	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場③
松山　重成	SY16　座長	7/17	10:40～11:40	第 11 会場
松山　匡	PD41-1	7/18	15:30～17:00	第 12 会場
松山　尚弘	SY3-7	7/17	9:00～10:30	第 2 会場
松山　祐	SY7-6	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
真弓　俊彦	HS1-1	7/17	10:35～11:25	第 4 会場
	ICLS-2	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
	SY19　座長	7/18	13:50～15:20	第 1 会場
丸島　えり	O5-4	7/17	16:05～17:05	第 7 会場
丸野　桃子	MO14-1	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場②
丸山　修平	SY16-3	7/17	10:40～11:40	第 11 会場
丸山　正裕	HS2-6	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
み				
三浦真由子	MO89-7	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
三浦　悠介	MO77　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
三浦　洋平	MO67-5	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑥
三上　直起	MO37-1	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場④
三木　大輔	MO42-5	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場④
	SY25-1	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
三木　隆弘	PD13　座長	7/17	9:00～10:30	第 9 会場
	PD16-5	7/17	16:40～18:10	第 9 会場
水　大介	PD4-4	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
水島　靖明	PD34　座長	7/18	16:00～17:00	第 8 会場
水野　皓介	SY17-5	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
水野　光規	PD17-2	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
水野　雄太	O8-6	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
溝端　康光	PD8　座長	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
	BC4　座長	オンデマンド		
三井　太智	MO52　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場⑤
光家　努	SY17-6	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
満倉　希星	MO44-5	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場④
三河内伸一郎	MO43-5	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場④
三橋　乙矢	PD29-5	7/18	15:30～17:00	第 4 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
三橋　正典	PD19-2	7/17	16:40～18:10	第 11 会場
南　健介	MO38-5	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場④
箕浦　安祐	MO76-3	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場②
三平　学	MO24-1	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場③
	MO48-1	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑤
三村　優斗	MO90-2	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
宮内詩清音	MO36-7	7/17	9:00～10:00	ミニオーラル会場④
宮浦　直美	MO87-7	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
宮尾　舞	MO32-1	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場③
宮川　松剛	SY8-1	7/17	15:00～16:30	第 4 会場
宮川　誠	MO10-1	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場①
三宅　康文	SY1　座長	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
宮坂　千理	MO59-4	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
宮阪　隼人	MO23-9	7/17	17:10～18:10	ミニオーラル会場②
宮崎伊佐夫	MO27-4	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場③
	HS3-3	7/17	17:10～18:00	第 5 会場
宮崎　敬太	MO30　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場③
宮田　秀平	MO19　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場②
宮田　祐一	SY7-5	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
宮田　佳之	PD22-2	7/18	8:30～10:00	第 1 会場
宮永　和貴	MO8-4	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場①
宮本　和幸	MO77-4	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
宮本　颯真	MO47　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
宮本　理子	O4-4	7/17	15:00～16:00	第 7 会場
宮守　佑次	MO85-1	7/18	10:15～10:55	ミニオーラル会場⑤
宮安　孝行	PD8-5	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
三芳　智伸	MO77-9	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
三輪　琴未	MO88-1	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
閔　俊泓	MO53-1	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑤
む				
向井　慎治	P/C3-5	7/17	9:00～10:30	第 10 会場
向井　秀之	O8-8	7/18	10:10～11:10	第 7 会場
向井　亮裕	MO26-4	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場③
牟田　誠矢	P/C3-1	7/17	9:00～10:30	第 10 会場
	EL2　座長	7/18	10:10～11:10	第 1 会場
村尾　修平	MO81-2	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場④
村尾　佳則	MO74　座長	7/18	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場②
村上　香織	SY26-4	7/18	13:50～14:50	第 6 会場
村上　朔人	MO47-3	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
村上　友規	MO30-1	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場③
村上　龍	MO16-1	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場②
村里　駿	MO27-3	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場③
村瀬　大翔	MO76　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場②
邑田　悟	ICLS　座長	7/18	10:50～12:20	第 8 会場
村橋　咲子	SY19　座長	7/18	13:50～15:20	第 1 会場
村山　佑樹	MO35-3	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場③
	MO90-4	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥

名前	演題番号	月日	時間	会場
室野井智博	MO71　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
も				
物袋　哲也	P/C2-1	7/17	9:00～10:00	第 5 会場
本池　圭蔵	PD5-2	7/17	9:00～10:00	第 4 会場
本松　風夏	MO88-2	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
本村　友一	HS6-1	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場
本山　裕一	MO39-4	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場④
森　匠眞	MO3-2	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場①
森　ちひろ	MO53-3	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑤
森　大樹	MO59　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
森　剛	SY29-1	7/18	8:30～10:00	第 10 会場
森　祐也	MO84　座長	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
森井　北斗	PD38-5	7/18	8:30～10:00	第 11 会場
守岡　大吾	MO19-1	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場②
森崎　愛夢	MO33-1	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場③
森下　雄彦	MO57-2	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場⑤
森下　世紀	PD13-3	7/17	9:00～10:30	第 9 会場
	PD20-5	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
森田　尚伍	MO24-5	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場③
守田　晴輝	MO6　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場①
森田　将基	PD20-4	7/17	10:40～12:10	第 12 会場
森田　正則	PD40-2	7/18	8:30～10:00	第 12 会場
森村　尚登	PD5-4	7/17	9:00～10:00	第 4 会場
	LS12	7/18	12:30～13:30	第 12 会場
	BC2　座長	オンデマンド		
森本　文雄	MO73　座長	7/18	8:30～ 9:00	ミニオーラル会場②
森本　瑞樹	MO48-4	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑤
森本　幸夫	MO62-5	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場⑥
守谷　俊	SY13　座長	7/17	15:00～16:00	第 10 会場
	PD12　座長	7/17	17:10～18:10	第 8 会場
	SY20　座長	7/18	13:50～15:20	第 2 会場
	BC1　座長	オンデマンド		
森脇　義弘	MO24　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場③
諸江　雄太	MO59　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
や				
八尾みどり	PD30-4	7/18	8:30～10:00	第 6 会場
	PD29　座長	7/18	15:30～17:00	第 4 会場
八木　正晴	PD8-2	7/17	16:40～18:10	第 6 会場
薬師寺泰匡	SY17-1	7/17	15:00～16:30	第 11 会場
谷下澤隆太郎	MO75-4	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場②
矢島　海斗	MO66-4	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場⑥
安江　優希	PD31-3	7/18	15:30～17:00	第 6 会場
安川乃里子	MO79　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場③
安田　大陸	MO5-2	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場①
安田　康晴	MO45-2	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場④
安武　穂高	HS9-3	7/18	10:10～11:10	第 11 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
安原　翔太	SY4-2	7/17	15:00～16:30	第 2 会場
安松比呂志	MO47　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
矢田　哲康	PD17-3	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
八頭司正稔	O7-6	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
柳田　千尋	SY27-5	7/18	8:30～10:00	第 7 会場
柳瀬　　豪	MO77　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場③
矢野　洋平	MO84-3	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場⑤
薮　　圭介	EL2　座長	7/18	10:10～11:10	第 1 会場
山上　聡子	MO33-3	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場③
	SY20-4	7/18	13:50～15:20	第 2 会場
山尾　伸平	PD23　座長	7/18	15:30～17:00	第 1 会場
山岡　　淳	HS6-2	7/18	8:30～ 9:30	第 5 会場
山荷　大貴	O2-8	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
山上　雄司	PD28-6	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
山川　一馬	PD4-6	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
	COL3	オンデマンド		
山口　明奈	MO32-5	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場③
山口　高巧	SY23-1	7/18	9:40～11:10	第 5 会場
山口　晴菜	SY11-4	7/17	10:40～12:10	第 6 会場
山口　　均	SY7　座長	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
山口　佳恵	SY20-3	7/18	13:50～15:20	第 2 会場
山﨑　直人	MO40　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場④
山崎　千草	PD30-3	7/18	8:30～10:00	第 6 会場
山﨑　　藍	MO42-4	7/17	15:30～16:00	ミニオーラル会場④
山下　貴弘	MO65　座長	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑥
山下　智幸	PD9-5	7/17	9:00～10:30	第 8 会場
	SY5　座長	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
	SY5-1	7/17	16:40～18:10	第 2 会場
	HS10　座長	7/18	10:10～11:10	第 12 会場
山下　典雄	MO70　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
山勢　善江	SY20　座長	7/18	13:50～15:20	第 2 会場
山田　晃弘	JERT	7/18	15:30～16:30	第 9 会場
山田　君代	MO63-3	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑥
	SY4-3	7/17	15:00～16:30	第 2 会場
山田　浩二	PD9-1	7/17	9:00～10:30	第 8 会場
山田浩二郎	MO90　座長	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑥
山田　貴紀	MO60-2	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑥
山田　武志	PD39　座長	7/18	15:30～17:00	第 11 会場
山田　哲久	PD39-2	7/18	15:30～17:00	第 11 会場
山田　　亨	MO60-3	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑥
山田　友子	SY19-2	7/18	13:50～15:20	第 1 会場
山田　知輝	HS2　座長	7/17	11:10～12:20	第 5 会場
山田　夏海	MO48-3	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑤
山田　法顕	MO55-4	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑤
山田　浩貴	MO43-3	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場④
山田麻有佳	PD18-4	7/17	9:00～10:30	第 11 会場
山中　光昭	PD36-2	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
山中　　緑	SY9　座長	7/17	10:05～11:05	第 5 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
山中　雄一	P/C2　座長	7/17	9:00～10:00	第 5 会場
山根　尚真	MO72-3	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場①
山之内千絵	MO55-1	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場⑤
	MO73-2	7/18	8:30～ 9:00	ミニオーラル会場②
山村　英治	MO69-5	7/17	17:10～17:55	ミニオーラル会場⑥
山本　篤史	PD4-1	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
山本　栄一	PD17-5	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
山本　克英	PD30-2	7/18	8:30～10:00	第 6 会場
山本　弘平	SY22-5	7/18	15:30～17:00	第 3 会場
山本小奈実	PD29-4	7/18	15:30～17:00	第 4 会場
山本　　翔	SY25-3	7/18	15:30～17:00	第 5 会場
山本　啓雅	MO88　座長	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場⑥
山本　萌永	MO21-5	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場②
山本　祐生	MO60-1	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場⑥
山森　祐治	MO89　座長	7/18	9:35～10:35	ミニオーラル会場⑥
ゆ				
湯浅　友樹	MO72-5	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場①
油木田瑛介	MO72-1	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場①
柚木　知之	MO86　座長	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
湯本　哲也	PD4-3	7/17	15:00～16:30	第 3 会場
よ				
余湖　直紀	PD28-1	7/18	13:50～15:20	第 4 会場
横尾　祐介	MO49　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑤
横田　純加	SY11-1	7/17	10:40～12:10	第 6 会場
横田　貴大	MO65-4	7/17	15:00～15:30	ミニオーラル会場⑥
横田　幸治	MO58-1	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場⑤
横堀　将司	SY1　座長	7/17	10:40～12:10	第 1 会場
	LS1　座長	7/17	12:30～13:30	第 1 会場
横山　敦士	MO47-2	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場⑤
横山　健輔	PD34-2	7/18	16:00～17:00	第 8 会場
横山　貴久	MO71-5	7/18	9:35～10:15	ミニオーラル会場①
吉井　友和	PD19-1	7/17	16:40～18:10	第 11 会場
吉池　昭一	MO26　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場③
吉岡　早戸	SY24-3	7/18	13:50～15:20	第 5 会場
吉川　　静	MO40-5	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場④
吉川　　博	PD25-1	7/18	9:40～11:10	第 3 会場
吉澤　直也	MO40-1	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場④
吉田　紗理	MO40　座長	7/17	11:40～12:10	ミニオーラル会場④
吉田　隆浩	MO21　座長	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場②
吉田　　宏	MO45　座長	7/17	17:10～17:40	ミニオーラル会場④
吉田　元治	P/C3　座長	7/17	9:00～10:30	第 10 会場
	P/C3-4	7/17	9:00～10:30	第 10 会場
	PD12-3	7/17	17:10～18:10	第 8 会場
吉田　雄一	MO12-5	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場①
	MO46-1	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場④
吉田　悠平	SY16-2	7/17	10:40～11:40	第 11 会場

名前	演題番号	月日	時間	会場
吉田裕美子	SY27-1	7/18	8:30～10:00	第 7 会場
芳竹　宏幸	MO28　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場③
吉永　雄一	PD19-5	7/17	16:40～18:10	第 11 会場
吉野　篤人	MO49　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑤
吉野　秀樹	O1-6	7/17	9:00～10:00	第 7 会場
	PD15-2	7/17	15:00～16:30	第 9 会場
	PD16-3	7/17	16:40～18:10	第 9 会場
吉村　優希	MO25-5	7/17	9:30～10:00	ミニオーラル会場③
吉村　有矢	MO61　座長	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場⑥
	SY22　座長	7/18	15:30～17:00	第 3 会場
吉山　直政	MO15-5	7/17	10:05～10:35	ミニオーラル会場②
米内　　洸	MO80-7	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
米田　和弘	PD3-7	7/17	10:40～12:10	第 2 会場
米田　宏希	MO70-2	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場①
米盛　輝武	PD21-5	7/17	16:40～18:10	第 12 会場
	PD27-4	7/18	9:40～11:10	第 4 会場
代々城千代子	O9-8	7/18	13:50～14:50	第 7 会場
萬井　美咲	O2　座長	7/17	10:05～11:05	第 7 会場
	MO79-2	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場③
り				
林下　浩士	PD36　座長	7/18	13:50～15:20	第 9 会場
わ				
若杉　和美	MO79　座長	7/18	10:15～10:45	ミニオーラル会場③
若杉　雅浩	O3　座長	7/17	11:10～12:10	第 7 会場
脇田　佳典	PD19-3	7/17	16:40～18:10	第 11 会場
涌嶋伴之助	SY7-3	7/17	16:40～18:10	第 3 会場
和合　匠学	MO51　座長	7/17	11:10～11:40	ミニオーラル会場⑤
和田　樹昂	MO56-4	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑤
和田　剛志	SY19-1	7/18	13:50～15:20	第 1 会場
和田　広大	MO24　座長	7/17	9:00～ 9:30	ミニオーラル会場③
和田真奈美	PD6-6	7/17	16:40～18:10	第 4 会場
和田　大和	MO91　座長	7/18	14:55～15:40	ミニオーラル会場⑥
和田　悠平	PD14-5	7/17	10:40～12:10	第 9 会場
	PD7-1-1	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
	MO87-6	7/18	14:55～15:55	ミニオーラル会場⑤
渡瀬　剛人	PD26-5	7/18	13:50～15:20	第 3 会場
渡邉　暁洋	PD17-4	7/17	10:40～12:10	第 10 会場
渡邊　　篤	PD7-1　座長	7/17	15:00～17:00	第 5 会場
渡辺　　圭	O7-3	7/18	10:10～11:10	第 6 会場
渡辺　弦輝	PD13-1	7/17	9:00～10:30	第 9 会場
渡部　　秀	MO80-9	7/18	8:30～ 9:30	ミニオーラル会場④
渡邊　翔太	MO58　座長	7/17	17:40～18:10	ミニオーラル会場⑤
渡部　　創	MO86-2	7/18	13:50～14:50	ミニオーラル会場⑤
渡邊　朋哉	PD34-3	7/18	16:00～17:00	第 8 会場
渡辺　永司	MO21-1	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場②
渡部　広明	MO4　座長	7/17	10:35～11:05	ミニオーラル会場①

名前	演題番号	月日	時間	会場
渡部　桃子	MO68-4	7/17	16:35～17:05	ミニオーラル会場⑥
渡部　雄介	MO43-1	7/17	16:05～16:35	ミニオーラル会場④

『日本臨床救急医学会雑誌』投稿規定

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
2025年12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・医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。

☆電 子 付 録

電子付録は本誌に含まれず，オンライン上のみで公開される本論文の要旨や主張をさらに補強する，重要ではあるが付随的情報を指す。電子付録には分量等の関係で本文には含めることのできなかったデータセットや映像，音声，画像，3D 構造体，その他のマルチメディアファイル等を含めることが可能である。電子付録を投稿する場合には本文中に引用して，それを簡潔に説明する必要がある。データは著者が提供した媒体の形式そのままで公開され，査読の対象とはなるが出版前の校正等はなされないので著者は最終的に公開したい形式でファイルを投稿する必要がある。

①電子付録に掲載される図，表，文，データは以下のように番号を振って投稿すること。
付録図 1　○○○○，付録図 2　○○○○，付録表 1　○○○○○，付録表 2　○○○○
付録文 1　○○○○，付録文 2　○○○○，付録データ 1　○○○○，付録データ 2　○○○○
②電子付録が論文に含まれる場合，本文の参考文献後に電子付録があることを文章で示すこと。
③電子付録の容量はファイル 1 件につき 50MB を上限とする。

☆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　田﨑　修
副編集委員長　田邉　晴山，福島　英賢，眞野　成康
編集委員　安部　隆三，石川　幸司，上村　潤也，大谷　典生，加藤　隆寛，末吉孝一郎，
鈴木　昭夫，壽田　栄輔，関根　和弘，中尾　彰太，中尾　博之，廣瀬　智也，
廣橋　伸之，室谷　卓，樅山　定美，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ください。

● 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ください。

日本臨床救急医学会雑誌

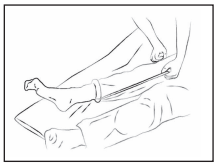
2026年 6月　　Vol. 29　No. 3

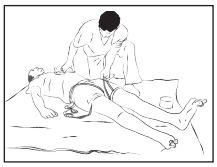
発行者　一般社団法人 日本臨床救急医学会
〒 164-0001　東京都中野区中野 2-2-3
(株)へるす出版事業部内
日本臨床救急医学会事務所
TEL 03-3380-2704
FAX 03-3380-8627
編集人　日本臨床救急医学会編集委員会
編集委員長　田﨑　修
〒 164-0001　東京都中野区中野 2-2-3
(株)へるす出版内
TEL 03-3384-8155
FAX 03-3383-1584
印刷所　広研印刷株式会社

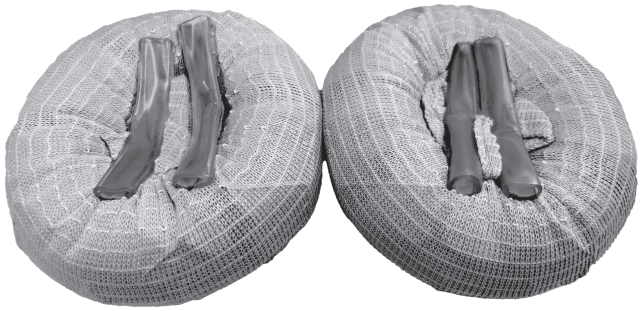
©2026 Printed in Japan

Hemaショック

ショック状態の自己血輸血
コイルスプリング式 ターニケット 両脚用









Hemaショックは、ステンレス製のスプリングによる効果的な圧迫により、約1リットルの血液を両脚から体幹部に移動させ、脚への再流入をブロックします。Hemaショックの使用は2時間までが安全であり、この技術は整形外科分野で200万件を超える症例で採用され、優れた安全性を示しました。
ショック状態では、脚を「個人用血液バンク」として活用し、正常な凝固因子と酸素運搬能力を有する新鮮な血液を、迅速に自己血輸血できます。心停止時、Hemaショックは機械的な血液収縮剤として機能し、前負荷と後負荷を増加させ、心肺蘇生（ROSC）の確率を高めます。

生理学的原理

失血時 - ターニケット

Hemaショックを装着すると、血液が四肢から中枢循環に移行し、脚への再流入をブロックします。

Hemaショック効果のシンプルなモデル



正常な血液量：
血液量と血管容量が一致し、ポンプ機能が正常に働いている場合、血圧は正常です。



血液量の減少：
血液量が減少（低血容量性ショック）または血管容量が病理的に増加（分布性ショック）すると、血圧と組織の血流が低下します。



末梢から中心部へ血液を押し出す：
再流入をブロックしながら、心臓への静脈還流を増大させ、血液の流れを重要な臓器へ誘導します。

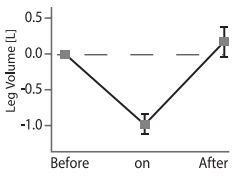


製造業者
Oneg HaKarmel Ltd.
イスラエル

Hemaショック使用結果：

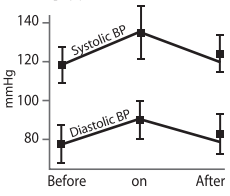
- 収縮期および拡張期血圧の上昇
- 新鮮血液 1000ml の自己血輸血

下肢の体積減少は自己輸血を示唆します。



Hemaショック

下肢の体積減少は自己輸血を示唆します。



Hemaショック

特長

- Hemaショックは10秒で装着可能
- 傷病者の各脚から約500ccの血液を重要な臓器へ移動させる
- ECMOへの橋渡し
- 「ゴールデンアワー」の延長
- フリーサイズ
- 最小限の訓練で使用可能
- コンパクトで、救急車・ヘリコプターや病院のカートへの装備が容易

製品仕様

製品名	Hemaショック
製品番号	OHK-HS
カラー	オレンジ
収縮期血圧上限	**<150 mm Hg**
全長	＜1200 mm
最小周径	300 mm
最大周径	850 mm
パッケージ	3層バキューム包装

製造販売届出番号：13B3X00138000087

＋ 使用方法・動画

YouTube

Hemaショック 製品説明・使用方法

製造販売業者
ACCORD INTERNATIONAL INC.
アコードインターナショナル株式会社
〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-14-5 3F
TEL 03-5810-1735 FAX 03-5810-1736
Email accord@accord-intl.com
www.accord-intl.com
製造販売業許可番号:13B3X00138

医学書院　関連書籍のご案内



症例の紙上体験を通して集中治療の知識やセンスを身につける、「印ドリル」第４弾。

ICUドリル 港島印

監修 瀬尾龍太郎
編著 Minatojima ICU GoodFellas

●B5　2026年　頁280　定価：5,500円(本体5,000円＋税10%)［ISBN978-4-06292-3］



患者も術者もラクになる！　処置時の鎮静・鎮痛のガイドブックが待望の改訂！

処置時の鎮静・鎮痛ガイド 第2版

編集 乗井達守

●A5　2025年　頁328　定価：4,950円(本体4,500円＋税10%)［ISBN978-4-260-05770-7］



救急外来で遭遇する85疾患の診療における好手と悪手を徹底解説！

内科救急 好手と悪手

編集 坂本　壮

●B5　2025年　頁392　定価：6,270円(本体5,700円＋税10%)［ISBN978-4-260-06175-9］



伝説の講義、REBORN！　「呼吸・循環複合体の立体的観察」を身につける

救急救命士による ファーストコンタクト 第3版 Web動画付

病院前救護の観察トレーニング　郡山一明

●B5　2025年　頁160　定価：3,080円(本体2,800円＋税10%)［ISBN978-4-260-06031-8］



重度四肢外傷患者が搬送されたら何をすればいい？　それ、J-SWATが教えます！

重度四肢外傷 ケースで学ぶ実践ハンドブック

現場で役立つマスターガイド　編集 J-SWAT

●B5　2025年　頁208　定価：8,800円(本体8,000円＋税10%)［ISBN978-4-260-06025-7］

医学書院　〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23［WEBサイト］https://www.igaku-shoin.co.jp

改訂第2版

救急検査指針

認定救急検査技師テキスト

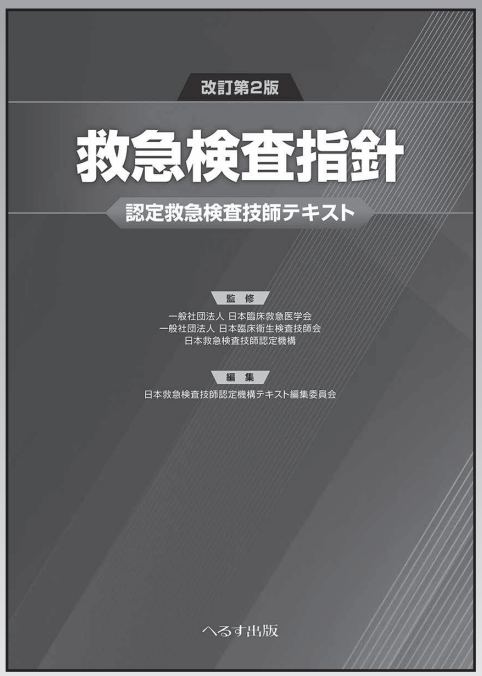
監修　一般社団法人 日本臨床救急医学会／一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会／日本救急検査技師認定機構

編集　日本救急検査技師認定機構テキスト編集委員会

救急医療に従事する臨床検査技師に必要な知識
技術を系統立てて解説
救急医療を担うスタッフの一員として
スキルアップに最適！

救急搬送された患者の病態を把握し、適切な診療を行うために、臨床検査技師が何を考え、どう行動するかを解説しています。最新の知見を取り入れ、救急医療現場での実務的な指針となる1冊です。

Ⅰ 救急医療概論
Ⅱ 救急の症候と診療
Ⅲ 救急疾患と診療
Ⅳ 小児救急
Ⅴ 高齢者救急
Ⅵ 救急医療と臨床検査
Ⅶ 他の職種との連携



■ 定価6,930円（税込） ■ A4判／308ページ ■ ISBN 978-4-86719-126-2

isho.jp 医書.jpにて電子書籍版販売中

m3.com 電子書籍

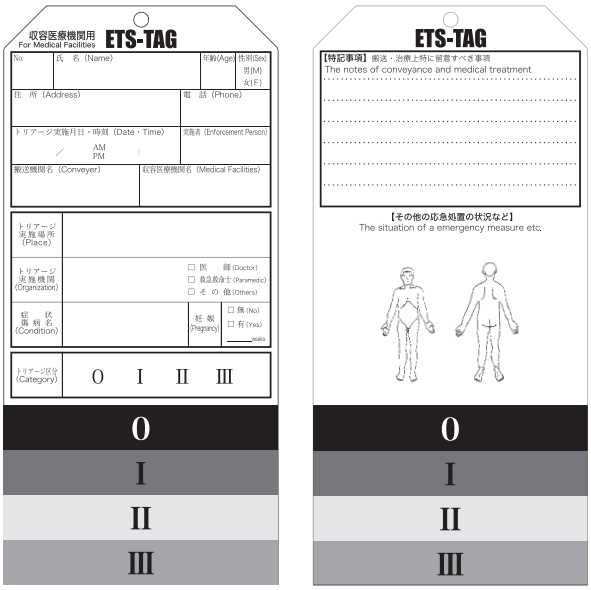
へるす出版 | 〒164-0001 東京都中野区中野2-2-3　TEL 03-3384-8035　FAX 03-3380-8645
https://www.herusu-shuppan.co.jp/

ETS-KIT

Emergency Triage System by Shibamoto

大規模災害現場における
救急救命の最前線をサポートする
画期的な重傷度識別システム。

ETS-TAG



ETS-TENT



テント色の確認が
容易な、専用の透明
キャリーバッグ付き。

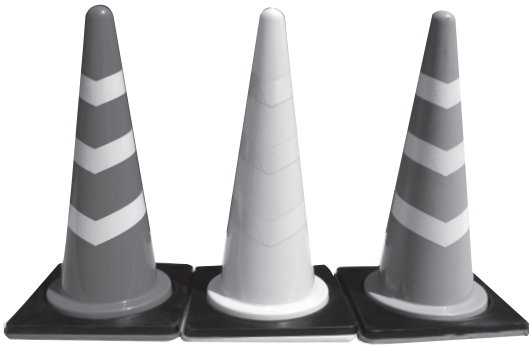


ETS-SHEET



傷病者の状態や
待機場所を"色"で識別、
混乱する現場での迅速・適切な
治療・運搬を実現。

ETS-CONE



SICHER GROUP

ISO 9001
ISO 14001

株式会社 SIC

〒675-0032 加古川市加古川町備後335番
TEL.079−422−2200 FAX.079−422−0771
URL：https//www.sicher.jp

開発企画室 TEL.079-422-2200
東京事業所 TEL.03-5809-9080

ETS-KIT専用Webサイト
https://www.triage.jp/