

第17回

日本蘇生科学シンポジウム

“救命の連鎖”を科学する～予防から回復まで～

2025.7.5 Sat.



プログラム・抄録集

大会長

新田 雅彦

大阪医科薬科大学
小児科学教室・救急医学教室

プログラム
委員長

野澤 正寛

滋賀県立総合病院
救急科・小児救急科

実行
委員長

賀来 典之

九州大学病院
救命救急センター

会場

虎ノ門ヒルズフォーラム

共催

一般社団法人 日本蘇生協議会 (JRC)

併催

第38回 日本小児救急医学会学術集会
第32回 小児集中治療ワークショップ



開催概要

名 称	第17回日本蘇生科学シンポジウム The 17th Japan Resuscitation Science Symposium (J-ReSS)
テ ー マ	“救命の連鎖”を科学する～予防から回復まで～
会 期	2025年7月5日（土）
会 場	虎ノ門ヒルズフォーラム 第7会場（4F ホールB1 + 2） 〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-23-3
開 催 形 式	現地開催（Web配信はございません）
参 加 費	3,000円（17J-ReSSのみ参加の場合。参加費は会場で現金にてお支払いください。オンライン参加登録はございません。）
大 会 長	新田 雅彦（大阪医科薬科大学小児科学教室・救急医学教室）
プ ロ グ ラ ム 委 員 長	野澤 正寛（滋賀県立総合病院救急科・小児救急科）
実 行 委 員 長	賀来 典之（九州大学病院救命救急センター）
主 催	一般社団法人日本小児救急医学会
共 催	一般社団法人 日本蘇生協議会（JRC）
併 催	第38回日本小児救急医学会学術集会 第32回小児集中治療ワークショップ
運 営 事 務 局	株式会社MA コンベンションコンサルティング 〒102-0083 東京都千代田区麹町4-7 麹町パークサイドビル402 TEL. 03-5275-1191 / FAX. 03-5275-1192 E-mail. jsep38@mac.jp HP：https://jsep38.umin.jp/jress17.html

プログラム

時間	セッション
8:45 ～ 8:55	開会挨拶（JRC 代表理事、J-ReSS 大会長挨拶）
8:55 ～ 9:15	会長講演
9:15 ～ 9:45	教育講演
9:50 ～ 11:40	シンポジウム 「JRC 蘇生ガイドライン2025 改訂に向けて」
11:50 ～ 12:50	ポスターセッション（一般演題） 各演題発表5分＋質疑2分（計7分）
13:00 ～ 14:00	海外招聘講演（J-ReSS 教育講演）
14:00 ～ 15:30	パネルディスカッション1 「国際基準に基づく院内心停止登録システムの構築 ～「救命の連鎖」～をエビデンスにつなげる」
15:40 ～ 17:40	パネルディスカッション2 「こどもの蘇生にもう少し関わるために一どこが同じでどう違う？ こどもと大人の同異点」
17:45 ～ 17:55	Okada-Award 表彰式
17:55 ～ 18:00	閉会式

会長挨拶



第17回日本蘇生科学シンポジウム
大会長 新田 雅彦（大阪医科薬科大学小児科学教室・救急医学教室）

このたび、第17回日本蘇生科学シンポジウム（Japan Resuscitation Science Symposium：J-ReSS）の開催にあたり、皆さまにご挨拶申し上げます。本シンポジウムは、第38回日本小児救急医学会学術集会および第32回小児集中治療ワークショップに併設し、2025年7月5日（土）に虎ノ門ヒルズフォーラムにて開催いたします。J-ReSSは、2008年に第1回が開催されて以来、日本蘇生協議会（Japan Resuscitation Council：JRC）の参画学会が主催し、国内外で高い評価を得ている蘇生科学のシンポジウムです。小児領域では、2017年の第10回（日本周産期・新生児医学会主催）、2018年の第11回（日本小児科学会主催）に続き、今回は3回目の開催となります。本シンポジウムは、蘇生に関する最新の知見と課題を共有し、今後の医療現場における蘇生科学の発展を目指して開催されてきました。

今回のテーマは、「“救命の連鎖”を科学する～予防から回復まで～」です。わが国では、2010年より小児と成人の“救命の連鎖”が統一され、成人においても予防の重要性が強調されました。さらに、一次救命処置においても成人と小児が同じアルゴリズムを用いることが決定され、米国や欧州とは異なり、小児と成人の隔たりを取り払い、同じ戦略で救命率の向上を目指すこととなりました。また、2010年は、蘇生法元年とされる1960年から50周年にあたり、CPRの開始手順がABCからCABに変更された年でもあります。この2025年、新たな蘇生ガイドラインが発表される年に、これまでの15年間の歴史を科学的に振り返りたいと考えております。本シンポジウムでは、小児と成人の隔たりをなくし、多職種や企業の方々にも多数ご参加いただき、“救命の連鎖”の視点から、わが国における心肺蘇生を科学的に見つめ、蘇生科学の推進を目指す場となるよう鋭意準備を進めております。

皆さまの積極的なご参加を心よりお待ちしております。

第17回日本蘇生科学シンポジウム 次第

会長講演

8:55～9:15 (20分)

座長：野々木 宏 静岡県立大学 薬学部

PL. “救命の連鎖”への想い～予防から回復までを見つめて～

新田 雅彦 大阪医科薬科大学 医学部 小児科学・救急医学

・・・・抄録はP.8

教育講演

9:15～9:45 (30分)

座長：細野 茂春 地域医療振興協会 練馬光が丘病院 小児科／自治医科大学

EL. The Path to Establishing National Standards for Neonatal Resuscitation in Korea
-Based on International Guidelines

Han-Suk Kim Seoul National University College of Medicine

・・・・抄録はP.8

シンポジウム

9:50～11:40 (110分)

JRC 蘇生ガイドライン2025 改訂に向けて

座長：菊地 研 獨協医科大学 救命救急センター

座長：武田 聡 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座

座長：大下 慎一郎 広島大学大学院 救急集中治療医学

座長：櫻井 淳 日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野

SY

BLS担当：野田 英一郎 国立病院機構九州医療センター 救命救急センター

ALS担当：大下 慎一郎 広島大学大学院 救急集中治療医学

PLS 小児の蘇生

PLS担当：池山 貴也 あいち小児保健医療総合センター 小児救命救急センター

JRC 蘇生ガイドライン2025 改訂に向けて NCPR

NCPR担当：杉浦 崇浩 名古屋市立大学大学院 医学研究科 新生児・
小児医学分野

JRC 蘇生ガイドライン2025での妊産婦部会（Maternal）の活動

Maternal担当：櫻井 淳 日本大学 医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野

ECC担当：菊地 研 獨協医科大学 救命救急センター

NR担当：横堀 將司 日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野

FA担当：小林 忠宏 山形大学医学部附属病院 救急科

EIT担当：武田 聡 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座

・・・・抄録はP. 8

ポスターセッション（一般演題）

11：50～12：50（60分）
ポスター会場（4F ホワイエ）

座長：野田 英一郎 国立病院機構九州医療センター 救命救急センター

座長：塚原 紘平 岡山大学病院 小児救急科

1. 日本の救命統計の検証3 COVID－19発生前後の心疾患患者の救急搬送比較
新田 隆志 日本蘇生学会 日本小児救急医学会会員
2. 院外心停止患者に対するアドレナリン投与の時間的限界についての検討
本間 洋輔（他2名） 千葉市立海浜病院 救急科
3. SAVE-JⅢ studyの現状と今後について
常見 勇太（他4名） 聖路加国際病院 内科
4. 浴槽で溺水後に心停止で搬送され死亡後の遺伝子解析でTNNT2関連心筋症が判明した
12歳男児例
松井 鋭（他4名） 兵庫県立こども病院 救急科
5. 医療系学生との学校でのBLS教育プログラム開発における小中高生の胸骨圧迫スキル
と教育効果の多面的検討
岩瀬 さくら（他4名） 九州大学大学院 医学系学府 高度救命・災害医学分野

6. 公立小学校6年生を対象とした一時救命処置（BLS）講習の実施報告
寺脇 博之（他2名） 聖路加国際大学聖路加国際病院 臨床検査科、
帝京大学医学部 第三内科学講座
7. RQIプログラムを用いた医療従事者による乳児蘇生スキルの長期的効果
茅島 綾（他4名） 獨協医科大学看護学部 基礎看護学

・・・・抄録はP. 8

海外招聘講演（J-ReSS教育講演）

13：00～14：00（60分）

座長：池山 貴也 あいち小児保健医療総合センター 小児救命救急センター

- IL3. Improving the Chain of Survival for Resuscitation of Children: Through the lens of a
'looking glass' and 'crystal ball'
Vinay Nadkarni Professor, Department of Anesthesiology, Critical Care, and
Pediatrics/ Founding Director, CHOP Center for Simulation,
Advanced Education, and Innovation/ CHOP Center for Resuscitation
Science, Academy for Resuscitation of Children and Global
Resuscitation Alliance

・・・・抄録はP. 10

パネルディスカッション1

14：00～15：30（90分）

国際基準に基づく院内心停止登録システムの構築 ～「救命の連鎖」～をエビデンスにつなげる

座長：中村 京太 横浜市立大学附属市民総合医療センター 医療の質・安全管理部
座長：新田 雅彦 大阪医科薬科大学病院 医療安全推進室

- PD1-1. 総論・小児領域より
池山 貴也 あいち小児保健医療総合センター 小児救命救急センター
- PD1-2. 日本における院内心停止の現在地：多施設レジストリが示す実情と今後の展望
内藤 貴基 聖マリアンナ医科大学 救急医学
- PD1-3. ウツタイン様式に沿った院内心停止登録システムの課題と今後の展望
木口 雄之 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

PD1-4. 循環器内科医から見た院内心停止（IHCA）の対策
菊地 研 獨協医科大学病院 救命救急センター

PD1-5. 医療安全からみた院内心停止
新田 雅彦 大阪医科薬科大学病院 医療安全推進室

・・・・抄録はP. 10

パネルディスカッション2

15：40～17：40（120分）

こどもの蘇生にもう少し関わるために一どこが同じでどう違う？ こどもと大人の同異点

座長：賀来 典之 九州大学病院 救命救急センター

座長：野澤 正寛 滋賀県立総合病院 救急科・小児救急科

PD2-1. 小児の胸骨圧迫換気比：Rescue-Breathingはなぜ重要か？パンデミックが問うCPRの本質
小原 隆史 岡山大学学術研究院 医歯薬学域 地域救急・災害医療学講座

PD2-2. 小児と成人における心肺蘇生の違い～胸骨圧迫換気比（新生児）～
杉浦 崇浩 名古屋市立大学大学院 医学研究科 新生児・小児医学分野

PD2-3. 小児と成人における心肺蘇生の違い～Prehospital領域における実態と課題～
杉山 隼 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
（神戸市消防局）

PD2-4. 何が違う？こどもの脳死判定
青木 一憲 兵庫県立こども病院 小児集中治療センター 集中治療科

PD2-5. 大人も子どもも対応するERにおけるグリーフケア
—違いも知ってお互いの強みを生かす—
加藤 佐知子 聖路加国際病院 救命救急センター外来／放射線科・放射線腫瘍科

PD2-6. こどもの死因究明とチャイルド・デス・レビュー
沼口 敦 名古屋大学医学部附属病院 救急・内科系集中治療部

・・・・抄録はP. 12

会長講演 PL.

“救命の連鎖”への想い～予防から回復までを見つめて～

大阪医科薬科大学 医学部 小児科学・救急医学

○新田 雅彦

“救命の連鎖”は1987年にCCPRF (Citizen CPR Foundation)のスローガンとして用いられ、当初は早期のEMS (Emergency Medical Services) へのアクセス、早期のCPR、早期の除細動という3つの主要なリンクで構成されていた。加えて、左側には早期認識を象徴する部分的なリンク、右端には二次救命処置を象徴する部分的なリンクを含む連続体として表現されていた。翌年には、この主要な3つのリンクに「早期の高次医療」を加えた形でAHA (American Heart Association: アメリカ心臓協会) に持ち込まれ、1991年にAHAの「院外心臓突然死の救命率向上のための声明」にこの戦略が掲げられた。その後、1992年のAHA CPR & ECCガイドラインで“救命の連鎖”が公式に示され、普及が進んだ。さらに、1997年からはILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation: 国際蘇生連絡委員会) においても、この概念が国際的に支持されるようになった。

一方、小児領域においても、予防から始まり、バイスタンダーCPRを促す教育、年齢に応じた病院前救護と救急医療、二次搬送へと続く、小児特有の“救命の連鎖”の概念があった。その後、2000年には、成人・小児それぞれの特徴を踏まえた4つのリンクからなる“救命の連鎖”が、「AHA心肺蘇生と救急心血管治療のための国際ガイドライン2000」で公表された。その結果、わが国でも“救命の連鎖”の概念が広まり、2005年には「救急蘇生法の指針」に成人・小児それぞれの“救命の連鎖”が掲載された。さらに、JRC蘇生ガイドライン2010では、小児と成人を包括した、わが国独自の“救命の連鎖”が作成された。

“救命の連鎖”は、蘇生科学の進歩とともに変遷を重ねている。本講演では、世界の蘇生科学の歴史を振り返り、わが国における“救命の連鎖”の歩みと私自身の想いをお話したい。

教育講演 EL.

The Path to Establishing National Standards for Neonatal Resuscitation in Korea -Based on International Guidelines

Seoul National University College of Medicine

○Han-Suk Kim

Neonatal resuscitation was first introduced in Korea in 2001 during the Spring Conference of the Korean Society of Neonatology. Five Korean-American neonatologists certified by the AHA/AAP's Neonatal Resuscitation Program (NRP) were invited to lead the initial workshop, providing both theoretical and practical instruction.

As neonatology in Korea began relatively recently-the Korean Society of Neonatology was founded in 1993-the early development of the field relied heavily on collaboration with Korean physicians abroad. During this period, many U.S.-based experts were invited to help introduce advanced neonatal practices, including the American NRP, which was adopted naturally.

From 2002 onward, the Seoul Metropolitan Branch of the Society took over workshop organization, continuing annual programs. The curriculum followed AHA/AAP guidelines, and the NRP textbook was translated into Korean.

The Korean Association of Cardiopulmonary Resuscitation (KACPR), established in 2002, formed its Neonatal Resuscitation Subcommittee in 2008. Initially limited in activity, the committee expanded its role after 2011, when neonatal resuscitation was formally included as a separate category in Korea's national CPR guidelines. I joined the ILCOR Neonatal Task Force as a Korean representative during this period, helping align domestic efforts with international standards. In 2014, instructor training was introduced, and the first Korean version of the NRP guidelines was published in 2015. Online education has been offered since 2020.

While Korea's national neonatal resuscitation framework is still evolving, the past two decades of experience provide valuable insight. I hope to share both the progress made and the challenges that remain.

シンポジウム SY.

JRC蘇生ガイドライン2025改訂に向けて

大阪医科薬科大学 医学部 小児科学・救急医学

○新田 雅彦

【主旨】

JRC蘇生ガイドラインは5年ごとに改訂されており、2025年10月末には新ガイドラインのプレプリントが公表される予定である。同時期には、ERC (European Resuscitation Council: ユーロパ蘇生協議会) やAHA (American Heart Association: アメリカ心臓協会) など、他の地域の蘇生協議会からもガイドラインが発表される。これらの各地域のガイドラインは、ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation: 国際蘇生連絡委員会) が作成する科学的根拠に基づいた推奨、すなわちCoSTR (Consensus on Science with Treatment Recommendations) に基づいて改訂される。

蘇生科学に関するエビデンスの集積が進む中、ILCORはより迅速な情報提供を目的として、従来の5年ごとのCoSTR改訂に加え、2017年以降は重要なトピックについて新たなエビデンスが得られ次第、年次ベースでCoSTRを公表する体制へと移行している。2025年はその5年に一度のガイドライン改訂年にあたり、ILCORからもすでに2025年版CoSTRのプレプリントが公開されている。

本セッションでは、これまでに公表された情報をもとに、2025年版JRC蘇生ガイドラインの方向性について、9つの作業部会を代表する委員より、その要点をご解説いただく。

ポスターセッション (一般演題) 1.

日本の救命統計の検証3 COVID-19発生前後の心疾患患者の救急搬送比較

日本蘇生学会 日本小児救急医学会会員

○新田 隆志

[キーワード] COVID-19 心疾患患者 病院到着時間

【背景】

日本の救急統計は世界に類のない、優れたものとされる。さらに、VF等の救命率は世界最高水準を示している。これは日本の医療の素晴らしさを示しているものである。日本でのCOVID-19前後の心疾患の救急搬送結果を検証する。

【方法】

総務省消防庁の救急救助の現況 (令和2年及び5年) 第49図及び23表で、心疾患等の初診時の診断に基づき、COVID-19終了前の令和4年とCOVID-19発生前である令和元年と比較する。

【結果】

1. 第49図

病院到着 令和元年39.5分 令和4年47.2分 7.7分の遅れである。

2. 第23表 心疾患等の初診時結果

令和4年の各数値を令和元年と同じに補正し、比較した。

死亡+5,660人重症-165人中等症+534人軽症-8,220人

【考察と結論】

1. 令和4年と令和元年と比較すると病院到着時間が約7.7分遅れている。

結果、軽症者が8,220人減り、死亡者が5,660人多くなったと試算される。

2. コロナ時は、病院到着の遅れで、以前軽症だったものが、中等症へ、中等症が重症へ、さらに死亡へと、多数の傷病者が悪化したことを示唆する。救命の連鎖のどの部分に問題があるか、検証が必要である。

ポスターセッション（一般演題） 2.

院外心停止患者に対するアドレナリン投与の時間的限界についての検討

¹ 千葉市立海浜病院 救急科

² 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座

³ 君津中央病院 救急科・集中治療科

⁴ SOS-KANTO 2017 Study Group

○本間 洋輔¹、田上 隆^{2,4}、北村 伸哉^{3,4}

〔キーワード〕 アドレナリン、院外心停止、時間

【背景】

院外心停止に対するアドレナリン投与はガイドライン上早期投与が推奨されているが、いつまで投与が効果的であるのかは十分に解明されていない。

【目的】

院外心停止に対するアドレナリン投与の時間的閾値を推定する。

【方法】

SOS-KANTO 2017 レジストリデータを用いた後ろ向き観察研究である。18歳以上の院外心停止患者を対象とし、アウトカムは1か月後生存と神経学的予後良好（CPC 1-2）とした。時間依存性Coxモデルを用いてアドレナリン投与との関連を検討し、さらにアドレナリン投与時間と予後の非線形関係を評価するため、B-スプライン関数（自由度3）を用いて、グラフから効果的閾値について評価した。

【結果】

時間依存性Cox回帰分析では、アドレナリン投与は同時点まで生存した非投与群と比較して1か月生存率と正の関連を示したが、神経学的予後との関連は認めなかった。B-スプライン非線形モデルでは、時間との非線形関係が確認された。この非線形モデルよりアドレナリン投与効果は時間経過とともに低下し、1か月生存において39分、神経学的予後良好において25分を超えると、アドレナリン投与による生存率改善効果が消失し、潜在的に有害となる可能性が示唆された。

【結論】

院外心停止患者に対するアドレナリン投与は、同時点まで生存した非投与患者と比較して予後を改善する効果があるが、その効果は早期投与ほど効果が高く、投与までの時間が一定の時間を超えると効果が消失あるいは逆転する可能性が示唆された。院外心停止患者に対するアドレナリン投与の最適なタイミングを考慮した蘇生プロトコルを検討するべきである。

ポスターセッション（一般演題） 3.

SAVE-J III studyの現状と今後について

¹ 聖路加国際病院 内科

² 聖路加国際病院 救急科

³ 日本医科大学附属病院 循環器内科学 心臓血管集中治療科

⁴ 兵庫県災害医療センター 救急部

⁵ 杏林大学 救急総合診療科

○常見 勇太¹、羽田 佑²、中田 淳³、井上 明彦⁴、一二三 亨⁵

〔キーワード〕 OHCA、ECPR、SAVE-J

院外心停止（OHCA）患者に対しては標準的な心肺蘇生（ACLS）が施行されているが、転帰は依然として不良である。ECPR（Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation）は、従来の蘇生に反応しない症例に対して、早期に脳血流を再開し循環を補助しながら原因治療を行う積極的介入法であり、救命率や神経学的転帰の改善が期待される。2014年のSAVE-J研究や2022年のSAVE-J II研究により本邦におけるECPRの有用性が示されたが、これらは2013～2018年のデータに基づくものであり、近年臨床導入が進んだImpellaをはじめとする新たな補助循環デバイスの影響は十分に反映されていない。本研究（SAVE-J III Study）では、院外心停止に対してECPRが施行された症例を対象に新たなレジストリを構築し、本邦における最新の診療実態と生存率、神経学的転帰を明らかにし、転帰改善に寄与する因子を検討することを目指す。全国60施設の参加を予定しており、対象は2019年1月1日から2024年6月30日までにECPRを施行された18歳以上の成人患者とする。データ収集には電子データキャプチャ（EDC）システムを用い、5月半ばまでに構築を完了予定である。主要アウトカムは退院時の神経学的転帰良好（CPC 1-2）とし、副次アウトカムとして1か月後の転帰や生存率、合併症発生率を評価する。SAVE-J III Studyは、世界最大規模のECPRレジストリ構築を目指し、本邦におけるECPRのさらなる発展と標準化に貢献することが期待される。

ポスターセッション（一般演題） 4.

浴槽で溺水後に心停止で搬送され死亡後の遺伝子解析でTNNT2関連心筋症が判明した12歳男児例

¹ 兵庫県立こども病院 救急科

² 兵庫県立こども病院 集中治療科

³ 神戸大学 医学部 小児科

⁴ 加古川中央市民病院 小児科

○松井 鋭¹、黒澤 寛史²、花房 宏昭³、豊嶋 大作⁴、野津 寛大³

〔キーワード〕 小児、院外心停止、遺伝子解析

【緒言】わが国では小児の院外心停止例が年間約1600件発生している。1か月後の生存率は約13%と低く、その発生原因の解明と予防が重要である。Child Death Review（CDR）による死亡検証でも原因が特定できない症例は多いが、そのような症例に対し近年網羅的な遺伝子解析（genetic autopsy）により原因が特定できる例が報告されている。【症例】基礎疾患のない12歳男子。1週間前に鼻汁あり、2日前に電車内でふらつきと顔面蒼白があったが回復したためそのまま登校した。来院当日、入浴30分後に自宅浴槽内で沈んでいるのを発見され、バイスタンダーCPRを開始された。10分後に救急隊が接触した際の初期波形は心静止であった。病院到着後治療中に波形は心静止から心室細動に変わったため除細動を行った。その後PEAと心室細動を繰り返し、1時間後に死亡確認となった。解剖結果は溺死であったが溺死に至った原因が不明であったため、ご家族同意のもと血液残余検体で遺伝子解析を行ったところ、TNNT2に既知の病的バリエーションを検出した。TNNT2はさまざまな心筋症の原因遺伝子で不整脈も起こしうるため、本例が溺死に至った意識障害の原因である可能性が高いと考えた。【考察】小児の突然死には遺伝性心疾患、神経疾患、代謝性疾患などが原因となることがある。救急現場では詳細な病因の特定は困難であるが、残余検体を用いた網羅的遺伝子解析が死因の解明につながり、遺された家族の予防にもつながる可能性がある。TNNT2は常染色体顕性遺伝機序で発症するため、本例では両親や同胞が同じバリエーションを持つリスクがある。

ポスターセッション（一般演題） 5.

医療系学生との学校でのBLS教育プログラム開発における小中高生の胸骨圧迫スキルと教育効果の多面的検討

¹ 九州大学大学院 医学系学府 高度救命・災害医学分野

² 九州大学大学院 臨床系医学研究院 救急医学講座

高度救命・災害医学分野

³ 九州大学病院 救命救急センター

○岩瀬 さくら¹、賀来 典之^{2,3}、水口 壮一^{2,3}、光山 由祐³、赤星 朋比古^{2,3}

〔キーワード〕 BLS教育、小中高生、医療系学生、KIDS SAVE LIVES

背景と目的

院外心停止傷病者の救命率・社会復帰率の向上には「救命の連鎖」が重要となる。幼少期からのBLS教育：KIDS SAVE LIVES(KSL)の課題に教育体制の格差、体格による胸骨圧迫の深さの限界がある。本研究では、小学校高学年～高校生への医療系学生（以下学生）とのKLSを掲げた学校でのBLS教育プログラムの開発において、小中高生の胸骨圧迫の効力感・知識・スキル、学生とのBLS教育の効果を検討することを目的とした。

方法

小学5年88名・中学2年92名・高校1年46名（計226名）を対象に、検討1:胸骨圧迫の効力感・知識・スキル（位置・深さ・速さ・戻し・体勢）、検討2:小中高生の感想に基づく学生とのBLS教育の効果を検討した。小学生は幼児マネキンを使用した。

結果

検討1:胸骨圧迫の効力感・知識・スキルには有意な関係を認めなかった。スキル間では、深さに、速さ・体勢・位置が影響しており、本教育前に深さ50%を達成できなかった40名のうち、本教育後に達成できた25名中20名は位置・速さ・体勢を改善していた。深さ0%の5名は中学生であった。検討2:小中高生は「BLSの重要性の理解」「BLSへの自信」「自己成長感」とともに「人の役に立てる喜び」「人命救助への意欲」を感じていた。これらは「学生のやさしく丁寧な指導」により強化されていた。

結論

本研究から、胸骨圧迫の深さは、体格による限界の一方、位置・速さ・体勢の修正で達成できる可能性が示された。学生とのBLS教育は小中高生のBLSへの効力感・知識・胸骨圧迫スキルを多面的に強化していた。今後は、本教育の持続可能性を検討する。

ポスターセッション（一般演題） 6. 公立小学校6年生を対象とした一時救命処置（BLS）講習の実施報告

¹聖路加国際大学聖路加国際病院 臨床検査科、帝京大学医学部 第三内科学講座

²聖路加国際大学大学院 看護学研究科

○寺脇 博之¹、亀田 典宏²、菊田 文夫²

[キーワード] 小学生、医療系大学生、医療者

本発表では、2025年3月4日に東京都中央区立A小学校において6年生生徒を対象に実施されたBLS講習会について報告する。

本BLS講習会は、聖路加国際大学の在校生をメンバーとするBLS普及団体「Samaritans」によって企画・立案された。Samaritansは2022年3月に卒業した当時の在校生により立ち上げられ、月2回の頻度で在校生を対象にBLS講習会を開催している。活動の中で生まれた「地域社会に対してもBLS講習の形で貢献をしたい」とのメンバーの思いより、顧問教員を含めた小学校側との打ち合わせなど2年の準備期間を経て今回の開催に至った。講習会の実施にあたり、SamaritansのOBである卒業生（医療現場でBLS教育に関与している現役看護師）、さらにJMECC・ICLSインストラクター資格を有する医師も参画した。

受講生徒は1限目にBSLの意義について説明した動画を視聴し、2～4限のいずれかの実習に参加した。6カ所の設営ブースにプロバイダー2名・受講生徒4～5名が割り振られ、全体を統括する進行者1名のもと、45分でBSLの各項目（傷病者発見時の反応確認・応援要請・呼吸確認・胸骨圧迫・AED装着と除細動の実施）の実習が行われた。受講生徒はみな楽し気にかつ真剣にBLSに取り組み、講習の満足度は総じて高い印象であった。

小学生を対象としたBLS講習は複数の自治体で開催されているが、その多くは消防署の協力で行われており、医療系学部の大学生や心肺蘇生教育に現役で携わる医師・看護師による講習の報告はほとんど確認されないことより、希少性の高い実施報告と考えここに発表する。

ポスターセッション（一般演題） 7. RQIプログラムを用いた医療従事者による乳児蘇生スキルの長期的効果

¹獨協医科大学看護学部 基礎看護学

²獨協医科大学 看護学部 成人看護学（急性期）

³獨協医科大学 救命救急センター

○茅島 綾¹、野口 貴史²、菱沼 菱沼²、玉木 裕³、
菊地 研³

[キーワード] low-dose, high-frequency training、胸骨圧迫

Resuscitation Quality Improvement (RQI) プログラムは、「low-dose, high-frequency」の教育手法により、医療従事者の蘇生スキルの維持を目的としている。本研究では、2020～2022年にRQIプログラムを実施した医療従事者を対象に、乳児マネキンを用いた蘇生スキルを12か月ごとに評価し、後ろ向きに解析した。全参加者が四半期ごとのセッションを完了し、遵守率は100%であった。初回372名、12か月後217名、24か月後107名からデータを収集した。初回参加者の95%は看護師、90%が女性で、76%が臨床経験5年未満であった。

胸骨圧迫の深さは、初回平均39.3mm (IQR: 34.5–41.3) から、12か月後40.0mm (36.2–42.4)、24か月後41.5mm (39.9–42.8)へと質が向上した。圧迫のテンポも、初回100.0回/分 (90.0–107.3) から、12か月後108.0回/分 (100.0–114.5)、24か月後112.0回/分 (105.0–117.0)と向上した。圧迫の深さおよびテンポのスコアはいずれも、全期間を通じて97.0～100.0点と高水準であった。さらに、胸骨圧迫比率、圧迫の位置、および完全な圧迫解除はいずれも、一貫して正確さを維持していた。一方、バッグ・バルブ・マスクによる換気では、換気量は合格水準であったが、換気テンポはばらつきが見られ、質の一貫性には課題が残った。

以上の結果から、RQIプログラムの継続的な導入は、乳児への胸骨圧迫スキルの長期的な質の維持に有効であると示唆された。

海外招聘講演（J-ReSS教育講演） IL3.

Improving the Chain of Survival for Resuscitation of Children: Through the lens of a 'looking glass' and 'crystal ball'

Professor, Department of Anesthesiology, Critical Care, and Pediatrics/ Founding Director, CHOP Center for Simulation, Advanced Education, and Innovation/ CHOP Center for Resuscitation Science, Academy for Resuscitation of Children and Global Resuscitation Alliance

○Vinay Nadkarni

Life threatening conditions of cardiac arrest, stroke, complications of childbirth, road traffic injuries, and sepsis result in more than 80% of global deaths each year. All systems of care that provide care for children require pediatric-specific medical devices, training, detection and response systems to enhance safe and accountable care. We will review the past and present evidence-based approaches to improve survival and quality of life outcomes with emphasis on quality of resuscitation interventions. In addition, we will identify several pioneering breakthroughs and innovative strategies involving emerging technologies that will likely help us prevent, prepare for, and optimize resuscitation with a focus on long-term quality of life. Insights gained from examples of extraordinary care, pioneering translational research, and exceptional global implementation, training and support will launch meaningful discussions of how the past and present "learning laboratories" will lead to breakthroughs that will revolutionize the future approach to resuscitation.

パネルディスカッション1 PD1-1.

総論・小児領域より

あいち小児保健医療総合センター 小児救命救急センター

○池山 貴也

院内心停止（IHCA）は、急性期医療の質を映す重要な指標である。2023年のILCORからの「IHCA改善のための10のステップ（IHCA 10 Steps）」では、予防・認識・対応・継続的改善の4領域にまたがる枠組みを提案した[1]。米国では、AHAが主導するGWTG-Rにより、成人・小児のIHCAに関する包括的なデータ収集と改善活動が進められており、病院間のベンチマーク評価やアウトカム向上に寄与していると考えられる[2]。日本では、DPC) データを活用したIHCAの頻度やその生存アウトカムなどを明らかにされつつある[3]が、全国的なIHCAレジストリはまだ存在せず、CPR中の詳細や、COSCA[4]に沿ったアウトカムは不明である。本邦における小児IHCAレジストリ開始にむけた現状の取り組みと課題を考察する。

参考文献

- 1.Chan PS, et al. Ten Steps Toward Improving In-Hospital Cardiac Arrest Quality of Care and Outcomes. Resuscitation. 2023
- 2.Starks MA, et al. The Association of Duration of participation in get with the guidelines-resuscitation with quality of Care for in-Hospital Cardiac Arrest. Am Heart J. 2018
- 3.Ohbe H, et al. Incidence and outcomes of in-hospital cardiac arrest in Japan 2011-2017: a nationwide inpatient database study. J Intensive Care. 2022
- 4.Haywood K, et al. COSCA (Core Outcome Set for Cardiac Arrest) in Adults: An Advisory Statement From the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation. 2018

パネルディスカッション1 PD1-2.

日本における院内心停止の現在地：多施設レジストリが示す実情と今後の展望

聖マリアンナ医科大学 救急医学

○内藤 貴基

高齢化が進む日本では、医療需要の増加とともに院内心停止（IHCA）のリスクが高まっていると考えられる。しかし我が国における信頼できる全国的なデータは乏しく、IHCAを含む院内救急体制の実態把握が大きな課題となっていた。2014年にIn-Hospital Emergency Registry in JapanがRapid Response System（RRS）とIHCAの多施設オンラインレジストリとして立ち上げられた。2017年にはAHAガイドラインに準拠した形式へ改訂され、関連学会からなる院内救急検討委員会のもとで運用されている。

これまでにRRS 26893例（66施設）、IHCA 2724例（49施設）が登録されており、我が国の現状と問題点が明らかになってきている。

本講演では我が国のレジストリの歩みとこれまでの研究で明らかになったこと、今後の展望について述べる。

パネルディスカッション1 PD1-3.

ウツタイン様式に沿った院内心停止登録システムの課題と今後の展望

大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

○木口 雄之

院内心停止の転帰は医療の進歩とともに過去20年間で改善されてきたものの、生存率は25%程度と依然として低い割合で推移している。院内心停止患者における国際的に標準化された記録様式である院内ウツタイン様式は、2019年に主要な項目が大幅に見直され、客観的な比較を可能にするための記録の標準化が推奨されている。

当院では従来より院内心停止が発生した際のコードブルー体制は確立されており、病棟で心停止が発生した際は救急診療科、麻酔科、心臓内科の混成チームが現場に駆け付ける体制となっている。また事後に各事例に対して当該病棟が報告書を作成し、院内の委員会に提出するシステムは構築されていた。しかし、報告書の項目が当院独自の項目で構成されており、客観的に比較するには不十分な報告書であった。そこで、2023年に当院では院内心停止の報告システムを大幅に見直した。まずは各事例で作成する心停止報告書の記録項目を改訂版院内ウツタイン様式に準拠した項目に修正した。また、これまで紙ベースで報告書の提出はなされていたが、データの集計、解析を念頭において電子化した。これまで約2年のデータを収集しており、改訂版院内ウツタイン様式に沿った院内心停止登録システムの課題と今後の展望について報告する。

パネルディスカッション1 PD1-4.

循環器内科医から見た院内心停止（IHCA）の対策

獨協医科大学病院 救命救急センター

○菊地 研

院内心停止（In-Hospital Cardiac Arrest：IHCA）は、院外心停止に比して対策の整備が遅れている分野である。医療施設という専門職が集まる環境でありながら、心停止の予兆が見逃され、対応の遅れによって重篤な転帰を招く例が少なくない。特に循環器領域では急変を来しやすく、心停止のリスクが高いため、これらの病態に早期に迅速に介入することが救命率の向上に直結する。循環器内科医はこの分野の中心的な担い手であり、IHCAに関する初期の研究も循環器内科医が主導してきた。

また、IHCAの未然防止には、院内迅速対応システム（Rapid Response System：RRS）の導入とその適切な運用が不可欠である。2022年度の診療報酬改定では、急性期充実体制加算の施設基準にRRSの導入が記され、所定の研修受講が義務化された。現在の研修は主にRRSの対応側に焦点を当てているが、RRSの効果を最大化するには、現場スタッフが異常に気づき、速やかに要請する「起動」行動の強化が必要である。この課題に対応するため、日本蘇生協議会（JRC）監修の教材を用いた「RRS起動要素研修コース」が開発された。本研修では8つの実践的シナリオを通じて、RRS起動基準や早期警戒スコアに基づく判断、チーム内コミュニケーションの強化を図っている。さらに、観察頻度の調整、医療者間の認識のずれへの対応、ACP（Advance Care Planning）が不十分な終末期患者への支援など、臨床現場で直面する課題にも対応している。

加えて、「循環器疾患診療実態調査（JROAD-DPC）」の解析では、一般病棟での重症循環器疾患患者の院内死亡率の高さが示された。この結果を踏まえて循環器救急集中治療領域で患者転帰を改善するためには、疾患やその重症度に応じた適切な治療体制の構築と、医療資源の戦略的再配分が不可欠である。その実現には、現場の体制強化と併せて、行政と協働した政策的支援によって医療提供体制全体の最適化を図る必要がある。

パネルディスカッション1 PD1-5.

医療安全からみた院内心停止

大阪医科薬科大学病院 医療安全推進室

○新田 雅彦

わが国の医療安全管理体制は、1999年に大学病院で発生した患者取り違え事故を契機に黎明期を迎え、特定機能病院等における医療過誤への反省をもとに発展してきた。2015年より医療法に基づき医療事故調査制度が運用され、本年10月で10年を迎える。

この制度では、「医療事故」を、医療者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産で、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものと定義し、再発防止を策定するため遅滞なく報告することが義務付けられている。

一方、院内心停止事例は、現病の悪化によるものだけでなく、前兆をとらえられず予防に至らなかったものも少なくない。このような背景から、RRS（Rapid Response System）の運用によって防ぎ得る院内心停止の発生を減少させる管理体制の整備が求められている。2008年には医療安全全国共同行動の行動目標として取り上げられ、さらに2022年の診療報酬改定では、急性期充実体制加算の要件にRRSの整備・運用が盛り込まれたことを契機に、導入施設が急増している。

現在、RRSを運用している病院は増加し、その効果を実感する施設は少なくない。しかし、事例を体系的に振り返り、臨床データを収集・分析してシステム全体の質改善につなげる組織的な取り組みを行っている施設は限られている。海外ではこれらの情報を集積し、科学的に検討され、エビデンスとして公表されている。

本邦でも、各関連学会でRRSの運用について議論や普及のための取り組みが進められている。今後さらに発展させるためには、組織横断的な協力が不可欠である。今回の第17回 J-ReSSでは、関連学会の専門家による意見交換が実現する。この機会が、日本のRRS体制の発展につながることを期待したい。

パネルディスカッション2 PD2-1.

小児の胸骨圧迫換気比：Rescue-Breathingはなぜ重要か？パンデミックが問うCPRの本質

岡山大学学術研究院 医歯薬学域 地域救急・災害医療学講座

○小原 隆史

【はじめに】目撃者による心肺蘇生 (Bystander CPR) において、Rescue-Breathing (救命呼吸：RB) は心理的ハードルが高く、成人では胸骨圧迫のみを優先する Compression only CRP (CO-CPR) が推奨されている。一方、小児では、低酸素や換気障害が心停止に直結することから、RBを含むCPR (RB-CPR) の有用性が繰り返し報告され、ガイドラインでも推奨されてきた。しかし、現実的には蘇生の手順がC-A-Bに変更されて以来、小児においてもRBの意識は薄れ、2020年に発生したCOVID-19の流行は、「感染回避」の名のもとに、RBを控える動きを加速させた可能性が懸念されている。

【方法】All Japan Utstein Registry Dataを用いて、17歳以下の院外心停止例を対象に、COVID-19流行前 (2017-2019) と流行期 (2020-2021) のBystander CPRの変化と30日後の死亡率・神経学的転帰との関連を検証した。

【結果】7,162例のうち、3,352例 (46.8%) がBystander-CPRを受けていた。RB-CPRの割合は、流行前の33.0%から流行期には21.1%へと減少した。ポアソン回帰モデルを用いた解析では、CO-CPRは30日死亡率 (aRR: 1.16 [95% CI: 1.08-1.24]) および不良な神経学的転帰 (aRR: 1.10 [95% CI: 1.05-1.16]) と関連しており、特に年齢層 (幼児および思春期) や心停止の原因 (非心臓性) において一貫していた。さらに、RB-CPRの減少は、流行期に年間約10.7人の超過死亡につながったと推定された。

【結語】COVID-19流行下における本結果は、改めて、小児CPRにおけるRBの重要性を示すものであった。蘇生教育の再周知、公衆衛生上の危機に備えたデバイス開発が求められる。

パネルディスカッション2 PD2-2.

小児と成人における心肺蘇生の違い～胸骨圧迫換気比 (新生児) ～名古屋市立大学大学院 医学研究科 新生児・小児医学分野

○杉浦 崇浩

この胸骨圧迫換気比に関しては国際蘇生法委員会 (International Liaison Committee on Resuscitation: ILCOR) の新生児蘇生ではコンセンサス2015に正式に取り上げられて依頼、コンセンサス2023のスコopingレビュー、続いてコンセンサス2025ではエビデンスアップデートで取り上げられているが、新生児の胸骨圧迫換気比 (3:1) を再検討するためのシステマティックレビューを実施するだけの根拠は不十分であると結論づけている。実際胸骨圧迫を含めた蘇生を必要とする新生児に対し、適切な胸骨圧迫換気比に関して前方視的なランダム化比較試験を行うことは、その重篤度や発生頻度からも困難であり、そのほとんどが動物実験やマネキンを用いた研究に留まる。本パネルディスカッションでは新生児蘇生における胸骨圧迫比に関して現時点での判っている根拠について共有する。加えて成人・小児のCPRの大きな違い、即ち成人・小児の心肺蘇生では胸骨圧迫が人工呼吸より優先されるのに対し、新生児においては胸骨圧迫よりも人工呼吸が優先される。この点についても、新生児の子宮内からの子宮外の適応過程からの観点を含めて共有したい。

パネルディスカッション2 PD2-3.

小児と成人における心肺蘇生の違い～Prehospital領域における実態と課題～

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 (神戸市消防局)

○杉山 隼

背景：院外心肺停止 (Out of Hospital Cardiac Arrest: OHCA) の原因について、小児症例では成人症例と異なり、呼吸不全や窒息など非心原性が多く、小児の心肺蘇生法においては人工呼吸、呼吸管理がより重要であると言われてる。しかしながら、プレホスピタル・ケアにおいて小児のOHCA症例が少ないことや教育・訓練機会の乏しい現状がある。

目的：小児および成人のOHCA症例に対するプレホスピタル・ケアの対応実態を比較し、それぞれの蘇生処置の特徴と課題を検討する。

方法：神戸市のOHCA症例のうち、成人および小児 (15歳未満) 症例の救急隊の活動状況について後方視的に検討した。BLS/ALS処置 (気道管理デバイス、静脈路確保、アドレナリン投与) などの実施率を比する。

結果：小児では気道確保や静脈路確保などの処置を実施せず、BLS (人工呼吸と胸骨圧迫) のみで搬送される割合が成人と比較し顕著に高かった (86% vs 22%)。

考察：小児のOHCA症例数は稀であること、技術的・心理的ハードルから、積極的処置の抑制要因となっている可能性がある。救急救命士の教育において、小児蘇生の特性を踏まえた訓練体系の再構築が必要である。

結論：Prehospital領域における心肺蘇生対応には、救急救命士が小児に対して年齢特異的な処置を自信を持って行えるよう、教育・経験機会の整備が急務である。

パネルディスカッション2 PD2-4.

何が違う？こどもの脳死判定

兵庫県立こども病院 小児集中治療センター 集中治療科

○青木 一憲

2010年の改正臓器移植法により、15歳未満の小児も法的脳死判定の対象となった。従来の1985年竹内基準は6歳以上を対象としていたため、6歳未満に対しては別途「小児法的脳死判定基準」が作成され、その内容は最新の「法的脳死判定マニュアル2024」にも引き継がれている。本稿では、成人との相違点を中心に小児の法的脳死判定における特徴を概説する。まず、脳死判定が実施できない条件として、小児特有の要件が存在する。修正12週未満では判定対象外であり、血圧基準も画一的ではなく、年齢に応じた計算式により設定され、13歳以上で成人と同様の基準が適用される。深部体温は6歳未満では35℃未満で除外となる。また、虐待が疑われる18歳未満の症例では、児童福祉法の定義に基づき、脳死下臓器提供の対象とならない。さらに、有効な意思表示が困難な障害を有する者については、15歳未満では提供意思の有無を問わない。脳死判定の実施手順においても、小児特有の配慮が求められる。6歳未満では判定間隔が24時間、前庭刺激に用いる注水量が25mLとされるなど、成人と異なる実施条件が設定されている。以上のように、小児の法的脳死判定では、発達段階に応じた多様な基準が存在し、年齢ごとの特性を十分に理解した上で慎重に対応する必要がある。

パネルディスカッション2 PD2-5.

大人も子どもも対応するERにおけるグリーフケア

ー違いも知ってお互いの強みを生かすー

聖路加国際病院 救命救急センター外来／放射線科・放射線腫瘍科
○加藤 佐知子

当院は東京都にある520床の総合病院であり、救命救急センター外来（以下ER）では、昨年度1年で1次から3次まで、11600件の救急車を応需している。ここ2年は年間で約230件のCPA患者に対応、190件のお看取りをし、うち中学生未満のCPA患者は1年に3件であった。

内科的な重症小児患者は小児科医師、外傷の小児患者は救急科医師が診察するが、ER看護師は双方に対応している、ERで小児科外来や小児科病棟を経験したことのあるスタッフは1名である。

広義のグリーフケアを考えた時、ERにおけるグリーフケアは患者の到着前から始まっており、到着時、医療処置を行なっている間、亡くなってから、死亡退院後でも行われている。この一連の援助の中で、十分な対応をしてもらったことが、家族を支えていることもあるといわれている。亡くなったのが子どもである場合、家族に焦点があたる印象だが、グリーフケアを考えるとときにも患者である子どもを中心にし、患者本人に適切な医療処置がなされること、子どもを1人にしないことが大切であると思う。それが結果的に親、きょうだい、医療者の適応過程をも支えることになるのだと考える。

グリーフケアについては、15年程前から多職種でチームを作り、家族が必要時アクセスできるように、ERで亡くなった方の家族に渡すリーフレットを作成、経験の少ないスタッフでもアセスメントと対応がわかるようにケアガイドを作成した。また、子どもとその家族に適切なケアを提供したいという思いから、子どもが亡くなった時のアセスメントと対応がわかるようなケアガイドも作成した。グリーフケアは一連の流れと捉えたとき、救急科や小児科、多職種がそれぞれのスキルを出し合うことでより最適なケアを提供でき、また相談しながら行なうことでスタッフのグリーフにもつながっていると思う。

いかに小児患者に目を向け協力し合えるのか。現状と対応を共有して考える機会にしたいと思う。

パネルディスカッション2 PD2-6.

こどもの死因究明とチャイルド・デス・レビュー

名古屋大学医学部附属病院 救急・内科系集中治療部

○沼口 敦

わが国では、こども（18歳未満）の死亡は年間死亡数の0.2%程度を占める。その死因について、成人に比して外因死が相対的に多く、5歳階級別の死因順位では「不慮の事故」が上位を占めるが、その他にこどもの死亡に関する統計資料は少ない。本講演では第一に、人口動態統計の独自解析結果等をもとに、こどもの死因究明の現状と課題について概説する。

成育基本法に謳われた「死亡の原因に関する情報の収集・管理等に関する体制の整備」を実現するため、チャイルド・デス・レビュー（CDR）が「予防のためのこどもの死因究明」として紹介され、令和2年度から都道府県を実施主体としたCDRモデル事業が実現している。CDRとは「こどもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことを目的に、複数の関係機関・専門家が、死亡した子どもの既往歴、家族背景、当該死亡に至った直接の原因等に関する情報を基に行う、当該死亡に関する検証」（こども家庭庁）である。多機関多職種専門家が、同じテーブルについて情報共有し、それを基に検証し、その結果を提言として社会に発信する取り組みであり、死亡の予防策のみならず、医療提供のありかた、遺族対応のありかた等についても広く取り扱うしくみを目指している。本講演では第二に、CDRモデル事業の観察および科学研究費補助金事業による探索の結果をもとに、わが国のCDRの現状と課題について概説する。

死因究明とCDRはいずれも、社会の潜在的なリスクを明らかにし、安全な社会を実現するための重要なトピックである。本講演をとおして、これらの相違と、こどもに特有の社会課題を認識する一助になれば幸いである。

演者略歴

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（小児科学教室）
 1994年 大阪医科大学大学院医学研究科博士課程（小児科学専攻）
 1994年 大阪大学細胞工学センター細胞構造機能研究部門細胞機能研究分野 研究生
 2003年 国立成育医療センター 手術集中治療部 レジデント
 2005年 大阪医科大学 小児科学教室 助手
 2006年 大阪医科大学 救急医療部 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

【所属学会】

医療の質・安全学会，日本医療安全学会，日本医療マネジメント学会
 日本小児科学会，日本救急医学会，日本臨床救急医学会，日本小児集中治療研究会，
 日本小児救急医学会，日本小児突然死予防医学会，日本小児感染症学会，
 日本小児耳鼻咽喉科学会，日本小児心身医学会，日本循環器病学会

【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 小児救急委員会 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、病診連携部会 救急委員会 委員長
 大阪府医師会 救急災害医療部 委員、小児救急検討委員会 委員長
 JRC蘇生ガイドライン作成委員
 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

Education

1990 MD Osaka Medical College, Japan

1996 Ph. D. Graduate school, Osaka Medical College, Japan

Post-Doctoral Training

1999-2000 Research Fellow Georgetown University, School of Medicine, USA

2000-2002 Research Fellow University of Pennsylvania, School of Medicine, USA

Academic Appointments

2002-2004 Assistant Professor Osaka Medical College Department of Pediatrics, Japan

2004-2007 Assistant Professor Seoul National University College of Medicine, Department of Pediatrics, Korea

2007-2012 Associate Professor Seoul National University College of Medicine, Department of Pediatrics, Korea

2012-present Professor with tenure Seoul National University College of Medicine, Department of Pediatrics, Korea

Academic and Professional Activities (selected)

2008-2018: Director of Neonatal Intensive Care Unit, SNU Children's Hospital

2010-2020: ILCOR Neonatal TF Member

2012-2014: Associate Dean for International Affairs, SNU College of Medicine

2014-2016: Associate Dean for Student Affairs, SNU College of Medicine

2016-2019: Vice director, SNU Children's Hospital

2019-2023: Director, SNU Children's Hospital

2024-current: Chairman/CEO, The Korean Pediatric Society

2025-current: President, Federation of Asia Oceania Perinatal Societies (FAOPS)

【学歴】

B.A. (Zoology) Duke University, 1979.

M.S. (Physiology) Georgetown University, 1980.

M.D. University of Maryland School of Medicine, 1984.

【職歴】

Professor of Anesthesiology and Critical Care at the Hospital of the University of Pennsylvania and the Children's Hospital of Philadelphia

【所属学会等】

American College of Critical Care Medicine, American Academy of Pediatrics, American Heart Association (AHA)

International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)

Citizen CPR Foundation and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies.

【学歴】

1995年 九州大学卒業

【職歴】

2004年 九州大学助教

2015年 福岡市立病院機構福岡市民病院救急科科長

2020年 国立病院機構九州医療センター救命救急センター長

【所属学会】

日本麻酔科学会、日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本災害医学会

【学歴】

1998年 広島大学医学部 卒業

2006年 広島大学大学院 卒業

【職歴】

2000年 広島大学医学部 第二内科（呼吸器内科）入局

2006年 ドイツ エッセン大学医学部・西部ドイツ呼吸器センター留学

2017年 広島大学大学院 救急集中治療医学 准教授

2022年 大阪大学大学院医学系研究科 招聘教員（兼任）

2023年 広島大学放射線災害医療総合支援センター副センター長（兼任）

【所属学会】

日本救急医学会，日本集中治療医学会，日本呼吸器学会，日本呼吸療法医学会，
日本内科学会，日本呼吸器内視鏡学会

【学歴】

2001年 名古屋大学卒業

【職歴など】

2001年 名古屋第一赤十字病院 初期研修医

2004年 成育医療センター 麻酔・集中治療部修練医

2008年 カナダ・トロント小児病院 集中治療部臨床フェロー

2010年 米国・フィラデルフィア小児病院 シミュレーションセンター 研究フェロー

2011年 都立小児総合医療センター 救命・集中治療部 医員

2014年 あいち小児保健医療総合センター 集中治療科 診療責任者

2021年 同 小児救命救急センター長

2021年 国際蘇生連絡協議会（ILCOR）BLSタスクフォース

2021年 日本蘇生協議会蘇生ガイドライン 編集委員（PLS担当）

2025年 奈良先端科学大学院大学 附属メディルクス研究センター 客員助教

【所属学会】

集中治療医学会、小児科学会、小児救急医学会、日本心肺補助学会

【学歴】

1997年3月 名古屋市立大学 医学部卒業

2003年3月 名古屋市立大学 大学院医学研究科 小児科学分野卒業

【職歴】

1997年4月 名古屋市立大学病院 臨床研修医

1998年7月 豊橋市民病院 臨床研修医

2003年4月 名古屋市立大学 小児科学教室 臨床研究医

2004年1月 Massachusetts General Hospital リサーチフェロー

2007年5月 静岡済生会総合病院 新生児・小児科科長

2017年4月 豊橋市民病院 小児科(新生児) 部長

2025年4月 名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野 助教

【所属学会】

日本小児科学会、日本周産期・新生児医学会、日本新生児成育医学会

【略歴】

1993年 東北大学医学部卒業

1997年 日本大学医学部救急医学教室 助手

2007年 日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 助教

2010～2011年 米国マイアミ大学マイアミプロジェクトに留学

2015年 日本大学医学部准教授、日本大学病院救急科科長（救命救急センター長）

2017年 日本大学医学部診療教授 現在に至る

【所属学会・専門医等】

日本救急医学会 専門医・指導医、日本麻酔科学会 専門医・指導医、

日本集中治療医学会 専門医

【研究】

心停止蘇生後脳障害、緊急度判定、母体救急、医療安全と行動科学

【学歴】

1993年 山口大学 医学部 卒業

【職歴】

1993年 横浜市立大学医学部附属病院 臨床研修医

1997年 国立循環器病センター 心臓血管内科 レジデント

2001年 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター救命救急センター常勤特別職

2011年 横浜市立大学附属 市民総合医療センター 高度救命救急センター 講師

2012年 横浜市立大学附属 市民総合医療センター 心臓血管センター 講師

2014年 国立循環器病研究センター心臓血管内科部門心臓血管系集中治療科 医長

2022年 国立循環器病研究センター 救急部 特任部長

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本救急医学会、日本集中治療医学会

【学歴】

1999年 群馬大学医学部医学科 卒業

2010年 米国マイアミ大学医学部脳神経外科客員研究員

2013年 日本医科大学救急医学教室講師

2018年 同准教授

2020年 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授

【主な認定医等の資格】

日本救急医学会専門医・指導医、日本脳神経外科学会 専門医・指導医、

日本外傷学会専門医、日本集中治療医学会専門医、日本神経救急学会フェロー

【主な学会活動】

日本救急医学会（理事）、日本外傷学会（理事）、日本神経救急学会（理事）、

日本脳神経外傷学会（理事）、日本脳死・脳蘇生学会（理事）、

日本病院前救急診療医学会（理事）、日本臨床高気圧・酸素潜水医学会（理事）、

日本救命医療学会（理事）、日本脳神経外科学会（代議員）、日本臨床救急医学会（評議員）、

日本集中治療医学会（評議員）

シンポジウム SY.**小林 忠宏 (こばやし ただひろ)**

学歴：2003年山形大学卒業

職歴：2005年国立国際医療センター（現 国際医療研究センター）緊急部

2008年筑波メディカルセンター病院 救急診療科

2012年トロント大学 集中治療部 留学

2020年山形大学 救急医学講座 講師

2025年山形大学医学部附属病院 病院教授

所属学会：欧州集中治療医学会、日本救急医学会、日本集中治療医学会

シンポジウム SY.**武田 聡 (たけだ さとし)**

1991年 山梨医科大学 医学部医学科 卒業（医籍登録）

1991年 山梨医科大学 第二内科（循環器内科） 入局（田村内科）

1992年 東京慈恵会医科大学 研究生（永野内科望月研究室）

1994年 カナダ マニトバ大学 生理学教室 セントボニフェス病院 留学

1995年 山梨医科大学 医学部 大学院博士課程 修了（医学博士）

1996年 静岡 共立蒲原総合病院 循環器内科 医長

1999年 山梨 甲府城南病院 循環器内科 医長

2001年 東京慈恵会医科大学 循環器内科 診療医員

2010年 ピッツバーグ大学メディカルセンター（WISERシミュレーションセンター等）
留学

2016年 東京慈恵会医科大学 救急医学講座 主任教授
（東京慈恵会医科大学附属病院 救急部 診療部長 兼任）

2023年 東京慈恵会医科大学附属病院 救命救急センター長 兼任

2025年 講座改名 救急災害医学講座 統括主任教授

所属学会

日本救急医学会、日本循環器学会、心血管インターベンション治療学会、日本内科学会など

【学歴】

2001年 名古屋大学卒業

【職歴など】

2001年 名古屋第一赤十字病院 初期研修医

2004年 成育医療センター 麻酔・集中治療部修練医

2008年 カナダ・トロント小児病院 集中治療部臨床フェロー

2010年 米国・フィラデルフィア小児病院 シミュレーションセンター 研究フェロー

2011年 都立小児総合医療センター 救命・集中治療部 医員

2014年 あいち小児保健医療総合センター 集中治療科 診療責任者

2021年 同 小児救命救急センター長

2021年 国際蘇生連絡協議会（ILCOR） BLSタスクフォース

2021年 日本蘇生協議会蘇生ガイドライン 編集委員（PLS担当）

2025年 奈良先端科学大学院大学 附属メディルクス研究センター 客員助教

【所属学会】

集中治療医学会、小児科学会、小児救急医学会、日本心肺補助学会

2007年新潟大学卒、武蔵野赤十字病院 総合診療科,循環器科を経て、東京ベイ浦安市川医療センター 集中治療科プログラムディレクター。同院所属中にASUISHIを一期生として卒業。

2017年から聖マリアンナ救急医学に勤務。

2021-23年6月までThomas Jefferson 大学で院内急変予測のAIモデル開発研究に従事。日本院内救急検討委員会,RRS院内心停止オンラインレジストリ運営に携わりながら、院内救急体制の充実と普及に携わる

パネルディスカッション1 PD1-3.**木口 雄之（きぐち たけゆき）****【学歴】**

2004年 3月 島根医科大学医学部医学科卒業

【職歴】

2004年 4月 東大阪市立総合病院/大阪大学医学部附属病院 初期臨床研修医

2006年 4月 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 医員

2007年 6月 諏訪赤十字病院 外科 医員

2009年 6月 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 診療主任

2016年 10月 京都大学 医学研究科 予防医療学分野 特定助教

2020年 4月 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科 副部長

【専門分野・資格】

救急診療、蘇生科学、日本救急医学会指導医/専門医、ICLSディレクター、
日本DMATコーディネーター、JPTEC世話人、
ILCOR Research & Registry Committee Support member

パネルディスカッション1 PD1-4.**菊地 研（きくち みがく）****【学歴】**

1992年 岩手医科大学卒業

【職歴】

1992年 岩手医科大学 第二内科

1996年 岩手県立久慈病院 循環器内科 医長

1998年 岩手医科大学 循環器センター 助手

2000年 岩手医科大学 高度救命救急センター 助手

2005年 獨協医科大学 心血管・肺内科 講師

2011年 獨協医科大学 心臓・血管内科/循環器内科 准教授

2019年 現職

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本臨床救急医学会

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（小児科学教室）
 1994年 大阪医科大学大学院医学研究科博士課程（小児科学専攻）
 1994年 大阪大学細胞工学センター細胞構造機能研究部門細胞機能研究分野 研究生
 2003年 国立成育医療センター 手術集中治療部 レジデント
 2005年 大阪医科大学 小児科学教室 助手
 2006年 大阪医科大学 救急医療部 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

【所属学会】

医療の質・安全学会，日本医療安全学会，日本医療マネジメント学会
 日本小児科学会，日本救急医学会，日本臨床救急医学会，日本小児集中治療研究会，
 日本小児救急医学会，日本小児突然死予防医学会，日本小児感染症学会，
 日本小児耳鼻咽喉科学会，日本小児心身医学会，日本循環器病学会

【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 小児救急委員会 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、病診連携部会 救急委員会 委員長
 大阪府医師会 救急災害医療部 委員、小児救急検討委員会 委員長
 JRC 蘇生ガイドライン作成委員
 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

パネルディスカッション2 PD2-1.**小原 隆史（おばら たかふみ）****【学歴・職歴】**

2012年3月 熊本大学医学部医学科 卒業
2012年4月 熊本赤十字病院（初期研修医）
2014年4月 熊本大学病院 小児科（専修医プログラム）
2017年9月 熊本赤十字病院 こども医療センター（小児科/PICU）
2020年4月 岡山大学学術研究院医歯薬学総合研究科 救命救急医学講座 入学
2023年3月 岡山大学学術研究院医歯薬学総合研究科 救命救急医学講座 早期卒業
2023年4月 岡山大学学術研究院医歯薬学域 地域救急・災害医療学講座 助教
2025年4月 岡山大学学術研究院医歯薬学域 地域救急・災害医療学講座 講師

【所属学会】

日本小児科学会、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本小児救急医学会、
日本呼吸療法医学会、日本移植学会

パネルディスカッション2 PD2-2.**杉浦 崇浩（すぎうら たかひろ）****【学歴】**

1997年3月 名古屋市立大学 医学部卒業
2003年3月 名古屋市立大学 大学院医学研究科 小児科学分野卒業

【職歴】

1997年4月 名古屋市立大学病院 臨床研修医
1998年7月 豊橋市民病院 臨床研修医
2003年4月 名古屋市立大学 小児科学教室 臨床研究医
2004年1月 Massachusetts General Hospital リサーチフェロー
2007年5月 静岡済生会総合病院 新生児・小児科科長
2017年4月 豊橋市民病院 小児科(新生児) 部長
2025年4月 名古屋市立大学大学院医学研究科 新生児・小児医学分野 助教

【所属学会】

日本小児科学会、日本周産期・新生児医学会、日本新生児成育医学会

パネルディスカッション2 PD2-3.**杉山 隼（すぎやま じゅん）**

【職歴】 神戸市消防局 救急救命士

【学歴】 神戸大学大学院医学研究科 災害・救急医学分野 博士課程学生

パネルディスカッション2 PD2-4.**青木 一憲（あおき かずのり）****【学歴】**

2004年3月 愛媛大学医学部 医学科 卒業

【職歴】

2004年4月 愛媛県立中央病院 初期研修医

2006年4月 兵庫県立こども病院 小児科後期研修医

2009年2月 国立成育医療研究センター病院 手術・集中治療部 レジデント

2011年7月 国立成育医療研究センター病院 集中治療科 医員

2016年4月 兵庫県立こども病院 小児集中治療科 医長

2024年4月 兵庫県立こども病院 小児集中治療センター 集中治療科 部長

【所属学会】

日本集中治療医学会、日本呼吸療法医学会代議員、日本救急医学会、日本小児科学会、急性血液浄化学会、日本小児救急医学会、日本小児神経学会

パネルディスカッション2 PD2-5.**加藤 佐知子（かとう さちこ）**

1997年 聖路加国際病院 救命救急センター配属

2011年 小児救急看護認定看護師 取得

パネルディスカッション2 PD2-6.**沼口 敦（ぬまぐち あつし）****【学歴】**

1996年 名古屋大学卒業

【職歴】

1996年 岡崎市立岡崎病院初期研修医

1998年 社会保険中京病院 小児循環器科

2001年 東京女子医科大学 循環器小児科

2002年 名古屋大学医学部附属病院 小児科

2004年 あいち小児保健医療総合センター 循環器科

2010年 名古屋大学医学部附属病院 小児科

2011年 同 救急科

2018年 同 救急・内科系集中治療部 部長，現在に至る

【所属学会】

日本小児科学会，日本集中治療医学会，日本小児救急医学会ほか

【その他】

日本小児科学会 予防のための子どもの死亡検証委員会 委員長

PALS インストラクター，PFCCS インストラクター

第18回日本蘇生科学シンポジウムについて
The 18th Japan Resuscitation Science Symposium (J-ReSS)

主 催 : 一般社団法人日本救急医学会（第54回学術集会）
日 時 : 2026年10月27日（火）～29日（木）のいずれか
会 場 : 出島メッセ長崎（長崎）（長崎県長崎市尾上町4－1）
会 長 : 田崎 修（長崎大学病院 高度救命救急センター センター長）

第54回

The 54th Annual Meeting of
the Japanese Association for Acute Medicine

日本救急医学会総会・学術集会

一步、百歩、万歩、
其々の歩み続けよう

2026
10.27 [火] ▶ 29 [木]

出島メッセ長崎

会長

田崎 修

長崎大学病院高度救命救急センター

運営
事務局

日本コンベンションサービス株式会社
jaam54@convention.co.jp

Quality time for better care

Quality time for better care は、Terumo Medical Care Solutions のブランドプロミスです。

TERUMO MEDICAL CARE SOLUTIONS

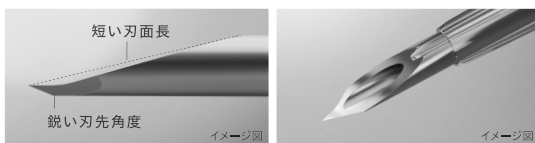
サーフローZEROTM



ゼロへ、挑む。

確実留置で医療従事者・患者の負担軽減を目指した留置針。

血管を捉えやすい、テルモ独自開発の「3D針」。



留置針に求められる「短い刃面長」でありながら「鋭い刃先角度」を実現しました。

誤操作・操作忘れを防ぐ、パッシブセーフティ機構。

- カテーテルの血管確保を確認後、内針を抜くと自動で針先にセーフティーカバーが装着されます。手技者はもちろん、廃棄などを行う周りの人への針刺し防止、感染リスク低減に貢献します。
- パッシブセーフティはアクティブセーフティに比べて針刺しリスクを低減します。

血管確保のサインが「見える」、サーフロー独自の「OKフラッシュ」機構。

- OKフラッシュでカテーテルの血管確保が見えるから、安心して操作可能です。
- OKフラッシュは不要な内外針抜き差しによるカテーテル損傷リスクを低減します*。

*本品はカテーテルが血管に入った瞬間にカテーテルに逆流した血液を目視で確認でき、血管確保が明確に分かる構造(フラッシュバック機構)を有するため、内外針抜き差しが不要となります。

血液曝露リスクを低減する止血弁。

- カテーテルハブからの逆流による血液曝露リスクを低減します。

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



世界中の人々の
健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。



第一三共株式会社



自動体外式除細動器 AED-3200シリーズ

オートショックAED

～救助者の心理的負担の軽減を目指して～

- 電気ショックが必要な際は、装置が自動で電気ショックを行うため、ショックボタンはありません(通電することをお知らせする表示のみ)。操作を減らすことで、救助者の心理的負担の軽減をサポートします。
- 3.5型カラー画面＋音声ガイドで操作をサポート。
- 電気ショック実行時には、「3、2、1」のカウントダウンを画面と音声でお知らせ。傷病者の体から離れることを周知します。

販売名：自動体外式除細動器 AED-3200シリーズ
商品コード：AED-3250
医療機器承認番号：30400BZX00003000
クラス分類：高度管理医療機器、特定保守管理医療機器



音声ガイドの聞き取りにくい環境や耳の不自由な方の操作をサポート



未就学児/小学生～大人モード切替スイッチでさまざまな年代に対応(パッドは共通)

- ・添付文書を必ずお読みください。
- ・電極パッドは使い捨てです。再使用できません。
- ・AEDに不測の事態が発生した時及び譲渡時(高度管理医療機器等販売業の許可業者に限り)、廃棄時には、日本光電またはAEDを購入された販売店にご連絡ください。
- ・未就学児(小学校に上がる前の子ども)には未就学児モードへ切り換えて使用してください。

AED設置管理タグをよく見える所に！



忘れないで日常点検！

AEDは救命処置のための医療機器です。AEDを設置したら管理者も設置し、いつでも使用できるように、AEDのインジケータや消耗品の有効期限などを日頃から点検する事が重要です。

製造販売業者または販売業者が、設置者の保守管理の手間を軽減する独自のサービスをご用意しております。お客様の都合に合わせて、これらを利用し、いつでもAEDが使える状態にしておいてください。



AED設置管理タグ

AEDのお求めは日本光電へ

〈製造販売〉

日本光電

東京都新宿区西落合1-31-4
〒161-8560 ☎03(5996)8000

*カタログをご希望の方は当社までご請求ください。

★AED 保守受付センター ☎0120-233-821

★AED 専用ホームページ <https://www.aed-life.com/>

第17回日本蘇生科学シンポジウム
協賛・協力一覧（敬称略）

エア・ウォーター・リンク株式会社

エーザイ株式会社

大阪医科薬科大学医師会

大阪医科薬科大学仁泉会

第一三共株式会社

テルモ株式会社

日本光電株式会社

（五十音順 2025 年 7 月 3 日現在）

「第 17 回日本蘇生科学シンポジウム」の開催に際し、上記の皆様より多大なるご支援・ご協力を賜りました。ここに厚く御礼申し上げます。

第 17 回日本蘇生科学シンポジウム
大会長 新田 雅彦