

第18回

The 18th Japan Resuscitation Science Symposium (J-ReSS)

日本蘇生科学シンポジウム

プログラム・抄録集

蘇生科学の現状と課題

2026.10.28 [水] ヒルトン長崎

大会長 坂本 哲也 公立昭和病院
共 催 一般社団法人 日本蘇生協議会(JRC)
併 催 第54回日本救急医学会総会・学術集会

開催概要

名 称	第 18 回日本蘇生科学シンポジウム The 18th Japan Resuscitation Science Symposium (J-ReSS)
テ ー マ	蘇生科学の現状と課題
会 期	2026 年 10 月 28 日 (水)
会 場	ヒルトン長崎 第 13 会場 (3 階 キャプタインスカマー I) 〒 850-0058 長崎県長崎市尾上町 4-2
開 催 形 式	現地開催 (Web 配信はございません)
参 加 費	3,000 円 (18J-ReSS のみ参加の場合。 参加登録はインターネットからのオンライン参加登録のみとなります。)
大 会 長	坂本 哲也 (公立昭和病院)
共 催	一般社団法人 日本蘇生協議会 (JRC)
併 催	第 54 回日本救急医学会総会・学術集会
運 営 事 務 局	日本コンベンションサービス株式会社 関西支社内 〒 541-0042 大阪府大阪市中央区今橋 4-4-7 京阪神淀屋橋ビル 2 階 E-mail : jaam54@convention.co.jp

プログラム

時間	セッション
9:10 ~ 9:15	開会挨拶
9:15 ~ 9:45	会長講演
9:45 ~ 10:35	口演 1
10:35 ~ 11:25	口演 2
11:25 ~ 12:25	教育講演
12:40 ~ 13:40	ランチョンセミナー 22
14:00 ~ 15:15	シンポジウム 1 「JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題 (BLS ALS PLS 法と倫理)」
15:15 ~ 16:30	シンポジウム 2 「JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題 (NR ACS CS 不整脈)」
16:30 ~ 17:45	シンポジウム 3 「JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題 (NCPR 妊産婦蘇生 FA EIT)」
17:45 ~ 17:50	Okada Award 表彰式
17:50 ~ 17:55	閉会式

第 18 回日本蘇生科学シンポジウム 次第

会長講演

9 : 15 ~ 9 : 45 (30 分)

司会：丸川 征四郎 吹田徳洲会病院集中治療センター

RSPL. CoSTR2025 と JRC 蘇生ガイドライン 2025 の方法論

坂本 哲也 公立昭和病院

口演 1

9 : 45 ~ 10 : 35 (50 分)

司会：畑中 哲生 健和会大里おおかわ診療所

1. 救急隊による除細動タイミングと院外心停止患者の転帰：時間依存傾向スコア・リスクセットマッチング研究
柏浦 正広 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科
2. 小児院外心停止におけるバイスタンダー CPR 様式の経年変化と予後との関連
小原 隆史 岡山大学病院 救命救急科
3. 外傷性院外心停止における心肺蘇生時間と 1 ヶ月転帰の関連：ウツタイン統計による全国解析
中島 千里 自治医科大学附属さいたま医療センター
4. 心肺蘇生中の signs of life - direct brain marker としての可能性 -
文屋 尚史 札幌医科大学医学部救急医学講座
5. 演題取り下げ

・・・・抄録は P. 10

口演 2

10:35 ~ 11:25 (50分)

司会：名知 祥 中濃厚生病院 救命救急センター

1. TAMARISE：東京都多摩地域で OHCA の社会復帰率を年 1% 向上させる挑戦
堀越 佑一 東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科
2. 院外心停止患者家族における退院後 1 年間の経験と支援ニーズに関する記述的検討
白崎 加純 聖路加国際病院 救急科・救命救急センター / 金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科 博士課程
3. 病院に勤務する医療従事者と非医療従事者を対象とした心肺蘇生講習会の有効性の検討
金山 悠 大阪急性期・総合医療センター 救急病棟
4. 記述式事前学習のデジタル化による受講生の判断傾向解析と支援型 ICLS の構築
平山 敬浩 京都山城総合医療センター 救急部・麻酔科
5. 胸郭圧と胸骨圧が生み出す灌流圧について
武田 吉正 東邦大学麻酔科学講座

・・・・抄録は P. 12

教育講演

11:25 ~ 12:25 (60分)

司会：石見 拓 京都大学大学院医学研究科

RSEL. ECPR を再考（再構）する～“地域”で取り組むとは？～

藤田 健亮 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

・・・・抄録は P. 7

ランチョンセミナー 22

12:40 ~ 13:40 (60分)

司会：坂本 哲也 公立昭和病院／日本蘇生協議会

LS22. 横浜を“蘇生率日本一の都市”へ！ - 地域一丸の挑戦

竹内 一郎 横浜市立大学 大学院医学研究科 救急医学／
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

共催：日本光電工業株式会社

・・・・抄録は P. 10

シンポジウム 1

14 : 00 ~ 15 : 15 (75 分)

JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題 (BLS ALS PLS 法と倫理)

司会：乗井 達守 University of New Mexico Health and Health Sciences, Department of Emergency Medicine

司会：黒澤 寛史 兵庫県立こども病院小児集中治療センター

RSSY01-1. BLS

野田 英一郎 国立病院機構九州医療センター災害医療部

RSSY01-2. JRC 蘇生ガイドライン 2025 ALS — 何が変わり、何がまだ分からないのか

大下 慎一郎 広島大学大学院救急集中治療医学

RSSY01-3. JRC 蘇生ガイドライン 2025 小児の蘇生

森本 健司 東京都立小児総合医療センター 救命・集中治療部門 集中治療科

RSSY01-4. 救命処置をめぐる倫理と法

石上 雄一郎 飯塚病院総合診療部連携医療・緩和ケア科

・・・・抄録は P. 7

シンポジウム 2

15 : 15 ~ 16 : 30 (75 分)

JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題 (NR ACS CS 不整脈)

司会：黒田 泰弘 TMG あさか医療センター ER 救急センター

司会：田原 良雄 国立循環器病研究センター心臓血管内科・救急部

RSSY02-1. JRC ガイドライン 2025 における脳神経蘇生 (NR) 領域の改訂ポイント

横堀 将司 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野

RSSY02-2. JRC 蘇生ガイドライン 2025 での「急性冠症候群 (ACS)」の要点と課題

菊地 研 獨協医科大学救命救急センター

RSSY02-3. JRC 蘇生ガイドライン 2025 心原性ショックの要点と展望

的場 哲哉 九州大学大学院医学研究院循環器内科学

RSSY02-4. JRC 蘇生ガイドラインでの“不整脈”の位置づけ

坂本 和生 九州大学病院冠動脈疾患治療部

・・・・抄録は P. 8

JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題 (NCPR 妊産婦蘇生 FA EIT)

司会：諫山 哲哉 国立成育医療研究センター新生児科
司会：田邊 晴山 救急救命東京研修所

RSSY03-1. JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題 ～ High Performance NCPR を目指して～
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

RSSY03-2. 妊産婦の蘇生—心停止予防から RCD・ECPR まで
山下 智幸 日本赤十字社医療センター救命救急センター・救急科

RSSY03-3. 救命の入口を科学する —JRC 蘇生ガイドライン 2025 FA の進化と課題—
小林 忠宏 山形大学医学部附属病院救急科

RSSY03-4. 普及・教育のための方策 (EIT) の要点と課題
松山 匡 京都府立医科大学 救急医療科

・・・・・・抄録は P.9

会長講演 RSPL.
CoSTR2025 と JRC 蘇生ガイドライン 2025 の方法論
公立昭和病院
坂本 哲也

教育講演 RSEL.
ECPRを再考（再構）する～“地域”で取り組むとは？～
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

ECPRは難治性心停止に対する治療選択肢の一つであるが、その実施は単に ECMO を導入することと同義ではない。病院前の質の高い CPR (High performance CPR) を継続しながら、適切な適応判断をし、質の高い CPR を継続しながら速やかに ECMO 確立し、心停止の原因治療と導入後の集中治療へつなぐ、一連の蘇生戦略である。ガイドラインでも「ECPR 施行可能施設」という表現が用いられるが、ECMO 装置の保有だけで施行可能とはいえない。院内には適応判断とチーム起動の手順、明確な役割分担、蘇生を続けながらの安全かつ迅速な導入、原因治療と集中治療、さらに訓練と症例の振り返りまでを担う体制が求められる。

同時に、施設内の体制を整えるだけでは、地域の患者に ECPR を届けられない。救急隊と医療機関がともに適応を共通認識として理解し、現場蘇生、搬送先と搬送時期、受け入れ側の起動を共有し、Low flow time を意識した動線を設計する必要がある。現場蘇生と早期搬送は二者択一ではなく、患者の経過に応じてつなぐべき連続した判断である。

本講演では、ECPRを支える地域連携と院内体制を整理する。地域の体制には施行施設への迅速搬送、病院間連携、病院前導入 (Prehospital ECPR) など複数の形があり、宇都宮の Prehospital ECPR や病院前との連携も一つの実践例として紹介する。ECPR 施行例の転帰だけでなく、ECMO 導入する前の ROSC を最大限に高め、また ECPR に至らない多数の心停止患者の蘇生の質にも目を向け、「地域で取り組む」ことの意味を再考したい。

シンポジウム 1 RSSY01-1.

BLS

国立病院機構九州医療センター災害医療部

野田 英一郎

JRC 蘇生ガイドライン 2025 編集委員会の方針変更に伴い、前ガイドラインでは ALS の章に記載されていた医療者が行う BLS についても BLS の章で解説することになった。また小児 BLS について、成人、小児の共通化の流れを踏襲し、成人のアルゴリズムに小児の内容を含めた。

今回のガイドラインの BLS アルゴリズムについては大きな変更はない。新たに Systematic Review (SysRev) により評価したトピックとして、ヘッドアップ CPR、受動的換気法、個人防護具を装着した CPR、溺水による心停止への対応を記載した。

過去に推奨と提案を行い、今回 SysRev により再評価したトピックは① CPR の開始手順、②硬い表面での CPR、③胸骨圧迫の部位、④胸骨圧迫の中断時間、⑤口頭指導がない場合の胸骨圧迫のみの CPR と人工呼吸を伴う CPR の比較、⑥救急隊員が行う胸骨圧迫人工呼吸比、⑦救急隊員または⑧院内で医療従事者が行う連続胸骨圧迫の CPR と間欠的 CPR の比較、⑨ CPR サイクルの時間、⑩除細動パドル、パッドのサイズおよび位置、⑪心停止していない傷病者に対する CPR での偶発的な傷害である。

SysRev を必要とするほどのエビデンスはなかったものの、その必要性について評価 (Scoping Review : ScopRev) したトピックは①換気のリアルタイムフィードバック装置、②電極パッド貼付および電気ショック前のブラジャーの取り外し、③肥満患者に対する CPR である。過去に評価したトピックで今回 ScopRev したものは CPR の質に対するフィードバックである。

ヘッドアップ CPR は研究の場合を除き実施しないことを提案、受動的換気法はルーチンに行わないことを提案、個人防護具を装着した CPR については疲労に対して細心の注意を払うことを提案した。溺水による CPA への対応については、水上で行う蘇生は熟練者が、安全が確保され、適応がある場合に実施することを提案し、救助後の蘇生については、通常的心停止の場合と同様に対応することを提案した。

本発表では、さらにその他の項目のうち重要なトピックを解説したい。

シンポジウム 1 RSSY01-2.

JRC 蘇生ガイドライン 2025 ALS

一何が変わり、何がまだ分からないのか

広島大学大学院救急集中治療医学

天下 慎一郎

JRC 蘇生ガイドライン 2025 では、成人の二次救命処置 (ALS) について最新のエビデンスを評価し、アドレナリン投与のタイミング、難治性 VF/pVT に対する電気ショック戦略、ECPR、POCUS、ROSC 後管理など、多くの領域で推奨の更新・明確化が行われた。

一方、推奨が示された領域においても、その根拠となるエビデンスの確実性は必ずしも高くなく、なお重要な未解決課題が残されている。例えば ECPR は、従来の CPR が不成功の場合に適応があれば考慮することが提案されているが、最も恩恵を受ける患者群や導入体制は確立していない。CPR 中の POCUS もルーチン使用は推奨されず、質の高い CPR を妨げず熟練者が実施できる場合の付加的検査として位置づけられており、診断精度を検証する質の高い研究が求められる。ROSC 後管理では、低酸素血症・高酸素血症の回避、PaCO₂ 35 ～ 45 mmHg、MAP 60 ～ 65 mmHg 以上などの目標が示された一方、より高い MAP 目標の有用性や患者背景に応じた至適管理は明らかでない。

本講演では、JRC 蘇生ガイドライン 2025 ALS の主要な推奨を確認するとともに、ガイドライン本文に示された「今後の課題」を基盤として、推奨とエビデンスの間に残る未解決課題を整理する。さらに、標準化された蘇生から患者ごとの病態や治療反応を考慮した個別化蘇生への発展、ならびにエビデンスを臨床現場へ実装するための課題について考察する。

シンポジウム 1 RSSY01-3.

JRC 蘇生ガイドライン 2025 小児の蘇生

- ¹ 東京都立小児総合医療センター 救命・集中治療部門 集中治療科
² 順天堂大学医学部附属浦安病院 救急診療科・こども救急センター
³ 滋賀県立総合病院 こども医療センター 救急科・小児救急科
⁴ 兵庫県立こども病院 小児集中治療センター 集中治療科
⁵ 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 集中治療科
⁶ 聖マリアンナ医科大学 小児科学講座

森本 健司¹、石原 唯史²、野澤 正寛³、黒澤 寛史⁴、池山 貴也⁵、清水 直樹⁶
小児蘇生 (Pediatric Life Support : PLS) 領域においても、他の作業部会と同様に、国際蘇生連絡委員会 (International Liaison Committee on Resuscitation : ILCOR) による「心肺蘇生に関する科学的根拠の国際コンセンサスと治療推奨 (Consensus on Science with Treatment Recommendations : CoSTR)」を基盤とし、わが国の医療環境や実装可能性を考慮して JRC 蘇生ガイドライン 2025 を策定した。

JRC 蘇生ガイドライン 2025 の PLS 領域における主な変更点として、①小児専門病院等における小児早期警告システム (PEWS) の使用の提案、②心停止が疑われる小児における脈拍確認の位置づけの見直し、③乳児に対する胸骨圧迫手技の変更、④小児心肺蘇生中における年齢相応の換気回数の考慮、⑤侵襲的血圧モニタリング下における拡張期血圧目標の提示、が挙げられる。なかでも PEWS、乳児の胸骨圧迫手技、換気回数については、国際的なエビデンスをわが国に適用するにあたり、国内の医療提供体制、教育、資源、実装可能性を踏まえた幅広い議論を要した。さらに、耐久性機械的循環補助装置装着中の患者における心停止への対応、肥満患者における心肺蘇生、単心室循環を有する小児に対する体外循環式心肺蘇生 (ECPR) など、7つのトピックを新たに取り上げた。

本発表では、JRC 蘇生ガイドライン 2020 から 2025 への PLS 領域における主要な変更点を概説するとともに、**コロナ禍以降で小児院外心停止で人工呼吸実施率が低下したままであるなどの推奨の策定過程で議論となった論点、わが国への適用に際して考慮された事項を示す。**さらに、これらの変更が今後の小児蘇生の実践に与える影響について考察し、次の改訂への課題を検討する。

シンポジウム 2 RSSY02-1.

JRC ガイドライン 2025 における脳神経蘇生 (NR) 領域の改訂ポイント

- ¹ 日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野
² 関西医科大学総合医療センター 脳神経外科
³ 国際医療福祉大学 医学部・大学院医学研究科 脳神経内科学
⁴ 公立昭和病院

横堀 将司¹、岩瀬 正顕²、永山 正雄³、坂本 哲也⁴

【背景・目的】JRC 蘇生ガイドライン 2025 の脳神経蘇生 (NR) 領域は、日本救急医学会、日本神経救急学会、日本集中治療医学会、日本脳神経外科救急学会、日本神経治療学会の合同委員会により作成された。心停止後症候群 (PCAS) を除く全神経系を対象とした急性期脳神経領域 (neuro-resuscitation, neuroemergency) の診療指針を提供する。

【方法・構成】従来の頭部外傷 (WG1)、脳卒中 (WG2)、てんかん重積 (WG3)、神経筋疾患 (WG4) に、新規の「急性脳症 (WG5)」を追加した。計 15 個の重要臨床課題を設定し、7つの CQ (Clinical Question) と 8つの Scoping Review 項目等に分類して検討を行った。

【主な内容と改訂点】WG1 (頭部外傷) では初期治療におけるトラネキサム酸投与の提案 (弱い推奨、Grade 2B) が盛り込まれた。WG2 (脳卒中) では病院前での急性主幹動脈閉塞 (LVO) 予測スコア使用の提案 (弱い推奨、Grade 2B) を行った。WG3 (てんかん重積) では非けいれん性てんかん重積 (NCSE) の臨床的重要性や第一選択薬が整理された。WG4 (神経筋疾患) では呼吸管理における非侵襲的換気 (NIV) の有効性は示されなかった。また新規の WG5 (急性脳症) では一酸化炭素中毒に対する高気圧酸素療法 (HBO) の提案 (弱い推奨、Grade 2D) をはじめ、肝性脳症や免疫チェックポイント阻害剤誘発性脳炎等の知見を整理した。

【結語】本ガイドラインにより、病院前から初期診療、集中治療に至るシームレスな連携と脳神経救急医療の標準化を目指す。

シンポジウム 1 RSSY01-4.

救命処置をめぐる倫理と法

飯塚病院総合診療部連携医療・緩和ケア科

石上 雄一郎

救急医療といえば「救命」「蘇生」がまず思い浮かぶ。しかし、すべての患者を救命できるわけではなく、救命処置を行った結果、患者や家族、そして医療者が「こんなはずではなかった」と感じることもある。高齢化が進み、人生の最終段階にある患者が救急搬送される機会も増えるなか、救急医療には「何ができるか」だけでなく、「何を行うことがその人にとって望ましいのか」を考える視点が求められている。DNAR は心停止時に心肺蘇生を行わないという限定的な指示であり、その他の治療の差し控え・中止を意味するものではない。また、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) は、将来の治療をあらかじめ決めること自体を目的とせず、本人が大切にしていることや今後の生き方、受たい医療・ケアについて、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセスである。しかし、事前の話し合いだけですべての救急場面に対応できるわけではない。急な病状変化のなかで、本人の意思や推定意思、医学的妥当性を踏まえ、患者・家族の感情に応答しながら、その時点での最善の医療・ケアをともに考える必要がある。本講演では、ACP、DNAR などの用語を整理し、救急現場における意思決定とコミュニケーションについて、JRC 蘇生ガイドライン 2025 をもとに考える。

シンポジウム 2 RSSY02-2.

JRC 蘇生ガイドライン 2025 での「急性冠症候群 (ACS)」の要点と課題

獨協医科大学救命救急センター

菊地 研

日本蘇生協議会 (JRC) 蘇生ガイドライン 2025 では、急性冠症候群 (ACS)、心原性ショック、不整脈の作業部会を新設・統合し、緊急心血管治療 (ECC) 作業部会を構成した。ECC 作業部会では、国際蘇生連絡委員会と同様に GRADE 法に基づくシステムティックレビュー (SysRev) と既存 SysRev のエビデンスアップデートを実施した。これに基づき、ACS 作業部会では病院前から病院収容後 1 時間以内、特に救急外来での ACS 診療に関する推奨を改訂した。以下に要点を示す。

病院前 12 誘導心電図の記録と伝送または通知は、ST 上昇型心筋梗塞の早期診断、再灌流までの時間短縮、死亡減少のため引き続き推奨する。ACS を疑う胸痛患者には、メディカルコントロール下で医師以外の医療従事者が病院前にアスピリンおよびニトログリセリンを投与することを提案する。高感度トロポニン測定が困難な病院前や救急外来では、トロポニン迅速測定を提案する。陽性結果は経皮的冠動脈治療 (PCI) 対応施設への転送判断に役立つが、感度が低く、陰性結果のみでは急性心筋梗塞を除外できず、追加評価を要する。緊急冠動脈造影 CT (CCTA) が可能な施設では、ACS のリスクが低い胸痛患者への実施を提案する。CCTA は高い感度・陰性的中率を有し、全死亡を増やさずに病院滞在期間を短縮し、医療コストを削減する。再灌流療法については、発症からの経過時間と PCI 実施までの遅延を考慮し、PCI または血栓溶解療法を選択することを提案する。心不全合併非 ST 上昇型 ACS の侵襲的治療の時期、およびリスクスコアに基づく治療方針については、推奨または否定するエビデンスが不十分であり、今後の課題である。ただし、前者は早期侵襲的治療を否定するものではない。

近日中にガイドライン英語版を発表する。ACS の SysRev 2020 が米国学会合同 ACS ガイドラインに引用されたように、日本発のエビデンスの国際的評価と診療現場への実装の進展を期待する。

シンポジウム 2 RSSY02-3.

JRC 蘇生ガイドライン 2025 心原性ショックの要点と展望

九州大学大学院医学研究院循環器内科学

会場 哲哉

心原性ショック（CS）患者の救命率向上には、輸液、血管収縮薬・強心薬、および機械的循環補助（MCS）による高度な管理とともに、早期診断と原因疾患に対する速やかな治療介入が不可欠である。日本蘇生協議会（JRC）は国際蘇生連絡委員会（ILCOR）と連携して「蘇生ガイドライン 2025」の策定に着手したが、ILCORの対象範囲は心停止後以外のCSを含まないものであった。わが国におけるCS初期診療領域の重要性に鑑み、JRCはECC作業部会内にCS作業部会を立ち上げ、以下を含むクリニカルクエスション（CQ）を検討し、GRADEシステムとシステマティックレビューを用いた日本独自のガイドラインを策定した。

検討されたCQ

- ・AMI合併CSにおけるMCSデバイス（IABP対IMPELLA）の臨床転帰の比較
- ・AMI合併CSにおける血行再建術に対するMCS導入の最適なタイミング
- ・ノルアドレナリンの有効性
- ・PDE III阻害薬の臨床的有用性
- ・専門化された「高度ショックセンター」の要件および多職種による「ショックチーム」の臨床的影響
- ・診断・モニタリングツール、ポイントオブケア超音波（POCUS）および肺動脈カテーテルの有用性

JRC 蘇生ガイドライン 2025、英語版ガイドラインサマリー、救急蘇生法の指針の作成を通し、ガイドラインの社会実装の課題も明らかとなってきた。本発表では、JRC 蘇生ガイドライン 2025 心原性ショックの主要な推奨事項とエビデンスに基づく知見を紹介するとともに、残された課題、社会実装の展望について議論したい。

シンポジウム 3 RSSY03-1.

JRC 蘇生ガイドライン 2025 の要点と課題

～ High Performance NCPR を目指して～

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

JRC 蘇生ガイドライン 2025「新生児の蘇生」では、新生児蘇生において最も重要な介入が有効な人工呼吸の確立であることに変わりはない。一方、NCPRでは今回の改訂を機に、より迅速かつ確実な蘇生を実践する「High Performance NCPR」を目指し、実臨床で活用しやすいアルゴリズムへの見直しを行った。具体的には、ブリーフィングにおける役割分担の明確化、蘇生中のどのタイミングでも応援要請を検討する表示、自己膨張式バッグを用いる際の酸素濃度調整の簡略化など、限られた人的・時間的資源の中でも遅滞なく有効な人工呼吸を確立することを重視した。

声門上気道（SGA）デバイスについては、在胎 34 週以降の新生児では、適切な資源とトレーニングがあれば第一選択の換気デバイスとして使用することが提案され、フェイスマスク換気が不十分な場合には気管挿管に代わる選択肢としての重要性も増している。一方、わが国ではSGAデバイスの普及が十分とはいえず、デバイスの配備と使用に習熟するための教育体制の構築が課題である。

人工呼吸開始時の初期酸素濃度については、在胎 32 週未満では 30% 以上の開始が提案された一方、32～35 週未満では十分なエビデンスがない。また、正期産児・後期早産児に対する「100% 酸素で開始しない」とする従来の強い推奨は撤回された。重要なのは初期設定値のみではなく、心拍数やSpO₂を評価しながら迅速かつ適切に酸素濃度を調整することである。

本発表では、これらの改訂点とその背景を概説するとともに、実臨床への実装を通じて High Performance NCPR を実現するための教育と今後の課題について考察する。

シンポジウム 2 RSSY02-4.

JRC 蘇生ガイドラインでの「不整脈」の位置づけ

九州大学病院冠動脈疾患治療部

坂本 和生

2020 年以降、ILCOR が CoSTR において「不整脈」を扱わず各国の判断に委ねたため、JRC 蘇生ガイドライン 2020 年版における不整脈の記載は 2015 年版を踏襲するにとどまった。そこで 2025 年版では、「不整脈」を独立した章として位置付け、主に非心停止時の不整脈対応を取り扱うとともに、以下 4 つの CQ（Clinical Question）について独自にレビューを行った。(1)VF/VT に対する鎮静薬の再発予防効果（ScopRev）、(2)VF/VT に対するニフェカランの再発予防効果（SysRev）、(3)Torsades de Pointes の治療における薬物療法（ScopRev）、(4)症候性徐脈に対するアトロピン初回投与量（ScopRev）。なお、徐脈・頻拍アルゴリズムについては新たな検証を行わず解説にとどめている。本発表では、上記 4 つの CQ に関する見解を紹介するとともに、非心停止時における致死性不整脈の未解決課題を整理する。さらに、ALS と連携した切れ目のない致死性不整脈対応のエビデンス構築を目指し、本ガイドラインにおける「不整脈」の今後の役割について述べる。

シンポジウム 3 RSSY03-2.

妊産婦の蘇生一心停止予防から RCD・ECPR まで

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

妊産婦の心停止はまれだが、妊娠に伴う生理学的変化と産科特有の病態により急速に重篤化し得る。JRC 蘇生ガイドライン 2020 では新たに「妊産婦の蘇生（Maternal）」の章が設けられ、妊産婦心停止への対応が整理された。JRC 蘇生ガイドライン 2025 では 2020 を踏襲し、質の高い通常的心肺蘇生を基盤としつつ、妊娠子宮による大動静脈圧迫（ACC）の解除と原因疾患への迅速な介入を重視している。子宮底が臍高以上となる概ね妊娠 20 週以降では、仰臥位で質の高い胸骨圧迫を継続し、人員が確保できる場合に用手的子宮左方移動を行う（EvUp）。通常蘇生に反応しない心停止では、母体蘇生を目的として蘇生の帝王切開（RCD）を可及的速やかに検討し、標準的救命処置が無効な場合には ECPR も選択肢となる（ILCOR ScopRev 2024）。横隔膜より頭側の輸液路（EvUp）、局所麻酔薬中毒に対する脂肪乳剤（EvUp）、マグネシウム中毒に対するカルシウム投与（ScopRev）など、周産期領域に特有の可逆的原因への対応も示された。2025 で新たに追加検討された心停止予防では、重症化予測指標（ScopRev）、分娩後異常出血に対する子宮内タンポナーデ（SysRev）、子宮摘出術とTAEの選択（SysRev）、REBOA（ScopRev）、心肺虚脱型羊水塞栓症への治療介入（SysRev）が検討され、臨床的課題と今後の研究課題が整理された。本講演では JRC 2025 の推奨と背景を整理し、わが国で実践すべき妊産婦蘇生の要点と今後の方策を概説する。

シンポジウム 3 RSSY03-3.

救命の入口を科学する

—JRC 蘇生ガイドライン 2025 FA の進化と課題—

山形大学医学部附属病院救急救科

小林 忠宏

ファーストエイド (FA) は、急な病気やけがに対して最初に行われる支援であり、傷病者の転帰を左右し得る「救命の入口」である。JRC 蘇生ガイドライン 2020 は CoSTR2020 で検討された 22 のクリニカルクエスチョンを中心に構成されたが、2025 ではその後に蓄積されたシステムティックレビュー、スコーピングレビュー、エビデンスアップデートを反映し、FA の内容が再整理された。

その内容は「病気やけがに共通するファーストエイド」、「急な病気に対するファーストエイド」、「急なけがに対するファーストエイド」として、救急医療へつなぐまでの「認知・判断・初期介入」を幅広く検討したものとなっている。一方、多くの推奨は依然として限られたエビデンスに基づき、処置の有効性だけでなく、誰が、どの場面で、どこまで実施するかという実践上の課題を残す。

本講演では、2020 から 2025 への主要な変化を整理し、推奨の背景となるエビデンスとその限界を概説する。さらに、国際的な推奨をわが国の法制度、救急医療体制、市民教育にどのように落とし込み、実際の救命行動につなげるかを考察する。FA を「応急手当」の知識にとどめず、**救命の連鎖を始動させる科学**として捉え直す機会としたい。

ランチョンセミナー 22 LS22.

横浜を “ 蘇生率日本一の都市 ” へ！ - 地域一丸の挑戦

横浜市立大学 大学院医学研究科 救急医学／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

竹内 一郎

心停止傷病者の社会復帰率には、依然として全国的に地域差が存在する。横浜市では、2025 年から 2 年間限定の取り組みとして、心肺停止からの蘇生率向上を目指した「蘇生率 No.1 都市プロジェクト」を始動させた。アドレナリンの早期投与、PA 連携を含めた蘇生活動のチーム化、自動心臓マッサージ装置の適切な運用など現場活動の質を一段引き上げる取り組みに加え、司令センター常駐医体制の改革など消防・救急医・メディカルコントロール (MC) ・行政による「四位一体」の改革を進めている。始動から 1 年、接触からアドレナリン投与までの時間の著明な短縮、および現場でのアドレナリン投与率の大幅な向上がみられている。さらに我々は、救急現場発の 18 誘導心電図伝送に取り組んでいる。18 誘導心電図は通常の 12 誘導心電図では検出が難しい右室梗塞・後壁梗塞の診断に有用とされ、近年の技術進歩にて時間をかけずに演算で 18 誘導心電図を出すことが可能となった。実際にドクターカーでこの技術を用いた運用を開始し、すでに横浜マラソンにおいても実証実験を行っている。今後はこの取り組みを地域全体へと広げていきたいと考えている。こうした挑戦の先に見据えるのは、大阪・関西万博に続く 2027 年 3 月 19 日開幕の GREEN × EXPO 2027 で世界に発信する「世界一安全な都市・横浜」の姿である。横浜発・地域救急医療システム変革の実践知を報告する。

シンポジウム 3 RSSY03-4.

普及・教育のための方策 (EIT) の要点と課題

京都府立医科大学 救急医療科

松山 匡

普及・教育のための方策 (Education, Implementation, and Teams : EIT) では、救命の連鎖を確実に機能させ、心停止患者の社会復帰率を向上させるため、良質な科学的根拠に基づく蘇生法をいかに教育し、実際の現場に普及・実装していくかについて検討が行われてきた。蘇生科学の進歩を実際の救命につなげるためには、個々の蘇生手技の有効性だけでなく、それを市民、通信指令員、救急隊、医療従事者など救命の連鎖に関わる人々に適切に伝え、実践につなげる方策が重要となる。

教育においては、インストラクショナルデザインに基づく教育手法に加え、シミュレーション、フィードバックデバイス、デジタル技術などを活用した多様な教育手法について検討が進められている。また、それぞれの対象やニーズに応じたトレーニングのあり方や、救命処置教育の質を支える指導者の育成についても重要性が増している。

普及・実践においては、本邦の救急医療体制や社会的背景を考慮しながら、科学的知見を実際の救命活動へどのようにつなげるかという視点が重要である。JRC 蘇生ガイドライン 2025 では、これまでのトピックのアップデートに加え、通信指令員による心停止の認識や口頭指導、AED の取得・使用への支援、映像を活用した口頭指導、搬送中の CPR など検討された。さらに、CPR コーピングや病院前クリティカルケアなど、新たなトピックも取り上げられている。

本発表では、これらの注目すべきトピックを中心に、JRC 蘇生ガイドライン 2025 における EIT 領域の要点と今後の課題について概説する。

口演 1 1.

救急隊による除細動タイミングと院外心停止患者の転帰：時間依存傾向スコア・リスクセットマッチング研究

¹ 自治医科大学附属さいたま医療センター 救急救科

² 国立成育医療研究センター 救急診療部

柏浦 正広¹、白岡 裕毅¹、中島 千里¹、岸原 悠貴¹、

田村 洋行¹、安田 英人¹、天笠 俊介²、守谷 俊¹

【背景と目的】心室性不整脈による院外心停止では救急隊による早期除細動が重要である。しかし、その効果を定量するには自己心拍再開や病院到着などの競合イベントや蘇生時間バイアスが問題となる。今回、Fine-Gray model を用いた時間依存性傾向スコアによるリスクセットマッチングで早期除細動の有効性を検討した。

【方法】本研究は全国ウツタイン統計 (2005-2023 年) を用いた後方視観察研究である。目撃のある初期波形除細動適応の成人 78,367 例を対象とした。救急隊による CPR 開始後 9 分までを観察ウィンドウとし、ある時点で除細動を受けた例とその時点でまだ除細動をされていない例を Fine-Gray model により算出した時間依存傾向スコアで 1:1 リスクセットマッチング後、1 か月生存に対する relative risk (RR) をスプラインで推定した。

【結果】マッチングにより 74,728 ペアが得られ、標準化平均差は全共変量で 0.02 未満で均衡していた。各除細動タイミングでの RR は 1 分 1.36 (1.32-1.40)、2 分 1.08 (1.06-1.09)、5 分 1.00 (0.99-1.01) であった。さらにバイスタンダー CPR ありの場合、1 分時点での RR の比は 1.09 (1.03-1.17) と早期除細動の効果は増強した。

【結論】救急隊 CPR 開始後の除細動の恩恵は CPR 開始直後 1-2 分に集中し、特にバイスタンダー CPR 例で顕著であった。

口演 1 2. 小児院外心停止におけるバイスタンダー CPR 様式の経年変化と 予後との関連

岡山大学病院 救命救急科

小原 隆史、野島 剛、塚原 紘平、本郷 貴識、小崎 吉訓、
湯本 哲也、中尾 篤典、内藤 宏道

【背景・目的】小児の院外心停止では人工呼吸を併用したバイスタンダー CPR (RB-CPR) が推奨されてきたが、成人では CPR 実施率向上を目指して、胸骨圧迫のみの CPR (CO-CPR) が普及している。しかし、CO-CPR の普及が小児心停止例の CPR 様式選択に与える影響は明らかでない。本研究では CPR 様式の経年変化と 30 日後死亡を含む予後との関連を検討した。

【方法】All-Japan Utstein Registry (2005–2023) より 17 歳以下の心停止 26,565 例を対象とした。非実施 (NO-CPR)、CO-CPR、RB-CPR に分類し、多項ロジスティック回帰を用いて調整予測確率の年次推移を評価した。CPR 様式と 30 日後死亡との関連は修正ポアソン回帰にて解析した。

【結果】CO-CPR の普及に伴い NO-CPR は一時的に減少したが、2013 年以降は 35% 前後で高止まりとなった。一方、RB-CPR は経年的に CO-CPR へ置換され、RB-CPR 実施の調整予測確率は、2005 年の 41.2% (95%CI 40.0–43.6%) から 2023 年の 10.0% (8.6–12.0) まで低下した。30 日後死亡リスクは、CO-CPR と比べ RB-CPR で低く (aRR 0.89, 0.88–0.91)、NO-CPR では高かった (aRR 1.10, 1.09–1.12)。

【結論】小児の院外心停止では、CO-CPR の普及による NO-CPR の減少効果は限定的で、RB-CPR からの移行がより顕著であった。30 日後死亡リスクは NO-CPR、CO-CPR、RB-CPR の順で低かった。

口演 1 3. 外傷性院外心停止における心肺蘇生時間と 1 ヶ月転帰の関連：ウ ツタイン統計による全国解析

¹ 自治医科大学附属さいたま医療センター

² 国立成育医療研究センター 救急診療部

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

【背景と目的】外傷性院外心停止 (tOHCA) では、心肺蘇生 (CPR) 時間と転帰の関連を大規模データで示した報告は限られる。我々は全国ウツタイン統計を用いて本課題を検討した。【方法】本研究は全国ウツタイン統計 (2013 年から 2023 年) を用いた後ろ向き観察研究である。対象は交通事故による tOHCA 症例とし、CPR 時間は救急隊の CPR 開始から心拍再開または病院到着までと定義した。主要評価項目は 1 ヶ月後生存、副次評価項目は 1 ヶ月後神経学的予後良好 (CPC 1–2) とした。CPR 時間と転帰の関連を多重代入後の多変量ロジスティック回帰により評価し、各時間における評価項目の発生割合を動的確率曲線として描画し 1% 未満になる時間を同定した。【結果】対象 23,407 例のうち 1 ヶ月後生存は 506 例 (2.2%)、神経学的予後良好は 159 例 (0.7%) だった。CPR 時間 1 分延長毎の調整オッズ比は 1 ヶ月後生存 0.93 (95%CI 0.92–0.95)、神経学的予後良好 0.90 (0.87–0.93) と負の関連だった。1 ヶ月後生存の動的確率は 8 分、1 ヶ月後予後良好は 0 分時点で 1% 未満だった。病院前心拍再開例は 1 ヶ月後生存は 20 分、1 ヶ月後予後良好は 10 分時点で 1% 未満だった。【結論】tOHCA では CPR 時間延長に伴い 1 ヶ月転帰は急速に悪化した。本所見は現場での蘇生継続判断の基礎資料となりうる。

口演 1 4. 心肺蘇生中の signs of life - direct brain marker としての可能性 - 札幌医科大学医学部救急医学講座

文屋 尚史

心停止蘇生中に認められる signs of life は、死戦期呼吸、対光反射、CPR-induced consciousness など、臨床的心停止下にも関わらず認められる生命徴候であり、胸骨圧迫により脳血流と脳反応性が保たれている可能性を示唆する。我々はこれまで、救急隊活動中の死戦期呼吸 (Bunya, Ann Intensive Care, 2020)、病院到着時の signs of life (Bunya, Crit Care Med, 2024)、死戦期呼吸の持続性 (Nara, J Intensive Care, 2023)、non-shockable rhythm における signs of life の意義 (Bunya, Am J Emerg Med, 2025)、更に OHCA 全体における signs of life と転帰との関連について systematic review and meta-analysis を行ってきた (投稿中)。これらの研究では、signs of life は一貫して良好な神経学的転帰と関連していた。

これらの結果は、signs of life が単なる予後良好因子ではなく、胸骨圧迫に反応しうる脳活動の存在を示す direct brain marker として機能している可能性を示唆する。心肺蘇生の最終目標が神経学的転帰良好の獲得であるならば、今後の蘇生戦略では脳の反応性そのものに注目する必要がある。本発表では、signs of life 関連研究を概説するとともに、signs of life を軸とした体外循環式心肺蘇生法 ECPR の適応判断および蘇生戦略再構築の可能性について議論する。

口演 1 5. 演題取り下げ

口演 2 1.

TAMARISE：東京都多摩地域で OHCA の社会復帰率を年 1%向上させる挑戦

¹ 東京都立多摩総合医療センター 救命・集中治療科

² 日本医科大学多摩永山病院 救命救急科

³ 国士舘大学大学院 救急システム研究科

⁴ 国士舘大学 体育学部 スポーツ医科学科

⁵ 日本体育大学 保健医療学部

堀越 佑一¹、清水 敬樹¹、久野 将宗²、田中 秀治³、
中川 洸志^{3,4}、木村 龍³、高橋 治花⁵

【背景】総務省消防庁のウツタイン統計では、東京都の心原性院外心停止（OHCA）の社会復帰率は全国と比べ低位で、地域差も大きい。OHCA の転帰改善には、市民介入と現場蘇生の質向上を地域全体で推進し、測定とフィードバックを継続的に回す仕組みが必要である。

【目的】多摩地域を起点に、東京全体へ展開可能な蘇生率改善プロジェクト TAMARISE（Tama Resuscitation Improvement through Systems & Education）を立ち上げ、その実装計画を提示する。

【方法】柱は①救急隊・院内外で High-Performance CPR（HP-CPR）を標準化し訓練する、②「測定なくして改善なし」を合言葉に、胸骨圧迫の質、除細動、気道確保、静脈路確保/アドレナリン投与など「確立の高い特定行為」の実施率・タイミングを可視化し、病院前 ROSC 率や神経学的転帰と連結して解析し現場へ還元する、③市民教育（通報、CPR、AED）に加え、救急症例検討会・勉強会を定期開催し、課題共有と改善を加速する。

【目標】東京都多摩地区で社会復帰率を年 1%向上させ、年間約 50 人の社会復帰増を目指す。

口演 2 2.

院外心停止患者家族における退院後 1 年間の経験と支援ニーズに関する記述的検討

¹ 聖路加国際病院 救急科・救命救急センター

² 金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科 博士課程

³ Duke-NUS Medical School

⁴ 金沢大学 医薬保健研究域医学 救急・災害医学分野

白崎 加純^{1,2}、岡田 遥平³、堀江 勝博¹、渡辺 悠¹、遠矢 希¹、
磯川 修太郎¹、岡島 正樹⁴、大谷 典生¹

【背景】院外心停止患者の家族支援に関して、退院後に家族が抱える課題への対応は十分とはいえない。本研究では、院外心停止患者家族の 1 年間にわたる経験と支援ニーズを明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は、2022 年 9 月から 2024 年 3 月までに当院へ院外心停止で搬送され、蘇生後に集中治療室（ICU）へ 72 時間以上入室した患者の主介護者を対象とした単施設前向き観察研究の二次解析である。退院 1 か月後、3 か月後、1 年後に質問紙を郵送した。ICU での面会経験、ICU 日記に対する印象、日常生活の変化、退院後に直面した課題などを調査した。回答内容を記述的に検討し、反復的なパターンを抽出した。

【結果】適格基準を満たした 41 名に調査用紙を郵送、回答を得た 29 名が解析対象となった。対象者の年齢は中央値 54 歳 [四分位範囲 47-64]、男性は 24.1% (7/29) であった。家族の入院中の経験として、予後の不確実性に対する不安 (24/29)、面会時の複雑な感情 (13/29)、ICU スタッフや ICU 日記への感謝 (20/29) が抽出された。退院後に直面した課題としては、持続する介護負担 (9/29)、各種手続きへの対応 (11/29)、経済的負担 (6/29) がみられた。

【結論】院外心停止患者の家族支援は、入院中の情緒的支援に加え、退院後の実務的負担に対する支援も考慮する必要がある。

口演 2 3.

病院に勤務する医療従事者と非医療従事者を対象とした心肺蘇生講習会の有効性の検討

¹ 大阪急性期・総合医療センター 救急病棟

² 大阪急性期・総合医療センター 救急診療科

金山 悠¹、木口 雄之²

【背景】院内心停止の生存率は依然約 25%と低く、院内スタッフによる迅速な初期対応が重要である。BLS 教育は医療従事者だけでなく非医療従事者にも必要だが、両者では経験や心理的障壁が異なる可能性がある。本研究では、BLS 研修前後における救命処置の実施意思、心理的障壁、知識・スキルの変化を検討した。

【方法】2025 年 1 月～2026 年 1 月に BLS 研修を受講した医療従事者 256 名、非医療従事者 166 名を対象にアンケートを実施した。救命処置の実施意思、心理的障壁、知識・スキル 5 項目（4 段階尺度）を前後比較した。

【結果】回収数は医療従事者 234 名、非医療従事者 163 名であった。研修前の救命処置の実施意思は 74.9%で、医療従事者 87.6%、非医療従事者 56.5%と有意差を認めた ($p<0.001$)。研修後は 95.4%へ有意に増加し ($p<0.001$)、「行わない」と回答した対象者は 99 名から 18 名へ減少した ($p<0.001$)。一方、心理的障壁の分布に有意な変化は認めなかった。知識・スキルは全項目で有意に向上し（すべて $p<0.001$ ）、特に非医療従事者で改善が大きかった。

【結論】BLS 研修は知識・スキルおよび救命処置の実施意思を向上させた。一方、恐怖心や自信不足などの心理的障壁は十分に改善せず、行動意思の向上のみでは克服が困難である可能性が示唆された。

口演 2 4.

記述式事前学習のデジタル化による受講生の判断傾向解析と支援型 ICLS の構築

京都山城総合医療センター 救急部・麻酔科

平山 敬浩、山口 明浩、正田 航一、丸山 裕生

【はじめに】ICLS コースにおいて、受講生の「書く」というアウトプットは思考を構造化する重要なプロセスである。アナログ形式で記述式課題を課してきたが、情報の集計・共有が困難であり、指導への即時的な活用に限界があった。今回、Google フォーム導入により受講生の判断傾向を詳細に可視化し、個別化指導の最適化を試みた。【方法】受講生に基礎知識に加え、タイムキーパーの判断や臨床的に不適切な設定を含む記述式課題を課した。回答から認知の癖や理解度、誤解を特定した「受講生別理解度チェックリスト」を生成し、全指導者でリアルタイムに共有した。【結果】アナログ時代に埋もれていた傾向を、開始前に客観的数値として抽出可能となった。事前解析に基づき、戦略的にチーム編成を行うことができた。【考察】「書く」という熱量を維持したままデジタル化し、解析の質を向上させたことで、精緻な個別指導が実現した。解析結果を「評価」ではなく「当日を成功させる支援情報」と再定義し、受講生の払った努力を肯定する個別コメント等のフィードバックにより、心理的安全性が向上した。一方、ラベル貼りのリスク等の倫理的課題も明らかになった。【結語】デジタル事前学習は指導の個別化に有効である。今後はデータ利活用と心理的安全性の両立が普及の鍵である。

口演 2 5.

胸郭圧迫と胸骨圧迫が生み出す灌流圧について

東邦大学麻酔科学講座

武田 吉正

胸郭圧迫と胸骨圧迫を同時に実施した時の冠灌流圧と脳灌流圧の変化を観察した。

【実験 1】雄性 SD ラットを用い、上大静脈、大動脈弓部、頸静脈、頸動脈にカニューレーションを施行した。冠灌流圧は大動脈弓部圧 - 上大静脈圧で、脳灌流圧は頸動脈圧 - 頸静脈圧で求めた。

【実験 2】上記実験の後、胸骨圧迫を継続しながら上大静脈カニューレを徐々に引き抜き、脈圧が消失した時のカテ先位置を確認した。

【実験 3】胸郭圧迫と胸骨の上下で行う場合と胸骨の左右で行う場合の灌流圧を観察した。

【結果】胸骨圧迫と同時に胸郭を圧迫すると腕頭動脈圧は大きく上昇したが、同時に上大静脈圧も上昇し、冠灌流圧に改善はほとんど認められなかった。一方、頸動脈圧は胸郭の同時圧迫で大きく上昇したが、頸静脈圧はほとんど変化せず、脳灌流圧は大きく改善した。上大静脈圧はカテ先が胸郭を出たところで脈圧が消失していた。脳灌流圧は胸郭圧迫を胸骨の上下で行う場合と左右で行う場合で差を認めなかった。

【結語】ラットでは胸骨圧迫と同時に胸郭を圧迫することで脳灌流圧が大きく改善した。胸郭圧迫で上大静脈圧は上昇するが、胸郭出口で圧脈波が消失し頸静脈圧に悪影響を与えることはなかった。

演者略歴

シンポジウム 1 RSSY01-1.**野田 英一郎（のだ えいいちろう）****【略歴】**

1995 年 九州大学医学部卒業
同年九州大学医学部附属病院麻酔科蘇生科研修医
1998 年 日本大学附属板橋病院救命救急センター研究医員
1999 年 九州大学医学部附属病院麻酔科蘇生科助手
2004 年 九州大学病院救急・集中治療部（現救命救急センター）助教
2015 年 地方行政独立法人福岡市立病院機構福岡市民病院救急科長
2020 年 独立行政法人国立病院機構九州医療センター救急科科长、救命救急センター長
2026 年より現職
日本麻酔科学会麻酔科指導医、麻酔科認定医、日本専門医機構救急科専門医

シンポジウム 1 RSSY01-2.**大下 慎一郎（おおしも しんいちろう）**

【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 広島大学第二内科（呼吸器内科）入局，2006 年 独デュイスブルク・エッセン大学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）

【専門医等】 日本救急医学会 専門医・指導医，日本集中治療医学会 専門医・評議員，日本呼吸療法医学会 専門医・代議員，日本呼吸器学会 専門医・指導医，日本内科学会 専門医・指導医，日本統括 DMAT，DMAT コーディネーター，災害医療コーディネーター

シンポジウム 1 RSSY01-3.**森本 健司（もりもと けんじ）**

2009 熊本大学医学部卒業
2009-2011 総合病院国保旭中央病院 初期研修医
2011-2014 同院小児科専修医
2014-2018 東京都立小児総合医療センター 集中治療科 非常勤・サブスペシャリティレジデント
2018-2020 The Royal Children's Hospital Melbourne PICU Registrar/Fellow
2020-2021 The Alfred ICU registrar
2021-2022 The Royal Children's Hospital Melbourne PICU Fellow
2022-2023 Monash Children's Hospital PICU registrar
2023 東京都立小児総合医療センター 救命・集中治療部門 集中治療科 医員
2023- 同医長

シンポジウム 1 RSSY01-4.

石上 雄一郎 (いしがみ ゆういちろう)

石上雄一郎。飯塚病院総合診療部 連携医療・緩和ケア科医長。2012 年滋賀医科大学卒業後、公立小浜病院で初期研修、東京ベイ浦安市川医療センター救急科で後期研修・スタッフを経て、2019 年より現職。救急・集中治療領域および非がん領域の緩和ケア、救急領域の社会福祉、医療者の心のケアを専門とする。JRC 蘇生ガイドライン 2025「倫理と法」、4 学会合同ガイドライン作成に参画。日本救急医学会終末期委員、日本集中治療医学会臨床倫理委員、日本緩和医療学会「救急集中治療領域の緩和ケア」WPG 長、日本 GRACE 研究会世話人などを務める。

シンポジウム 2 RSSY02-1.

横堀 将司 (よこぼり しょうじ)

1999 年 群馬大学卒。2005 年日本医科大学大学院卒。日本医科大学付属病院 救命救急科／日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野 教授。救急医学、脳神経救急、神経集中治療および頭部外傷を専門領域として臨床・研究・教育に従事。日本救急医学会理事、日本脳神経外科学会評議員、日本神経救急学会理事長、日本集中治療医学会理事、日本外傷学会理事等、学術的活動を推進。JRC（日本蘇生協議会）ガイドライン 2025 では脳神経蘇生タスクフォース（TF）作業部会共同座長を担当し、病院前から初期診療・集中治療に至る脳神経救急医療の標準化を主導している。

シンポジウム 2 RSSY02-2.

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

【専門医等】日本救急医学会専門医 / 指導医、日本集中治療医学会専門医、日本内科学会専門医、日本循環器学会専門医

【主な担当】日本蘇生協議会（JRC）理事、JRC 蘇生ガイドライン 急性冠症候群（ACS）作業部会共同座長、救急蘇生法の指針 作成委員会

略歴

1996 年 九州大学医学部医学科卒業
 2001 年 九州大学大学院 臓器機能医学 (循環器内科学) 修了
 2003 年 University of Rochester, Center for Cardiovascular Research • Research associate
 (Bradford C. Berk 教授)
 2006 年 九州大学病院循環器内科 医員
 2010 年 九州大学病院循環器内科 助教
 2011 年 九州大学病院循環器内科 講師
 2022 年 九州大学病院循環器内科 診療准教授
 2025 年 九州大学大学院医学研究院 循環器内科学 准教授 (現職)

受賞

2003 年 日本循環器学会 第 20 回 Young Investigator's Award
 2019 年 日本動脈硬化学会 第 14 回 五島雄一郎賞

所属学会等

日本循環器学会 (専門医、FJCS、IT/Database 部会 委員、蘇生科学検討会 副検討会長、蘇生教育
 検討会 委員、AHA BLS ファカルティ)
 日本心血管インターベンション治療学会 (理事)
 米国心臓協会 (International Fellow of AHA, FAHA)
 欧州心臓病学会 (Fellow of the European Society of Cardiology, FESC)

2004 年 九州大学医学部卒業
 2004 年～2006 年 済生会福岡総合病院 初期研修医
 2006 年～2008 年 済生会福岡総合病院 循環器科 医員
 2008 年～2009 年 九州大学病院 心臓血管外科 医員
 2009 年～2013 年 九州大学大学院 循環器内科学
 2013 年～2015 年 九州大学病院 循環器内科 医員
 2015 年～2018 年 済生会福岡総合病院 循環器内科 医長・部長
 2018 年～2019 年 九州大学病院 冠動脈疾患治療部 医員
 2019 年～2024 年 九州大学病院 冠動脈疾患治療部 助教
 2024 年～ 九州大学病院 冠動脈疾患治療部 講師

【略歴】

<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

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

現在に至る

<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

<専門医等>

日本小児科学会 専門医 代議員

日本周産期・新生児医学会 新生児専門医 評議員

日本新生児成育医学会 代議員

国際蘇生連絡委員会 (ILCOR) Neonatal Life Support (NLS) Task Force

シンポジウム3 RSSY03-2.

山下 智幸（やました ともゆき）

2009年3月 昭和大学（現、昭和医科大学）医学部医学科 卒業
初期臨床研修：東京都立多摩総合医療センター
2011年4月 昭和大学（現、昭和医科大学）医学部 救急医学講座 入局
2012年4月 東京都立多摩総合・小児総合医療センター 麻酔科
2014年4月 昭和大学病院（現、昭和医科大学病院）救命救急センター
2016年7月 日本赤十字社医療センター 救命救急センター・救急科
2025年1月 同 救急科副部長
2026年4月 同 救命救急センター長・救急科部長
日本救急医学会 評議員
日本臨床救急医学会 評議員
救急での周産期医療検討委員会 委員
日本母体救命システム普及協議会 J-CIMELS 理事
妊産婦死亡症例検討評価委員会 委員
日本産科麻酔学会 救急・集中治療 WG 委員長
日本集中治療医学会 周産期集中治療委員会（Ad Hoc）委員

シンポジウム3 RSSY03-3.

小林 忠宏（こばやし ただひろ）

略歴：2003年 山形大学医学部医学科を卒業し、太田西ノ内病院で初期研修後、国立国際医療センター緊急部、筑波メディカルセンター病院救急診療科で救急医として研鑽。2011年に山形大学に戻ったのち、トロント大学集中治療部へ Research Fellow, Clinical Fellow として3年間留学。現在は山形大学医学部救急医学講座講師、同附属病院 病院教授 救急部副部長。海外資格として欧州集中治療医学会専門医、国内資格として救急科指導医・専門医、集中治療専門医、呼吸療法専門医、蘇生指導医を保持。医学博士。

シンポジウム3 RSSY03-4.

松山 匡（まつやま たすく）

2009年京都府立医科大学医学部卒業。京都府立医科大学附属病院等で救急集中治療に従事し、2018年同大学大学院医学研究科修了、医学博士。カナダ・トロント大学 St. Michael's Hospital の研究留学等を経て、2026年より現職。院外・院内心停止、心肺蘇生、ECPR、救急医療システムを主な研究領域とする。International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Education, Implementation and Teams Task Force メンバー、日本蘇生協議会 JRC 蘇生ガイドライン 2020、2025 EIT 領域編集委員。

