第 69 回日本救急医学会関東地方会幹事会

2019 年 2 月 2 日（土）12：20～13：20
会場：つくば国際会議場　１Ｆ・多目的ホール（第２会場）

議事録署名人の確認　三宅常任幹事長
新幹事推薦（資料①）
常任幹事・監事改選について（資料②）
物故会員黙祷

報告事項

１．庶務報告（資料③）　河野常任幹事
２．各常任幹事担当報告
　①看護部会（資料④）　佐藤常任幹事
　②救急隊員部会・関東地方 MC 検討委員会（資料⑤）　松田常任幹事
　③SOS-KANTO 委員会・多施設研究検討委員会（資料⑥）　武田常任幹事
　④関東地方災害医療検討委員会　河野常任幹事
　⑤編集委員会（資料⑦）　田中常任幹事
　⑥ホームページ（資料⑧）　田中常任幹事
３．第 69 回日本救急医学会関東地方会報告　河野会長
４．第 70 回日本救急医学会関東地方会
　準備状況報告（資料⑨）　中野次期会長

審議事項

１．2018 年度決算報告（資料⑩）　河野常任幹事
２．2019 年度予算について（資料⑪）　河野常任幹事
３．名誉会員の推戴について（資料⑫）　三宅常任幹事長
４．次々期会長について　三宅常任幹事長
５．学会名の英表記について（資料⑬）　三宅常任幹事長
６．その他

新幹事候補者リスト

	新幹事候補者名	所属	出身大学/最終学歴	卒業年	資格	特記事項等
1	はっとり のりゆき 服部 憲幸	千葉大学医学部附属病院 救急集中治療医学 人工腎臓部	千葉大学大学院 医学薬学府	平成21年	有	
	推薦者 ： 織田成人（千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学）、中田孝明（千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学） 入会日 ： 平成14年					
2	おだ じゅん 織田 順	東京医科大学病院 救命救急センター	大阪大学大学院医学研究科 博士課程外科系救急医学	平成11年	有	
	推薦者 ： 本間宙（東京医科大学救急災害医学）、新井隆男（東京医科大学八王子医療センター 救命救急センター） 入会日 ： 平成27年1月20日					
3	おがさわら ともこ 小笠原 智子	日本医科大学付属病院	金沢大学大学院	平成8年	有	
	推薦者 ： 横田裕行（日本医科大学救急医学）、辻井厚子（日本医科大学救急医学） 入会日 ： 平成20年4月2日					
4	あべ りゅうぞう 安部 隆三	千葉大学医学部附属病院 救急科・集中治療部	千葉大学医学部	平成11年	有	
	推薦者 ： 織田成人（千葉大学医学部附属病院救急科・集中治療部）、中田孝明（千葉大学医学部附属病院救急科・集中治療部） 入会日 ： 平成24年3月1日					
5	おおい やすふみ 大井 康史	横浜市立市民病院 救急診療科	浜松医科大学	平成16年	有	
	推薦者 ： 伊巻尚平（横浜市立市民病院）、竹内一郎（横浜市立大学附属市民総合医療センター） 入会日 ： 平成23年2月5日					
6	たかみ ひろき 高見 浩樹	順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科	順天堂大学医学部医学科	平成20年	有	
	推薦者 ： 杉田学（順天堂大学医学部附属練馬病院）、野村智久（順天堂大学医学部附属練馬病院） 入会日 ： 平成24年2月4日					
7	はぎわら じゅん 萩原 純	日本医科大学付属病院 救命救急科	日本医科大学医学部	平成17年	有	
	推薦者 ： 増野智彦（日本医科大学高度救命救急センター）、辻井厚子（日本医科大学付属病院） 入会日 ： 平成27年2月7日					
8	まつしま ひさお 松島 久雄	獨協医科大学埼玉医療センター 救命救急センター	獨協医科大学医学部	平成5年	有	
	推薦者 ： 和氣晃司（獨協医科大学救急医学講座）、浅香えみ子（獨協医科大学埼玉医療センター） 入会日 ： 平成27年2月16日					
9	はやみず あつき 速水 宏樹	獨協医科大学埼玉医療センター 整形外科	東北大学医学部医学科	平成17年	有	
	推薦者 ： 山田浩二郎（東京女子体育大学体育学部）、杉木大輔（獨協医科大学埼玉医療センター 救命救急センター・救急医療科） 入会日 ： 平成24年12月5日					
10	といだ ちあき 問田 千晶	東京大学医学部付属病院 災害医療マネジメント部	山口大学医学部	平成14年	有	
	推薦者 ： 森村尚登（東京大学大学院医学系研究科救急科学）、軍神正隆（東京大学大学院医学系研究科救急科学） 入会日 ： 平成25年2月8日（事務局履歴：平成24年8月30日）					
11	いけだ ひさと 池田 尚人	昭和大学江東豊洲病院 脳血管センター・脳神経外科	昭和大学医学部	昭和61年	有	
	推薦者 ： 林宗貴（昭和大学藤が丘病院救急医学科）、佐々木純（昭和大学藤が丘病院救急医学科） 入会日 ： 平成3年10月25日					
12	あおき まこと 青木 誠	群馬大学大学院医学研究科救急医学	群馬大学大学院医学研究科 博士課程	平成30年	有	
	推薦者 ： 大嶋清宏（群馬大学大学院医学研究科救急医学）、萩原周一（群馬大学大学院医学研究科救急医学） 入会日 ： 平成24年10月31日					
13	たがみ たかし 田上 隆	日本医科大学多摩永山病院救命救急センター	東京大学大学院医学系 研究科公共健康医学専攻	平成27年	有	
	推薦者 ： 工藤小織（日本医科大学多摩永山病院救命救急センター）、畝本恭子（日本医科大学多摩永山病院救命救急センター） 入会日 ： 平成24年9月27日					
14	ひふみ とおる 一二三 亨	聖路加国際病院救急部	徳島大学医学部医学科	平成14年	有	
	推薦者 ： 石松伸一（聖路加国際病院救急部・救命救急センター）、大谷典生（聖路加国際病院救急部・救命救急センター） 入会日 ： 平成12年2月12日					
15	おおた けい 太田 慧	国立病院機構東京医療センター救急科	筑波大学医学専門学群	平成20年	有	
	推薦者 ： 菊野隆明（国立病院機構東京医療センター）、大谷典生（聖路加国際病院救急部・救命救急センター） 入会日 ： 平成27年2月7日					
16	しげた けんた 重田 健太	日本医科大学病院高度救命救急センター	日本医科大学	平成21年	有	
	推薦者 ： 横田裕行（日本医科大学救急医学）、増野智彦（日本医科大学救急医学） 入会日 ： 平成24年3月15日					

常任幹事・監事　立候補者名簿

常任幹事立候補者

1. 中田　孝明
   （千葉大学大学院医学研究院　救急集中治療医学）
2. 畝本　恭子
   （日本医科大学多摩永山病院　救命救急センター）
3. 井上　貴昭
   （筑波大学医学医療系　救急・集中治療医学）
4. 河野　元嗣
   （筑波メディカルセンター病院　救急総合診療部）
5. 佐藤　憲明
   （日本医科大学付属病院）
6. 武田　宗和
   （東京女子医科大学　救命救急センター）

監事立候補者

1. 松田　潔
   （日本医科大学武蔵小杉病院　救命救急センター）
2. 三宅　康史
   （帝京大学医学部救急医学講座）

（敬称略）
立候補受付順

2018 年度　庶務報告

（2018 年 12 月 31 日現在）

総会員数：　1133 名　（新会員　143 名）

幹事	322 名	（新幹事[*1]　11 名）
名誉	41 名	（新名誉会員　2 名）
一般（医師）	570 名	（新会員　89 名）
一般（看護師）	166 名	（新会員　42 名）
一般（救急救命士）	17 名	（新会員　6 名）
一般（その他・不明）	17 名	（新会員　6 名）

[*1]2018 年 1 月幹事会承認

退会者数：　146　名　（うち 124 名は会費滞納による自然退会）

名誉	1 名
幹事	1 名
一般（医師）	100 名
一般（看護師）	39 名
一般（救急救命士）	1 名
一般（その他）	4 名

会員のご逝去　1 名（退会者数に含む）

鈴木　忠　先生（すずき　ただし）　2018 年 5 月 12 日ご逝去(名誉)

看護部会報告

平成 31 年 2 月 2 日
看護部会担当常任幹事
佐藤　憲明

１．2018 年会議開催報告
①看護部会運営委員会　2 回開催
第１回看護部会運営委員会：1 月 27 日（土）15：50-16：20　東京大学本郷キャンパス
第２回看護部会運営委員会：6 月 29 日（金）18：00-20：30 タワーホール船堀
②看護部会施設代表者会　1 回開催
1 月 27 日（土）東京大学本郷キャンパス

２．看護部会シンポジウムについて
第１回 日本救急医学会関東地方会看護部会主催シンポジウム
「地域包括ケア時代における救急医療」
平成 30 年 8 月 26 日（日）10:00-16:30　日本大学病院 5 階大会議室
講師・スタッフ：24 名　参加者 61 名

以上

平成 30 年 12 月 27 日

全国消防長会関東支部
消防機関　各位

日本救急医学会関東地方会
常任幹事長　三宅康史
担当常任幹事　松田潔

関東地方メディカルコントロール協議会連絡会のご案内

拝啓　時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

下記のように、第５回関東地方メディカルコントロール協議会連絡会を開催する運びとなりました。今回のテーマは、「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と搬送」です。傷病者の意思に沿って心肺蘇生を行わずに不搬送とすることが認められるかどうかという問題は、救急現場で直面する重大な問題のひとつと考えられます。関東地方内でこの問題に取り組んでいる地域 MC の情報交換を行うことは救急関係者にとって有益と考えます。

つきましては、第５回関東地方メディカルコントロール協議会連絡会に、貴消防機関職員の皆様にもご出席いただき、意見交換にご参加いただければと考えております。職員の皆様に、ご通知いただければ幸いでございます。

なにとぞご協力をお願い申し上げます。なお、参加者への交通費等の提供は予定しておりません。

敬具

記

第５回関東地方メディカルコントロール協議会連絡会

日　時：平成 31 年２月２日（土）16:30～17:30
会　場：つくば国際会議場　大ホール
　　茨城県つくば市竹園 2-20-3　　つくばエクスプレスつくば駅徒歩 10 分
主　催：日本救急医学会関東地方会
テーマ：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と搬送
コメンテーター：
　　総務省消防庁救急企画室救急専門官　小谷聡司
司　会：日本救急医学会関東地方会常任幹事長　三宅康史
　　日本救急医学会関東地方会救急隊員部会担当常任幹事　松田潔
演　者：救急振興財団救急救命東京研修所教授　田邉晴山
　　埼玉西部消防局警防部次長兼警防課長　大河原治平
　　横浜市 MC 協議会副会長・超高齢社会における救急活動 WG 座長　伊巻尚平
　　東京消防庁救急部副参事　瀧澤秀行

第5回関東地方メディカル
コントロール協議会連絡会

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と搬送

平成 31 年2月2日(土)16:30～17:30

つくば国際会議場　大ホール

主　催:日本救急医学会関東地方会

司　会:日本救急医学会関東地方会常任幹事長　三宅 康史

日本救急医学会関東地方会常任幹事　松田　潔

演　者:救急振興財団救急救命東京研修所教授　田邉 晴山

埼玉西部消防局警防部次長兼警防課長　大河原 治平

横浜市 MC 協議会副会長・超高齢社会における救急活動 WG 座長　伊巻 尚平

東京消防庁救急部副参事　瀧澤 秀行

コメンテーター:総務省消防庁救急企画室救急専門官　小谷 聡司

日本救急医学会関東地方会・救急隊員学術研究会に参加の方はどなたでも自由にご参加いただけます

「傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方」について、日本臨床救急医学会からの提言の真意、関東地方の先進地域の取り組みを共有し、現状と課題を探ります。

SOS-KANTO 委員会報告

平成 31 年 2 月 2 日

SOS-KANTO 担当常任幹事　武田　宗和

１．会議開催報告

① 運営委員会（SOS-KANTO2017）　2 回開催

5 月 31 日（木）15:30 ～ 19:00　AP 名古屋

10 月 25 日（木）10:00 ～ 12:00　へるす出版 第 2 社屋 2 階会議室

② 全体会議（SOS-KANTO2017）　1 回開催

1 月 27 日（土）16：05～17：00　東京大学本郷キャンパス

（第６会場（研究棟 13F/第 5 セミナー室））

２．SOS-KANTO 2017 について

参加施設数　43 件　PICO 許可数　約 100 件

2019 年 1 月：各班の PICO の結果をとりまとめ、入力項目の最終版(案)が完成

今後、

1：代表施設である君津中央病院の倫理委員会で審査。

2：代表施設の審査通過後、その雛形を利用し、その他、参加施設も倫理委員会に提出する。

3：倫理審査の間に、MCDRS による web 入力システムを構築。委員・(PICO) 申請者・参加者によるテスト（バグチェック・改修作業）を実施。

4：作業確認後、2019 年 4 月を目標に入力を開始する。

の順で進行予定である。

確認事案

1. 実施計画書の代表研究者名について（添付資料：資料⑥補 1）
2. CAST score の validation study について（添付資料：資料⑥補 2）

以上

日本救急医学会関東地方会における院外心肺停止患者に対する連結不可能匿名化を用いた多施設前向き観察研究（2017 年）

Survey of Survivors after Cardiac Arrest in the Kanto Area in 2017

＜略称　SOS-KANTO 2017＞

実施計画書

研究代表者：北村伸哉
君津中央病院 救命救急センター

研究事務局：　日本救急医学会関東地方会　事務局

2019 年 1 月 10 日　作成第 1 版

目次

1. 研究名称
2. 研究の実施体制
2.1 研究代表者
2.2 研究事務局
2.3 参加施設と研究担当者、研究責任者
2.4 統計解析責任者
2.5 登録及びデータマネジメント
3. 研究の目的及び意義
3.1 目的
3.2 意義
3.2.1 未知の領域 “knowledge gap”への挑戦
3.2.2 症例集積の効率化
3.2.3 蘇生に興味を持っている若い研修者の育成
4. 研究の方法及び期間
4.1 研究デザイン
4.2 主要評価項目
4.3. その他の評価項目
4.3.1. 転帰
4.3.2. 各種リスクファクターの保有
4.3.3. 病院到着前の救急活動内容
4.3.4. 病院収容後の治療内容
4.3.5. その他、各研究施設から提出があり、採用された PICO に記載された項目 （付録 18-2）
4.4 統計学的事項
4.4.1 解析対象集団
4.4.2 データの取り扱い
4.5 研究対象者数
4.6 研究期間
5. 研究対象者の選定方針
6. 研究の科学的合理性の根拠
7. インフォームドコンセントを受ける手続き等
8. 個人情報の取扱い
9. 研究対象者に生じる負担ならびに予測されるリスク
10. 情報の保管および廃棄の方法
11.研究機関の長への報告内容及び方法
12.研究の資金源等，研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等，研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

12.1 資金源および財政上の関係
12.2 研究に関する対象者の費用負担
13.研究に関する情報公開の方法
14.文献
15.付録　レジストリー項目

1 研究名称

Survey of Survivors after Cardiac Arrest in the Kanto Area in 2017
（略称 SOS-KANTO 2017）

2 研究の実施体制

2.1 研究代表者

（所属）君津中央病院救命救急センター　（職名）センター長
（氏名）北村伸哉
（住所）〒292-0827　千葉県木更津市桜井 1010　　電話：0438-36-1071

2.2 研究事務局

日本救急医学会関東地方会事務局
住所：〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3
電話：03-3384-8057　　FAX: 03-3380-8627

2.3 参加施設と研究担当者、研究責任者

	（参加施設）	（研究担当者）	（研究責任者）
1.	東京女子医科大学病院	武田　宗和	矢口　有乃
2.	群馬大学医学部附属病院	萩原　周一	大嶋　清宏
3.	日本大学病院	渡邉　和宏	櫻井　淳
4.	順天堂大学医学部附属練馬病院	野村　智久	杉田　学
5.	東京女子医科大学東医療センター	春田　浩一	庄古　知久
6.	東千葉メディカルセンター	橋田　知明	渡邉　栄三
7.	防衛医科大学校病院	吉村　有矢	池内　尚司
8.	慶応義塾大学病院	多村　知剛	佐々木　淳一
9.	前橋赤十字病院	小倉　崇似	中村　光伸
10.	聖隷浜松病院	眞喜志　剛	渥美　生弘
11.	川崎市立川崎病院	白川　和宏	田熊　清継
12.	東京都立墨東病院	杉山　和宏	濱邊　祐一
13.	日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野	伊原　慎吾	木下　浩作
14.	済生会宇都宮病院	藤井　公一	加瀬　建一
15.	東京医科歯科大学医学部附属病院	落合　香苗	大友　康裕
16.	順天堂大学医学部附属浦安病院	石原　唯史	田中　裕
17.	東京歯科大学市川総合病院	鈴木　昌	鈴木　昌
18.	東京ベイ・浦安市川医療センター	本間　洋輔	舩越　拓
19.	獨協医大埼玉医療センター	杉木　大輔	松島 久雄

20.	帝京大学医学部附属病院	西　竜一／神田潤	三宅　康史
21.	埼玉医科大学総合医療センター	久村　正樹	杉山　聡
22.	聖マリアンナ医科大学	川口　剛史	平　泰彦
23.	東京都立多摩総合医療センター	森川　健太郎	清水　敬樹
24.	筑波大学附属病院	小山　泰明	井上　貴昭
25.	自治医科大学附属さいたま医療センター	柏浦　正広	守谷　俊
26.	松戸市立総合医療センター	吉行　綾子	村田　希吉
27.	東海大学	西野　智哉	猪口　貞樹
28.	東京女子医大八千代医療センター	湯澤　紘子	貞広　智仁
29.	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	堤　悠介	安田　貢
30.	千葉大学医学部附属病院	立石　順久	織田　成人
31.	日本医科大学	小笠原　智子	横田　裕行
32.	君津中央病院	北村 伸哉	北村 伸哉
33.	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	吉田 稔	桝井 良裕
34.	東京慈恵会医科大学附属柏病院	長谷川 意純	卯津羅 雅彦
35.	日本医科大学多摩永山病院	田上 隆	畝本 恭子
36.	国立成育医療研究センター	大西 志麻	植松 悟子
37.	千葉市立青葉病院	-	森田 泰正
38.	日本赤十字社医療センター	諸江 雄太	林 宗博
39.	成田赤十字病院	奥 怜子	中西 加寿也
40.	山梨県立中央病院	松本 学	岩瀬 史明
41.	済生会宇都宮病院	藤井 公一	加瀬 建一
42.	SUBARU 健康保険組合太田記念病院	飯塚 進一	秋枝 一基
43.	名古屋大学医学部付属病院	安田 祐真	松田 直之

敬称略

2.4 統計解析責任者

（所属）東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻臨床疫学・経済学　（職名）教授
（氏名）康永秀生
（住所）〒113-0033　東京都文京区本郷 3-1　　電話：03-5841-1887

2.5 登録及びデータマネジメント

日本救急医学会関東地方会事務局
住所：〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3
電話：03-3384-8057　　FAX: 03-3380-8627

3. 研究の目的及び意義

3.1 目的

院外心肺停止患者に対する関東地方の救急医療体制を把握し、その構築に寄与することを目的に、日本救急医学会関東地方会は、ウツタイン様式を用いた院外心肺停止多施設共同研究（Survey of Survivors after Cardiac Arrest in the Kanto Area: SOS-KANTO）を 2002 年 9 月 1 日から 2003 年 12 月 31 日まで 58 施設により院外心肺停止 9,592 例を集積し検証した [1)]。

その後、10 年間に救急医療体制および病院到着後の治療内容が進歩し、院外心肺停止患者の転帰が改善されつつあることが、2012 月 1 月 1 日から 2013 年 3 月 31 日まで 67 施設により集積された院外心肺停止 16,452 例により検証された [2)]。

日本救急医学会関東地方会では同学会に参加する約 60 施設により過去と同様に約 1 万例の院外心肺停止患者を調査し、時代背景の変化に伴う転帰の変化と、転帰改善に寄与する因子を検討することを目的とする。

3.2 意義

院外心肺停止患者に関する救急医療体制および病院到着前後の治療の質の改善を同一地域において定期的に治療の質を評価することは、地域の救命救急医療の質を高めることに加え、本邦でしか検証できない治療法を検証することにより世界にエビデンスを発信できるという意味でも非常に意義の高い研究であると考えられる。それを踏まえ、本研究では次の三つの目標を掲げた。

3.2.1 未知の領域 “knowledge gap”への挑戦

SOS-KANTO 2017 Study では CoSTAR に影響を与えるようなエビデンス発信するために、引き続き、前向き疫学研究を推進し、膨大なデータの中の様々な“knowledge gap”を見出すこととした。

3.2.2 症例集積の効率化

2012 study では主に紙ベースで症例を集積したため、参加施設に多大なる負担を強いることになるとともに、学会事務局自体も大変な出費となった。そこで、2017 study では症例集積を web 登録にし、負担・出費を軽減するとともに、前向き研究としての欠損値を最小限にする方法を検討し、その結果、救急医学会統合データベースを活用することにした。すでに開始された救急医学会院外心肺停止（JAAM-OHCA）レジストリーのコアデータ項目に加え、後述する募集した PICO に書かれた解析に必要な項目（SOS-KANTO プロトコールデータ項目）を SOS-KANTO 委員会が整理し、入力フォーマットを作り、そこに各施設がデータを web 入力することとした.

3.2.3 蘇生に興味を持っている若い研修者の育成

メガデータと呼ばれる膨大なデータを用いて多施設で異なった clinical question の答えを導き出すには一定の方法によりクリーニングし、その上で共通した方法で解析する必要がある。

しかし、初めてこのようなデータに触れる若手研究者とってはどのような解析方法を用いるべきかさえ、その判断に難渋することになる。また、指導者も進歩した統計手法には自信がないかもしれない。そこで、SOS-KANTO 委員会は参加施設（研究担当者）へ PICO（clinical question）の提出を呼びかけ、委員会のメンバーである東京大学臨床疫学・経済学康永秀生教授とその教室のご協力により、提出された PICO について、必要な項目や用いるべき統計方法、その結果について、添削、指導を行なってきた。その結果、多くの若手研究者から PICO の提出があり、厳正な検討の結果、〇〇件の PICO が採用された。今回、収集するレジストリー項目は上述の救急医学会院外心肺停止（JAAM-OHCA）レジストリーのコアデータ項目と採用された PICO に共通した項目である(付録 15)。

4. 研究の方法及び期間

4.1 研究デザイン

本研究は、救急隊により研究参加施設に搬送され治療を受けた院外心肺停止全例を３ヶ月追跡する多施設共同前向きコホート研究である。

4.2 主要評価項目

来院１カ月後のグラスゴー・ピッツバーグ脳機能全身機能カテゴリー（The Glasgow-Pittsburgh Cerebral Performance and Overall Performance Categories）（注１）における機能良好（CPC1）および中等度障害（CPC2）（以下 favorable outcome）の合計数の割合

注１：グラスゴー・ピッツバーグ脳機能全身機能カテゴリー（The Glasgow-Pittsburgh Cerebral Performance and Overall Performance Categories）：脳機能と全身機能状態を、CPC1：機能良好、CPC2：中等度障害、CPC3：高度障害、CPC4：昏睡、植物状態、CPC5：死亡もしくは脳死に分類する。

4.3. その他の評価項目

4.3.1. 転帰

⑴ 退院時の favorable outcome の割合

⑵ ３ヶ月後の favorable outcome の割合

4.3.2. 各種リスクファクターの保有

心室細動の有無、目撃者の有無、目撃者による心肺蘇生の有無等

4.3.3. 病院到着前の救急活動内容

⑴ 一般市民による AED 使用の有無

⑵ 救急隊活動時間（現場到着時間、現場滞在時間、搬送時間）

⑶ 救急隊特定行為（電気的除細動、気道確保、薬剤投与など）の有無

4.3.4. 病院収容後の治療内容

⑴ 心室細動に対する抗不整脈治療（ニフェカラント、アミオダロンなど）の有無

⑵ 経皮的心肺補助装置（PCPS）を用いた心肺蘇生法（ECPR）の有無

⑶ 急性冠症候群に対する緊急冠動脈カテーテル治療（PCI）の有無
⑷ 低体温療法の有無

4.3.5. その他、各研究施設から提出があり、採用された PICO に記載された項目　（付録）

4.4 統計学的事項

4.4.1 解析対象集団

全登録対象者を解析対象とする。主要評価項目情報が得られなかった対象者は除外する。

4.4.2 データの取り扱い

救急医学会統合データベースを活用し、参加施設は調査期間中に web からデータ入力を行う。

4.5 研究対象者数

2012 年 1 月1日から 2013 年 3 月 31 日まで日本救急医学会関東地方会に所属する 67 施設により院外心肺停止 16, 452 例を集積した研究と比較するために、本研究の症例数は 10,000 例を目標とする。

4.6 研究期間

研究実施期間：2019 年 4 月～2020 年 3 月
登録期間を 2019 年 4 月 1 日～2020 年 3 月 31 日の 1 年間とし、追跡期間を登録後 3 ヶ月とする。

5. 研究対象者の選定方針

救急隊により研究参加施設に搬送され治療を受けた院外心肺停止全例を選定するが、2019 年 4 月～2019 年 12 月の登録期間内に 1 万例の症例集積を超えたとしても、月別比較をするために 1 年間の集積を行う。また、2019 年 12 月の時点で予定集積症例数をはるかに下回ることが予想される場合には登録期間の延長を検討する。

6. 研究の科学的合理性の根拠

2002 年から 2003 年までの SOS-KANTO 研究では、①心肺停止の発生場所と予後の関連[3]、②バイスタンダーCPR の現状と救命効果[4]、③地域間の比較[5]、④ドクターカーの効果[6]、⑤心室細動に対するニフェカラント静脈内投与の有効性[7]、⑥PCPS の効果[8]、⑦緊急冠動脈造影検査と再灌流療法の効果[9]、⑧低体温療法の効果[10]、⑨蘇生中止基準の検討[11]などを検証した。また、いくつかの英文論文[12),13),14),15),16),17)]が発表され、心肺蘇生と救急心血管治療のガイドライン改訂に寄与してきた。

「心肺蘇生と救急心血管治療のための科学と治療の推奨に関わる国際コンセンサス（International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations: CoSTR)」によるガイドラインは５年毎に改訂され、推奨される治療および今後解決されるべき問題点が提示される。最新の 2015 年度版ガイドライン[18)19)]では、大きな変化はなかったものの、Basic Life Support(BLS)の手順の簡略化により迅速な CPR の開始と CPR 実施率の向上を目指ざしている。また、CPR に使用される薬剤が整理され、新しいモダリティーとして体外循環式心肺蘇生(ECPR)の有効性についても言及された。Target Temperature Management (TTM)を代表

とする心肺停止蘇生後の集中治療(Post-Cardiac Arrest Care)の重要性は引き続き強調された。本邦における特定の地域を対象とした大規模な多施設による症例集積研究としては大阪ウツタインプロジェクトが挙げられ、総務省消防庁では 2005 年以降、毎年約 10 万例の全国の院外心肺停止症例を集積検証している［付録 18.2 総務省消防庁ウツタイン様式に基づく心肺機能停止傷病者記録票］が、SOS-KANTO2012 Study では初めて入院後の治療内容（低体温療法などの集中治療）も含めた大規模な多施設による症例集積研究が行われた（付録 18.1 論文一覧表　2018.12.6 時点）。

7. インフォームドコンセントを受ける手続き等

本研究は、病院外心停止となった患者の治療経過を診療録から登録するのみであり、治療に介入する研究でないことから、症例登録事務局であり、データーマネージメントを行う日本救急医学会関東地方会事務局および研究参加施設のホームページ上で研究内容と参加・途中離脱の任意性について説明し、 その自由を保障することとし、同意書の形式をとらないこととする。

8. 個人情報の取扱い

病院前の個人情報は救急隊のみ、診療録の個人情報は病院医師のみが取り扱う。研究者には新たな番号を付与して匿名化したデータが提供され、研究者は匿名化されたデータのみを扱う。
なお、研究者はデータと個人識別情報を連結することはできない

9. 研究対象者に生じる負担ならびに予測されるリスク

行政資料、病院診療録を用いた観察研究であり、治療に介入する研究でないことから、研究対象者に生じる負担ならびにリスクは極めて低いと考えられる.
しかし、診療による健康被害が生じた場合、日常診療の範囲内で適切に対処する。その支払いは通常の健康保険の範囲内で行われ、対象者の自己負担分は対象者が支払うものとする。

10.情報の保管および廃棄の方法

本研究に関する文書及び記録（研究データ、倫理委員会の記録、同意文書、症例報告書など）は結果の公表後最低 2 年間は研究代表者が厳重に保管する。
本研究にかかわる研究者が本研究のデータを異なる研究目的で使用する可能性があるが、その場合は連結不可能匿名化し既存資料として扱う。

11.研究機関の長への報告内容及び方法

各施設の研究責任者は、研究開始前に研究実施計画書を倫理審査委員会へ提出し、研究の実施に関して倫理審査委員会および医療機関の長の承認を得る。
研究実施計画書の改訂を行う場合、研究代表者は、改訂・変更の決定を研究関係者に速やかに伝達する。研究責任者は、倫理審査委員会に改訂版を提出し承認を得る。ただし、研究実施体制や連絡先の変更等、軽微な変更については改訂とせず、倫理委委員会への変更申請は必須としない。

12.研究の資金源等，研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等，研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

12.1 資金源および財政上の関係

本研究は、日本救急医学会関東地方会により運営される。
本研究は医学的視点から行われ、特定の企業・団体の利益や便宜を図るものではない。

12.2 研究に関する対象者の費用負担

本研究は日常診療で行われている治療を受けた患者を対象に、調査を行うものであり、研究による新たな費用負担は生じない。

13.研究に関する情報公開の方法

日本救急医学会関東地方会事務局のホームページ上で参加施設，研究担当者，代表者及び研究内容について公表する。また、本研究にかかわった研究者グループでデータ収集後、国内外の学会にて発表、論文化する。

14.文献

1. 長尾健．内科と救急医学の接点（トピックス）SOS-KANTO(Survey of Survivors after Out-of-hospital Cardiac Arrest in the Kanto area)－日本救急医学会関東地方会院外心停止多施設共同研究－．日内会誌 2006; 95: 2476-83.
2. SOS-KANTO 2012 Study Group．Changes in pre- and in-hospital management and outcomes for out of hospital cardiac arrest between 2002 and 2012 in Kanto, Japan: the SOS-KANTO 2012 Study. Acute Med Surg 2015; 2: :225-33.
3. 栗原智宏，宮原保之，佐々木勝，ほか．関東における院外心肺停止に関する解析－場所と予後の関連について－．日救急医会関東誌 2004;25:34-5
4. 北村伸哉，鈴木宏昌，八木正晴，ほか．関東地方における bystander CPR の現状と救命効果．日救急医会関東誌 2004;25:28-33.
5. 佐藤章，織田成人，勝見敦，ほか．院外 CPA 患者の多施設共同研究－地域間比較－．日救急医会関東誌 2004;25:22-4.
6. 本間正人，斉藤大蔵，原田尚重，ほか．ドクターカーの効果．日救急医会関東誌 2004;25:26-7.
7. 五十嵐正樹，三宅康史，石松伸一，ほか．院外心室細動に対する Nifekalant 静脈内投与の有効性に関する検討．日救急医会関東誌 2004;25:18-20.
8. 田原良雄，鈴木範行，藤川正，ほか．院外心肺停止大規模研究-SOS-KANTO-PCPS 使用例の短期予後．日救急医会関東誌 2004;25:36-7.
9. 兼坂茂，藤川正，田原良雄，ほか．蘇生された院外心肺停止患者の冠動脈所見と再灌

流療法．日救急医会関東誌 2004;25:38-40.

10. 櫻井淳，藤川正，原田尚重，ほか．院外心肺停止患者に対する脳低温療法の有効性 SOS-KANTO ウツスタイン様式による検討．日救急医会関東誌 2004;25:42-4.
11. 貞広智仁，野中暁子，池田寿昭，ほか．院外心肺停止患者の蘇生中止基準．日救急医会関東誌 2004;25:46-7.
12. SOS-KANTO Committee. Incidence of ventricular fibrillation in patients with out-of-hospital cardiac arrest in Japan: survey of survivors after out-of-hospital cardiac arrest in Kanto area (SOS-KANTO). Circ J. 2005;69:1157-62.
13. SOS-KANTO study group. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. Lancet. 2007;369:920-6.
14. SOS-KANTO study group. Predictors for good cerebral performance among adult survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 2009;80:431-6.
15. SOS-KANTO study group. Comparison of arterial blood gases of laryngeal mask airway and bag-valve-mask ventilation in out-of-hospital cardiac arrests. Circ J. 2009;73:490-6.
16. SOS-KANTO study group. Atropine sulfate for patients with out-of-hospital cardiac arrest due to asystole and pulseless electrical activity. Circ J. 2011;75:580-8.
17. SOS-KANTO study group. Relationship between the hemoglobin level at hospital arrival and post-cardiac arrest neurologic outcome. Am J Emerg Med. 2011.
18. Mary Fran Hazinski, Jerry P. Nolan, Richard Aickin, et al. Part 1: Executive Summary 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation 2015; 132: S2-S39
19. https://www.japanresuscitationcouncil.org/jrc 蘇生ガイドライン 2015 オンライン版を公表致します/.
20. Neumar RW, Nolan JP, Adrie C, et al. Post-cardiac arrest syndrome: epidemiology, pathophysiology, treatment, and prognostication. A consensus statement from the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation 2008;118:2452-2483.

15.付録　レジストリー項目

ページ番号	項目番号	区分	項目名	タイプ	必須項目	区分	単位	有効小数桁数	エラー値 上限	エラー値 下限	選択項目 項目名	選択項目 デフォルト値	選択項目 値	説明文	備考
	1		施設情報	キャプション		施設									
	2	C	施設情報			施設									
	3	C	施設番号			施設									ログイン情報から取得可能
	4	C	病院名			施設									ログイン情報から取得可能
	5	C	研究登録番号			施設									
	6		適格基準(全体)	キャプション											
	7	C	適格基準1(病院着発生心停止)	単一選択	○	患者					はい		1		
	8										いいえ		2		
	9	C	適格基準2(救急隊蘇生有無)	単一選択	○	患者					はい		1		
	10										いいえ		2		
	11	C	適格基準3(市民除細動有無)	単一選択	○	患者					はい		1		
	12										いいえ		2		
	13	C	単一選択	単一選択	○	患者					はい		1		
	14										いいえ		2		
	15	C	患者の不同意	単一選択		患者					なし		0		
	16										あり		1		
	17	C	コメント(JAAM基本情報)	テキスト		患者									不同意ありの場合に表示
	18		救急隊情報	キャプション											
	19	S	救急隊人数	数字		救急隊	人			0					
	20	S	その中で、救急救命士の人数	数字		救急隊	人			0					
	21		基本情報	キャプション											
	22	C	性別(JAAM)	単一選択	○	患者					男性		1		
	23										女性		2		
	24	C	年齢(JAAM)	数値	○	患者			130	0					
	25	C	年齢(推定)(JAAM)	複数選択		患者					推定		1		
	26										very fit		1		
	27										well		2		
	28										managing well		3		
	29										vulnerable		4		
	30	S	発症前Clinical Frailty Scale	単一選択		入院					mildly frail		5	入院症例のみ。ADLの項目として代用よいかを確認	
	31										moderately frail		6		
	32										severely frail		7		
	33										very severely frail		8		
	34										terminally ill		9		
	35	S	心停止前維持透析の有無	単一選択		入院					はい		1		
	36										いいえ		2		
	37	S	入院時身長	数値入力		入院	cm	1	300	0					
	38	S	入院時体重	数値入力		入院	kg	1	200	0					
	39		CPAに至った理由	キャプション											
	40	C	CPAに至った理由(JAAM)	単一選択	○	患者					心原性		1		
	41										非心原性		2		
	42										急性冠症候群		1		
	43	C	心原性内訳	単一選択	○	患者					それ以外の心疾患		2		
	44										不明(推定心原性)		3		
	45										脳血管障害		1		
	46										呼吸器系疾患		2		
	47	C	非心原性内訳(JAAM)	単一選択	○	患者					悪性腫瘍		3		
	48										外因		4		
	49										その他		5		
	50										交通事故		1		
	51										墜落・転落		2		
	52										縊首		3		
	53	C	非心原性外因内訳(JAAM)	単一選択	○	患者					溺水		4		
	54										窒息		5		
	55										中毒		6		
	56										不明		7		
	57										その他				
	58	C	SIDS	複数選択		患者					SIDS		1	17歳以下で非心原性SIDSチェックの場合	
	59		救急隊活動記録	キャプション											
	60	C	覚知時刻(救急隊)(JAAM)	日時	○	救急隊									
	61	S	現着時刻(救急隊)	日時		救急隊									
	62	S	現場出発時刻	日時		救急隊									
	63										住宅 - 浴室(シャワー室、洗面所を含む)		1		
	64										住宅 - 便所		2		
	65										住宅- その他(浴室、便所以外)		3		
	66										公衆出入の場所(駅・空港)		4		
	67										公衆出入の場所(校・幼稚園)		5		
	68										公衆出入の場所(運動施設)		6		
	69	S	発生場所	単一選択		救急隊					公衆出入の場所(公衆浴場)		7		
	70										公衆出入の場所(病院・医院)		8		
	71										公衆出入の場所(老健施設等)		9		
	72										公衆出入の場所　その他		10		
	73										仕事場		11		
	74										道路		12		
	75										その他		13		
	76	S									浴槽内（顔面溺没あり）		1		
	77	S	発見状況	単一選択		救急隊					浴槽内（顔面溺没なし）		2		入浴関連（1,7)の場合に表示
	78	S									洗い場，シャワー室		3		
	79	S									脱衣室，洗面所		4		
	80	S	発生階数	数値		救急隊	階	0		1					
	81	S	エレベーターの利用	単一選択		救急隊					あり		1		
	82										なし		0		
	83	S	目撃の有無	単一選択		救急隊					はい		1		
	84										いいえ		2		
	85	S	目撃時刻	日時		救急隊					あり		1		
	86		心停止時刻（推定）	日時		救急隊									
	87	S	バイスタンダーCPRの有無			救急隊					なし		0		
	88	S	バイスタンダー開始時刻	日時		救急隊									
	89										CPR研修あり		1		
	90	S	バイスタンダー施行者	単一選択		救急隊					研修なし口頭指導あり		2		
	91										研修なし口頭指導なし		3		
	92										医療従事者		4		
	93	S	市民による除細動	単一選択		救急隊					はい		1		
	94										いいえ		2		
	95	S	公共のAEDによる除細動回数	数値		救急隊	回	0		0					
	96	S	死戦期呼吸の有無	単一選択		救急隊					あり		1		
	97										なし		0		
	98	S	傷病者接触時患者瞳孔 R:右	数値		救急隊	mm	0.1							
	99	S	傷病者接触時患者瞳孔 L:左	数値		救急隊	mm	0.1							
	100	S	傷病者接触時対光反射　右	単一選択		救急隊					あり		1		
	101										なし		0		
	102	S	傷病者接触時対光反射　左	単一選択		救急隊					あり		1		
	103										なし		0		
	104										心肺停止		1		
	105	S	傷病者接触時状況(救急隊)	単一選択		救急隊					心停止のみ		2		
	106										呼吸停止のみ		3		
	107										心拍・呼吸再開		4		
	108		傷病者接触時体温	数値		救急隊	℃	0.1							
	109	S	ECG開始時刻(救急隊)	日時		救急隊									
	110										VF		1		
	111										無脈性VT		2		
	112	S	初回ECG波形(救急隊)	単一選択		救急隊					PEA		3		
	113										心静止		4		
	114										その他		5		
	115	S	初回PEA時のHR	数値		救急隊	bpm	0		0					PEA選択時に表示
	116	S	初回PEA時のQRS幅	単一選択		救急隊					0.12sec未満		1		
	117										0.12sec以上		2		
	118	S	CPR開始時刻(救急隊)	日時		救急隊									
	119	S	搬送中心拍再開(救急隊)	単一選択		救急隊					はい		1		
	120										いいえ		2		
	121	S	心拍再開時刻	日時		救急隊									
	122	S	搬送中のECG波形変化1 VF	単一選択		救急隊					あり		1		
	123										なし		0		
	124	S	搬送中のECG波形変化2 無脈性VT	単一選択		救急隊					あり		1		
	125										なし		0		
	126	S	搬送中のECG波形変化3 PEA	単一選択		救急隊					あり		1		
	127										なし		0		
	128	S	搬送中のECG波形変化4 心静止	単一選択		救急隊					あり		1		
	129										なし		0		
	130	S	搬送中のECG波形変化5 その他	単一選択		救急隊					あり		1		
	131										なし		0		
	132										適応なし		0		
	133	S	除細動(救急隊)	単一選択		救急隊					適応あり		1		
	134										適応あるも施行できず		2		
	135		救急隊除細動開始時刻	日時		救急隊									
	136		**救急隊除細動回数**	数字		救急隊									
	137	S	救命士の挿管認定の有無	単一選択		救急隊					あり		1		
	138										なし		0		
	139	S	救命士の薬剤投与認定の有無	単一選択		救急隊					あり		1		
	140										なし		0		
	141	S	救急隊によるアドレナリン初回投与時刻	日時		救急隊									
	142	S	救急隊によるアドレナリン投与回数	数字		救急隊	回			0					
	143	S	静脈路確保の有無	単一選択		救急隊					あり		1		
	144										なし		0		

	145	S	静脈路確保時刻	日時		救急隊									
	146	S	BVMによる換気障害	単一選択		救急隊					あり		1		
	147										なし		0		
	148	S	高度な気道確保の試み	単一選択		救急隊					はい		1		
	149										いいえ		2		
	150										なし		0		
	151	S	試みた気道確保の種類	単一選択		救急隊					用手のみもしくは経鼻・経口エアウェイ		1		
	152										声門上デバイス		2		
	153										気管挿管		3		
	154										その他		4		
	155	S	高度な気道確保の成功	複数選択		救急隊					成功		1		
	156	S	救命士の挿管認定の有無	単一選択		救急隊					あり		1		
	157										なし		0		
	158	S	気道確保時刻	日時		救急隊									
	159		意思の解除の試み	単一選択		救急隊					あり		1	原因が意思だった場合,	
	160										なし		0		
	161		意思の解除状況	単一選択		救急隊					固体、未院時残存あり		1		
	162										固体、未院時残存なし		2	残存少量で換気に大きく影響しない場合はなし	
	163										流動体、未院時残存あり		3	流動体は粥状含む	
	164										流動体、未院時残存あり		4		
	165		病院前自動胸部圧迫の使用	単一選択		救急隊					Lucas		1		
	166	S									AutoPulse		2		
	167										機種不明		3		
	168										使用なし	○	4		
	169		DRヘリ・カー記録	キャプション											
	170	C	ドクターカードクターヘリ出場(JAAM)	単一選択	○	病院前					あり		1		
	171	C									なし		0		
	172	S	病院前医師派遣種類			病院前					1.ドクターカー, 2. ドクターヘリ　3.その他				
	173	C	病院収容時刻(JAAM)	日時	○	病院前									
	174		ドクターカー薬剤投与有無	単一選択		病院前					なし		0		
	175	S									アドレナリン		1		
	176										アミオダロン		2		
	177	S	ドクターカー薬剤投与時間	日時		病院前									
	178	S	ドクターカー薬剤投与回数	数字入力		病院前	回			0					
	179		ドクターカー気道確保有無	単一選択		病院前					なし		0		
	180										用手のみもしくは経鼻・経口エアウェイ		1		
	181	S									声門上デバイス		2		
	182										気管挿管		3		
	183										その他		4		
	184	S	気道確保時刻	日時		病院前									
	185	S	対応人員人数(医師)	数字入力		病院前	人			0					
	186	S	対応人員人数(看護師)	数字入力		病院前	人			0					
	187		病院搬入後の状態	キャプション											
	188		(空欄)	ラベル										ドクヘリ・ドクターカー医師接触後	
	189		収容時心電図	単一選択		ER					VF		1		
	190	S									pulseless VT		2		
	191										PEA		3		
	192										asystole		4		
	193										その他		5		
	194		二次救命処置	単一選択		ER					施行		1		
	195	S									非施行 - 適応外		2		
	196										非施行 - 家族本人希望		3		
	197										非施行		4		
	198										その他		5		
	199	C	病院収容後(医師接触後)の心拍再開	単一選択	○	ER					あり		1		
	200	C									病院収容時すでに心拍再開		2		
	201	C									なし		3		
	202	C	病院収容後の心拍再開時刻	日時		ER									ありの時に表示
	203	S	施設到着時傷病者瞳孔径 R:右	数値		ER	mm								
	204	S	施設到着時傷病者瞳孔径 L:左	数値		ER	mm								
	205	S	施設到着時傷病者対光反射 R:右	単一選択		ER					なし		0		
	206										あり		1		
	207	S	施設到着時傷病者対光反射 L:左	単一選択		ER					なし		0		
	208										あり		1		
	209	S	入院時(ER死亡時)の心拍再開後の瞳孔径 R:右	数値		ER	mm								
	210	S	入院時(ER死亡時)の心拍再開後の瞳孔径 L:左	数値		ER	mm								
	211	S	入院時(ER死亡時)の心拍再開後の対光反射 R:右	単一選択		ER					なし		0		
	212										あり		1		
	213	S	入院時(ER死亡時)の心拍再開後の対光反射 L:左	単一選択		ER					なし		0		
	214										あり		1		
	215	S	対光反射・瞳孔測定時刻	日時		ER									
	216	S	病院到着時の死戦期呼吸の有無	単一選択		ER					なし		0		
	217										あり		1		
	218	C	病院収容後の意識状態 E	単一選択		ER					4:自発的に、または普通の呼びかけで開眼		4		
	219										3:強く呼びかけると開眼		3		
	220										2:痛み刺激で開眼		2		
	221										1:痛み刺激でも開眼しない		1		
	222	C	病院収容後の意識状態 V	単一選択		ER					5:見当識が保たれている		5		
	223										4:会話は成立するが見当識が混乱		4		
	224										3:発語は見られるが会話は成立しない		3		
	225										2:意味のない発声		2		
	226										1:発語みられず		1		
	227										T:挿管		1		
	228	C	病院収容後の意識状態 M	単一選択		ER					6:命令によって四肢を動かす		6		
	229										5:痛み刺激に対して手で払いのける		5		
	230										4:指への痛み刺激に対して四肢を引っ込める		4		
	231										3:痛み刺激に対して緩徐な屈曲運動(除皮質姿勢)		3		
	232										2:痛みに対して緩徐な伸展運動(除脳姿勢)		2		
	233										1:運動見られず		1		
	234	C	病院収容後の最初に確認した心電図波形	単一選択	○	ER					心室細動(VF)		1		
	235										無脈性心室頻拍(pulseless VT)		2		
	236										無脈性電気活動(PEA)		3		
	237										心静止(Asystole)		4		
	238										心拍あり		5		
	239	C	病院収容後の最初に確認した心電図波形2	複数選択		ER					症候性徐脈		1		
	240	C	温度	単一選択		ER					計測可能		1		
	241	C									計測不可		2		
	242	C	温度2	数値		ER									
	243	C	温度3	単一選択		ER					鼓膜		1		
	244	C									直腸		2		
	245	C									膀胱		3		
	246	C									腋窩		4		
	247	C									その他		5		
	248	S	院内自動胸部圧迫の使用	単一選択		ER					Lucas		1		
	249										AutoPulse		2		
	250										機種不明		3		
	251										使用なし	○	4		
	252	S	来院後心拍再開時刻	日時		ER									
	253	S	肋骨骨折	単一選択		ER					あり		1		
	254										なし		0		
	255	S	気胸	単一選択		ER					あり		1		
	256										なし		0		
	257		病院収容後処置	キャプション											
	258	S	心エコー実施	単一選択		ER					実施せず		1		
	259										壁運動あり		2		
	260										壁運動なし		3		
	261										不明・その他		4		
	262	C	除細動(JAAM)	単一選択	○	ER					あり		1		
	263										なし		0		
	264	C	気管挿管(JAAM)	単一選択	○	ER					あり		1		
	265										救急救命士により挿管済み		2		
	266										なし		3		
	267	C	体外循環治療(ECLS/ECMO/PCPS)施行	単一選択	○	ER					あり		1		
	268										なし		0		
	269	C	体外循環治療開始タイミング	単一選択		ER					初回ROSC前		1		
	270										初回ROCS後		2		
	271	C	体外循環治療ポンプ開始時刻	日時		ER									
	272	S	ECPR 体外循環施行	単一選択		ER					適応なく施行せず		1		
	273										VA-ECMO		2	ECPR施行の意思決定をまとめた	
	274										VV-ECOM		3		
	275										導入不成功		4		
	276	S	ECRP 体外循環開始時刻	日時		ER									
	277	S	VA ECMO 離脱	単一選択		入院					あり		1		
	278										なし		2		
	279	S	VA ECMO 離脱日時	日時		入院									
	280	S	ECMO合併症：脳出血	単一選択		入院					あり		1	CTで確認できたもの	
	281										なし		0		
	282	S	ECMO合併症：下肢虚血	単一選択		入院					あり		1	血行再建または下肢減張切開	
	283										なし		0		
	284	C	IABP施行	単一選択	○	入院					あり		1		
	285										なし		0		
	286	C	CAG施行	単一選択	○	ER					あり		1		
	287										なし		0		

288		カテ室入室時刻	日時		ER									
289	C	CAG冠動脈狭窄閉塞所見(75%以上)	単一選択		ER					あり		1		
290										なし		0		
291	C	PCI施行	単一選択		ER					あり		1		
292										なし		0		
293	C	PCI再灌流の有無	単一選択	○	ER					再灌流あり		1		
294										再灌流せず				
295	C	PCI再灌流時刻	日時		ER									
296	S	CABG	単一選択		ER					あり		1		
297										なし		0		
298	S	手術終了時刻	日時		ER									
299	C	心拍再開後の12誘導心電図	単一選択		ER					未実施(心拍再開せずを含む)				
300										実績あり				
301	C	心拍再開後のST上昇の有無	単一選択		ER					あり		1		
302										なし		0		
303		心停止中の薬剤使用	キャプション											
304	C	アドレナリン(CRITICAL)	単一選択	○	ER					あり		1		
305										なし		0		
306	S	病院でのアドレナリン初回投与時刻	日時		ER									
307	S	病院でのアドレナリン投与回数	数値		ER	回	0		0					
308	S	病院でのアドレナリン投与総量	数値		ER	mg	0.1		0					
309	C	アミオダロン	単一選択		ER					あり		1		
310										なし		0		
311	C	ニフェカラント	単一選択		ER					あり		1		
312										なし		0		
313	C	リドカイン	単一選択		ER					あり		1		
314										なし		0		
315	C	アトロピン	単一選択		ER					あり		1		
316										なし		0		
317	C	マグネシウム	単一選択		ER					あり		1		
318										なし		0		
319	C	パソプレシン	単一選択		ER					あり		1		
320										なし		0		
321		血液データ	キャプション											
322	S	血液ガスデータの採取場所	単一選択		ER					動脈		1		
323										静脈		2		
324										不明		3		
325	C	採血時刻(病院収容時)	日時		ER									
326	C	FiO2(病院収容時)	数値		ER		0.01	1	0.21					
327	C	pH(病院収容時)	数値		ER		0.01	9	1					
328	C	PaCO2(病院収容時)	数値		ER	mmHg	0.1	300	10					
329	C	PaO2(病院収容時)	数値		ER	mmHg	0.1	600	1					
330	C	HCO3(病院収容時)	数値		ER	mEq/l	0.1	100	1					
331	C	BE(病院収容時)	数値		ER	mEq/l	0.1	30	-40					
332	C	Lac(病院収容時)	数値		ER		0.1	300	0					
333	C	Glu(病院収容時)	数値		ER	mg/dl	0.1	2000	0					
334	C	採血時刻(病院収容後ROSC時)	日時		ER									
335	C	FiO2(病院収容後ROSC時)	数値		ER		0.01	1	0.21					
336	C	pH(病院収容後ROSC時)	数値		ER		0.01	9	1					
337	C	PaCO2(病院収容後ROSC時)	数値		ER	mmHg	0.1	300	10					
338	C	PaO2(病院収容後ROSC時)	数値		ER	mmHg	0.1	600	1					
339	C	HCO3(病院収容後ROSC時)	数値		ER	mEq/l	0.1	100	1					
340	C	BE(病院収容後ROSC時)	数値		ER	mEq/l	0.1	30	-40					
341	C	Lac(病院収容後ROSC時)	数値		ER		0.1	300	0					
342	C	Glu(病院収容後ROSC時)	数値		ER	mg/dl	0.1	2000	0					
343	S	初日WBC	数値		ER	×10^3/μL	0.1		0					
344	S	初日CRP	数値		ER	mg/L	0.1		0					
345	S	Na	数値		ER	mmol/L	0.1							
346	S	K	数値		ER	mmol/L	0.1							
347	S	Cl	数値		ER	mmol/L	0.1							
348	S	Hb	数値		ER	g/dL	0.1							
349	S	ALB	数値		ER	g/dL	0.1							
350	S	尿酸値(病院収容後ROSC時)	数値		ER	mg/dL	0.1							
351	S	フィブリノゲン	数値		ER	mg/dL	0							
352	S	PT-INR	数値		ER		0.1							
353	S	APTT	数値		ER	sec	0.1							
354	S	FDP	数値		ER	μg/mL	0.1							
355	S	Dダイマー	数値		ER	μg/mL	0.1							
356		入退院情報	キャプション											
357	C	病院搬入後の状態(JAAM)	単一選択		患者					入院/病棟入院		1		入院の場合、以下の入院項目を表示
358					患者					外来処置室で死亡		2		
359	S	入院退出日	日付		入院									
360	S	蘇生中止(DNR指示)有無	単一選択		入院					なし		0		
361										あり		1		
362	C	蘇生努力中止時刻	日時		入院									
363	C	死亡確認時刻	日時		患者									
364	C	発症1ヶ月(30日)後生存(JAAM)	単一選択		患者					なし		0		
365										あり		1		
366	C	発症1ヶ月(30日)後生存あり内訳(JAAM)	単一選択		入院					入院中		1	退院日と生存死亡で自動調整の検討	
367										生存退院		2		
368	C	発症1ヶ月(30日)後生存のCPC(JAAM)	単一選択		入院					死亡		0		
369										良好		1		
370										中程度		2		
371										重度		3		
372										植物状態		4		
373										脳死		5		
374										生存退院		6		
375	C	発症1ヶ月(30日)後生存のPCPC(JAAM)	単一選択		入院				0	死亡		0		
376										良好		1		
377										中程度		2		
378										重度		3		
379										植物状態		4		
380										脳死		5		
381										生存退院		6		
382	S	転帰24時間	単一選択		入院					死亡		0		
383										良好		1		
384										中程度		2		
385										重度		3		
386										植物状態		4		
387										脳死		5		
388										生存退院		6		
389	S	転帰7日後	単一選択		入院					死亡		0		
390										良好		1		
391										中程度		2		
392										重度		3		
393										植物状態		4		
394										脳死		5		
395										生存退院		6		
396	S	転帰1ヶ月後	単一選択		入院					死亡		0		
397										良好		1		
398										中程度		2		
399										重度		3		
400										植物状態		4		
401										脳死		5		
402										生存退院		6		
403	S	転帰3ヶ月後	単一選択		入院					死亡		0		
404										良好		1		
405										中程度		2		
406										重度		3		
407										植物状態		4		
408										脳死		5		
409										生存退院		6		
410	S	転院・退院時CPC	単一選択		入院					死亡		0		
411										良好		1		
412										中程度		2		
413										重度		3		
414										植物状態		4		
415										脳死		5		
416										生存退院		6		
417	S	退院日	日付		入院									
418	S	出来高入院費用	数値		入院	円								
419		既往歴	キャプション											
420	S	Myocardial infarction心筋梗塞	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
421	S	Congestive heart failureうっ血性心不全	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
422	S	Peripheral vascular disease末梢血管疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
423	S	Cerebrovascular disease脳血管疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
424	S	Dementia認知症	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
425	S	Chronic pulmonary disease慢性肺疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
426	S	Rheumatologic diseaseリウマチ疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
427	S	Peptic ulcer disease消化性潰瘍	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
428	S	Mild liver disease軽度の肝疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
429	S	Diabetes without chronic complications　慢性合併症を伴わない糖尿病	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
430	S	Diabetes with chronic complications慢性合併症を伴う糖尿病	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
431	S	Hemiplegia or paraplegia片麻痺または対麻痺	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
432	S	Renal disease腎疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ

	433	S	Any malignancy, including leukemia and lymphoma白血病やリンパ腫を含む悪性腫瘍	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
	434	S	Moderate or severe liver disease中等度～重度の肝疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
	435	S	Metastatic solid tumor転移性固形腫瘍	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
	436	S	AIDS/HIV	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
	437	S	高血圧	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
	438	S	精神疾患	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
	439	S	心房細動	複数選択		入院					チェック		1		入院症例のみ
	440		入院時の処置観察	キャプション											
	441	C	治療目的体温管理実施	単一選択	○	入院					あり		1		
	442										なし		0		
	443	C	体温管理の開始時刻	日時		入院									
	444	C	冷却目標または維持体温	単一選択		入院					32℃(低体温療法)		1		
	445										33℃(低体温療法)		2		
	446										34℃(低体温療法)		3		
	447										35℃(平温療法)		4		
	448										36℃(平温療法)		5		
	449	S	冷却開始時刻	日時		入院									
	450	S	目標体温到達有無	単一選択		入院					あり		1		
	451										なし		0		
	452	C	体温管理の目標体温到達時刻	日時		入院									
	453	C	体温管理の復温開始時刻	日時		入院									
	454	C	体温管理の36℃到達時刻	日時		入院								(目標や維持が34度以下の場合)	
	455	C	体温管理の完遂の有無	単一選択		入院					完遂		1		
	456										中断		2		
	457	C	体温管理の方法(胃鏡流)	単一選択		入院					あり		1		
	458										なし		0		
	459	C	体温管理の方法(冷却輸液静注)	単一選択		入院					あり		1		
	460										なし		0		
	461	C	体温管理の方法(体外循環熱交換器)	単一選択		入院					あり		1		
	462										なし		0		
	463	C	体温管理の方法(体表冷却 水循環式体表パッドシステムを含む)	単一選択		入院					あり		1		
	464										なし		0		
	465	C	体温管理の方法(血管内冷却装置)	単一選択		入院					あり		1		
	466										なし		0		
	467	C	体温管理の方法(その他)	単一選択		入院					あり		1		
	468										なし		0		
	469	C	体温管理の方法(その他理由)	テキスト		入院									
	470	S	筋弛緩薬使用開始日	日時		入院									
	471	S	筋弛緩薬使用方法	単一選択		入院					使用なし		0		
	472										ボーラス投与		1		
	473										持続投与		2		
	474	S	筋弛緩薬使用終了日	日時		入院									
	475	S	鎮静薬の使用	単一選択		入院					あり		1		
	476										なし		0		
	477	S	鎮静薬の種類	単一選択		入院					デクスメデトミジン		0		
	478										プロポフォール		1		
	479										ミダゾラム		2		
	480	S	shiveringの有無	単一選択		入院					あり		1		
	481										なし		0		
	482	S	shivering出現時刻	日時		入院									
	483	S	病院到着後6時間体温	数値		入院	℃	0.1							
	484	S	病院到着後12時間体温	数値		入院	℃	0.1							
	485	S	病院到着後18時間体温	数値		入院	℃	0.1							
	486	S	病院到着後24時間体温	数値		入院	℃	0.1							
	487	S	病院到着後48時間体温	数値		入院	℃	0.1							
	488	S	病院到着後72時間体温	数値		入院	℃	0.1							
	489	S	経消化管栄養実施の有無	単一選択		入院					あり		1		
	490										なし		0		
	491	S	経消化管栄養開始日	日付		入院									
	492	S	中心静脈栄養使用有無	単一選択		入院					あり		1		
	493										なし		0		
	494	S	中心静脈栄養使用開始日	日付		入院									
	495	S	経口摂取の有無	単一選択		入院					あり		1		
	496										なし		0		
	497	S	経口摂取開始日	日付		入院									
	498	S	ROSC6時間後lac	数値		入院		0.1	300	0					
	499	S	(第2病日):尿酸	数値		入院	mg/dL	0.1							
	500	S	7日目WBC			入院	×10^3/μL	0.1		0					
	501	S	7日目CRP			入院	mg/L	0.1		0					
	502	S	ROSC後6時間以内に撮影したCT	単一選択		入院					あり		1		
	503										なし		0		
	504	S	CT撮影時刻	日時		入院									
	505	S	くも膜下出血の有無	単一選択		入院					あり		1		
	506										なし		0		
	507	S	皮髄境界不明瞭化の有無	単一選択		入院					あり		1		
	508										なし		0		
	509	S	Gray Matter White Matter Ratio(GWR) 測定値	数値		入院									
	510	S	(空欄)	ラベル		入院								スライス1(側脳室上端が見えるスライスから2スライス上)	
	511	S	白質のCT吸収値 右	数値		入院									
	512	S	白質のCT吸収値 左	数値		入院									
	513	S	灰白質のCT吸収値 右	数値		入院									
	514	S	灰白質のCT吸収値 左	数値		入院									
	515	S	(空欄)	ラベル		入院								スライス2(側脳室上端が見えるスライスから1スライス上)	
	516	S	白質のCT吸収値 右	数値		入院									
	517	S	白質のCT吸収値 左	数値		入院									
	518	S	灰白質のCT吸収値 右	数値		入院									
	519	S	灰白質のCT吸収値 左	数値		入院									
	520	S	(空欄)	ラベル		入院								スライス3(大脳基底核が見えるスライス)	
	521	S	内脂後脚のCT吸収値 右	数値		入院									
	522	S	内脂後脚のCT吸収値 左	数値		入院									
	523	S	視床のCT吸収値 右	数値		入院									
	524	S	視床のCT吸収値 左	数値		入院									
	525	S	抗痙薬使用の有無	単一選択		入院					あり		1		
	526										なし		2		
	527	S	抗痙薬使用開始日	日付		入院									
	528	S	抗痙薬使用終了日	日付		入院									
	529	S	抗痙薬投与の目的	単一選択		入院					感染予防目的		1		
	530										感染治療目的		2		
	531	S	尿酸阻害薬内服の有無	複数選択		入院					チェック		1		
	532	S	βブロッカー内服の有無	複数選択		入院					チェック		1		
	533	S	入院時の意識状態 E	単一選択		入院					4:自発的に、または普通の呼びかけで開眼		4		
	534	S									3:強く呼びかけると開眼		3		
	535	S									2:痛み刺激で開眼		2		
	536	S									1:痛み刺激でも開眼しない		1		
	537	S	入院時の意識状態 V	単一選択		入院					5:見当識が保たれている		5		
	538	S									4:会話は成立するが見当識が混乱		4		
	539	S									3:発語は見られるが会話は成立しない		3		
	540	S									2:意味のない発声		2		
	541	S									1:発語みられず		1		
	542	S									T:挿管		1		
	543	S	入院時の意識状態 M	単一選択		入院					6:命令によって四肢を動かす		6		
	544	S									5:痛み刺激に対して手で払いのける		5		
	545	S									4:指への痛み刺激に対して四肢を引っ込める		4		
	546	S									3:痛み刺激に対して緩徐な屈曲運動(除皮質姿勢)		3		
	547	S									2:痛みに対して緩徐な伸展運動(除脳姿勢)		2		
	548	S									1:運動見られず		1		
	549	S	72時間後の意識状態 E	単一選択		入院					4:自発的に、または普通の呼びかけで開眼		4		
	550	S									3:強く呼びかけると開眼		3		
	551	S									2:痛み刺激で開眼		2		
	552	S									1:痛み刺激でも開眼しない		1		
	553	S	72時間後意識状態 V	単一選択		入院					5:見当識が保たれている		5		
	554	S									4:会話は成立するが見当識が混乱		4		
	555	S									3:発語は見られるが会話は成立しない		3		
	556	S									2:意味のない発声		2		
	557	S									1:発語みられず		1		
	558	S									T:挿管		1		
	559	S	72時間後意識状態 M	単一選択		入院					6:命令によって四肢を動かす		6		
	560	S									5:痛み刺激に対して手で払いのける		5		
	561	S									4:指への痛み刺激に対して四肢を引っ込める		4		
	562	S									3:痛み刺激に対して緩徐な屈曲運動(除皮質姿勢)		3		
	563	S									2:痛みに対して緩徐な伸展運動(除脳姿勢)		2		
	564	S									1:運動見られず		1		
	565	S	72時間後患者瞳孔 R:右	数値		入院	mm	0.1		0					
	566	S	72時間後患者瞳孔 L:左	数値		入院	mm	0.1		0					
	567	S	72時間後対光反射　右	単一選択		入院					なし		0		
	568	S									あり		1		
	569	S	72時間後対光反射　左	単一選択		入院					なし		0		
	570	S									あり		1		

『日本救急医学会関東地方会雑誌』第 39 巻 2 号・3 号 制作報告

2019 年 2 月 2 日
編集担当常任幹事 田中　裕

1）論文投稿数

全投稿数：55 編〔医師部会：50 編，看護部会：5 編，救急隊員学術研究会：0 編〕
（うち 9 編は昨年の発表以外の論文，2 編は指定推薦）

	論文数	備考
2018 年 学会全発表数	270 件 〔医師部会：208 件，看護部会：30 件， 救急隊員学術研究会：32 件〕	投稿率：17.0%
辞退・未着	224 編	
2018 年 発表論文投稿数	46 編 〔医師部会：41 編，看護部会：5 編， 救急隊員学術研究会：0 編〕	

【参考：投稿率の推移について】

	2012 年 33 巻	2013 年 34 巻	2014 年 35 巻	2015 年 36 巻	2016 年 37 巻	2017 年 38 巻	2018 年 39 巻
学会発表数	280	287	254	251	295	224	270
辞退・未着	182	195	162	176	208	166	224
投稿数	93	91	68	75	87	58	46
投稿率	**33.2%**	**31.5%**	**26.8%**	**29.9%**	**29.5%**	**25.8%**	**17.0%**

2）掲載論文数

	論文数
掲載論文数	2号：33編※ （医師部会：30編，看護部会：3編， 救急隊員学術研究会：0編）
掲載予定 論文数	3号：22編※ （医師部会：20編，看護部会：2編， 救急隊員学術研究会：0編）
論文受理率	100.0%

※昨年の発表以外 9 編、常任幹事会で指定推薦された 2 編を含む

3）J-STAGE 登載

第 39 巻 2 号より J-STAGE で公開された。

4）編集スケジュール

1 月 27，28 日 日本救急医学会関東地方会学術集会，論文投稿受付開始
2 月 22 日　論文投稿依頼（文書送付，3 月 12 日締切）
4 月 6 日　編集委員会開催
4 月 12 日　論文投稿再依頼（文書送付，5 月 18 日締切）
4 月中旬～　編集委員長が担当者分担決定
6 月中旬～　**1 回目査読（1 カ月程度）**
7 月～8 月　評価Ⅱ（一部修正），Ⅲ（全面修正）の論文については順次執筆者に戻し，
リライトを依頼（3 週間）
評価Ⅰ（採用）の論文については編集委員長の決済
→採用分は初校作成・著者校正依頼（事務局）
9 月～10 月　**2 回目査読（1 カ月程度）**
10 月～11 月　評価Ⅱ，Ⅲの論文についてはリライトを依頼（3 週間）
評価Ⅰの論文については編集委員長の決済
→採用分は初校作成・著者校正依頼（事務局）
10 月～　**3 回目査読（査読期間は適宜）**
11 月下旬　責了
12 月　J-STAGE 登載作業
12 月 28 日　2 号公開（J-STAGE）
1 月下旬　3 号公開（J-STAGE）

5）学会誌 J-STAGE 登載について

2018 年 12 月 25 日より、第 39 巻 2 号が J-STAGE で公開された。
2019 年 1 月 31 日より、第 39 巻 3 号が J-STAGE で公開された。

以上

日本救急医学会関東地方会ホームページ報告

平成 31 年 2 月 2 日
ホームページ担当常任幹事　田中　裕

1. ホームページ更新情報について　※関連学会案内の更新については省略

【2018 年 1 月】
・新着情報，学術集会，役員一覧を更新しました。(18.01.30)
・会則を更新しました。(18.01.31)
【2018 年 2 月】
・幹事名簿を更新しました。(18.02.14)
・SOS-KANTO を更新しました。(18.02.15)
・各種申請書式，入会案内を更新しました。(18.02.19)
【2018 年 3 月】
・SOS-KANTO を更新しました。(18.03.05)
【2018 年 4 月】
・学術集会を更新しました(次期学術集会 HP が開設されました)。(18.04.03)
・「年会費納入のお願い」を掲載しました。(18.04.17)
【2018 年 5 月】
・SOS-KANTO を更新しました。(18.05.16)
【2018 年 6 月】
・看護部会主催シンポジウムの募集を開始しました。(18.06.29)
【2018 年 8 月】
・新着情報，関連学会案内，学術集会を更新しました。第1回 看護部会主催シンポジウムへの多数のご参加、ありがとうございました。(18.08.27)
【2018 年 11 月】
・新幹事公募のお知らせ，役員選挙のお知らせを掲載しました。(18.11.08)
【2018 年 12 月】
・タイトルページの書類を更新しました。(18.12.25)

以上

第 70 回日本救急医学会関東地方会学術集会
第 57 回救急隊員学術研究会

会期：2020 年 1 月 18 日(土)

会場：ベイシア文化ホール
〒371-0017 群馬県前橋市日吉町１丁目１０－１
前橋商工会議所
〒371-0017 群馬県前橋市日吉町１丁目８－１

会長：中野　実（前橋赤十字病院　院長）

運営：(株)ドゥ・コンベンション

テーマ：「現場主義　-Pre-Hospital から社会復帰まで-」

大会概要：

第 70 回日本救急医学会関東地方会学術集会及び第 57 回救急隊員学術研究会をお世話させていただくことになりました。群馬県での開催は、2001 年 6 月に第 51 回日本救急医学会関東地方会学術集会を当院が担当させていただいて以来 19 年ぶり 2 回目となります。今回も当院が担当させていただくことは、職員一同大変光栄に存じております。

テーマは、「現場主義　-Pre-Hospital から社会復帰まで-」とさせていただきました。患者さんが受傷・発病した現場から救急外来受診後、早期に一連の治療を終診し、社会復帰に至るまでのプロセスを問う内容といたしました。

会場は前橋商工会議所とベイシア文化ホールとの２ヶ所となりますが両会場は道を挟んだ相向かいで実質的には１会場です。同一日程で第 57 回救急隊員学術研究会を開催できましたので、より多くの多職種の参加者が一堂に会して議論できる環境を整えることができました。救急現場から社会復帰までの救急医療の流れを網羅した学術集会にしたいと考えております。

皆様の参加を職員一同お待ちしております。

第70回

日本救急医学会 関東地方会学術集会

第57回

救急隊員学術研究会

会期 2020年1月18日(土) 同日開催

会場 ベイシア文化ホール、前橋商工会議所会館

会長 中野 実(前橋赤十字病院 院長)

現場主義

Pre-Hospitalから社会復帰まで

学会事務局
前橋赤十字病院
〒371-0811 群馬県前橋市朝倉町389-1
TEL.027-265-3333(代表) FAX.027-225-5250

運営事務局
株式会社ドゥ・コンベンション
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-23 アクセスお茶の水ビル5F
TEL.03-5289-7717 FAX.03-5289-8117

http://jaam70kantou.umin.ne.jp
E-mail: jaam70kantou-office@umin.ac.jp

日本救急医学会関東地方会　2018年度決算報告書

（ 2018年1月1日～2018年12月31日）

【 収入の部】

科目	予算	決算	予算比	備考
会費収入	**6, 300, 000**	**6, 615, 000**	**315, 000**	幹事: 10, 000円・ 一般: 5, 000円
当年度・ 過年度収入		6, 550, 000		
前受会費収入		65, 000		
雑収入	**270, 200**	**667, 008**	**396, 808**	
広告掲載料	0	200, 000	200, 000	38巻2号未収分
銀行預金利息	200	8	△ 192	
地方会補助金	200, 000	200, 000	0	日本救急医学会
その他(1)	70, 000	40, 000	△ 30, 000	38巻2号別刷代
その他(2)	0	227, 000	227, 000	看護部会シンポジウム参加費
収入合計	6, 570, 200	7, 282, 008	711, 808	

【 支出の部】

科目	予算	決算	予算比	備考
事業費	**6, 620, 000**	**6, 173, 254**	**446, 746**	
刊行費(発送費を含む)	3, 800, 000	3, 299, 486	500, 514	38巻2号製作費(2017年12月発刊) , 発送費
地方会補助費	2, 200, 000	2, 200, 000	0	筑波メディカルセンター病院
会議費	100, 000	100, 937	△ 937	
常任幹事会		75, 654		年2回開催
編集委員会		3, 644		年1回開催
会計監査		0		
看護部会運営委員会		21, 639		年1回開催
交通費	150, 000	103, 151	46, 849	
常任幹事会		45, 000		
編集委員会		20, 000		
事務局		2, 151		学術総会, 諸会議立ち会い
会計監査		4, 000		
看護部会運営委員会		32, 000		
SOS-KANTO	220, 000	66, 939	153, 061	
会議費		33, 939		
交通費		33, 000		
看護部会シンポジウム	0	225, 751	△ 225, 751	
会議費		33, 351		講師諸経費
交通費		192, 400		看護部会シンポジウム
印刷費	150, 000	176, 990	△ 26, 990	事務局コピー代
ホームページ運営費	0	0	0	UMIN利用
事務費	**1, 511, 600**	**1, 508, 391**	**3, 209**	
通信費	300, 000	321, 861	△ 21, 861	
切手代		44, 200		
宅配便代		26, 285		
その他発送費		251, 376		別納郵便
業務委託費	1, 101, 600	1, 101, 600	0	委託先: ㈱へるす出版事業部
消耗品費	100, 000	77, 484	22, 516	事務用品費、封筒作成費
振込手数料	10, 000	7, 446	2, 554	
予備費	**50, 000**	**19, 440**	**30, 560**	お花代
支出合計	8, 181, 600	7, 701, 085	480, 515	
収支	−1, 611, 400	−419, 077		
前年度(2017年)繰越金	7, 000, 383	7, 000, 383		
次年度(2019年)繰越金	5, 388, 983	6, 581, 306		

銀行口座残高	¥1, 469, 262
郵便口座残高	¥5, 112, 044
小口現金残高	¥0
合計	¥6, 581, 306

監 査 報 告 書

日本救急医学会関東地方会の 2018 年度(2018 年 1 月 1 日～2018 年 12 月 31 日)における収支計算書、およびそれに付随する諸帳簿について必要な監査手続きを実施した結果、2018 年度の経営状況を適正に表現しており、かつ会計手続きに不正のないことを認める。

以上

2019 年　1 月 8 日

日本救急医学会関東地方会

監事　坂本哲也

2019 年　1 月 16 日

日本救急医学会関東地方会

監事　山口芳裕

日本救急医学会関東地方会　2019年度予算(案)

(2019年1月1日～2019年12月31日)

【収入の部】

科目	2018年度予算	2018年度決算	2019年度予算
会費収入	6,300,000	6,615,000	6,400,000
雑収入			
広告掲載料	0	200,000	0
銀行預金利息	200	8	10
補助金	200,000	200,000	200,000
その他(1)	70,000	40,000	50,000
その他(2)	0	227,000	250,000
収入合計	6,570,200	7,282,008	6,900,010

【支出の部】

科目	2018年度予算	2018年度決算	2019年度予算
事業費			
刊行費(発送費を含む)	3,800,000	3,299,486	2,000,000
地方会補助費	2,200,000	2,200,000	2,200,000
会議費	100,000	100,937	100,000
交通費	150,000	103,151	150,000
印刷費	150,000	176,990	180,000
ホームページ運営費	0	0	0
SOS-KANTO	220,000	66,939	300,000
看護部会シンポ	0	225,751	250,000
事務費			
通信費	300,000	321,861	300,000
業務委託費	1,101,600	1,101,600	1,101,600
消耗品費	100,000	77,484	100,000
振込手数料	10,000	7,446	10,000
予備費	50,000	19,440	50,000
支出合計	8,181,600	7,701,085	6,741,600
収支	−1,611,400	−419,077	158,410
前年度繰越金	7,000,383	7,000,383	6,581,306
次年度繰越金	5,388,983	6,581,306	6,739,716

名誉会員の推戴について

・平成 31 年 1 月 17 日常任幹事会承認
・日本救急医学会関東地方会会則施行細則第 22 条２（3）に従い、承認を得られた候補者

（敬称略　五十音順）

氏名	役員歴	所属先
石川 雅健	平成 10～13 年常任幹事 平成 13～19 年事務局担当 平成 19～22 年監事	石川クリニック
猪口 貞樹	平成 19 年～25 年常任幹事 平成 27 年会長	東海大学医学部 外科学系 救命救急医学
渋谷 正徳	平成 13～19 年常任幹事	小板橋病院　院長

日本救急医学会関東地方会会則　（抜粋）

第 3 章　会員

（構成）

第 5 条　本会は、次の会員によって構成する。

(2)　名誉会員：本会の発展に特に功労のあった者で、別に定める細則により推薦され、承認された者

日本救急医学会関東地方会会則施行細則　（抜粋）

第 5 章　名誉会員

第 21 条　名誉会員は、常任幹事が推薦し、幹事会の承認を要する。

第 22 条　名誉会員は、幹事会に出席し、意見を述べることができるが、議決に加わることは出来ない。

２　名誉会員の推戴要件は、以下の通りとする。

(1)　役員経験者であること

(2)　65 歳以上であること

(3)　本人に名誉会員となる意思があること

学会名の英表記について

１．経緯

①学会誌の J-STAGE 登載手続きにあたって、科学技術振興機構（JST）より学会名の英表記の登録を求められている。手続き上 39 巻 2 号搭載時までに要決定。

②昨年度幹事会後から７月中旬頃まで学会ウェブサイトで意見募集
　→応募なし

学会誌名を参考に「Japanese Association for Acute Medicine of KANTO」とする。

（平成 30 年度第 2 回常任幹事会）