

**救急業務高度化推進検討会**  
**第2回救急蘇生作業部会および**  
**第2回救急蘇生統計ワーキンググループ 議事録**

1 日 時 平成22年11月19日（金） 10時00分から12時00分

2 場 所 農林水産省三番町共用会議所 大会議室

3 出席者

坂本部長、今村委員、鶴久森委員、岡本委員代理伊藤氏、鈴川委員、  
中原委員、畑中委員、林田委員、平出ワーキンググループ長、古川委員、  
藤井委員、松川委員、横田委員

4 会議経過

1 開会 [事務局]・あいさつ

【事務局】

それでは定刻となりましたので、第2回救急蘇生作業部会及び救急蘇生統計ワーキンググループを開催させていただきます。本日の司会は救急企画室救急専門官・長谷川が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。なお、本日の出欠状況でございますが、欠席者といたしまして、国立循環器病研究センター・野々木委員、広島市立広島市民病院・多田委員、日本大学医学部・長尾委員につきましては用務のため御欠席との御連絡をいただいております。また、札幌市消防局・岡本委員につきましては用務のため御欠席されており、札幌市消防局警防部救急指導係長・伊藤様に代理の出席をいただいております。なお、作業部会の進め方ですが、特に委員からの御意見があった場合を除きまして、事務局といたしましては公開ということで進めたいと思います。それでは議事進行を坂本部長にお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

## 2 議事

### 【部会長】

おはようございます。お忙しいところありがとうございます。それではきょうは救急蘇生作業部会と救急蘇生統計ワーキンググループの合同の会ということになります。よろしくお願いいいたします。本会は、救急業務高度化推進検討会の中の1つの作業部会として、救急蘇生作業部会ということで私がその部会を担当させていただいておりますけれども、ことしは検討事項が非常に多いということで、ワーキンググループとして3つに分けて検討をさせていただいております。救急蘇生の統計ワーキンググループ、それからガイドラインに関するワーキング、そしてAEDについての検証作業に関するワーキンググループということでございます。今日につきましては、この3つのワーキンググループのそれぞれの進捗ということと、それからその中でこの救急蘇生統計ワーキングにつきましてはこの救急蘇生作業部会に上げていただいた事項がございますので、これを合同で検討するという会にしていきたいと思っております。事務局で資料を用意していただいておりますので、まず資料に一通り目を通して、それからそれぞれのワーキンググループの内容に分けて個々の議論をしていきたいと思っております。それでは事務局から資料の説明をお願いします。

### 【事務局】

それでは事務局から御説明申し上げます。まず資料の確認をさせていただきますが、まず議事次第。続きまして委員名簿、資料1はパワーポイントの資料がございます。本日はこれを中心に御説明申し上げます。次に参考資料1が追加調査項目一覧表でございます。続きまして参考資料2、平成21年度救急統計活用検討会の報告書。参考資料2-1が救急振興財団の報告書。参考資料3でございますが、こちらは調査項目名称コード一覧表。続きまして参考資料4、医療機関コードの一例でございます。続きまして参考資料5、救急蘇生に関するガイドライン新旧対照表でございます。それでは資料1、パワーポイントの順で御説明を申し上げます。それではパワーポイントの資料1をめくっていただきまして、目次となりまして、まず1ページ目、救急蘇生作業部会です。こちらにも繰り返しのなりますので、簡単な御説明で済ませますが、2ページが組織図、3ページがスケジュールでございます。4ページにこの作業部会のミッションが記載されています。続きまして5ページ、救急業務統計。こちらから具体的内容について御説明申し上げます。まず、6ページでございます。「救急業務統

計に必要な調査項目の分類変更、追加・削減等の検討」というシートでございますが、これまで救急業務統計に関しましてさまざまに議論をいただきまして、大体 22 項目につきまして意見・要望等々があったかと思っております。業務統計に関しましては 1 つ目の傷病程度の変更、2 つ目、緊急度の追加、年齢区分の変更、疾病区分の追加、搬送先医療機関の変更、傷病者区分等々、ございます。また一方で、ウツタインにつきましては、バイスタンダー除細動実施回数等々がありますが、こちらのほうは参考資料 1 で御説明申し上げます。参考資料の見方でございますが、左側が現行のシステムで、その右側が新システム、その横が備考欄、さらに一番右でございますが、事務局としての案を、○×の案をつけさせていただいております。なお、こちらの事務局の○×の案でございますが、これはあくまで私ども事務局が全国の消防のフィージビリティ、対応可能性を考慮し、さらに各消防本部にとって意義があるのかどうかを考えまして、あくまで事務局として案として示させていただいておりますので、本日御議論いただければと思っております。まず、傷病程度でございます。現在、死亡・重症・中等症・軽症・その他の分類となっておりますが、新システムでの御提案内容としては死亡・重篤・重症・中等症・軽症等々の分類にすべきではないかという御意見を従来からいただいております。参考資料 2 の 1 をごらんいただきますとわかりますが、以前、私どもの救急統計活用検討会におきまして、また平成 16 年に開かれておりました救急振興財団の重症度・緊急度判断基準作成委員会におきまして、こちらの内容でとり方を変えてはどうかという御提案を従来からいただいていたものでございます。この項目でございますが、下の 2 つ目の項目です。緊急度というもの今回私どもは御提案をしたいと思っておりますが、緊急度を高・中・低・非緊急と、現在のところ 4 段階としておりますが——将来的に 5 段階になる可能性があります。こちらをとるのであれば、現行の傷病程度の区分をそのまま活用し、さらに 2 番の緊急度をそのままとれば、新しい御提案内容を網羅した形になるのではないかと考えまして、1 番の項目については×としてございます。こちらの現在の傷病程度の定義につきましては、各消防本部、また医療機関においても一定の理解が得られており、こちらの変更を行うことは現場において混乱をもたらす可能性があるということを考えまして、2 番の緊急度とあわせて両方とることで、新しい提案内容を網羅する形になるのではないかと考えまして、今回私どもは 1 番は×、2 番は今後検討を行うということで御提案をしたいと考えております。次の年齢区分でございます。現在 5

段階でとっておりますが、従来の議論ではそれをさらに細分化して段階別にすべしという御意見をいただいておりますが、こちらにも実年齢を入力したほうがよいのではないかと、前回、救急蘇生統計ワーキンググループが御提案しております。年齢不詳の場合につきましては、救急隊長の判断で推定年齢を入力することとしてはどうかと考えております。次が4番、疾病分類でございます。現在は左の大分類のみを入力となっておりますが、その他・不明確の数が全体の45%を占めてございますので、こちらのその他・不明確に関しましては、疾病分類に基づきまして右のような新しい新システムでの入力を求めているかどうかと考えてございます。こちらは事務局としては前向きに検討いただければということで○としております。続きまして搬送先医療機関の情報でございます。現在は国立・公立等々の入力をお願いしているところでございますが、この部分につきましては、搬送医療機関が初期なのか、2次なのか、3次なのか、またはその他なのかということ救急隊のほうで判断して分類してはどうかという提案をしております。ですが、この部分につきましてはなかなか一律での判断は難しいということで、事務局は△印としてございますので、御議論いただければと思います。続きましてその下でございます。搬送先医療機関のコードを入れてはどうかということですが、個別の医療機関が特定できるように、医療機関コードの入力を各消防本部に求めているかどうかということでございますが、こちらにつきましては、参考資料4につけてございますが、厚生労働省ですべての医療機関に対しまして医療機関コードをつけてございます。このコードを入力いただければ医療機関のそれぞれの特定も可能であるということで、このような御提案をしておりますが、これにつきましては各消防本部の入力の手間が相当かかる、労力が相当かかるということでございまして、私どもは慎重に△印とつけさせていただいておりますので、本日御議論いただければと思っております。続きまして6番でございます。傷病者区分でございますが、こちらについては現行はとっておりませんが、例えば傷病者区分について初期の救急傷病者、2次救急傷病者等々で、それぞれの相当と考えられる傷病者について○をつけてはどうかという御提案でございましたが、これにつきましては傷病程度区分、または緊急度で代用可能ではないかと考えておりました、事務局としては消防本部の負担を考えまして×とさせていただいております。次、7番。ドクターカー・ドクターヘリ要請の有無でございますが、こちらにつきましては、現場要請なのか初動要請なのかについて新たにどうかと考えておりました、こちらは必須

の情報だろうということで○とさせていただいております。続きまして医療機関への受入要請回数でございますが、こちらについても昨今の消防法改正等々もございまして、ぜひとも○で対応いただければと考えております。続きまして9番でございます。受入に至らなかった理由でございますが、御提案ではさまざまな理由をきちんととるべしという御提案をいただいておりますが、これにつきましては消防機関への負担が大きいということと、また必要であれば、臨時に調査が可能でございますので、これにつきましてはまずは×とさせていただき、必要があれば追加調査を行うということで対応させていただけないかと考えております。次でございます。10番、発生場所の区分でございます。こちらにつきましては、現在は5段階の区分となっておりますが、新しい提案では5段階に加え、それぞれさらに細かな中分類まで記載をいただけないかということでございます。これにつきましては、ウツタイン事案に限定するのか、それとも全体に広げるのかということでございますが、参考資料の3のほうはこちらの場所の中分類の一覧でございます。このように非常に細かいものとなっております。一方でウツタインの御議論の中で、場所について情報が必要だという御議論もあったと記憶してございますので、こちらについては特にウツタインで限定するのか、それとも全体で行うのかについて御意見をいただければと考えております。次でございます。11番、時間の項目でございますが、こちらにつきましては、救急救命士の処置範囲の拡大に伴いまして、これは入力をいただく必要があると考えておりますので、○とさせていただいております。続きまして12番、救急隊の応急処置でございますが、こちらにつきましても同様の理由で○とさせていただいております。次、13番でございます。昨今、PA連携が盛んに行われておりますので、他隊との連携について記載を求めたいと考えておまして、○という御提案でございます。次が14番、バイスタンダー除細動実施回数でございますが、こちらについても記載を求めたいと思いますが、こちらはバイスタンダーの方が覚えてらっしゃって、確認できた場合に限って記載をいただければと考えてございます。次、15番でございます。特定行為の成功・不成功でございますが、静脈路確保等々の実施回数について記載を求めているかどうかという御意見がございましたが、こちらにつきましては実は標準テキスト等で3回以上試行してはならない等々の記載もありますし、また、必要であれば臨時の調査も可能と考えておりますので、これは×とさせていただければと思います。16番でございます。救急救命士の乗車区分ということで、救命士の人数と実際の救命活動

の質の評価ができないかということをごさいます、こちらは消防本部の負担にはなりますが、追加調査として○という御提案をしております。次に、乗車救急救命士の資格区分でございしますが、現在、薬剤認定と挿管認定、または両方の認定を持っている救命士の方がいらっしゃいますので、こちらの対応状況について記載をいただくというものでございします。これにつきましても、消防本部にとっても重要な情報と考えますので、○という御提案でございします。なお、今般、処置範囲の拡大の議論が進んでおりますので、さらに認定がふえる可能性がございしますが、それにつきましてもまた対応が可能な形で準備を行えればと考えております。次、18番でございします。非心原性の区分でございまして、非心原性で、その原因と推定される傷病の分類を記載いただいてはどうかという御提案が幾つかございしました。こちらにつきましてもはウツタイン調査に限定した入力項目です。脳血管障害、呼吸器系疾患等々、あくまで事務局としての案として記載をございします。これらについては○の方向で御議論いただければと思っております。次、19番でございします。死体徴候でございします。こちらにつきましてもは、本来、消防機関は死体徴候が確認された場合は搬送しないこととなっておりますが、どうしても死亡診断がつかないケースがございします。ですので、こちらの情報も現実的にとるほうがウツタインの精度を上げるのではないかとということで御提案をございします。とはいうもののそもそもウツタインの事例には死体徴候が認められた場合は記録の対象として該当しないということで整理をしたいと思っております。次、20番でございします。診療科目でございしますが、診療科目名も記載すべしという御意見をいただいておりますが、こちらは記入者負担を考えまして×、また、医療機関における治療を行ったか行っていないのかということにつきましても、こちら×とさせていただきます。また、医療機関における詳細な治療内容についてということでございしますが、こちらのほうも×とさせていただきます。なお、本日、私が御説明いたしました、×であったとしても、今回のシステム改修の際、非必須項目として調査の項目に載せることは可能でございしますので、そちらでの対応もあり得るのではないかと私どもは考えてございします。こちらが調査項目の分類変更、追加・削減の一覧と、事務局の御提案内容でございします。続きまして、パワーポイントに戻っていただきまして、7ページに進んでいただければと思っております。今般、調査項目改定を行いますが、それに関しまして、各消防本部の対応能力に関しましてお尋ねをしております。今年の9月にお尋ねしてございまして、その結果を一部御

案内いたします。8 ページでございます。まず救急業務統計集計システムの人員体制でございますが、専従の体制をとれているところは3割、一方で兼務が多くを占めているという結果でございます。次が9 ページでございますが、調査項目の見直しを行った場合の各消防本部の対応能力でございますが、75%の消防本部が対応可能だという御回答をいただいております。次が10 ページ目でございます。調査項目の変更、交換をした場合に、その対応にかかる期間でございますが、8割の消防本部から2年以内で対応可能との御回答をいただいております。続きまして11 ページでございます。消防庁救急オンラインシステムの概要でございますが、各消防本部、都道府県、消防庁、サーバーとをそれぞれインターネット回線で結んでございまして、それぞれのところと連携をとって入力いただいているというところでございます。12 枚目でございますが、登録方法について御説明申し上げます。登録方法は3パターンございまして、消防庁オンラインシステムに Web 上で直接、一事案ごとに入力を行うということがまず可能でございます。こちらは主に中小の消防本部で利用されています。また、矛盾する項目が入った場合はエラーの表示も出てきますので、エラー項目の入力は極力行われなようなシステムとなっております。次が13 枚目でございます。こちらは、消防庁でオフラインソフトを提供してございますので、これをオンラインシステムから各消防本部がダウンロードし、オフラインソフトに入力し、その情報を XML ファイルでオンラインシステムにアップロード可能な入力方法もございます。こちらにつきましても、私どものソフトのほうでは相反する矛盾するデータが打ち込まれた場合はエラーデータとして処理がなされるようになっております。次、14 枚目でございます。こちらが、多くの消防本部で取り入れられておりますが、独自の統計システムを使って入力しているケースでございます。こちらにつきましては、独自のシステムに情報入力を行い、独自システムより CSV ファイルを出力し、オフラインソフトにより XML ファイルに変換し、オンラインシステムへアップロードしているというところでございます。恐らくこの部分が最もエラーの発生しやすいところではないかと考えてございます。15 枚目でございます。消防庁のオンラインシステムにおいて、その登録方法についてお尋ねをしております。私どものオンラインシステムに Web 上から直接入力している消防本部が14%、オフラインソフトを使用しているのが16%、独自のシステムを御使用になっているのが7割ということで、こちらが最も多くなっているところでございます。続きまして16 枚目でございます。今後のオンラインシ

システムの改修のスケジュールでございますが、今回私どもが初めて御提案をする内容でございます。消防本部からいただいたアンケート調査の結果に基づきまして、十分対応可能なようにスケジュールを組んでおります。まず平成 23 年度の 4 月でございますが、本日御議論いただいた後に事務局で整理をいたしまして、調査追加項目について各消防本部に通知を申し上げたいと思います。その後、平成 23 年度中に私どもで新消防庁オンラインシステム改修・導入の準備をいたします。平成 24 年から新オンラインシステムの運用を開始いたしまして、また、救急事故報告要領の変更が再来年の 10 月に予定されているというところでございます。消防庁のオンラインシステムの運用は 24 年から始まりますが、各消防本部におかれましては、23 年度 4 月の通知以降に準備を進めていただき、平成 25 年 1 月から新調査項目にのっとった活動記録を開始いただければと思っております。新調査項目による報告としては平成 26 年度から、つまりは平成 26 年度に平成 25 年分の報告をいただくということで御対応いただければと思っております。これはあくまで事務局の案でございますが、今後変更の御意見等々をいただければと考えております。次、17 枚目です。救急蘇生統計でございます。ウツタイン統計でございますが、まずデータクリーニングの問題がさまざまありましたので、私どもの基本方針といたしましては、25%以上のエラー件数の場合は消防本部に確認をするということでございますが、現在 10%で修正依頼をしているところでございます。次、19 枚目でございます。ウツタインデータベースの精度向上のための方策の検討でございますが、これまで委員の先生方からさまざまな御意見をいただきましたので、これを整理してございます。まず、追加調査項目の定義、用語を統一化すべしということで、こちらは記入要領のほうに反映をしていきたいと思っております。また、コーディング、割り当て変数の統一ということで、こちらは、各消防本部によって割り当て数字が異なっているという御指摘がございましたので、こちらも極力統一されるように働きかけていきたいと思っております。また、3 番、データの取り込み方法でございますが、こちらは、消防本部によりましてはエクセルへの入力を行って、その後に登録をされている消防本部がございまして、その場合はエラーチェックがききませんので、極力 Web 上で直接入力をお願いしたいと考えております。次でございますが、入力システム上での入力不備のチェック、アラートでございますが、各消防本部の独自システムにおきましても、エラーがある場合についてはアラートが出るシステムへの修正を今後働きかけたいと思っております。次、20 枚

目でございます。5番、入力方法に関する御質問は適宜私どものほうでお受けしたいと考えております。6番でございますが、各消防本部におきましても入力要領、入力方法についてきちんと把握いただいて、勤務異動に伴う引き継ぎ時等々に、きちんと周知徹底を図っていただければと考えております。7番、この分析の結果でございますが、現場の救急隊員にフィードバックを行って、さらに救急行政立案の参考としていただきたいと考えています。8番、質問の質疑応答集の充実を図りたいと考えております。9番、回収したデータに関するクリーニングの実施に関しましては、今後もさらに精度よく載るように検討を続けていきたいと思っております。一方、委員の先生方から幾つか――その下の3番目に書いてございますが、御提案がございました。データの取り込み方法、集計方法について、CSVをやめてはどうかという御提案や、入力するシステムやデータベースソフトを統一してはどうかということでございますが、こちらは、各消防本部の7割が独自システムを御使用になっているというところがございますので、こちらの対応を一律求めるのはなかなか難しいと考えておりますので、今回見送りとさせていただければと思っております。続きまして、21枚目でございます。こちらは、ウツタインデータの分析・検証でございまして、こちらについて各消防本部やメディカルコントロール協議会ごとのデータの解析を進めるべきかどうかという点で御議論を続けていただいております。これにつきまして、本日事務局が、先生方の御意見をいただいた内容で分析を行っておりますが、具体的内容は22ページから続いております。例えば分析する項目について、このようなものがあるのではないかと私どもは考えております。全体の生存率・社会復帰率、また除細動実施率、気道確保実施率、静脈路確保実施率、薬剤投与実施率、口頭指導実施率、覚知から接触までの時間、覚知から病院収容までの時間ということで、たしか前回の救急蘇生統計ワーキンググループでの御議論では、アウトカム評価とプロセス評価を組み合わせる複数の項目について分析してはどうかという御提案をいただいております。22枚目でございます。現在のところはまだアウトカム評価しかお示しできておりませんが、これは初めてお示しするものでございます。これは政令指定都市19都市及び東京特別区に関しまして、度数分布で生存率の分布状況をお示ししてございます。これは実際の分析結果でございますが、各消防本部名につきましては匿名化の処理を行ってございますが、このようなばらつき状況であるというところでございます。これらにつきましては平成21年中のデータでございます。続きまして23枚目で

ございます。こちらは政令指定都市以外の消防本部における生存率の分布でございます。なお、これにつきましては搬送人員の数の問題がございまして、やはり 30 人未満であればばらつきが大きくなりますので、今回は 30 人以上の消防本部で分布状況を示してございます。なお、このような分布となっておりますが、生存率 0%のところにつきましては 0～1%の間でございます。続きまして 24 枚目でございます。先ほどのデータは全体の生存率でございましたが、24 枚目のほうについては心原性かつ市民目撃ありの事例における生存率の分布でございまして、このような形になっております。次が 25 枚目でございます。政令指定都市以外で搬送人員 30 人以上の消防本部における分布状況もこのようになってございます。なお、こちらでの議論のポイントといたしましては、消防本部名の取り扱いをどうするかというところでございます。各消防本部におかれましては、この分布図を把握できれば、自分の消防本部の立ち位置、大体どのあたりに位置しているのか把握が可能でございます。例えば前回の御議論の中では上位につきましては具体の消防本部名を挙げてもいいのではないかと――ほかの消防本部が高い生存率を維持できている消防本部について色々と参考にしたり、見習う点もあるだろうということと、各消防本部におきましては高い生存率について市民に対してきちんと御説明ができるのではないかと等々の御意見があったかと思えます。こちらについて御意見をいただければと思っております。次、26 枚目でございます。消防庁のサーベイランスシステムでございますが、現在、私どもはサーベイランスシステムとして、新型インフルエンザと熱中症のサーベイランスシステムを消防本部の協力を得て実施しております。特性については以下のとおりでございます。28 枚目は新型インフルエンザサーベイランスの昨年の搬送状況、29 枚目・30 枚目は熱中症サーベイランスの状況でございます。続きまして 31 枚目でございます。救急蘇生ガイドライン 2010 への対応でございますが、32 枚目、10 月 19 日に ILCOR2010 の発表、日本版ガイドライン 2010 が発表されておりますので、今後、消防機関の行う救急蘇生等々につきまして検討を行い、最終的に救急隊が行う心肺蘇生法について通知発出を行い、日本版ガイドライン 2010 に沿った心肺蘇生法への移行・実施を行うということでございます。33 枚目でございますが、救急蘇生ガイドライン 2010 ワーキンググループの体制を記載してございます。救急蘇生ガイドライン 2010 を踏まえて、救急隊員が現場で行う活動基準につきましては●●委員のほうで取りまとめをいただき、市民教育の講習法につきましては●●委員が取りまとめるということでワ

ーキンググループで決まっております。なお、一番右の口頭指導につきましては、ワーキンググループの中で●●委員の名前も挙がってございましたが、こちらにつきましては、私どもの手違いでございまして、最終的に決まっておりますので、その記載を本日消させていただきます。●●消防の●●委員におかれましては大変失礼申し上げます。次、34 枚目でございます。ガイドライン改訂に伴うスケジュールでございますが、10 月 19 日にガイドラインが発表されまして、同日ワーキンググループを開催いたしました。その後、今年度中に複数回の検討を行い、「救急隊員の行う心肺蘇生法実施要領」の改正、「応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱」の改正につきまして、平成 23 年度にお示しをしたいと思っております。なお、言うまでもございませんが、移行時期については各消防本部が地域のメディカルコントロール協議会等と十分に連携を図りながら、新たな消防隊員等に対する教育などを行った上で、救急現場等で不都合が生じないよう準備が整い次第、速やかに移行すべきということでございます。続きまして 35 枚目、救急隊用 AED に関する検証でございます。こちらは厚生労働省の●●研究班と連携を行って検討を進めることとなっております。まず 36 枚目、私どもで把握している今年の AED の不具合の最新の状況についてお伝えをいたします。まず AED の不具合事例で、使用場所につきましては、左でございますが、68%が現場、停車中の救急車内が 16%、走行中が 6%となっております。不具合事例として報告のあった AED の使用者でございますが、88%が救命士、4%が救急隊員、8%がその他の消防職員となっております。37 枚目でございます。不具合が疑われた事案の中身でございますが、まず①でございますが、「除細動の適応がない傷病者に対し、AED が除細動適応ありと判断した」ものでございます。特に①ー b、適応なしの判断が 4%となっております。続きまして②でございますが、「除細動の適応がある傷病者に対し、AED が除細動適応なしと判断した」でございますが、そのうちの a、「適応ありの判断：VF または pulselessVT の波形が認められた」が適応なしとなったというものが 29%となっております。続きまして③でございます。②以外の不具合ということで、不具合の内容として a のほうが「パッドを貼るよう指示が続いた」が 10%、「ショックボタンを押しても通電しなかった」が 2%となっております。38 ページには具体の AED の不具合事例を記載してございます。以上が事務局からの御説明の内容となっております。どうぞよろしく願いいたします。

【部会長】

非常に多岐にわたり、盛りだくさんで頭の中の整理が大変なのですけれども、いずれも非常に救急活動にとって重要な案件ですので、一個ずつきちっと押さえていきたいと思います。お話の順番に沿ってやっていきたいと思いますので、まず最初に救急業務統計のほうですね。これは先ほどお話がございましたように、今、全国集計のシステムのアップデートが予定されているということで、先ほどのお話で今日お聞きしたところによると、平成 25 年の 1 月——16 ページを開いていただくと、25 年の 1 月から各消防本部は新システムでの入力を開始するということのようにです。まだ時間はあるようですけれども、この間、それぞれのシステムを各消防本部で変更していただきたいということなので、データベースのもととなる項目についてはできるだけ早く煮詰める必要があるということで、これに関してはこの今回の作業部会でやるのが初めてではなくて、従来の救急統計活用検討会のときに議論が重ねられてきて、その報告書の一部が今日は示されています。今までの議論を踏まえた上で、今日事務局でおまとめいただいたものがこの A3 横紙の追加調査項目一覧表というものなのですが、これも、追加調査項目というのはパイロットで、25 年度以降使うもののひな形として、一回これで入れてみていただいて意見を聞くという、そういう意味での調査項目なのでしょうか。これはどういう意味なんですか。やっていただくということなんですか。

**【松元室長】**

これはもう今後の調査でやっていただくということなので、パイロットとかそういうことではなくて——システムですので、ごらんいただきましたように変更にもかなり費用もかかりますし、かなり慎重に変更するものは変更して、パイロットではなくて、もう続けていこうという趣旨でございます。

**【部会長】**

はい、わかりました。ということなので、これで何かパイロットしようということではなくて、最終的なデータベース、25 年以降使うものの項目の案ということでございます。最終的にはこれは高度化検討会としてさらに親会で「こういう調査項目にしたらいかがか」ということを総務省消防庁に提言をして、最後は総務省消防庁の判断でデータベースの項目を決定するというふうな決定プロセスになるのだと思いますが、理解はそれでよろしいでしょうかね。

**【松元室長】**

はい。結構でございます。

**【部会長】**

ということで、恐らく親会、検討会としてはこの蘇生の作業部会で決めたことがかなり判断のもとになると思いますので、この場でもう一回議論を十分に詰めたと思います。まず、一個ずつ簡単にやっていきたいと思いますが、最初の傷病程度のところは、これは前からずっと問題になっているところで、既に政令指定都市の多くではこのような緊急度をもとにして、生命の危機がどのくらい逼迫しているかということに関して重篤・重症・中等症ということをつけているわけですが、もともとの総務省の出しているもの自体はこの左側の現行システムというところなんです。これは例えば●●消防は既に右側でやっていると思いますけれども、この右側に変更するということは総務省に何かお伝えした上でやったのでしょうか。●●消防はもうこれでいくということで決めてしまったのでしょうか。

**【●●委員】**

これは従前からうちは独自のやつで、これでとっていると思いますけれども、今回のこの草案に対してうちが国にどうのという話ではないですね。

**【部会長】**

いや、今回というか今までの歴史的な経緯が、総務省としてはこの3週間ということでデータを集めてきたと思うのですが、既に一部の指定都市では、例えば●●消防などではこの右側でいっているわけで——これは、特に今まで国としてはこういうふうな3週間とか、この左側の現行方法で定義してくれということをお各消防本部にきちっと伝えているわけではなくて、判断はそれぞれの消防本部に任ずということで、●●消防はこの右側のような判断をして使っていたということよろしいんですか。

**【●●委員】**

ええ。そうだと思います。

**【部会長】**

ただ、これはやはり解釈が違うと、Aという都市では重症というのはこういう意味で、Bという都市ではこういうものだというのが余り違うと、例えば軽症区分が60%あると言ったときの意味合いが全然異なってくるので、恐らく余りここは全国的に解釈がばらばらであるというのが好ましい項目ではないですね。それに関して、

今の事務局案にしますと、このままということになると政令指定都市はこのまま右側の新システムを使って、対応の難しい中小の消防本部は左側の従来の3週間を使うということをやむなしというのが事務局の御意見なのですけれども、まずこれに関して作業部会の皆様の御意見はいかがでしょうか。これはやむなしでしょうか。

**【●●委員】**

苦悩の結果、こういうふうにされているのだと思うのですけれども、そもそも重症度をとる意味というのは、2つの消防隊があったとして、例えばその2つの消防隊の生存率とかの結果がいいか悪いかを見るためには、ある程度そのバックグラウンドを合わせるということが何より重要なんです。今後の統計では年齢調整がまず第一に必要なと思うのですけれども、その上でどれだけバックグラウンドを合わせるかという。例えばウツタイン統計でも、先ほども救命率の差が出てきましたけれども、最終的に分析している立場からすると、もともと心臓がとまっていなかった可能性の人がどれだけまざっているかというのが一番大きな因子として効いてくるということがあって、そういうことをどれだけ除外できるかということが、後で出てくる消防隊の比較ということではとても重要なんです。だからできるだけ同じ基準でつくったほうがいい。2つの基準をもし並列させるとしたら、その2つの基準が同じ基準で切れるようにしたほうがいいですね。ですので、そこら辺のところの御見解をお聞かせいただければと。

**【部会長】**

とはいっても、実は私はこれに前回かかわって——もう1つの大きな問題は、医者側のほうにきちっとした重篤・重症というのを区別するような基準が全国共通であるという、まずない。医療機関ごと、あるいは医師ごとに、例えば胃潰瘍で出血している人を診たときに、これが中等症か重症かということに関して、緊急度であれ、あるいは入院期間であれ、その判断自体も実は非常に大ざっぱであるということなので、そういうふうにと考えると、まずそちらの医者側がきちっと定義されない限りは余り厳密なものを求めても結局無理ではないかということも意見としてはあります。

**【●●委員】**

もうこれは具体的に緊急度を提案されているので、緊急度を見るときこの「低」と「非緊急」との差というのがすごく大きな今後の問題点になるというか、分岐点になると思うのですけれども、この定義というのはどんなふうに定義をされようとして

いるのでしょうか。

**【部会長】**

これは、実は昨日、トリアージの作業部会が行われておりますけれども、その中で議論がされております。具体的に今のところはまだ明確な基準はありませんけれども、参考例としてはカナダのプレホスピタルのトリアージのスケールなどが1つの案として挙がっていて、実際の現場の患者の訴えとバイタルサインなどから決めていくと。確か昨日の作業部会で挙がっていたのは、アレルギー性鼻炎でバイタルサインが正常なものは非緊急、というような例が出ていたと思いますけれども。そういうふうな、これにして——2番のほうの救急隊判断の高・中・低・非緊急というものについても、私としては、やはりぜひこれは、消防法の考えからしても、現場で救急隊がこれを緊急性が高いと考えたかどうかというものは病院での判断とは別個に必ず入れていただきたいところで、検討というところはぜひこれは○にさせていただきたいのですけれども。ただそれをするとき、では現場でどういうものを緊急性が高いとか、中とか、低とかと判断するのかという判断基準を、やはりカナダのスケールをそのまま使うのではなくても、一定のものはちゃんと総務省から消防本部全体に示してあげないと、これも勝手に使うとばらつきが非常に出てしまって、何のためにとっているかわからないということになると思います。

**【松元室長】**

ちょっと今の関係で、よろしいですか。私ども800消防本部でできる限り比較的客観的に判断できるものについて統計をとることとしたいのですが難しいものについては当然臨時の調査などについても抜粋した上で調査はできます。特にこの傷病程度につきましては、今我々がとっているのはこの左側で、重症でいうと3週間の入院加療以上のものということで、比較的わかりやすい数値でずっととってきておまして、なかなかここを動かすというのは容易ではないなという判断をしております。一方で、今部会長さんからお話があった緊急度については非常に重要だという御指摘をいただいております、我々としても今、予算で、社会全体で共有するトリアージ体系の構築ということで、医療機関、救急現場、あるいは家庭も含めて、一定の統一した判断ができるものをお示しした上でこの調査をやっていく必要があるかなと思っております。

【●●委員】

私は2番を入れることは賛成で、1番が2つに割れるということであれば、2番が共通の調整項目になるということで、非常に重要だと思います。ですので、それだけにこの非緊急——全体に重症度のほう、重いほうは見ているときれいにデータが入っているのですけれども、軽いほうに随分アーチファクトというか不安定な因子があるので、この低と非緊急との差というのをできるだけ明確にするように御検討いただきたいと思います。

【部会長】

これは例えばカナダなどでも全部それを調整して、それぞれのこの——4つの区分であれば4つの区分の年次の割合をずっと統計で出していくとかいうようなことも全部されておりますので、そういうことを今後目指していくということにしたいと思います。では、とりあえず2番はできるだけ入れていただくと。それから1番に関しては、現状、なかなか急には変えられないので——もう1つは医者側のほうの重篤・重症などの明確な基準がないということで、25年運用ということを考えてちょっとまだ全国統一は難しいということで。ちなみに1つだけ、●●消防は「重篤」と入れた場合は、国に報告するときそれは死亡に入れているんですか、重症に入れているんですか。国に報告するときは4分類だと思いますが。

【●●委員】

いずれにしても、医師の死亡の診断を得ていない以上は死亡では報告しないと思います。

【部会長】

そうですか。ただ実際、重篤の過半数は心肺停止ですよ。ですから、そういう意味で心肺停止で蘇生できない、この重症と死亡の間がどうなのかということなのですけれども。

【●●委員】

だから少なくとも救急隊引き上げまでに先生のほうから死亡確認をしていただければ当然死亡に○がつくと思うのですけれども。そうすると多分ほかの消防本部も事情としては同じかなという感じはしますけど。

【部会長】

そのとおりだと思います。前から気になっているんですけど、心肺停止の傷病者を

病院に搬送したときにそれをどこにつけるのかということは、社会死だったら死亡なのか、あるいは心肺停止で来れば、それは要するに心停止状態というのも死亡に入れて統計をとるのかということは明確にしておかないと、ここは結構大事なところでぶれが出るところだと思いますので、そこはちょっと——この分類でもいいのですけれども、定義の明確化をしたほうがいいかなと思っています。

**【●●委員】**

現行のシステムから新システムという、左と右を見ると、重症を重篤と重症に分けて、軽症を細かく分けたようにも見えるのですけれども、ただ、定義を見てみるとちょっとずれているような感じもあるんですね。そうすると、前のシステムでの統計から新しいシステムでの統計に移ったとき、あるいは新システムを使っているところと使っていないところとで比較をするときに、ちゃんと例えば重症がきっちり重篤と重症に分かれていれば、比較をするときは、新システムのところでは重篤と重症を一緒にして集計するし、軽症も幾つかに分かれているのもまとめて集計するし、ということをするれば全国的に比較もできるし、経年変化も見ることができるので、新たにつくるときにちゃんと元に戻るようにはしていただければいいかと思います。

**【部会長】**

例えばこの両方について定義を明確にするということは非常に欲しいんですけど、ただこれをつけるのは医者なんですよ。だから消防庁が幾ら頑張っても、医師会であるとか厚労省がきちっと医療機関に周知をしないと、医者が決めて重症とか重篤とか○をつけるものなので、ここはちょっとその連携が必要な部分だと思います。

**【●●委員】**

医療機関の判断の傷病程度というのは今の議論のとおりだと思うんですね。特に搬送のときで、正確な重症等を判断するというのはそもそもなかなか医療機関にとってはきつい部分なのですけれども。あともう1つ、緊急度。先ほど●●先生のほうから5つぐらいに分類するというふうなことをたしかおっしゃられたと思うのですが、カナダのトリアージを基準にするというふうな想定でそうおっしゃったのかちょっとわかりませんが、なかなか5つ——私はこの4つでもきついなというのが感覚なんですけど、さらに5つとなるとどうなのかなと思って。例えば実際の現場の救急隊の感覚だと、緊急度が高いのか低いのか、あるいは全く緊急性がないのか、3つぐらいなのかなというふうには思うのですけれども、その辺は議論はされているのでしょ

か。

**【部会長】**

その点に関してはトリアージ作業部会でまさにそれが焦点として議論されていることですので、この分類の項目数についてはトリアージ作業部会のほうに合わせたいというふうに思います。

**【●●委員】**

ここの緊急度のところなのですけれども、救急隊判断ということになっているのですけれども、公開請求などが市民の方からあった場合、救急隊が「この方については緊急度が低い」というような形が表に出るためクレームになる場合もありますし、またアンダートリアージが表面化することもあり得ます。また、救急隊のレベルや判断によってまちまちだと思います。救急隊の判断で果たしてここを書かせていいものかどうかというのは、消防的にはかなりきついものがあるかなと思います。当然、●●さんも●●さんもそうだと思うのですけれども、この開示請求・公開請求が出たときに、救急隊のパフォーマンスというか救急隊のレベル・判断が合っていればいいのですけれども、やはりアンダートリアージとかになっていた場合、それがまさしく表にどんと出てしまうので、そのあたり消防庁さんはどういうお考えでいらっしゃるのですか。

**【事務局】**

この部分につきましては今トリアージ作業部会で御検討いただいておりますが、これは救急隊の判断と記載しておりますが、救急隊の主観的判断ではなくて、客観的判断になります。例えば CTAS——必ずしも CTAS になるわけではありませんが、あくまでカナダのものを参考にした場合でございますが、それぞれ症状等見て、あとバイタル——例えば SpO2 であるとか、あとは血圧であるとか、それぞれの項目の具体的な数字に従ってモディファイア項目で分類がなされることになっておりますので、例えばでございますが救急隊が最初に観察したときの客観的なデータに基づいて、それぞれ緊急度の判定・分類がされていきますので、最後は隊長の主観も入ってくるように設計はされておりますが、極力客観的な項目で分類分けができるようにということをプレホスピタル・バージョンについては考慮をいただければと考えている次第でございます。

**【部会長】**

時間もございませんのでちょっと先に進めながら、必要があれば戻りたいと思います。年齢区分、疾病区分についてはこれは今まで議論されたとおりで、より詳細にするということで、多少負担はふえるのですけれども、特に今の疾病区分などは不明確が半分ということで、なかなか統計としては使いがたいということもございますので、これに関しては一応可能ということで先に進めたいと思います。

**【●●委員】**

1点よろしいですか。疾病分類で外傷が入っていないようなのですけれども、これは内因性の疾患の分類だけ出してあるということでしょうか？

**【部会長】**

そうだと思います。

**【●●委員】**

外傷のときは別ですか。

**【部会長】**

外傷は別です。

**【●●委員】**

ここは空欄にしたらエラーが出るので、この45%というのは多分ほとんど外傷だと思うんです。

**【事務局】**

わかりました。外傷が入っていないということですね。

**【●●委員】**

本市の場合はその他というのは全部外傷に入れています。

**【事務局】**

大変失礼しました。一応ICDからとってきているのですが、もう一度ここは事務局で確認いたします。外傷が入るようにいたします。

**【●●委員】**

ICDをそのまま使うと外傷と外因と一緒にいるので、ウツタインのところでもそういう議論があったと思うのですけれども、traumaとnon-traumaとをちゃんと分けていただければと思います。

**【部会長】**

ではここに関してはもう一回事務局で確認をしていただきたいと思います。搬送先

の医療機関については、今現在は公立病院とか赤十字病院とかというような分けだったのですが、救急医療体制からすると初期・2次・3次というふうなことになるのだと思いますが、ただ必ずしも医療機関が3次医療機関であっても、患者が2次対応の患者でももちろんそこに連れていくこともあるわけですし、なかなかその、3次として運んでいるか2次として運んでいるかということに分けているのは政令指定都市の一部であって、なかなか実施困難であるということで、ここは今のところちょっと難しいのではないかという御意見です。これに関しては、緊急度がもしちゃんと入れられるのであればそれである程度代用することができるかもしれないというふうに考えて、一応現在は難しいというふうな御意見です。それから、その下の搬送先医療機関に関して医療機関コードを入れるという提案がございまして、これはなかなか大変ではあるんですけど、ただ将来的に消防データと医療データのマッチングをして、搬送の適切性を確保していくと、あるいはトリアージの検証をしていくということを考えると、このどこに運んだというデータというのはマッチングをするときに非常にキーになるデータになるので、これは私としてはぜひ入れていきたいなと思っているのですが、この搬送先医療機関の初期・2次・3次ということと、それから医療機関コード、これについて御意見があれば、委員の皆様お願いいたします。救急隊からすると、普段搬送する病院というのは10個とかそのぐらいが大体決まっていて、その番号だけメモで入っていればそれを何とか病院のかわりにササッと書くということで、全国のリストから探すというわけではないので、物すごく大変というわけではないように思うのですが、いかがでしょうか、現場の消防の皆様。

**【●●委員】**

これは救急病院だけではなくて普通の一般の医院なども含めてすべてコード化という認識でよろしいんですか。

**【事務局】**

はい。

**【●●委員】**

すべての医療機関となると、例えば本市なんかだとすごい量になるのですが、それを全部コード表をめぐって入れていくということですか。

**【松元室長】**

いや、ここで御提案があったのはすべてについてなのですが、我々としてはなかなかちょっと大変だなという認識をいろいろ伺っているものですから……。それで、先ほどのDPC情報とのマッチングの話でいくと、日にちとか年齢とか搬送先の初期・2次・3次が決まればほとんどの確率で多分マッチングはされるのではないかなということも我々は聞いていたものですから、消防のこの調査自体が個人を特定する調査ではありませんので、どこまで具体情報を入れていくかというのと、あと消防機関側の労力——病院だけではありませんので、診療所も含めていろいろなところに運んでおりますので、それについて救急隊にすべて書かせていくというのできるのかなという問題点を持っています。

**【部会長】**

例えば全例ということであれば、救急告示医療機関、4800に関してはコード化して入れて、非告示医療機関というのは一括して非告示の病院、非告示の診療所という2つぐらいに分けてしまうというふうなことも方法論としては可能かとは思いますが、けれども。

**【●●委員】**

あと1点なのですが、そもそも国全体として個別の医療機関コードでそれぞれの病院を把握する必要性というのがどの程度あるのかなというふうに思います。今あるように、この左側のこういうような開設主体別というほうが、当然全国的なデータ——統計とかから見ると、一般的にはこういうほうがデータとしてはつけやすいのかなというふうに思いますけれども。

**【部会長】**

扱いやすいというのは、つまり国立病院に運ぶのと都立病院に運ぶのでは、かなり患者にとって意味が違うという意味で意味があるということですか。

**【●●委員】**

というよりも、例えば医療機関コードを個別に搬送先を限定してとったときに、ではこの医療機関コードに入ってきた病院は、例えば公立病院なのか私立病院なのか告示病院なのか非告示病院なのかというふうなのがかえってとれなくなってしまうのかなというふうに思うのですけれども。

**【松元室長】**

そちらのほうは、もしコードを入力できれば自動的に国立・公立・私立の区分はで

きるのですけれども、我々の手間としてはもちろんそんなに大した作業量ではないのですが、消防本部側の作業量としてかなり——診療所まで入れると膨大な数になりますし。確かに我々としては医療機関コードは、特にどこに運ばれたかというところが欲しいというわけではないです。ただ、先ほど部会長さんのお話がありましたように、今後やっぱり DPC 情報などと連携するにはこのコードがあったほうがかなり精度が上がるのですけれども、先ほど言ったように日にちとか年齢とか2次とか入れると、これがなくてももうかなりの確率でマッチングができる可能性が高いので、そこまで入れるとどうかなという、その両者のぎりぎりのところではないかなと思いますけど。

**【●●委員】**

これは、1つの病院に救命と一般の、2次と3次を併設しているところというのはコードが変わるんですか。同じコードなんですか。

**【事務局】**

現在厚労省のほうで定めているコードでは統一の1つのコードになります。

**【●●委員】**

ということは、2次・3次の区分というのはコードではできなくなる？

**【松元室長】**

そうですね。はい。

**【部会長】**

ここはそもそも2次・3次の区分がない、つまり救命救急センターといいながらER型ですべてをフラットに受けているような医療機関がある地域も非常に多いので、2次に運んだ3次に運んだということを定義して決めてもなかなか統一したデータはとれないのではないかと。大阪府の中で、あるいは大阪市の中でそういうルールが決まっていれば、東京とか大阪という中で一定のルールを決めればできるかもしれませんが、全国的には救急医療のその辺の、ER型なのか初期・2次・3次をプレホスピタルでトリアージをかけて3次だけは特別に運ぶシステムなのかというのは違いがありますので、そこはちょっと全国統一するのは難しいだろうというのが今までの議論です。

**【●●委員】**

そうすると、例えば何科の診療科の先生に搬送したかというデータもなかなかとりにくいと考えてよろしいんですか。診療機関ごとにその名称も変わってくるというこ

とはあるのでしょうか。

**【事務局】**

診療科の御提案は次のページの 20 番に入れさせていただいておりますが、こちら  
も幾つかの消防本部にお聞きしましたら非常に難しいというところがございます。こ  
この部分は医療機関とのデータのマッチングが可能であれば、医療機関のデータには  
記載がなされておりますが、そもそもデータマッチングをするためには極力コードが  
あったほうがいいのではないかとという専門家の御意見をいただけているところご  
ざいます。

**【●●委員】**

夏に韓国でこういうようなことをやっているところと相談したときには、韓国では  
集約化といいますか、病院を設定して、この地域ではここに集約したほうがうまくい  
っているみたいな報告があったんですね。そうすると、ここで本当に欲しいデータと  
いうのは、例えばどのぐらいの規模の病院に運んでいるかとか、そういったところ  
はないかなと思うので、余り突き詰めたデータでなくてもいいというところで検討し  
たらどうかと思うんですけどね。病院の病床数とかそういうのがわかる程度でも僕は  
いいのではないかとこのように思います。

**【部会長】**

例えば 1,000 床以上の病院が 1、500 以上が 2 とかという意味ですか。でもそれは  
また病院ごとに結局それをつくらなければいけないのであれば、病院のコードをスト  
レートに入れば病院のコードでそれも分類できるわけです。

**【●●委員】**

別にそれをつくるという意味ではないんですけどね。

**【部会長】**

よろしいでしょうかね。そしたらこれについてはまだ確定ではございませんけれど  
も、一応入れることを考えていくと。ただちょっと負担を考えるとすべての診療所等  
まで入れるのは恐らく意味——実際にはやる負担以上の意味はないというふうには  
思いますので、最低限救急告示医療機関というのは一つ法律で決められた救急車の受  
入医療機関になりますから、少なくともそのレベル以上に関して考えていくというこ  
とで考えていきたいと思います。時間がどんどん過ぎてしまいますので、2 ページ目  
の傷病者区分に関しては先ほどの緊急度を入れるということであれば恐らくここは

重複になるだろうということで代用可能という御意見になっています。それからあとドクターカー・ドクターヘリ、医療機関への要請件数等は、これは昨今の状況からしてぜひ追加していきたい項目ということになると思います。受入に至らなかった理由ですけれども、これは今まで期間を区切って調査が行われて、いわゆるマスコミのたらい回し報道に対して受入困難の理由説明ということで使われてきたものですが、これは今の事務局提案としては一定期間また時間を区切って調べるというふうなことで、すべての500万件のデータに全部これをくっつけるというのは非常に労力がかかるので、そこまでは要らないのではないかというふうな御意見だと思います。これに関してはいかがでしょうか。よろしいですかね。ではこれはまた期限を区切って必要なときに調査をするということにしたいと思います。それから発生場所区分ですけれども、現行の5区分からもう少し詳しくするというので、これは特に心停止事例のみ詳しく入れるということなのでしょうか、それとも全例詳しく入れるということなのでしょうか。この「ウツタイン事案に対し、詳細項目が必要か検討」という備考のただし書きがあるのですけれども、これはいかがでしょうか。

**【事務局】**

一応私ども事務局としてはウツタインのみに限定してはどうかと考えております。

**【●●委員】**

場所の詳細の分類なんですけど、これは何か標準的な分類から持ってきたものなのでしょうか。

**【事務局】**

こちら、参考資料の3につけてございますが、救急活動の記録の中の項目名称コード一覧表の発生場所ということで消防が使っている分類を提示してございます。

**【●●委員】**

これは国際的な分類から持ってきたものなのでしょうか。ICDのコードに場所のコードもたしかあったと思うんですね。特に外傷・外因に関しては、場所とかに関してスタンダードとして場所の分類も入っているので、多分国際分類のものがあるのだと思うのですが、それと違ってしまっているとまた利用しづらくなってしまいますので、できればそういうものと合っていたほうがいいかなと思うのですが。

**【事務局】**

参考資料3でお示ししているものなのですが、実は消防の世界で使われているもの

でして、特に火災報告等々で使っておりまして、要は消防側から見ると非常になじみのあるものでございます。ですので、国際分類のほうがいいのかどうかについてはちょっと御意見をいただければと思います。

#### 【部会長】

私の理解もこれは消防で、もともと救急用というよりは消防用の場所のデータベースで、よく見るとちょっと不思議なんです。例えば最初のページの真ん中辺、マーケット、店舗、展示場、はり灸マッサージで、マーケットの売り場の下のほうに助産所とか接骨院が繋がってきたりして、どうもこの中分類と下の分類がまたうまくくっつかないような部分もあるので、あれなのですけれども、既にこれが消防の中ではよく使われているということなのですが、いかがでしょうかね。

#### 【●●委員】

こんな詳細な、デパートなのかマーケットなのかというのはその後ウツタインでどういう影響が出てくるのか非常に疑問だし、消防としてはこういうのはできるけれどもほかの——僕としては今まで出てきた△印のところでもっと重要ではないかと思うようなものがあるのですけれども、そういうのよりもこういうのは入れられるというのは何かちょっと。「これの手間は省くからほかのを入れてよ」と言いたいような気が個人的にはしますけど。必要なものをもっときちんと出せばいいと思いますので、今までウツタインの中でこれがデパートとマーケットが差があることによって今後何か施策に影響があるのでしょうか。そうでなければこれは要らないのではないかと思います。

#### 【事務局】

私の説明が不十分でして、実は当初は事務局のほうで具体的な場所等々を幾つか選んでみようとトライをしてみたのですが、なかなか難しく、それで今消防で使っている場所をそのまま持つことにしようかということで御提案した内容でございます。その辺は●●先生のおっしゃるように、ある意味この委員の先生方から具体的な場所等々を御指定いただけるとそのほうが記入者負担も減るだろうと考えております。

#### 【●●委員】

具体的には、死亡診断書に書く場所の欄があるのですけれども、それと一致していると死亡診断書を書くときには非常に助かります。

**【●●委員】**

こういう項目を考えるときに、何のためにデータをとるかということが多分大事だと思うんですね。それはこういう目的があるとかいろいろなことがあるだろうと思うのですが、僕自身が思いつくところで言うと、以前 AED をどこに置くかという観点から、どういう場所でどの程度の確率で発生しているのかというときに、例えばデパートだとか工場だとか駅だとかそういう情報は確かに知りたいと思っただけで、こういう場所分類が全く無意味だとは思わないのですが、どういうふうに分類するかということは、やっぱり何の目的でそのデータをとるかということはある程度踏まえた上で検討しないと、どういうふうに分類したらいいかわからないのではないかなという気がします。

**【松元室長】**

私どもの認識では、この項目について言うと、特にウツタインの話で、発生場所で、溺水なのか、住宅でもどこで発生するのかによっていろいろな数字が違ってくるのではないかという御指摘があったので、入れておりますけれども、特にそれほど必要でないということであればもちろん今のままでも結構です。あとは臨時の調査でも可能だということであればそれに対応することもできます。国際的な標準には入っていないわけですから、そこは我々の判断のところだと思います。

**【●●委員】**

何に使うかということで、治療とか救急搬送のシステムということでは余りに立たないのかもしれないですけども、どこで発生したか——内因性の疾患であれば余り重要ではないのかもしれないですけども、外因とか外傷の場合はどこでどういうふうに発生したかというのは予防対策をとる上で非常に重要な情報になってきますので、外因に関してその溺水がどこで起こったかとか、転落がどこで起こったというようなことは、情報としてはもし入っていれば非常に有用な情報になるだろうと思います。

**【部会長】**

今、話をしているのは、先ほど最初に確認したようにウツタインに関しての追加入力項目ということですから、院外心肺停止に関してその心肺停止の発生場所をより詳細にすると。一般家屋内で心肺停止の発生が多くて、家屋内で起きた事案はアウトカムが悪いとか、公共の場所であれば AED がどういう場所で使われているものが多いと

かというようなことに関連してくると思うんですけど、●●先生、これはウツタインの作業部会としていかがなのでしょう。

**【●●委員】**

ウツタインの作業部会でここをかなり詳細に議論したわけではないのですが、私個人の意見からすると、これ自身は割合伝統的に使われているので、●●市のデータなんかでもとられているので、私自身はこれを見ると非常に参考になると。例えば日本ではかなり学校にAEDが設置されていますけど、それはどのぐらい効果をもたらしているのかどうかというような検証はほとんどなされていないのではないかと。どこで心停止が起こったかということについては世界的にはかなり研究があるんですね。御指摘のように自宅では結構悪いと。ホームAEDについてはかなり悲観的なのですが、そういう点では非常に宝庫として使えるのではないかと。これだけ詳細なデータがあると。ですので、伝統的に使われているのであれば、私の個人的な意見としてはこれはぜひ導入していただいたらかなり使えるのではないかなと思っています。

**【部会長】**

私は前●●のメディカルコントロール協議会でAEDを置いている場所——このデータで来たやつを少し整理をして。例えば公衆出入の場所という中で、性風俗関連の場所と学校が両方ともそこに入っていて合算するのはやっぱりどう考えても不合理なので、学校は学校で分けると、それから飲食店は飲食店で分けるというふうなのがやはりいいと思います。これはウツタインの作業部会のほうで、心肺停止の発生場所として分類するのもうちちょっとこの中分類ぐらいのところまで分けていくと。それからもう1つあるのは、自宅の中でも浴槽の中だけは別にするとかですね。事務局、これはちょっと一回検討していただいて、上げていただくということでもよろしいでしょうか。

**【松元室長】**

はい、結構でございます。

**【部会長】**

ではそうしたいと思います。それから時間項目について。これもウツタインの作業部会のほうで、ウツタインの追加項目として今までウツタインのデータの中ではなか

ったけれども重要なデータということでぜひ、というふうなことがあったと思いますので、これに関してはウツタインのほうで検討していただくということにしたいと思います。覚知時間と指令時間の矛盾についてこれは完全に解決済みということで、事務局、よろしいでしょうか。

**【事務局】**

はい。

**【部会長】**

これに関してはもう全国周知がされていると思います。

**【事務局】**

はい。もうここは通知しておりますので。

**【部会長】**

いったということで、よろしいですね。

**【●●委員】**

覚知時刻というのは入電時刻で、あとその出発時刻とかいうのもここの中に入ってくる——というか、左側にある項目が右側にはないですね。覚知時刻というのは入電だと思うんですけど、入電は右側には入っていないようなんですけど、右側にここであるのは新たに追加するという意味ですか。

**【事務局】**

新たに追加でございます。

**【●●委員】**

という解釈でよろしいんですね。

**【事務局】**

はい。

**【●●委員】**

それで、1つだけ御検討いただきたいのですが、この追加の中で抜けているというか追加していただきたいのが、救急車の中に収容した時刻と、それから現場——ごめんなさい、もう一度時系列に沿って話すと、CPR をしていた、患者さんがそもそもおられた場所を離れた時刻——例えば御自宅の2階で倒れていたもので、とりあえずはそこでCPR をすると思うんですけど、どこかで「ではもうとにかく救急車に行こうか」ということでそこから搬送を開始しますよね。搬送というのは手で搬送を開始します

ね。それでその現場そのものを離れた時刻と、それからその数分後に多分救急車の中に入るわけですが、その2つの時刻は僕は非常に重要だと思うので、できればこれを追加することを御検討いただきたいんですけど。特に先ほどの場所との絡みがあるんですけど、高層階の4～5階で発生してそこから救急車の中までどの程度時間がかかるかというのは患者さんの転帰に大きくかかわってくることであり、それからよく見かけるのは救急車の中に収容した後、そこを救急車が動き出すまでの時間が非常に早い場合と、その中で色々なことをやっていて、そこでまた5分ぐらいかかっている場合と色々ある。この2つの時刻はちょっと御検討いただきたいなと思うんです。

【部会長】

それはウツタインの——心肺停止のときだけの追加情報として、ということですか。全活動について、ということですか。

【●●委員】

いえいえ。ウツタイン、心肺停止のときだけという意味で今は申し上げました。

【部会長】

●●先生、いかがですか。

【●●委員】

問題ないと思いますけど。手間がふえるということなので無責任には申し上げられないんですけど。

【松元室長】

ちょっとほかにも聞いてもらったほうがいいかもしれない。

【事務局】

私ども、消防本部も色々地域によっては小さいところは大変負担になりますので、そのあたり御意見をいただければと思います。

【●●委員】

地方都市ですけれども、今●●委員が言われました、現場を出て、救急車に行くまでの現場出発時間をどうやってとるかというのは非常にアバウトで難しいのではないかなと思っています。また入力作業のデータを入れる中でシステムの改修にまたお金がかかるというのが現状ですが、必要というのはよくわかっております。

【●●委員】

●●でございます。私自身は現場での時間に関しまして、必要性は非常に感じてご

ざいます。ただ、混乱する現場の中で1つ1つの時間をとっていく部分については、現時点では、少し混乱が伴うかなという気はしてございます。

**【部会長】**

ちょっとそれはまた預からせていただきます。やはり今日のこの盛りだくさんのものを2時間でこなすのは非常に難しいのですけれども、ちょっと先に進みたいと思います。最後のページになりますかね。基本的にはPA連携関係、それから除細動関係があるのですけれども、特定行為の成功・不成功については記載するのは難しいということですかね。今は例えば静脈路確保というのは、静脈路確保に成功した件数だけが報告されているんですか。アテンプトが報告されているんですか。どちらなのでしょう。救急活動のあれで静脈路確保何件とか書いてありますよね。あれは試みた件数なのか、成功した件数なのか。

**【事務局】**

成功した件数のみでございます。

**【部会長】**

成功した件数ですね。ここではそれプラス、試みたけれども成功しなかったものも集計してはどうかと、その場合の回数も入れてはどうかということでしたが、それはちょっと難しいということで、これは成功した件数のみをやるということです。

**【●●委員】**

回数は余り問題ではないのですけれども、試みて失敗した人というのがわかったほうがいいと思うんですね。それは特定行為の効果を評価する際に、成功してやった人とやらなかった人というのがかなり違う可能性があるんで、その2つの群で比較をしても余り比較にならない。場合によっては特定行為をやったほうが悪いというような結果が出る可能性もあるんですね。その場合に、特定行為が行われた人と行われなかった人との属性をよく見て、それを調整する必要があるのですけれども、アテンプト、試行したけれどもできなかったという人が、やらなかったほうに入ってくると、その2つのグループの違いがよくわからなくなってくる可能性があります。ただ、失敗した人の人数にもよるのですけれども。だからあったほうがいいと思います。

**【部会長】**

恐らく疫学的な調査をするときには必ずそういう話になると思うんですね。これは恐らくやらずもがなの時間をそこにとっているわけですから、それは、試行しなかつ

た、試行したけどだめだった、試行して成功したと本当はその3つに分けたほうがいいのではないかと。回数は要らないということですね。あとは試行したということの定義を——駆血帯を巻いたらもうアテンプトしたことになるのか、針を出したらアテンプトになるのか、実際に皮膚を貫いたらアテンプトになるのかという定義を決めておかないときっといけないと思うのですけれども。これはちょっともう一回、そういう形で——はい、どうぞ。

**【●●委員】**

今、アテンプトを入れないと、やったほうが悪かったという結果に全部なって、やればやるほど死ぬという結果にしかならないんですね。ですから、そこはやっぱり改善していかないと、データの使い方としてはよくなると思うので、ぜひ御検討をいただきたいと思います。

**【部会長】**

はい、ではここはそういうことで検討していただきたいと思います。これは手間が大変だというよりは定義が難しく、ということだと思いますので。この×がついているのは。あとのところ、死体徴候のところまでに関しては、基本的には可能ではないかということによろしいでしょうか。

**【●●委員】**

他隊連携の項目のところなのですけれども、救急隊と他隊と連携するパターンというのは幾つかあるんですけど、これはCPA患者の救急隊にポンプ隊その他の隊が協力したケースに特化したケースをいうのですか。それとも、それ以外の広義の部分も含めてですか。

**【事務局】**

事務局の考えとしては、これはウツタインのみならず全体の体制を見たいということで、ウツタインに限らずすべてのもので見られないかと考えております。

**【●●委員】**

別件なのですけれども、死体徴候なのですけれども、基本的には我が国の病院外心停止の記録というのはかなり本来は看取りに近い、そういうものがかなり含まれているんですね。これを明確にするのは非常に重要だと思うのですけれども、一方、先ほどのドクターカーの場合も、ドクターカーが到着して、これはもう死亡だと判定したら搬送しないというケースが多いんですね。そうすると、地域によっては非常にアン

フェアなばらつきになっていると。ドクターカーが余り整備されていないところはやむを得ず搬送して、100歳以上も400例とかあるわけですよね。ですので、そこが明確に同じように評価されるようにつくりないと、外国との比較も国内の比較もできないというふうに思います。

**【●●委員】**

今の●●先生のあれに関連することですけど、今ここを見てみると、死体徴候が認められたために救急隊がそこで不搬送、蘇生もしない場合にはウツタインに上がってこないわけですよね。そうすると、ウツタインの母数としてどこが入っているのかというところがばらばらになるというのは先生の今の御意見だと思います。まさに昨日北九州でも会議があって、その時に出たんですけど、結構かなりの数が——きちっと統計をとっていないのでわからないんですけど、救急隊員の感触で言うと10%どころではないと。10%以上、救急隊の判断によって蘇生もしない、搬送もしないというのがあるということなので、そこが地域によって20%なのか10%なのかということで随分と変わってきます。ですから、これは死体徴候が認められたから搬送しなかった、蘇生しなかったというのは、何らかの形でウツタインの統計に反映されるような工夫をしていただけたらと思うのですけれども。

**【部会長】**

今、あくまでもこの19番というのは、現場で不搬送とした傷病者ではなくて、医療機関に搬送したけれども、事実上お看取り搬送であったというものの数ということですよ。

**【●●委員】**

そうなんですか。

**【事務局】**

ウツタイン統計に関しましては、今後、きちんと死体徴候が認められた場合についてはウツタイン統計に入れないことで適用を図りたいとは思っております。

**【●●委員】**

いえいえ。私が申し上げているのは、逆にそういうやつもNの1つとして換算されるようにしていただきたい。

**【松元室長】**

まず前提として、ウツタインというのは世界的な統計のとり方が決められておりま

すので、それに従って私どもはやるということと、あと死体徴候が明らかな場合については救急隊は搬送は基本的にしないということになりますので、それを入れるということはちょっと違うのかなという感じがしますけれども。

**【●●委員】**

いや、ただ、確かにウツタインのやり方というのは世界的な決まりがありますけど、それに追加して我が国で蘇生統計として調査するという事は、ウツタインにないから我が国でできないということは多分ないだろうと思います。それから、搬送しないというのは要するに救急隊は現場に行っているわけですよ。現場に行っているわけですから、一応業務として行って、でももちろん患者さんは搬送しなかった。それを、そういうのが1件あったとだけ報告してくださって、そういうのがウツタインの中にあるかという項目をつくってくださるだけで、それは意味のある統計になると思うのですけれども。

**【部会長】**

問題点を整理しますと、まず1つは我が国の今の統計では救急隊が現場に行って、明らかに社会死ということで不搬送になったというものが、本来であればそれをまずウツタインの統計の最初のところで引いて、蘇生対象となるものというところで引くのですけれども、その差し引いた一番大元の、どのぐらい社会死として差し引いたというところがはっきり出ていないかもしれないというのが問題点の1つ。それからもう1つの問題点は、本来、ほかの外国であれば、その差し引くべきような社会死、いわゆる死体であることが確実なものをやむを得ず CPR をしながら運んでいて、それがかなり蘇生対象として見なされてしまっているために母集団に入ってコンタミネーションを起こしている。その2つの問題だと思うんですね。これは同時には解決できないかもしれないのですけれども。今の最初のほうの問題、救急隊が現場に行って「これは死体だ」と思って警察を呼んだというのは、活動上これはウツタインの統計には——何らかの救急活動には残る？ 搬送事例にはならないですよ。これは統計上どういう扱いになっているんでしょう。

**【●●委員】**

不搬送。

**【松元室長】**

不搬送。

【部会長】

不搬送ですね。そうするとウツタインには絶対上がって——もともと母数にも上がってこないから、その不搬送の数を本来は一番最初に足したもので院外心停止の数を出して、このうち不搬送がこれだけあって、蘇生対象がこれだけというのが、もともとのウツタインのやつのテンプレートですよ。

【●●委員】

いえ、もう搬送したやつです。

【部会長】

搬送したやつの前に、地域での院外心停止発生の全数があって、そこからまずそういうふうな不搬送になるやつを引いて、蘇生対象になるものがある、そこからさらに計算をしていくので……。というふうな計算ではなかったでしたか、大もとは。

【●●委員】

搬送された CPA の患者さんは全部がNに入ってしまう。

【部会長】

いや、地域のバックグラウンドとして、不搬送になった院外心停止は地域の人口とかそういうのと同じように、もともとの数値としてはウツタインと書くべき数字ではなかったどうか。要らない？

【●●委員】

要らなかったと思いますね。うん。書いていないです。

【部会長】

要らないのですか。

【事務局】

一応私ども、不搬送の場合の死亡の数字は各消防本部から御報告はいただいております。バックグラウンドのデータとしてですね。

【●●委員】

でもウツタインの統計ではない。

【事務局】

ウツタインではないです。

【松元室長】

ウツタインではないんですけど、全数について持っています。

【部会長】

わかりました。

【●●委員】

であれば、それをそのままウツタインのほうに移していただければなというのが僕のあれなんです。不搬送の場合でも、数は少ないと思いますけど、極めて軽症で「これは病院に行く価値がないよ」ということで現場で説得して不搬送とするというのは入っているだろうと思うんですね。

【部会長】

いや、今話しているのは心肺停止の話ですから。

【●●委員】

いやいや、ですから。

【松元室長】

死亡の数が出ています。不搬送の中で内訳が出ておりますので、死亡の不搬送もあります。

【●●委員】

あ、そうですか。わかりました。

【部会長】

ではそちらの話はちょっといいとして、もう1つはだから搬送したものの中で、本来であれば蘇生の適用とならないようなものを、明確に死後徴候ありだけど運んだということで後から除外できるようにすべきかどうかということの議論ですね。これもでもただ、明らかに死後徴候ありというと、死体を搬送したことになってしまうので、これも法律的には微妙なところかもしれませんけれども。

【●●委員】

現場としてはなかなかほうっておけないというのがあります。例えば高速道路上の事故で、大変な状態になっていてそこに置いておけないとか。シートをかけて警察が来るまで本来はそこに置いておかないといけないのですけれども、そういう状態ではないというのと、あと家族が「どうしても運んでほしい」と言う場合がありますので、そういう場合は搬送せざるを得ないと。

【部会長】

了解です。その場合はウツタインの統計からは外すのがフェアなんですか、●●先

生。それとも、どうなのでしょう。

【●●委員】

国際的には本来アテンプトではない、適用にならないものというのがかなり入っていると思うんですね。国際的な視点から見ると。だから本来は除外すべきなのですがけれども、やはり病院に搬送したらもうそれは全部アテンプトだというのはちょっと「そうではない」というふうにこの際したほうが、国際的にも規格ができるというふうに思います。それからドクターカーでドクターが着いたときに「これはもう死亡確認します」といった場合にも、その症例の数とか、それも一応あったほうがいいのではないか。

【部会長】

はい、わかりました。であれば、それは搬送先医療機関の医師が「やはりこれはどう考えても死後経過をしているから」ということで判断すべきもので、一番最初のところに戻りますけれども、いわゆるあそこの死亡というところはそういうふうな明らかに死んでいるものを搬送してきたというものに限って、蘇生対象は全部重症に入れるとか重篤にするとかいうふうなルールにしていってほしいというふうな現場の判断というよりは、それはだから搬送してきて診た医者判断になるのではないかなと思うんですけど。

【●●委員】

そしたらそれを今●●先生がおっしゃったように死亡というものの定義にしてしまったらいいわけですね。

【部会長】

ちょっともうここばかり議論していても時間があつという間になくなってしまいますので。済みません。ではこれはそういう形でちょっと宿題にしたいと思います。それからあと診療科以降については、これは救急隊が入れるのはかなり困難であるということで、これは先ほどの医療機関のほうで今後トリアージの適切性であるとか、重症度ごとのアウトカム等、マッチングをしていくというようなことがあるのであれば、医療機関側から提供していただいてマッチングさせる情報ということで、搬送時に救急隊が入力するという項目にはならないと。特に治療なんていうのは搬送したときにはわからないわけですから。ということでここは救急隊の初期の入力項目からは外すということの議論でよろしいかと思っておりますけど、いかがでしょうか。ではここに

関しては今いっぱい議論が出たので、一回宿題にして、3回目までにもう一回議論をまとめてきたいと思います。

**【●●委員】**

1つだけいいですか。申しわけないです。ちょっと戻るんですけど、18番の非心原性のところで、外因を外傷とその他外因に分けていただいているのですけれども、外傷だけ外傷という、それだけなんです。できれば交通事故と非交通事故とか、交通事故・転倒転落とそれ以外というぐらいいは分けていただけるとありがたいかなと思います。

**【部会長】**

交通事故と非交通事故は別——一般事故・交通事故で救急のときは必ず分かれています。この公表は別のところで分けているんですよ。ここではなくて。ある救急活動が交通事故か一般外傷かというのはありますか。

**【事務局】**

事故種別です。

**【部会長】**

事故種別で分けているので、データはあるようです。

**【●●委員】**

でもウツタインは事故種別は出てこないです。

**【部会長】**

連結できないですか。でも事故種別はありますよね。

**【事務局】**

御提案どおりで結構でございます。

**【部会長】**

はい。済みません。大変時間がかかってしまいました。ちょっと次の議論にいきたいと思います。救急蘇生統計の話にしたいと思います。これに関しましては、先ほど議論がございました。主に問題として、クリーニングの問題もあるのですけれども、開示の範囲をどうするかということと、それからもしこのような形でやるとして、やることの目的は、それぞれの消防本部なり市町村なり MC 協議会が自分の地域のアウトカムというのが世の中一般に比べてどうであるかと、どこを改善したらさらによくなるのかというふうな質の改善のために役立つというのが最大の目標だということ

とがまず第一だと思います。学術的な研究というよりは実際のいわゆる PDCA サイクルの中で用いていくと。その中で具体的な名前を出すというのは、もちろん名前が出ることによって「頑張ろう」というふうなモチベーションにもなるかもしれませんが、それよりもどちらかという、先ほどの事務局の説明のように「あそこに聞けば」あるいは「あそこに倣えばもっとよくなるかもしれない」といういい例を示す、ということで名前を出したらどうかというふうなことがございました。これはそもそも論なのですが、名前を出すも出さないも、開示請求が来たらみんな見せなければいけないデータなのか、あるいは名前を出さなければ消防本部についてはずっと匿名化で行政としては押せるデータなのか、まずそこだけ教えていただけますでしょうか。

**【松元室長】**

開示請求が出されましたら、私どもで国の持っている基準がありますので、それへのとった形で検討するというところで、まだ決めていません。

**【部会長】**

なるほど。まだそこはわからないということですけど、こちらから能動的にまず上位のほうを出していくかどうかという話になってくると思うのですが、はい、どうぞ。

**【●●委員】**

名前を出すことそのものは私は賛成なのですが、ただこのデータの使い方、例えばA県・B県で年齢構成が全然違いますから、2つの場所に差があったとしても、年齢構成が違うという理由で差があるというのが結構あります。ですから、そういう年齢とかを考慮していない生な数字で、年齢を考慮したら変わるかもしれないよということを言っていくというのが絶対条件だと思うんですね。年齢調整をするときのルールというのはなかなか難しく、これをすぐ公表するまでの間に完全にルール化するのは難しいと思うんですけど、それを言ったほうがいいと。それともう1つ、余りいい話ではないのですが、各消防隊の差で非常に大きいのは、軽い症例を送っているかどうかというのは結構大きな差があつて。覚知から1時間以上たっている方の生存率というのは非常に高いのですが、その方々がどれだけ含まれているかというのは割とこの数字に直結しているというふうなこともあつて、軽い症例の取り扱いというのは微妙なところがあると思うんですね。

**【部会長】**

軽い症例というイメージがつきませんが、軽い心肺停止というのは要するにどういう心肺停止なのでしょう。

**【●●委員】**

余り言いたくはないんですけども、止まっていなかったのではないかという事例が結構ありますので。それを、例えば●●先生のところ、もちろん分析の際に救急隊が CPR したやつを抜けばかなりそれはアジャストされます。でもそれを抜かずに入ると、もともと救急隊が到着した時点でバイスタンダーの CPR のみでというふうなものや、バイスタンダーが CPR しなかったけれども心臓が動いているというようなケースもあって。それがどれだけ含有されているかというのは随分地域差がありまして。そこら辺のところの根源的な問題はあります。そこは今後の課題としては非常に重要な問題だと思いますけれども。それはあっても、やっぱりそれは出していくことだとは思っております。

**【部会長】**

恐らく今の話は救急隊搬送中にアダムス・トークスとかで syncope で、一瞬意識がなくなった、そのときに2～3回心臓マッサージをしたらすぐに戻ったと。これもやはり院外心停止だから出すというところと、そういうのは結果としては持続的な心停止ではなかったから出さないという、消防本部によってそういうものを出すか出さないかということでアウトカムが変わってきているという、恐らく今の話はそういうふうな臨床的な解釈ではないかと思うのですけれども。それはそれという感じもするのですけれども。確かに年齢であるとか、そういうことによってマルチレベルとか何とかとやって、全部そういうふうなことを修正した上で同じバックグラウンドのものでアウトカムがいいところかどこかというふうなことも出す、とかというようなこともあるかもしれませんが、今——はい、どうぞ。

**【●●委員】**

●●先生の御意見に賛成なのですけれども、したがって、生存率だけで、1番が13.9%で、2番が11.4%とか、そういった生存率だけでランキングするような形はすごく危険だと思いますね。だから一定レベル以上の消防本部のデータをNも含めてできるだけ示すという形であれば全く問題ないと思います。

**【●●委員】**

消防本部の名前を出すのは実は反対です。なぜかという、ことしよかった上位、例えば 10 消防本部を発表すると、必ず翌年悪くなるんですね。regression to the mean という現象なのですけれども。必ず起こるので、よかったのに悪くなったというのは、名前を出された後に非常に困るのではないかと思うんですね。そのあたりをどうするかを検討してから公表するほうがいいかなという気はします。

#### 【●●委員】

この 21 ページ以降のグラフ——生存率・社会復帰率を出す大きな意味というのは、多分、低い消防本部がいかにか高いほうに追いつくかというところが一番大きいことかなと思います。そういう意味で、全消防本部の名前を出せばある意味それは解決するのかもしれませんが、もし出さないとするのであれば、この 21 ページの「分析する項目」という部分を何か加工して、クロス分析等をして、低い消防本部が高い生存率になるにはどういった工夫が一番参考になるのかという、そういうことをしたほうがいいと思うんですね。これだけ単独で、例えば実施率だけを出してもなかなか低い消防本部にとっては参考にならないのではないかというふうに思います。

#### 【部会長】

アウトカムについてはもちろんよければいいに越したことはないわけですが、プロセスに関しては——口頭指導の実施率に関しては恐らく高ければ高いほどいいのかもしれませんが、その他の気道確保・静脈路・薬剤投与については別に高ければいいというものではなくて、これをやったからアウトカムがよくなるというエビデンスは全然ないので、適切に行われているかどうかということなので、出すこと自体は——標準的にはどのぐらいやられているか、うちは物すごくやっているのか、やっていないのかということで、やること自体がよしあしという話ではこれはきっとないと思うんですね。ですから、高ければいいような指標というのと、それから適切にやられていけばいいのだけれども、自分のところは世の中に比べて非常にやっている割合が高いのかどうかということを知る指標というのと、ちょっと分けて考えなければいけないのではないかと思います。

#### 【●●委員】

この案件は消防本部の規模によって、また案件の数によって全然数字が変わると思うんですよ。絶対数が少ない場合は、生存率がバツと上がる場合もあるし、下がる場合もある。だからこの数字をいきなり平べったく並べるのはちょっと大変なのかなと

いう気がするんですけど。

**【部会長】**

はい。それで一応政令指定都市というのとそれ以外、それ以外は 30 以上というのが一応今事務局からの案としてありますけれども、私がちょっと事務局と話して出した案は、全事例、数がわかれば、いわゆる確率的な計算で恐らく——5%で考えたとき最大限どのぐらいの割合というのがわかると思いますので、そういうふうな形で低いほうのやつを比較していけば、件数が少なくなれば少なくなるほど確率的にはそこは実際の値よりも低い値が出てくるので、というようなことを言ったんですけど、なかなかそういう操作をするのも大変なので、とりあえずはこういう少し規模別に分けて、というところかなという話になっていると思います。

**【●●委員】**

●●の消防本部ですが、先ほど●●先生からのお話にあった年齢の件もございませけれども、地形的とか道路事情の地理的問題もございませるので、地方都市としてはそういういったところも非常に厳しいので、検討していただければと思います。

**【部会長】**

ですから、あくまでもどこがいいとか悪いとかというのではなくて、やはりそれぞれの消防本部で自分の状況がわかればいいと。そういうことから考えるとこの固有名詞で何々消防本部を発表する必要はないという考え方ももちろんあるわけですね。このA・B・Cという形で出していくと。あとこの度数分布を出すということで事足りるという考え方もあるとは思うのですけれども。

**【●●委員】**

生存率を消防本部ごとにくくってするという意味がよくわからないんです。例えば消防の救急の活動だけで生存率が影響するわけでもないですし、今意見がありましたようにいろいろな状況の中で——地域とかそういうのによって、この地域はどうかなという部分はあってもいいかとは思いますが、どうしても消防本部という単位で出しますと競走合戦みたいな話になりかねない危険性を大きく感じるので、蘇生をするには医療機関との関係であるとかというのが非常に大きなファクターになってきますので、消防本部の管轄区域ごとに、このような形で固有名詞が出ないとしてもくくっていくということに関しましてはいかがかなというふうに私は思います。

**【部会長】**

私は競争合戦は別に全然悪いことではなくて、データがいろいろまじって、軽いのも入れていいデータを出すというような意味での競争はよくないですけども、自分の地域での社会復帰率を上げるための努力をして、いろいろ工夫をして競争していくということ自体は国民のためになることなので、それは別に否定されるものではないというふうに思っていますけれども。

**【●●委員】**

●●県全体での蘇生率というのが昔出ましたよね。あれは私たちの県には非常に大きく影響して、全国最下位を3年続けたということは私たちにとっては非常に大きなモチベーションとして、ウツタインの会議を県の予算を取ってつくってもらうとか、そういうのはつながりましたので、逆にそう——僕たちの目的は日本全体の蘇生率を少しでも上げていこうということに尽きるわけですから、そのために使うのだということで、少なくともデータがあるのに見ないとかそういうのではなくて、きちんとデータはちゃんと出して、ただその出す場所を、きちんといいほうにつなげる——例えばMCがそれができるのだったらMCがきちんとそれを把握する、県ができるなら県が把握するということで、必ずしもA消防本部とB消防本部を比べても少ないところは余り差がないというのはもちろんわかりますけれども、きちんとデータを出して、きちんと改善していくと、PDCAサイクルを回すという基礎データとしてはきちんと出すべきだというふうに思っています。

**【●●委員】**

例えば22ページを見ていただくとわかると思うのですが、12%の消防本部と14%の消防本部というのは多分余り変わらないと思うし、参考にもならない。そういう意味で、私自身は消防本部の名前を出す・出さないというのはどちらでもいいと思っているんですけど、ただやっぱり3%と14%というのはきっとどこかが違うはず。その何が違うかというところを明らかにするのが多分これの本当の目的だと思うんですね。ですから21ページに戻っていただくと、こういった指標を用いて何が違ってきているのかというのが明らかになるような、そんな公表といえますか、そういうふうな持っていき方が一番いいのではないかとこのように思っています。

**【●●委員】**

せっかくこういうものを公表していくということですので、その方向性でいいと思うんですけども、もう少し検討は必要だと思うんですね。先ほど推定区間の話が出

ましたけれども、真のこの何%という真の値がどれぐらいの幅で推定されるのかというのを、先ほどの都道府県別に見てみますと、N数の少ない県によっては10%から40%ぐらいまでの間に入ると。真の値が、ですね。そういうようなのも結構ありまして、そういうところも少し検討して、どのように見せるかというのを詰めていただいたらいいのではないかと思います。

**【●●委員】**

22 ページは政令指定都市なので、そういう意味ではNはかなりあるのではないかと。そういう意味での比較というのはかなり正確になるのかもしれない。

**【●●委員】**

それはいけるかもしれません。ですからそこをもう少し詰めてみたらどうかと思います。

**【●●委員】**

単年度で出すだけではなくて、複数年度でどのぐらい変動しているかというのも含めて出していただいたほうがいいです。多分、信頼区間が広いとその間で変動していますから、たまたまこの年は悪かった、たまたまこの年はよかったというので、一年のだけを出してランキングするよりは複数年度で安定して悪いところ、安定していいところというのを見たほうがいいと思います。

**【部会長】**

はい。この件に関しては、恐らく今日本だけではなくて世界中で非常にこの院外心停止のアウトカムに関してはそのバリエーションが非常に強いと。それはもちろん患者側の因子、それから EMS、それから病院と、すべてのところでそれが変わってきているということが指摘をされています。その中でやはり我々としてはこれだけばらつきがあるのだということ——そのばらつきというのも今言ったようにNの問題で一見ばらついているというような部分と、それからやっぱり本当にその体制の違いで違う部分もあるんだということをやはりきちっと出して行って、見るということを前提にしていきたいと思います。ではここに関してはどうでしょうか、ここで今結論を出さないと間に合わないですね。少なくとも固有名詞を上位について出すかどうかについて……。政令指定都市だけ出すでは——要するに先ほど言ったようにNが少ないところはかなりばらつく可能性があるので、政令指定都市についてのみは上位を出すということで、その取り組みについてはいろいろ学ぶところがある、というぐらい

が私としては統計的にもある程度妥当であって、今後の質の改善にも一番つながるかなど。それで、ばらつきがやっぱり大きい、小さいところはちょっとまだ危険が大きいということではいかがかと思えますけれども、どうでしょうか。

【●●委員】

Nの大きいところだけ出すにしても、数字を出すときに必ず信頼区間もつけて、こういう意味なんだということも一緒に出していただければと思います。

【部会長】

それでは生存率・復帰率のところに、例えば最初の 13.9 というところに信頼区間で 95% でしたか、それで例えば 5%~20% とかというふうな数値を全部つけて出すということが——中原先生、そういうことですよ？

【●●委員】

そうです。

【部会長】

どうですか。何か。御意見がありそう。

【●●委員】

その信頼区間というのはこの開示条件でオッズを出して出てくる信頼区間を CI としてつけるということですか。

【●●委員】

いや、パーセンテージの信頼区間です。要するに生存率が 18.5% とか 18.2% という数字が出てきていますけれども、その真の値はこの範囲だという。

【●●委員】

多分そのパーセントをつけるということが私の言っていることだと思うんですけど、それは結局全国 10 万から自分のところの県 200 例を引っ張ってきたときにどれだけそれを引き当てるかという可能性を載せているということなんですけど。その一般の確率論の数字そのものになりますけれども、よろしいんですか。そういうことですが。いや、では、いいです。それでよろしいければいいです。

【●●委員】

いや、ちょっとおっしゃる意味がよくわからなかったのですが、●●先生が先ほどおっしゃった真の値がこのぐらい開いているというのは出したほうがいいのではないかなと思うんですね。要するにこの 18% とことは出ているけれども、本当

は18ではなくて95%の確率で10%から40%の間なんだということであれば、それを示すほうがいいのではないかなと思います。

**【●●委員】**

先ほどから議論しているのはそれぞれの特性という話ですけれども、今おっしゃっている信頼区間というのは偶然箱の中から生存例を引き抜く可能性というのがそれだけの症例数をとったときにどれだけ出てくるかということの数字なんですよ。だから今まで議論してきたこととはちょっと異なる数字になりますけれども、その偶然を排除するとしたらどれぐらいの可能性があるかという数字がCIとしてつく、ということですけど、そういうことですよ。

**【部会長】**

そうですね。だから全例の補正をすとかそういうふうな意味ではなくて、単純に13.9とかという数字がひとり歩きしないように、これは要するにこれだけ幅の広い数字なんだよということを——余り今まで救急の統計では出てこなかった扱いだと思いますけれども、そういうふうにしたほうが、数字がひとり歩きしなくて、13.9と11.4のこの微妙な差が余り針小棒大にとられなくていいのではないかというふうな意見ですよ。

**【●●委員】**

そうです。

**【部会長】**

事務局、いかがですか。

**【松元室長】**

私どもの特に問題意識として上位のところを出すという意味は、上位の取り組みとして救急の問題、医療側の体制、色々なことを今後私どもとしても分析をしていきたいと考えています。どういう要素が高いところ——そうするとやはり、少なくともそういうところについては名称も出していけないと調査もできないものですから。そういう意味で、政令指定都市ももちろんあるのですけれども、やはりかなり中小というのでしょうか、小さいところでも非常に高いところがあります。そういったところについても、やはり今後、どういう要因で非常に高くなって——バイスタンダーの問題なのか医療の問題なのか救急とか色々あると思うのですが、その要素をまず組み立てていって、今後分析するためにも、余り私どもとしては政令指定都市とかそういう

区分ではなくて——Nの問題はあると思います。この30がいいのか、100にするの  
いいのかはあると思いますが、信頼できるようなものであれば余りそう区分するの  
ではなくて、色々なところで今後実施基準のPDCAサイクルを回すのにも非常に参考に  
なる部分でありますので、今後我々としてはいいところについてもうちょっと研究し  
ていきたいという気持ちはあります。

**【部会長】**

余りここも時間が長く——はい、どうぞ。

**【●●委員】**

モデル的に示していただいてもいいのではないかと思います。そこは僕としては一  
任してもいいと思います。

**【部会長】**

はい。ではどのぐらいのNがあればその辺妥当かというのは、もう一回事務局と検  
討しますけれども、ある一定以上の精度で言えるところで……。やはり余り偶然に左  
右されるような数で大きいところを出してもしようがないので、それを抜いた形で——  
ただそれが政令指定都市という枠だけでなく、もうちょっと下まで広げられるの  
ではないかということに関してはもう一回検討してみたいと思います。その上で、あ  
る程度精度がある数字は出すということで。先ほどの信頼区間に関して出すかどうか  
に関しては、N数を出せばその代用にもなりますので、それに関してはN数を出す  
か信頼区間を出すかどちらかにしたいと思います。済みません。あつという間に時間  
が過ぎてしまいました。サーベイランスについて入ります。これに関しては新型イン  
フルエンザと熱中症で既に行われているところなのですけれども、今日この場でこれ  
に関してどのような議論——事務局、このような報告ということでよろしいでしょ  
うか。

**【事務局】**

ええ。報告でございます。

**【部会長】**

今年の冬もインフルエンザについては行うということで——もう既にやっている  
んですか。

**【事務局】**

やっております。

**【部会長】**

はい。当初予測したよりも、これはやってみるとかなり厚労省よりもちょっと先に傾向が出てくるということなので、今後またこれは注目していきたいと思います。それから、ごめんなさい、最後になりましたけど、ガイドライン 2010 への対応についてということで、これはちょっと●●先生から簡単に今までの議論の推移を御紹介いただけますでしょうか。

**【●●委員】**

はい。済みません、ちょっと準備できていませんでした。何ページですか。

**【部会長】**

32 ページです。一回会議が開かれましたので。

**【●●委員】**

ええ。あれはガイドラインが公表になった直後でしたので、とりあえずどういうことが消防に関する業務に関連してくるかということで話し合いました。33 ページにありますけど、恐らく3つの大きな枠があるだろうと。1つが、実際に救急隊員が心肺蘇生等の活動をする場合にどういうプロトコールに基づくかという問題。2つ目が、消防の皆さんが市民教育をする場合に、どういうふうなスタイルで、あるいはどういうふうな内容を教えていくかという教育者としての立場での問題。それから3つ目が、今回のガイドラインの中でも少し突っ込んだ議論がなされています通信指令員の問題ということで、具体的には口頭指導をどういうふうにするかということと、心停止の認識率を上げるその他に関して、やはり通信指令員の方にも専門職としての教育体制というものがあ程度必要ではないかというのが3つ目の項目ということで。今申し上げた3つの項目に関して、第1項目に関しては●●先生、それから第2項目に関しては●●が担当することになっていまして、第3項目の口頭指導ということに関しては消防の中での微妙な問題もありまして、どなたに担当していただくかということがまだちょっと明確になっていないところがあるのですが、それぞれの内容についての議論に関しては申し上げられません。グループ長の私の不手際もありまして、まだ具体的な作業は進んでおりませんが、今後12月14日に次のグループ会議を設ける予定にはなっておりますので、それまでには何らかの進展があるものというふうにしたいと思います。

**【部会長】**

はい。これに関しては、ガイドラインがちょうど10月の19日に出たところがございますので、これからということになると思います。救急隊員の活動基準につきましては、最終的には全国のMC協議会で自地域のものは決めるべきものですが、ものの考え方ということで、基本骨格に関しては総務省として一応示すということで、そのもととなるものを検討するということで今やっております。それから市民教育についても、従来の普通救命講習・上級救命講習等の中で教える内容がどういうふうになってくるのか、あるいはそれに加えて新たな教育・講習というものを考えるべきかどうかということについての検討がこれから行われていきます。口頭指導につきましても、これも今回のガイドラインで非常に強調されているところで、もちろんどのような心肺蘇生をやるかということもあるのですが、現場で電話越しの向こうで倒れている人が心肺停止であるということを通報者を介して認識をすることで口頭指導に持っていくという、その最初のきっかけのところがやはり非常に難しいので、そこをどのようにしたら聞き出すことができるかということについても検討して、プロトコルをもうちょっとそこに広げていくと。心肺停止とわかればだれでも口頭指導をするんですけど、心肺停止であることが通信指令員が把握できていないために、救急隊が行って見たら心肺停止だったということがやはり多いということが統計上わかっていますので、そういうことがどうしたら減らせるかというようなことを検討していくこととなります。これに関しては今後少し多めの回数で議論していただいて、ここにまた持ってきてきたいと思います。よろしく願いいたします。最後に救急隊用のAEDに関する検証で、これはAEDというのは不具合という非常に何か壊れたみたいな言い方なのですが、1つはもともとがVF・VTに対して一定の感度・特異度で除細動メッセージが出る機械であるというその機械の限界の問題と、それからその機械の限界とは別個に、接点が不良になったりとか、あるいは使用する場所が不適切であったりということはいわゆる誤作動を起こしているというものも含めて不具合と呼んでいます。これは●●先生、何かありますか。

**【●●委員】**

いや、これから検討ということなので、この後、今日もありますので。済みません。

**【部会長】**

ではこれに関しては——これは昨年一回、3月の末に●●班でまとめて、全国の消防本部から上がってきたものがあって、それに対して検討して、実際にA社の機械に

つきましてはメーカー側で少し感度の中で改善すべき点がやはりあったということで、ソフトウェアの交換というふうな非常に現実的な成果を上げている部分がございます。この部分に関しては厚生労働省、厚生科研、それからもう1つは PDMA と連携をして、やはり AED がより精度が高くて有効に効くものになるような情報を、実際に使用したデータからフィードバックをしていくということは非常に重要なことですので、これをぜひ続けていきたいというふうに思います。これはことしになってからさらに4月以降の新しいデータというのが総務省に上がってきているのでしょうか。

**【事務局】**

新しいデータが、一覧表が 38 ページでございまして、この情報につきましては今後、厚労研究班、●●研究班のほうにも御説明をしたいと思っております。今後、厚生労働省と、またメーカーと協力をして、よりいい AED づくりに向けて進めていきたいと考えております。

**【部会長】**

はい。この件に関しては全国の消防本部から色々な数のデータが上がってきているのですけれども、消防本部によっては不具合という定義を傷病者に不利益を及ぼした事例のみに限っているということで、不利益がなかったので上げていないという消防本部もあると思いますけれども、基本的にはやはり AED の動作自体が元々の設定と違ったことがあれば、傷病者に不利益がなくてもそれは不具合ということでやはり上げていただいて、同様の事例によって、いわゆるインシデントの収集によってアクシデントを防ぐような形で上げていただけるように全国の消防本部に御協力をいただきたいというふうに思います。ちょっと時間がかつかつて、これでぴったり 12 時なのですけれども、大急ぎで来てしまったので言い足りないことが皆さんいっぱいあると思うのですけれども、少しだけ延長させていただいて、御意見を——全体を通して何かありますか。

**【●●委員】**

いいですか。済みません。せっかくデータを集めていただくのは非常にいいと思いますので、ぜひそれがきちんと集められるようなこと——特に中小の消防本部で非常に救命士たちが一生懸命データを——お金にもならない、勤務明けで、彼らに言わせれば手当がつかない、手当がつかないけどデータを入れなくてはいけないというのがどんどんふえて非常に困っていると。大きなところは恐らく入れる方だとか入力者と

かいうのが決められますけれども、中小に行けば「そんなのはお前らやれよ」というふうに救命士は言われているわけで、そういうところも踏まえてきちんとデータが入られるようにしないと、なかなかデータが入っていかないのではないかというのが1つと、それから、先ほどの例えば1番のと言うと、傷病程度は医療機関判断と書いてありますけれども、●●県の某政令指定都市ではこれはいまだに救急隊判断なんです。それとか、それから覚知時間。うちの某消防本部では救急の覚知時間と火災の覚知時間は別だといって、二重基準というんですか、署内では2つ覚知時間がある、というのがまだまだ平気で行われているし。それからあるところでMCで聞いてきた話ですと、いわゆる事前管制の回数は、何回電話しましたかというところに入れるのか入れないのかというのは非常に微妙な話だということも聞きましたので、そういうことを踏まえてこのデータを集めるというふうに今度一斉に流すのでしょうか。そこでそういうところをきちんといいデータがとれるようにぜひお願いをしたい。細かくするのは結構ですけれども、うちの近くだと恐らく救命士は1人しかいない。あと2人の消防隊員がCPAの現場に行ったときに、何時何分に現場を離れて何時何分に救急車に乗って何時何分かというとのは、恐らく彼らにボイスレコーダー等を持たせないと無理なんです。その予算がないので、恐らく細かなところは本当の推定。何々から1分たったら救急車に乗りました、というふうになっているのが実情です。その辺をぜひ一緒に御考慮いただきたいと思います。

#### 【部会長】

はい。全くおっしゃるとおりだと思います。1つはやはりデータ——それぞれの定義を明確にしてあげないと入れるほうも非常に困るだろうということが1つですね。それから、そもそも我々医療機関で院内心肺停止が起きたときのカルテを見ると寒々とするもので、はるかに救急隊の活動記録のほうが正確にすべての時間が書いてあるわけで、そんな蘇生の最中にきちっと時間をとるということは非常に大変だということとは我々医師としてもやはり認識をして、非常に大変な努力をしてとっていただいているのだということは、これはやはりしっかり考えなければいけないと思います。その中で、今言ったボイスレコーダーであるとか、やっぱり何らかのそういうふうなことできちっと支援をしていかないと、最後は結局、ここの時間が何時何分で、この時間が何時何分だから中をとってここは何分にしようとかというような書き方しかできない、というようなことにもならざるを得ないということになると思いますので、

その辺も十分配慮した上でやっていきたいと思います。ほか、どうぞ。

**【●●委員】**

貴重なデータということで1つお願いをしたいのですけれども、ウツタイン統計は研究者に対してデータを公表されているのですけれども、業務統計についても、ただあるだけでは宝の持ち腐れですので、ぜひデータを——公表はまだされていないですよ。ぜひ御検討いただければと思います。総務省が取りまとめて、各省庁の集めたデータを公表するという事になっていますので、ぜひお願いしたいと思います。

**【●●委員】**

よろしいですか。データの信頼性ということで、●●先生のお話と関連するのですが、ちょっと事務局のほうに質問させていただきたいのですが、この10ページと15ページの関連で、独自のシステムから入力しているのが今70%弱ということで、将来的には——10ページのところで、システムの変更等に80%が2年以内に対応可能だというこの部分は、2年以内に対応可能だというのは、消防庁オンラインの、あるいは消防庁の統一されたシステムを2年以内に使えと、そういうふうな解釈なのでしょうか。

**【事務局】**

その両者でございます。各消防本部の独自のシステムの準備のものと、あと私どものほうが御提供するシステムでの入力の両者に関して2年以内に対応可能という御回答でございます。

**【●●委員】**

2年以内には全国ほぼ統一した入力システムで、というそんなことでよろしいんですか。

**【事務局】**

入力システムに関しましては従来どおりでございまして、1つは私どもの直接のWebでの入力と、あとオフラインシステムを活用した入力と、あとは消防本部独自システムからコンバートしたデータの入力と、これは依然として3つに分かれます。

**【●●委員】**

今の点で。このアンケートに回答したわけなのですけれども、9ページを見ますと、ほとんどの75%が対応能力がありますということの回答になっているんですけど、右側から見ますと75%ぐらいがシステムの改修を要するんです。その次のページの2年

以内というのは、1年目に予算要求をして2年目にシステム改造をすれば2年以内に行けるというイメージでほとんどのシステム導入しているところは回答しているのだと思います。それで、16ページの改修スケジュールの下の欄を見ますと、26年度から調査項目による報告という形になっていますけど、今のスケジュール感でいいますと、来年度すぐに予算要求に入らなければいけない。そして24年度にシステム改修をやって、25年度から具体的な入力が始まる。そのデータが26年度に生まれてくるというイメージになりますので、スケジュールとしては我々としてはタイトなスケジュールになっています。

**【松元室長】**

よろしいですか。この16ページにありますように非常にタイトなスケジュールになっておりまして、我々としてもぜひ来年の4月には調査の追加項目については確定して、消防本部のほうで準備ができるようにしたいと思っておりますし、あと今委員のほうからお話がありました、色々なデータの提供についても今後検討していきたいと思っています。もちろん我々は隠すつもりもないですし、学術的なことで色々な提言をいただくというのは非常にありがたいことだと思っています。

**【部会長】**

作業工程ですけれども、これからこの各ワーキンググループでさらに年度末に向けて作業を進めていただかなければいけないのですけれども、今のこの救急蘇生統計ワーキンググループに関しては、蘇生統計に関してはいいのですけれども、業務統計に関してはもちろんウツタインにかかわる、先ほどの心肺停止の発生場所であるとか、時間の問題であるとかということで上げていただかなければいけない問題はあると思うのですけれども、この救急業務統計全体に関してのもむ場所というのは、この今の現在の高度化推進検討会の中ではどういう位置づけになっているのでしょうか。

**【事務局】**

この検討会で、ということですか。

**【部会長】**

この検討会。作業部会としては、では蘇生統計作業部会のワーキンググループからその心肺停止に関する部分は上げていただいて、それを集約して第3回目のところでもう一回、きょうの議論を少しまとめておいて、宿題を片づけて、親会に出す意見をまとめると。そんな形で、皆様方、責任重大ですのでよろしく願いいたします。ち

よっと 10 分ほど伸びてしまいましたけど、ほか、よろしいでしょうか。それでは、事務局に一旦お返しして、今後のスケジュール等をもう一回確認したいと思います。

**【事務局】**

皆様、活発な御議論・御審議ありがとうございました。次回の開催ですが、また改めて御連絡をさせていただきます。それでは本日の第2回救急蘇生作業部会及び救急蘇生統計ワーキンググループを終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

——完——