

第 1 回 救急統計活用検討会 議事要旨

I. 日時

平成20年8月25日(月) 16:00～18:15

II. 会場

ホテル ルポール麴町(麴町会館) 2階 サファイア

III. 出席者

(構成員)

朝日構成員、岩佐構成員、緒方構成員、菊池構成員、坂本構成員、佐々木構成員、
田中構成員、長尾構成員、二宗構成員、平出構成員、横田構成員、山本構成員、
久保田オブザーバー

(関係者) 総務省消防庁:石井審議官、開出室長、松野課長補佐、鈴木事務官

京都大学予防医療学:北村氏(随行者)

消防科学総合センター:山口理事長、井端事務局長

(事務局)

総務省消防庁救急企画室:溝口専門官、小板橋係長、島田係長、垣内事務官

消防科学総合センター:田村審議役、胡研究員、阿部研究員

IV. 議題

- (1) 平成 20 年度救急統計活用検討会について
- (2) ウツタイン統計の活用について
- (3) その他

V. 議事要旨

事務局より、各構成員の紹介、座長の選出及び配布資料の確認を行った後、以下の議事が進行されていた。

1. 平成 20 年度救急統計活用検討会について	
事務局より、平成 20 年度救急統計活用検討会の検討内容、検討の進め方等について説明があった。この中でウツタイン統計作業部会及び救急業務統計作業部会の 2 つの部会を設置することが提案され、座長が設置することを決めた。	
この後、それぞれの部会における検討項目について、構成員による議論が行われた。	
(1) ウツタイン部会について	
ア 検討項目の追加・修正	
構成員	「救急救命士が行っている救急救命処置の効果についてのデータに基づく客観的な評価」についても、広がりがあるデータなので、「救急救命処置」だけではなく、少し広がりをつけて「等」を入れ、「救急救命士が行っている救急救命処置の効果等についてのデータに基づく客観的な手法」という表現にすると作業部会がやりやすいのではないかと思う。
座長	検討項目 1 の「救急救命処置の効果」を「救急救命処置等の効果」とさせていただきます。
座長	ウツタインの作業部会は、救命士の教育あるいは卒前、卒後、あるいは生涯教育も含め、3 つの柱で部会として検討していくことを了承いただきたいと思います。 分析の方法についても、検討項目に入れていただきたい。
イ 分析の方法	
●母集団の違いを考慮に入れることの必要性	
構成員	データの精度については、初年度から問題になっており、詰めていかなければならない。こうしたデータの分析は、バックグラウンドの違う事例についての比較となるので、母集団の違いを考慮に入れて解析をしていかなければならない。
構成員	例えば、1 消防本部の中であれば、統一的な考え方でデータを取っていくことにより経年変化などが出てくると思うが、地域間で比較をする場合など、各本部間で厳密な対象の選定基準を共通化しておかなければ、結果に大きな差が出てくるのではないかと思う。
構成員	母集団の背景をどのように絡ませるのかという問題について、指摘があったが、基本的に、救急救命処置の効果というと、ほかの条件がすべて等しければ、救急救命処置の、除細動がどうであったかなどはわかりやすい評価になる。しかし、ウツタインの中だけでそれを浮き彫りにしていくのは大変で、どのような意図で「客観的な評価」まで踏み出されるのか、心配である。ウツタインのデータをどのように分析するのか、標準的な方法を 1 つモデル的に行ってみる段階ではないか。 地域の救急業務実施体制の及ぼす影響、これはウツタインの目的の 1 つでもあろうかと思うが、様々な要素が当然絡んでくる。処理の方法、分析の方法、データの析出の方法の標準、推奨について、モデル的に行ってみるのも良いのではないか。
座長	この作業部会でどこまで客観的な評価ができるのかということも期待したい。まずどんどんデータを出させていただき、そこからオンザジョブトレーニングでも良いのではないかと思う。
●分析を進める必要がある項目	
構成員	これまで心原性かつ市民による目撃ありの生存率が都道府県別に出ているが、他の項目(例えば、初回心電図別)についても限定して集計することがより良い方法ではないか。エピネフリ

	ンの使用、挿管とエレモンの違いなどは我が国からしか発信できない情報であると考え る。
構成員	様々な地域での比較、様々な要素、要因を比較しながら 1 カ月生存率を見ていくことが必要 であると考え。
構成員	ウツタインを使用する際の宿命であると思うが、ふり分けされたい条件の部分しか見えてこ ない部分がある。個々の事例がわかるということで、例えば特殊なケース(低体温や中毒など) で極めて示唆に富んでいる症例については、何らかの形でピックアップできないのか。
ウ 活用の方法	
●救急救命士の教育への活用	
構成員	現場のデータがあると、それを教育に反映させることは大いに可能というか、むしろエビデンス ベースのエデュケーションがされていくべきであると思うので、教育機関の方にも大いに反映さ せる必要がある。 ウツタインの入力自体も、救急救命士や救急隊員の教育の中に十分導入していかなければ、 今後の周知を図ることはできないと思っている。
座長	救命士の教育について、非常に大事なところであると思うので、少しキーワードとして入れてい ってはどうか。是非よろしく願いしたい。
●施策への活用	
オブザー バー	評価や分析を行ったことによって、どのように施策に生かしていくのか方向性がある程度見え ていないと、分析のみで終わってしまうのではないと思う
事務局	効率的かつ効果的な救急業務を実現するためには、どのようなことをすれば良いのかが一番 の主課題である。どのようなことをさらに検討しなければならないか要点を絞ることも出来るの ではないかと思う、その辺は重々覚悟を持って検討項目 1 を書いたということで御認識いただ きたい。
●データの持つ意味についての議論の必要性	
関係者	データの結果をどのように世の中に説明できるのか、また、世の中でどのように活用されるの か、ということが一番大事であると思う。データの持つ意味や何を伝えたいのかということベー スに議論していきたい。
座長	マスコミは、我々が意図したのとは違う方向でデータを使用する危険性が多々あるため、その 事も了解の上でお願いさせて頂きたい。
エ データの収集の方法	
構成員	精度を追い求めるがゆえに、現場での調査がしにくいものになると元も子もないので、まず、ど の位スピードで、かつどの位の数を集めるのが先決である。そこから精度を詰めていくことに なるのではないかな。
構成員	幅広くデータを集めた方が、作業をする中で様々な分析ができるのではないかと考えている。
オ 公表の方法	
構成員	公表の方法については、また別途議論していくことになるので、主目的がどちらかということ を詰めた上で考えていくことが大事であると思われる。

座長	公表の方法をまず先にディスカッションした方が良いということなのか。それとも、今の流れで、後から公表の方法を考えれば良いということなのか。
構成員	今の流れで良いと思う。ただ、どのような公表方法が良いかについては、それぞれで考え、データが出てきた時点で衆知を合わせることが一般的な考え方になるであろう。
構成員	
(2) 救急業務統計作業部会について	
ア 検討項目の追加・修正	
●検討項目の整理	
構成員	検討項目の1番の部分というのは、年報というか、統計解析に使うものをきちんとつくり直そう視点で書かれていると思う。2が多分緊急性が高い、3が準緊急性が高いものになってくるので、精度の細かさやスピードが少し二律背反になるところがある。速報値のようなもので出せる部分と、統計で出せる部分をどのように整理していくのかということを考えていくことが非常に大事な点になる。 これは消防のデータになるので、最後は医療機関からどれだけ情報が取れるのかという話になってくる。一応消防の範囲で取れるところはここまでであるということ、どこをエンドポイントにするかによって大分目的が変わってくるため、理想と実際に即できるところを分けておかねばならない。
●検討項目の追加	
座長	インフルエンザと安全の確保というところが出ているが、これはインフルエンザのみではなく、低体温症等を入れてはどうか。
座長	この作業部会にも教育の問題を中に入れたいと思う。
イ 分析の方法	
事務局	消防の他のデータとどのような形でクロスさせるのかということも各個票が出てくるため、様々な分析の仕方ができると思っている。ただ、逆に何でもできるがゆえにどのように分析できるのかということを先生方には御議論をいただきたい。
ウ 活用の方法	
●特殊な症例のピックアップ	
構成員	たまたまインフルエンザが書いてあるが、救急の事例の中で、恐らく1例1例入れていくと、重要なエビデンスが出てくるのではないかと思う。例えば、特殊なケースで極めて示唆に富んでいるような症例を何らかの形でピックアップできないか。
●救急隊員・救急救命士の状況	
構成員	オンラインの形で1件ごとの情報が統一様式で入力されるようになったのだから、システム上で最終的にどのような項目を拾い集めていくのかをこれから検討していくことが趣旨であると思う。疾病、疾患とは別に、救急隊員の資格別がどうなっているか、地域別での救急救命士の運用状況がどうなっているかを長いトレンドで見てどのような対策を次に打っていくのかということを考えることが救急業務統計には欠かせない課題であると思う。
エ データの収集の方法(データの質の向上)	
●調査項目の見直し	

座長	今までの調査項目の中に少し古いものも表の中にあるが、これらを21世紀、十分に耐えられるデータの検討をお願いしたい。
●傷病の分類	
構成員	検討項目の「トリアージの検討」について、「高度化推進構成員会」の方でも検討させて頂いているが、トリアージの結果が適切だったかどうかを評価するためには、傷病者の重症度、緊急度、それから疾病の最終診断が絶対的に必要であり、現行の分類が必ずしも適していないということが、従前から指摘されてきている。従来のデータとの継続性を考えて、どこまで変えたら良いかということは大きく議論しなければならない。
座長	トリアージの問題の中で、実はICD分類の不備があり、その中で、特に我々が使っている診断の分類の中でもまだ不備があるであろう。作業部会で考えていただきたい。
構成員	急病の内訳が本当に分かりにくく、以前と違い急病の割合が高まってきたのに対して、中身が良く分からなかった。今度、どこまでどのような形で分けられるのかというところに興味がある。
座長	疾病などだけでなく、救急隊員の数や救命士の数についてのデータ、ICD分類、疾病分類について事務局としていかがか。
事務局	「救急・救助の現況」年齢区分、傷病程度などを今後どのような形で分類すると良いかは、まさに議論いただきたいポイントであると考えている。
構成員	重症度について本当に医者がかきちゃんと書いてくれるか、あるいは全国の医師が全てに共通のものが持てるのかは、「トリアージ部会」でも非常に問題になった。ドクターが書くものは残すとして、ではプロである救急救命士や救急隊員が、最終的に自分はこの事例はどういう根拠に基づいて重症や中等症と判断したのか、明確な根拠を何か与えて、救急隊員の目から緊急度を書くことも少し検討する必要があるのではないか。
構成員	疾病群はわかるが、多分これは全てが疾病群で集計されているわけではないのではないか。東京消防庁を見ると、約半分以上が自覚症状しか書いてないためわからない。そういうことからすると、自覚症状も非常に大事ではないか。自覚症状があつて、それで救命士がどのように判断するのかということも大事であると考えている。
座長	外傷について、交通外傷と一般外傷の2つだけになっているが、交通外傷が減少する中、一般外傷が大変ボリュームが大きくなっている。そのところも考えながら病名をつけていただければありがたい。
●処置の状況	
構成員	教育という観点から考えると、「救急・救助の現況」の様々な処置は、どのような判断で処置をしたのか、その処置が具体的にどのような結果を生んだのか、我々医師でいうと、何かの処置をする際には必ず適用があり、そしてその結果があり、その効果の判定をしていくが、様々な処置に関する判断が、数字からでは、何回やったからということしか出てこない。どのような適用でおこなったのか、この表を見ると幾つか疑問がわいてくる。重症度の区分が的確ではないところにも問題があるのかもしれないが、他のデータとリレーションができると、より分かりやすくなると思う。
●医療機関の分類	
構成員	医療機関別の搬送人員について、従来からの告知・非告知と管内・管外、それから国立・公

	立、公的云々と設立母体別になっているが、これは一次、二次、三次、あるいは特殊専門分野の救急医療体制と余り合っていないと思う。例えば、救命救急センターへ運んだ傷病者の重症度、緊急度はどうだったのかなどが出てこない。
オ 公表の方法	
●用語の統一	
構成員	「救急のたらい回し」はもともと「転送」のことだったが、今では「救急の受け入れの回数」で使用されることもある。一定のわかりやすい使い方、「言葉」を考えていく必要がある。
座長	用語の統一について、データを処理する皆さんだけではなく、世間一般にも分かりやすい「言葉」を使用するという重要性を指摘いただいた。
●情報の即時公表	
構成員	「消費者等の安全の確保につながる救急事故情報の収集のあり方」について、収集して還元することが大変重要になってくると思うが、消防庁のオンラインシステムによる収集結果の公表については、システムのどの位のスピードで可能なのか。
事務局	公表のスピードは、1 件ごとに入力があれば可能であるが、入力がないとアウトプットが出てこない。どのような場合にその1件1件を迅速に入力するのかということが重要である。入力する際には、どのような内容をどのような分類で入力するのかということが非常に難しいものであると考える。事故について何もわからない状況から引っ張り出すという作業になるため、どのような形で運用がよいのかということも含め検討いただきたい。
構成員	例えば熱中症について、愛知県で少しモデル的に8月中に各消防本部から手作業で熱中症の件数をまとめ、その日の4時現在の件数を5時半にホームページ上で公表するような仕組みをとっている。また、硫化水素の件数についてのマスコミの問い合わせが多かったため、即日とはいかないまでもそういった情報があれば、なるべく早く県民、市民に情報を還元していきたいと考えている。

2. ウツタイン統計の活用について	
事務局より、平成 19 年中のウツタイン統計データのクリーニングについて、平出構成員に依頼した旨報告があった。これを受け、平出構成員の随行者である京都大学予防医療学・北村氏が、平成 19 年中のウツタイン統計データの状況及びデータクリーニングの方針について説明した。	
(1) 欠損データの扱い	
構成員	基本的にはよほど重要なもの以外は欠損処理しないと現実的には無理なのではないか。 ただ、分析に使用した症例と欠損値で処理した症例とで、基本的な属性が違っていかないかを確認できるようにすることが必要である。 また、最終的に県別や消防本部別の集計を行うのであれば、その偏り、例えばどこかの県に欠損が偏っていた場合に、都道府県比較を行う際には問題となってくるため、基本的には欠測にした上で属性の違いを示すことや都道府県別の分布を出しておき、ディスカッションをして考えることが現実的なやり方ではないか。
(2) データの精度の向上	
●独自に集めたデータの入力	

構成員	独自に集めたデータを入れる際に、ブラッシュアップ、レギュレーションをかけられるものも開発していくなど、継続的に考えていくべきである。
●用語の定義	
構成員	各フィールドの言葉に対してばらつきが起きない定義集をつくと精度が上がるのではないかな。
●ヒューマンエラーの問題	
構成員	ヒューマンエラーによる欠損データについて、平成 17 年、平成 18 年の内容とほぼ同じことが出てきていると思う。具体的に何かアクションを起こさなければ、同じことが毎年繰り返される。入力をする人自身がこのデータの重要性をわかっていなければ、幾らやってもヒューマンエラーは除けない。 入力要項にかかわる問題は、システム上の問題で難しいところがあり、次のシステム改編で行っていくべきである。
(3) データの処理の方法	
●データの処理の方法の方針	
座長	今までのデータの処理の方法と今後のデータの処理の方法についてどのように行っていくのか。今までのデータは捨ててしまってもいいけれども、今後のデータについては疑問点を消防本部に訊くなどするのか。
関係者	今回基本方針を決めたのであれば、平成 17 年のデータから見直し、全て統計を取り直すことが必要であると思う。
座長	性善説というのか、時刻が入っていた場合に、行ったのは当然であるという考え方は、統計処理上は問題にならないということであろう。
関係者	どちらを採用するかに関しては、難しいと思うが、全国のウツタインに関しては、数というパワーがあるので、欠損処理にした方が説明する側として誠意のある対応をしていると言えるのではないかな。
構成員	大阪で1998年に始めたときには、矛盾データのある症例だけを集めると3分の1あり、性善説に基づいて補完していかないとデータにならなかった。 しかし、今回の10万件のデータに関しては、予想以上にブラッシュアップされていると思う。
構成員	救急医学会関東地方会で行った「SOS-KANTO」でも1万例ぐらい集めておこなったところ、7割位は何とか処理ができ、3割位は時間などに問題があり、問い合わせで分かったものがその半分位であった。性善説で判断する(例えば、「目撃者あり」で救急隊が到着したときに誰かがマッサージをしていたのであれば、「バイスタンダーCPR あり」とする)などでブラッシュアップはある程度できるのではないかな。
●入力ミス・入力システムの問題	
構成員	「除細動なし」で施行回数が「10 回」のデータの件数があまりにも多いということは、入力ミスではないかな。
関係者	消防庁のシステムでは、「除細動あり」の場合のみ回数を選ぶようになっている。「除細動なし」で施行回数が「10 回」のデータは、独自システムで入れる際の問題だと思う。このようなミスは、国とは違うシステムの突合あるいはコンバートに問題があるのではないかな。最終的に登録する

	際のオフライン上の突合に制限を設けるようにシステムを変更することは絶対に必要であると思う。
座長	消防本部独自のシステムでの集計は、今後も行われるのか、完全にやめてしまうのか。
事務局	消防本部独自のシステムでの集計は、今後も続く。ウツタインに関しては、今807の消防本部のうち209近くが独自システムを活用しながら入力している。
オブザーバー	データの突合がうまくいっていない場合もある。 消防庁のシステムでは、データの修正の際に、修正前のデータが残ってしまう場合があった。 独自システムからのコンバートにおいては、正しい設定ができていなければ、予期せぬデータが入力される場合がある。例えば「除細動なし」で施行回数が「10 回」のデータが、特定の消防本部でみられれば、明らかにコンバートミスであり消防本部に直していただければ解決する。 しかし、多くの消防本部にまたがってみられるのであれば、別の要因と思われる。 データを欠損値扱いなのか、削除するのか、どう解釈するのかに関しては、分析する方がシステムの現状を十分理解し、消防庁と意見を交わしていただき判断していただきたいと思う。
●過去のデータの処理の方法	
構成員	平成 17 年、平成 18 年のデータ削除の件に関しては、消防庁と相談の上、そういった部分は欠損データとして取り扱ったらどうかということで、削除した。
(4) 基本方針	
座長	1.何か重大な問題点があったら消防本部に確認することを基本方針にしたらどうか。 2.過去のデータ、今後のデータのいずれについても基本方針を貫く。 3.過去を振り返ってクリーニングしてみてもどうか。

3. その他
ウツタイン統計作業部会及び救急業務統計作業部会の構成員及び部会長は、座長と事務局との調整の上で選任する旨、構成員の了承を得た。 第 1 回のウツタイン統計作業部会を 9 月 18 日(木)に予定している旨が、事務局より報告された。

救急統計活用検討会 第1回ウツタイン統計作業部会 議事要旨

I. 日時

平成20年9月18日(木) 14:00～16:00

II. 会場

ホテル ルポール麴町(麴町会館) 3階 ガーネット

III. 出席者

(構成員)

田中委員、長尾委員、二宗委員、平出委員

(欠席) 佐々木委員

(関係者) 京都大学予防医療学:北村氏

(事務局)

総務省消防庁救急企画室

消防科学総合センター

IV. 議題

- (1) ウツタイン統計調査の公表のあり方について
- (2) その他

V. 議事要旨

事務局より、構成員の紹介があった。続いて、出席委員が、平出委員を座長に選出することを承認した。配布資料の確認を行った後、議題について以下の議事が進行されていた。

1. ウツタイン統計調査の公表のあり方について	
事務局より、ウツタイン統計調査の公表のあり方について説明があった。 次いで、北村氏より、ウツタイン統計データの医学的観点から見た分析案についての説明があった。 この後、本部会における検討項目の確認を行い、構成員による議論が行われた。	
(1) クリーニングの基本方針	
ア 基本方針そのものについて	
委員	必要な項目(目撃から119番までの時間、目撃から心拍再開までの時間、除細動の有無など社会復帰と結び付く項目)は、ほぼ100%クリーニングに入れるほうがいい。
座長	目撃から覚知までは難しい問題がある。ただ、そこを目指してやる必要はある。
事務局	(「目撃あり」で)目撃時刻が入力されていないデータは1件しかないので、何らかのデータは入っている。それがどこまで使えるかは、他のデータとの整合性をとるため、また精度を高めるために、消防本部にどの程度まで聞かにかかってくる。
委員	「目撃なし」で「目撃時刻あり」のデータ(609件)がある原因は？救命士や救急隊員の勘違いというのではないのか。
事務局	例えば、最初「目撃あり」で「目撃時刻」を入力したあとに「目撃なし」に修正した場合に「目撃時刻」が残される現象が、前回検討会(親会)にて指摘されている。
座長	それが実際どのようなケースでみられるのか、状況判断が難しい。エラーや矛盾の件数自体はあまり問題ではない。ただし「1か月生存」については、影響が大きい。その辺がクリーニングのときにネックになると考える。 クリーニングの基本方針として、まずエラーの件数が25%以上ある消防本部から始めて、件数が少ない消防本部についてはとりあえずしないとすることでよい。
事務局	全国でデータを見ると、全部なかったことにしていよいようなデータは相当数ある。ただ、地域の比較をでは、エラーの件数が25%以上ある消防本部がある場合に影響があると考え。ただ、25%以上が適切かどうかは難しい。 消防本部に再調査をするので、クリーニングとは違うのだが、そこまでしないと地域別のデータが出せないという問題意識である。
イ エラーの原因	
委員	項目別の矛盾データの件数を見ると、「目撃あり・なし」「時刻のあり・なし」の他、「除細動の回数」「薬剤投与の回数」がかなり多い。これらのエラーが、コンバートによって起こるのか直接入力で起こるのかが気になる。直接入力で起こるのであれば、入力方法の問題となる。コンバートを行っている消防本部は、それぞれ独自のフォーマットでコンバートをするので、コンバートのところでのエラーが起こらない限り起きにくい。
事務局	コンバートと直接入力については、きちんと分けて対応を考えたい。
ウ 再調査しないデータの処理	
関係者	再調査しないデータをどのように処理するのか。欠損値にするのか、性善説で埋めるのか。矛

	盾データとして残ってしまうのは良くないと思う。
事務局	データそのものをなしにする、該当部分だけ空白にして他の分析に使う、平均値を埋めるなどの方法が考えられるけれども、どうするのか妥当かご教示いただきたい。
関係者	性善説で埋めるのが一番好ましいと思う。欠損値にする方法は無難である。どちらがいいというのは難しい。実際にサンプルでやってみて判断するしかないような気がする。それぞれの方法で生存率を見ておいたほうが良いと思う。
事務局	無難な方法であれば、欠損値としたい。25%以下の場合については、研究ベースで研究者の方をお願いするのが妥当だと思う。
座長	欠損として処理した場合と妥当なアルゴリズムで埋めた場合とを比較してあまり違いがなければ、欠損とすることも可能だと思う(検討会親会で構成員の指摘があった)。
事務局	保険として、方針の3つ目にあるように、都道府県にデータを返すことにより、経年変化を見たり、手持ちのデータと照らして見ていただいたりして、地域におけるストラクチャの明らかな差を開眼できればと思う。
関係者	我々が一番知りたいところが抜けているデータが多いというのは、評価する上でまずいと思うので、(データ処理の)ルールを決めておかないといけない。最終的にはこれらのデータも突合をかける方向にすればよいと思うが、この点はどう考えたらよいか。
座長	欠損データを合理的な基準に基づいてアルゴリズムをつくって埋めたりする工夫も要るのではないかという指摘だが。
事務局	逆に、突合ルールがない項目(例えば除細動の有無)は、チェックがなければその作業をやっていないと判断していることになるので、むしろ、ちゃんとやったかやっていないかを選ばせた方がよいのかを考える必要がある。現在は、突合ルールがない項目は、やっていないと判断しているので、埋まっているといえれば埋まっていることになる。
関係者	そのようなコンセンサスがあれば問題ない。まったく判断がないままにして解析するのは好ましくない。
以上の議論を踏まえ、データのクリーニングについて、事務局が示した基本方針の通り進める旨了承を得た。	
(2) データの公表の方針	
ア 公表の方法	
委員	(2005年の都道府県別データについて)こんなに都道府県格差があるのか。母集団が全然わからない。このようなデータを出すことによって、さらにマスコミにとりつかれるような気がする。このデータがこのような原因でこうなったという補足が必要だと思う。
事務局	目撃ありの症例だけでなく、どれだけ心肺停止症例があるのかも含めて出さねばというご指摘だと思う。どういう切り口で見ればいいのかについては、まさにご指摘いただきたいところである。きちんと見せていきたいと願っているところである。
座長	生存率の値はかなり慎重に扱う必要があるが、値自身が独り歩きしてしまっている。こういう形にならないような工夫をしなければならないというのが我々のコンセンサスだと思う。
イ 公表の内容	

●転帰・予後に関する項目	
座長	救急救命処置の効果にかかわる点について、できるだけクリーニングをして公表していきたい。「1 か月後社会復帰率」として、機能がよい症例に限った方がしっかりしたデータが出せるという指摘もある。「社会復帰」を CPC、OPC ともに 2 以上とすることに問題はないと思う(同調する構成員の発言あり)。「1 か月生存」には、CPC、OPC がかなり悪いのに転院している症例が含まれているおそれがある。
事務局	これまで公表した項目についても、「1 か月後社会復帰率」を入れた方が妥当だと思う。「1 か月生存」と「1 か月後社会復帰率」を併記する格好にするのか。
委員	「1 か月生存」の内数として出てくる。
委員	CPC、OPC はともにエラー件数 0 となっているけれども、1 か月生存についてはすべてチェックされているということか。
事務局	入力自体はされている。しかし、「1 か月生存なし」で CPC が 1-4 である症例がかなりある。
委員	均整をもって出せばいいのだが、全部チェックできているのかという気がする。
座長	「1 か月生存」があやふやなので、もう少し頼りになる指標を模索したいという願いがある。
関係者	将来的には「1 か月以内の生存退院」をとっていくことになると思うけれども、そうした場合に、データが正確になると、逆に生存率が悪くなる現象が起こらないとも言えない。
座長	全症例が 11 万件あっても 1 か月生存は必ずしも多くないので、その部分でのエラーは大きく影響する。その点も、できるだけ以前のデータも尊重しながら一貫した説明ができるような工夫をしなければいけないと思う。
委員	転院の有無を項目として設けることは可能か。退院したならばほぼ社会復帰したと判断でき、転院したグループは脳機能が悪くて転院という感じでとらえられるのではないかと思うが。
座長	消防本部として追跡することは可能か。
委員	転院の有無は可能であっても、その後の状況は無理だと思う。
座長	医療機関から歩いて帰ったというような情報はわかるか。
委員	「1 か月以内の退院」についてはとれると思う。
座長	これは、今後追加して収集することが望ましい項目に含めて考える必要があるという指摘であり、もっともなことだ。
委員	それがウツタインにおいて一番大事なところだと思うので、もう少し精度を上げた方がよい。
●心室細動の症例	
委員	昨年公表したデータのように格差があるデータでなく、目撃者ありで初回心室細動例に限ったデータを都道府県別に出しても狂いはないと思うが。
座長	症例数がかなり少なくなる可能性がある。
構成員	目撃者なしでもよい。
ウ 教育	
委員	作業部会の検討項目の「教育のあり方」にも関わってくるが、消防本部がどこまで病院のデータを追跡するか的重要性をわかっていないとできないと思う。 データの入力については、救急隊員が出動して帰ってきて行っているところや、データ管理者

	が管理しているところなど、全国で見ればばらつきがある。教育にてこの部分を強調していくことが、最終的にデータの精度を上げるために必要だと思う。
座長	ウツタインの転帰の調査については、医療機関側でも少しずつ認知されてきている。この点を消防側からも進めていくべきだろうと思う。
以上の議論を踏まえ、今後の公表内容について、事務局が示した項目を方針とし、心細動症例に限定した結果を加える旨了承を得た。	
(3) その他の内容	
ア 対象とする症例	
委員	救急隊が出動して現場で心停止になっていたときに、CPR を開始するか否かによってかなり母集団がかわるので、そのあたりの把握はできるか。
座長	蘇生をするかしないかという基準が地域によってかなり違うのではないかとということか。
委員	日本(の生存率)が悪いのは、本当に助かりそうにないと思われる傷病者まで運んでいるからだと思っているけれども、都道府県によって違うのか。数が変われば、社会復帰する率が高くなるのではないか。
座長	助かりそうにない傷病者を蘇生しないと割り切れる地域と、形だけでも運ばなければならない地域とがあるのではないか。あるいは、形だけ運んだ場合に、蘇生を試みていない地域もあるのではないか。
関係者	防ぎ得る死と防ぎ得ない死をはっきりさせなければ正確な救命率の把握や向上につながらないので、母集団を正確にしたいというのは必要だと思う。
委員	今の入力基準では、病院で発生した CPA 症例で 119 番を呼んだときも、入力の対象になっている。医院からの転送に関しても本来ならば入力の対象にならないのだけれども。
委員	地域によるデータのとり方の違いはあるかもしれない。これらの均整がとれるかどうか今後大きな問題だと思う。その辺は教育の問題にも入ってくる気がする。
委員	老人保健施設等で呼ばれる場合が多くなってきている。ここでの CPA 症例も増えてくると考えられるので、それをどうとらえるかも蘇生率を見る上でポイントとなりそうな気がする。
イ 口頭指導について	
委員	口頭指導について、従来どおり標準的なものから始めて、だめだった場合に胸骨圧迫となっているけれども、胸骨圧迫が本当にいいのかを全国規模で検証してもらって、よければ国全体で変えた方が効果的ではないかと思うが、その検証ができれば。
委員	既にかかなりの消防本部で人工呼吸なしで指導をしているという事実はあるように思う。ただ、口頭指導もよく練って指導しないと、逆に中断時間が増えてしまう可能性がある。
座長	もう 1 つ大きなテーマかもしれないが、少なくとも調査から始める価値はあるかもしれない。

2. その他

事務局より、消防庁から公表された「平成 19 年救急・救助の概要(速報)」についての説明があった。最後に、事務局より、次回の部会を 11 月頃予定している旨連絡があり、閉会した。

救急統計活用検討会 第2回 ウツタイン統計作業部会 議事要旨

I. 日時

平成20年12月1日(月) 14:00～16:00

II. 会場

アルカディア市川(私学会館) 3階 鳳凰

III. 出席者

(委員)

佐々木委員、田中委員、長尾委員、二宗委員、平出委員

(オブザーバー) 京都大学予防医療学 北村氏

(事務局)

総務省消防庁救急企画室

(財)消防科学総合センター

IV. 議題

- (1) ウツタイン統計調査の公表のあり方について
- (2) その他

V. 配付資料

資料1 ウツタイン統計調査の公表のあり方について

資料2 2007年ウツタイン統計データ分析結果公表(案)

参考資料 第1回ウツタイン統計作業部会 議事要旨

VI. 議事要旨

配付資料の確認を行った後、議題について以下の議事が進行された。

1. ウツタイン統計調査の公表のあり方について

(1) データクリーニング・データ修正について

事務局より、資料1を用いて、ウツタイン統計調査の公表のあり方について説明があった。

座長 消防本部によって25%以上のエラーの項目が多いところと少ないところがあり、かなりばらつきがあるということである

委員 2007年の修正前と修正後で、一番多いものは「医師乗車なし×救命処置あり」である。何が問題点になっているのか。このようなデータを取り続けていると、次年度も全く同じことが起こるのではないのか。

事務局 「医師乗車なし×救命処置あり」に関しては、一応エラー項目として挙げてはいるが、前回指摘があったように、実はエラーとは言えないという項目である。

委員 10万件のうち救命士が実施した処置件数が出ているということなのか。

事務局 「医師等の2次救命処置」が「あり」という項目になるため、救急救命士が行った救命処置ではない。

現場において実施され、その後、現場までの搬送においては、医師の乗車がなかったという事案もあれば、医療機関に収容した後、医師による2次救命処置がなされた事案も確認できた。＜医療機関に収容した後、医師による2次救命処置ありの場合は、消防本部に入力データの修正をして頂いた＞

委員 現場ということは、第一線のクリニック等も入ってきている。全ての医師の処置が入ってくるため、この項目の解釈は難しく、使えないかも知れない。

委員 救命士が現場にいる場合、医師は非番であれば救急車に乗車しないであろう。非番の医師と非番ではない医師の区分については、どのような扱いになるのか。

座長 即ち、システムに含まれている救急担当の医師、あるいは現場に派遣された医師が処置を行ったのかということである。たまたま居合わせた医師、通りがかりの医師が処置を行ったのかどうかは分からない。

委員 要するに「医師同乗なし」と「救命処置あり・なし」というのは、突合できる項目ではないということであろうか。

事務局 指摘の通りである。突合するとエラーの場合もあるが、エラーではない場合もあるということである。

座長 今回は、かなり大々的に行って頂いたが、これを期に継続的にブラッシュアップが進むことがかなり期待できると思われる。

ブラッシュアップされる過程自身も非常に分析の対象になるのではないかと、是非そのような点でも見てみたいと思う。

(2) ウツタイン統計データの公表内容について

事務局より、資料1, 2を用いて、ウツタイン統計調査の公表内容について説明があった。

座長 今回、大体考えられるもの全てを出して頂き、今まで行政として公表してきたものに少し社会復帰率等を加えて出して頂いたということである。

行政の公表の従来の継続性も少し考えていかなければならないと思う。

ア 「一般市民による除細動」の救命効果について

座長 (資料2)13ページに、一般市民により心肺停止の時点が目撃された心原性の心肺停止の内、市民等により除細動が実施された症例が287件である。これはほとんどがAEDしかないため、結果として287件は、VF/VTであったのではないのかということが言える。ところが、14ページを見ると、市民等により除細動が実施された症例が94件

である。これは、救急隊員が心電図を装着した際にVF／VTであった症例の中で市民等により除細動が実施された症例であったということになるのではないと思われるが、すると、この両方を一般に示すということは非常に分かりにくいのではないか。

事務局 海外の状況でもこのような問題に直面するのではないか

座長 海外では、一般市民により除細動が行われた場合の解析については、特定の空港の中や非常に限られた条件の中での報告が多く、このような総括的なデータはないと思う。

委員 市民によるAEDが実施された場合の社会復帰率と、市民が除細動を行わずに救急隊が到着した際に除細動を行ったものとの比較の方がより分かりやすいのではないか。要するに、より早く皆さんに行って頂いた方が、より効果的であるということ。

可能であれば、除細動がかかるまでの時間が分かるとよい。統計では市民による除細動は大体4分50秒位で、救急隊が到着し除細動をかけるまで14～15分位である。すると半分位のデータであるから、やはりより早くかけるということを強調した方が市民、また、マスコミにもアピールできるのではないと思われる。

座長 それを言うためには、時間の分析についてのサポートが必要である。ただ「除細動は市民が行えば良い」と誤解を生む可能性もある。

個人的な考としては、まず、行政から公表するものとしては13ページだけで良いのではないと思う。市民等により除細動が実施された症例が287件あるということ自体に非常に説得力があり、ここの生存率が非常に高いということが非常にシンプルなメッセージであると思う。

その後、救急隊が実施したものとの比較をすることについて非常に興味はあるが、今回については恐らく「市民等により除細動が実施された症例」を強調して研究的分析等、次回取り入れるような形で考えても良いと思っているが

委員 9ページの除細動の適用症例が5,367件であるが、10ページのVF／VT症例が4,403件である。ここで、900件位の差があるのは何故か。

VF／VT症例4,403件の内、除細動の適用症例が4,255件である。除細動を救急隊が行ったものであると思うが、5,367件との差はどういったことなのか。

事務局 9ページでは全体の2万件の中で、実際に除細動を行ったということでの数である。10ページは、VF／VTを把握して尚かつ除細動を行ったということでの値になる。その差を確認したい

委員 私が理解したのは、9ページ目は活動中であるから、到着した時にはVFではないが、途中でVFに移行し、除細動を行ったものが入っているのではないか。

座長 多いかも知れないが、それで良い。

もう1点、10ページの最初はVF／VTであるが、結局除細動の適用外になってしまったものが139件ある。これは、これでも良いのではないか。最初はVF／VTであった、あるいは、今でもVF／VTであるが、波が小さい等かからないというものもある。

委員 適用外というのは外した方が良いのではないか。

座長 「結果としてしなかった。」表現の仕方を工夫してはどうか。「除細動(一)」のような感じであると分かりやすいかも知れない。

委員 一番分かりやすいのは、「除細動前に波形変化」である。

座長 それは一番分かりやすい。表現については、過去の発表も参考に、誤解の少ない表現の仕方を工夫して頂ければ良いと思う。

- 事務局** 実施(+)実施(－)か、「実施」か「非実施」か、ワーディングは事務局で調整をして相談したいと思う。
- 心原性かつVF／VTの心肺停止症例について、このVF／VTをいつのタイミングで把握するかであるが、救急隊が接触しても最初に心マから行くと、まず、VF／VTは後回しになるため、その辺も含めて「初期」という言葉で表すものが非常に難しい。しかし、いきなりワードを変えると、混乱が生じるのではないかとということに事務局としては少し頭を痛めているところである。
- 座長** 表現によっては、「装着時心電図」という言い方をしている場合もあるが、いつ装着するのかは現実でも割合ばらばらであるため、非常に難しい。そこに説明を加えるのは一番簡単であろうと思うが。
- 委員** 2ページ目の一番下の赤で記述してあるものではないのか。
- 座長** それでもいいと思うが、ポンプ隊は入らないという意味か。救急隊、消防隊、その表現、注釈を赤で書いてあるところは両方とも大事である。
- 委員** ウツタインの中で、ポンプ隊が入力するということはほとんどないと思われるため、一般人と実際に着手した2分後の最初の波形解析の間には随分時間差がある。そこをどのように表現するのかということであると思う。
- 私は、(市民による除細動件数)287件、この数字の方がインパクトがあると思う。
- 座長** (VF／VTの場合の市民による除細動)この94件自体は余り意味がないため、見せる必要はないであろう。
- 委員** 一番心配しているように、94件を見たときに去年より減ったのではないかと思った。初期心電図波形の注釈をしっかりとつけ、あくまでもここを出している94件は、相当一般人の接触から時間が経過した後の、しかも救急隊接触後2分後以降の波形であるということを示しておけば誤解は生じにくいのではないかと思うが、ぱっと見るとやはり誤解を生じてしまうような気がする。この図なしでも良いと思う。
- 委員** けれど、(P14)この図の左側を出したい< 4, 309件と287件を(比較し)、より早く行った方が良いということをアピールすることである>
- 座長** この287という数字は、を大事にしたい。このツリー、テンプレートを大事にしたいと思う。また、「適用外」、「適用」についても工夫して頂くという2点である。
- イ「救急隊員による心肺蘇生の開始時点」の救命効果について**
- 委員** 定義は、倒れてから3分以内なのか、あるいは、119番がかかってから3分以内であろうか。
- 事務局** 目撃された時点からである。
- 委員** これは、救急隊が到着した時には心肺停止ではなく、搬送中に心肺停止になった症例でもないにも関わらず、倒れてから3分以内に心肺蘇生が開始されたものが1,341件もあったということなのか。
- 座長** まず、その精度の問題がある。また、もう1つ確認したいことは、昨年まではこの形で出していたのか。
- 事務局** 社会復帰率は入っていないが、別紙3そのものは出している。
- もう1点追加であるが、P7の端の方、「うち、心肺蘇生が実施されなかった症例」や「うち、目撃から心肺蘇生開始までの時間が不明の症例」については「その他」扱いに近いものになるが、出していない。
- 座長** これは、正直な形で非常に良い。確かに、collapseが目撃された時点ということであるから、推定の要素はかなり入っている。

- 委員** その際、あえぎや呼吸が残っているときには119番をかけていないという場合が一番の大きなネックになってくると思われる。
- 心肺停止で119番をかけた後かなり時間が経過しているため、データの的には明らかなのは出にくくなってくのではないかと思われる。
- 座長** 3番目に検討しなければならないことは、この数値自身に多少のばらつきがあるというとおかしいが、ある意味では3～5分、5～10分の間の差というものはどれほど大きなものであるのかは問題があると思う。数値的にも非常に接近しているため、「余り差がない」という言い方ではいけないのか。これは、このまま公表しても大きな問題はないのではないかと。
- オブザーバー** 「目撃されている」このデータ自体、覚知時間も各地で取られているものよりある程度は質が落ちると思う。
- これだけ大きなデータであるため、出来るだけ精度を高くして分かりやすく伝えようと思うと、「覚知コールからの時間」というものが一番正確に出せる時間であるため、コールから5分以内、5～10分、10～15分というふうに出す方が好ましいと思う。
- 委員** しかし、せっかく「目撃」があり、その目撃時点から救急隊が何分で行き救命率がどうであるかを出している。
- 「覚知」の場合は、心肺停止時間が出てこないため、かえって正確な数字にならないのではないかと。要するに、恐らく心肺停止から何分で救急隊の活動を始めた場合にどのようになるかということを出していると思われる。その心肺停止を目撃された時点が正確かどうかという問題はあるかも知れないが、取り方としてはこのような取り方が良いのではないかと気がする。
- 委員** こちらの方がベターであると思うが、時間的に今3層に分かれて、5分以内と10分ということになっている。5と10分位で分けても良いのではないかと。
- 委員** 実は◎◎市も同様で、17年も18年も3分～5分よりも5～10分到着の方が生存率が高くなってしまった。時間の切り方が問題なのではないかと、少し分からない。
- 座長** それは、もしかしたら真実かも知れない。ただ、救急隊が「目撃された時点」をある程度聞いているということであれば、生かしても良いと思う。しかし、もし一律に覚知より2分前などにしているようであれば、やはり「覚知」を使った方が良いと思われる。
- 委員** 「最初に目撃された時点」の時刻入力都道府県によってまだ随分ばらつきがあるが、これを今の段階できちんと出してはどうか。言葉として間違っていないと思われるが、誤った印象を受けてしまうのはどうかと思う。
- 東京でも救急隊が14～15分かかっているところで、何故3分で心肺蘇生ができていたのかということである。近い事例等色々なものがあると思うが、そういったところを考えたときに、この3分置きの時間の区切りは余り意味がないのではないかと。
- 大きく分けると、10分の前と10分の後位しか差が出てきていないように思う。VF／VTに関しても余り3分間で差があるようにも……。
- 委員** 3分以内で救急隊が到着することは、消防署の隣でない限り簡単なことではないと思う。そう考えると、恐らくこの「目撃された時点3分以内」というものは、要するに119番して救急車を要請した後に「付き添っていた家族が心肺停止を確認した」ということだと思われ、救急隊がこの時点を確認しているわけではないのではないかと。
- 事務局** クリーニング前ということが前提であるが、平成17年が1,087、平成18年が1,332、そして今回が1,341であり、大きな変化が見られないと思われる。
- 委員** 可能であればROC曲線をかいてカットオフ値を出して頂くと分かりやすい。恐らく、

5分、10分というものは余り良いデータが世界的にはないため、逆に日本からアピールするべきであると思う。

委員 時間の枠が10分以上になっているのであるが、例えば、10～15分をもう1つ追加することは難しいのか。

事務局 幾つかデータを出してみる

委員 時間の問題も非常に大きいと思われるが、先ほどから出ている「目撃」なのか「覚知」なのかについて、全国的にばらつきがある中でこれを出すと、読んだときに「目撃された時点から」と記載されているため、誰もがさかのぼって時間を計算しているのであろうと考えるのではないか。すると、将来的に覚知時間から、あるいは推定する目撃時間をきちんと入力するようになってきたときに、数値上の違いが相当出てくるのではないか、困ったことになるのではないかと危惧する。

様式を変えるのではなく、例えば、「心肺停止が目撃された時点」に関して、少しコメントを入れておくような逃げ方をしてはどうか。

ウ データ定義に関する注釈について

座長 「OPC、CPC」や「初期心電図」に関する説明、それに加えて「目撃された時点」に関する注釈、特に「覚知」との関係については、なおばらつきがある旨の説明をしっかりと記載する必要がある。

委員 「心肺停止」であると一般市民の方は、呼吸が完全に止まったという想像をするため、「心停止」という言葉の方が良いのではないか。

また、心停止時間で意識がなく、呼吸が変だというようなところでも「心停止」とするということを定義として用いてはどうか。向こうでも、「cardio pulmonary arrest」ではなく「cardiac arrest」である。

座長 「cardiac arrest、心停止」は出来るだけ早くVFを見つけるということが必要であるため、呼吸が完全にとまったときではないということである。そこも含めた注釈を工夫する必要がある。

委員 「心肺停止の時点」を一般市民が判断することは非常に難しいと思われる。

現在、応急手当、応急処置の講習会などでは「呼吸停止イコール心停止」という言い方をしているため、その辺の真実が少しつかみにくい。

座長 正常な呼吸がないことを「心停止」と呼んでいるのであるが、正常な呼吸がないことをなかなか理解して頂けない。呼吸そのものが全くないという考えになりがちである。

事務局 医学的な話としては「心肺停止」で問題はないのであるが、あえぐ呼吸等は、呼吸のように見えるが、有効な呼吸機能ではないということを一般の方に伝えることが難しい。

座長 そこはアピールしないと難しい。「心停止」も完全に呼吸が止まった状態ではなく、「肺の停止」も完全に肺が止まった状態ではない。ファンクション(機能)が果たせていない状態を言っているのである。注釈に「なお、心肺停止とはこういうことである」という説明を入れて頂くと、より良いと思う。

事務局 どちらからいくかは別にしても、「機能停止」についてきちんと説明をする。

エ 「救急救命士による処置」について

委員 別紙5の「救命士」と「一般救急隊員」の比較のデータについて、「救命士」と「一般救急隊員」という区分のみで出すと、救急隊員がやっている処置が正しいのかということになるのではないか。

また、ポンプ隊など、救急隊員以外の方たちが先着して除細動しているケースもあるのだから、そういったものに関してのアピールも分けても良いのではないかと。

一般市民による除細動の適用ではなかったケースに初めて救命士の処置が出てくるのであるから、これこそが救急救命士等が救命率を高めているという事実が裏に潜んでいるのかも知れない。そういったところについて、このデータを見ているといつも疑問に思っている。

座長 一般救急隊員により処置された症例というより、救命士がいない状況下、環境下での処置と考えた方が良いかも知れないということである。

この数が少なくなってくれば、意味がないので示さないという時代が来るであろうと思うが、どうであろうか。

事務局 検討させて頂きたいと思う。もう1点ご教示頂きたい。

心原性ではない方についての救急救命士利用について、個人的には興味深いですが、これまでの世界的なウツタインの利用方法からすると非常に先駆的、斬新なやり方になるのではないかとと思うが、いかがか。

座長 余り検討したことはないと思う。やはり、VF/VTがターゲットであったと思う。

委員 現在は、恐らく各地のEMSのシステムや乗車率など色々なものによって大きく変わってくる存在であると思う。今のような質問がもしあるとすると、この別紙5こそがまさに地域の環境の差を表しているものであろうと思う。

一般救急隊の方々も一生懸命やっていると思うので、救急救命士が乗車していない場合での率はこうであるという言い方の方が良いのではないかと。また、ポンプ隊が先着したときの蘇生率あるいは社会復帰率も入れることにより、PA連携が有効であるということを示すことができるのではないかとと思う。

事務局 表の出し方は、再検討させて頂きたいと思う。ウツタインでよく言われる防ぎ得る死でターゲットにされている心停止以外の裏のところは、研究ベースになってくると思う。

オ「都道府県別のデータ」について

座長 社会復帰率数名という都道府県もあり、しかも、3年で見るとばらつきが非常に大きい(別紙9-2)という問題点も明らかになっているため、都道府県別のみで強調することは難しいということも提示できている気がする。

事務局 昨年の注釈では、「ただし正確な比較をするには母集団が少ないこと、データ精度の向上のためにさらなる入力要領の徹底やシステムの改修が必要であることが指摘されていることなどに注意を払う必要があります」と、一応全体注釈として入っている。

座長 N数が少ないことが非常に大きな問題であるため、ブロックごとにある程度まとめるとより真実に近い分析もできるのではないかと。

今回は3年分を合わせたデータも提示したという言い方もできると思う。しかし、それでも○○県は少ない。

座長 個人的な意見では、ここに準備されたデータについては全て出してはどうかと思う。

もっとも、別紙7と8の比較はしても良いと思うが、この3年分を合わせたデータや3年分のばらつきのグラフなどは、N数からいっても、まだ個々の都道府県別の分析については難しいのではないかと、また、その限界も示していると思う。

都道府県別については、昨年より注意をもう少しダイレクトに書いても良いと思う。

(3) 教育に関する事項

座長 入力する側の教育が非常に重要である。

消防学校や救命士の養成所において、これをカリキュラムとして追加することはなかなか難しい状況であるということで、MCにおける再教育や救命士の就業前研修などにおいて実施するというのが良いのではないかと。

事務局 消防大学校あるいは救急救命士の養成ということでは、既にカリキュラムが確立しているということもあり、すぐに組み込むことは困難ではないかと思われる。入力システムの問題については、各消防本部によってソフトが余りにも異なるため、全国的に一律教育ということはなかなか難しいのではないかとと思われる。

地域に根差している就業前研修や再教育の中で実施するということが望ましいのではないかと考えている。教育の統一化を図るため講習資料とそのコンテンツを議論頂き、それを詰めていくことが大事であると考えている。

委員 地域ごとに入力様式が異なるということを考えると、教育に余り労力を割かずにできることは地域MCの中での再研修であろう。

ウツタインの概念導入は、救命士課程においても既に行われていなければならないものであると思う。

消防大学の例年講義で一度行ってみたが、大体1時間から1時間半位で、ガイドライン2005を含め、データ等の必要性を話すと、それなりに理解は得られるのである。

入力のみに限定すると、地域MCでの再研修が理想的であると思うが、概念は救命士全体が持っていなければならないため、養成課程の教科書にも載っている部分で講義を組み込んで頂くことが理想的ではないかと考えている。

教材としてのパックを作ることが必要と思う。

座長 両方使えるかも知れないという感じがする。やはり救命士の養成課程でも取り入れていく、ただ、パックがあると非常に使いやすい。先生であれば、すぐに作ることが出来るかも知れないが、他の教員には難しいということもあるかも知れない。

委員 実際に行うのは救命士、救急隊員であるが、救命士になって初めて行うのではなく、消防の用語と同じように「ウツタイン」という用語くらいは知っておいて欲しい。

委員 「ウツタイン」という言葉がまだまだ浸透していない部分があるため、救命士の前の救急課程などで早目に浸透させるということも必要であると思う。

委員 薬剤投与を実施したのと同じようなイメージをしているが、やはり新任に対してはコンセプトから、そして現任者に対しては生涯教育や消防の継続教育の中で導入すること。また、ウツタインの概念と知識、現行で行っている入力、この2つのツールが欲しいと思っている。

2. その他

事務局より、公表については座長や適宜委員の先生とも相談しながら進めていくことと、次回の部会を1月16日に予定している旨連絡があり、閉会した。

午後3時56分 散会

救急統計活用検討会 第3回 ウツタイン統計作業部会 議事要旨

I. 日時

平成21年1月16日（金） 14:00～16:00

II. 会場

全国町村会館 2階 第3会議室

III. 出席者

（構成員）

佐々木構成員、田中構成員、長尾構成員、二宗構成員、平出構成員

（事務局）

総務省消防庁救急企画室

（財）消防科学総合センター

IV. 議題

(1)ウツタイン統計データ公表について

(2)ウツタイン統計の教育への活用について

(3)ウツタイン統計作業部会報告書骨子（案）

(4)その他

V. 配付資料

資料1 ウツタイン統計調査の公表及び教育への活用について

資料2 心肺機能停止傷病者の救命率等の状況（公表案）について

資料3 ウツタイン統計作業部会報告書骨子（案）

参考資料 第2回ウツタイン統計作業部会 議事要旨

参考資料 「心肺停止傷病者に対する、バイスタンダーCPR実施の現認とその有効性の検討について
ーバイスタンダーCPRの質の評価と評価表の作成についてー」

VI. 議事要旨

配付資料の確認を行った後、議題について以下の議事が進行された。

1 ウツタイン統計データ公表について

事務局より、ウツタイン統計データの公表(案)について、資料の説明があった。

(1) 「心肺機能停止傷病者の救命率等の状況(ポイント)」について

ア クリーニングに関するコメントの追加

- 座長
- 「心肺機能停止傷病者の救命率等の状況(ポイント)」に、今回3年分のデータをチェック修正し、中には消防本部に問い合わせ整合したものもあることを入れた方が良いのでは。
- 事務局
- 3カ年分の出し直しも含め、クリーニングしたということをどこかに明文化するような形にしたい。

イ 「一般市民による応急手当」の重要性について

- 委員
- 「一般市民による応急手当」の定義によれば、AEDまで入っている。すると、応急手当の中でAEDが飛び抜けて増えたために良かったものであるのか。
 - 少し解析をさせて頂いたところ、バイスタンダーCPRも増えている。そこがアピール出来ると更に良いのではないか。
- 座長
- 別紙6を見ると、一般市民により除細動が実施された症例が2005年、2006年、2007年と増加するに伴い生存率も増加しており、3年間の間に生存者が10倍になっている。これは、非常にインパクトがある。
 - これは、AEDの効果のみではない。応急手当の普及についても是非ポイントに入れて頂きたい。
 - 「一般市民により目撃されて除細動が実施された件数」についてもグラフにし、除細動を行った中での生存率も上がっていることを補充して頂くと更に良くなると思う。

ウ 「一般市民による応急手当」の解説について

- 委員
- 「一般市民による応急手当」の解説については、「心肺蘇生法及びAED」という表現ではなく、「または」にしてはどうか。
- 事務局
- 可能かどうかも含め、事務局で工夫しようと思う。

エ 「AED」の解説について

- 委員
- AEDの用語解説について、「心室細動や無脈性心室頻拍など」となっているが、正しくは「心室細動か無脈性心室頻拍の不整脈」ではないか、「など」は必要ないと思う。
- 事務局
- 「など」を消す方向で、用語の修正をさせて頂きたいと思う。

オ 「初期心電図波形」の解説について

- 委員
- 「初期心電図波形」の定義について、一般市民がいった時にAEDが入っていないということを条文に入れておいた方が良いのではないか。
 - 「一般市民によるAEDで回復した症例」が含まれないことにより、データが少し変化することや、慎重に扱ってもらいたい旨を記載して頂きたい。

カ 「心肺蘇生は早期実施が有効」について

- 委員
- 「目撃のあった時刻から救急隊員が心肺蘇生を開始した時点までの時間の区分ごとに」という表があるが、この時間帯はバイスタンダーCPRがなかった部分であろうか。
- 事務局
- 救急隊がCPRを開始したのは15分以上経過してからであっても、一般市民が倒れてから速やかに行っているケースもあり得る。

- 恐らく一般市民が早期で行っているということがあるからこそ、1カ月後生存率と社会復帰率を経年変化で見た場合に、15分以上でも値が若干上がって来ているのではないかと推察されるところである。
- 座長 ● そうすると、これで公表してみるということではいかがか。

(2) 都道府県別のデータ公表について

- 座長 ● 都道府県別の扱いについて、部会として、「都道府県別の単純比較は好ましくない」と強く明確に示しても良いのではないかな。
- 余りにひどい報道があれば、マスコミに対し、正しく報道するよう部会として指摘する必要もある。
- 事務局 ● 「まだまだ母集団が少ない」という表現をした場合に、マスコミから「では、何人集まれば良いのか」という問い合わせも来るのではないかな。
- 座長 ● この母集団については、年間10万件全体のことでありと捉えられやすいため、「都道府県別の場合」また「都道府県別の生存者数から見た場合」など、限定して頂きたい。
- 委員 ● 上位トップテンくらいは発表し、他の都道府県もそこに入りたいという気持ちになって頂ければ良いのでは
- 座長 ● 例えば救急隊到着前に元気になった方は入っていないということを考えると、東京では非常にAEDが使用されているにもかかわらず、少し過小評価されている可能性もあるということはある程度考えて頂いた方が良いと思う。
- 「比較」が好ましくないということではなく、「単純比較」は好ましくないということを入れたら頂きたい。

2 ウツタイン統計の教育への活用について

- 委員 ● 教育が必要であるということ、また、どのような機会に実施していくかということがポイントであると思う。
- 救命士の教育の機会は、救命士有資格者への継続研修、生涯教育の部分が提示されており、現在、消防側の方々も何を行えばよいのかを考えているところであるため、最も取り込みやすい部分ではないかと思っている。
- 次に、就業前の養成課程が考えられるが、既にカリキュラムが確立されているため、次回、救命士教育のカリキュラムの変更チャンスがあれば、組み込むような形が最も良いのではないかと思っている。
- 形としては、提案頂いた講習資料の内容で十分であると思うが、統計に関しては、救急隊や救命士に対して、どのように解りやすく伝えるのか
- ウツタインの様式に加え、このようなデータが最終的に自分たちの行っている活動のどのようなところに反映されているのかを実感することが出来るのがこの教育に必要であると思っている。
- そのような内容を作ることは簡単ではないが、例えば、この委員会で原案(スライド30枚くらいにまとめた使用例等)を作成し、各地域のMCに提供して地域ごとアレンジして使用出来るよう、骨格のみでも地域に提供できるのであればよいのではないかな。
- やはり、地域MCベースでこのような教育がなされるということが今の段階では重要であると思う。
- また、骨子があることで将来的に養成課程教育の中に組み込む際にも解りやすくなっていくのではないかなと思う。
- e-learningの実効性を考えると、本人がどれだけ理解したのかを確認出来ないこと、また、本当に知ってほしい救急隊員や、救助やポンプの方々にも見て頂けるのか分からない内容を e-learning で組み込むことが困難なのではないかな。

- 委員
 - 教育資料は、様々な所で様々な作り方をすると、色々なニュアンスが生まれる可能性が出てくるため、例えば、このような委員会の中で、全国統一で配布できるものを1本作る必要があるのではないかな。
- 委員
 - 例えば、今後の救命士のテキストに、教育資料としてこのような内容を入れて頂くよう、この委員会から依頼出来る機会があると良い。
 - 更にそれを他のテキストにも移し込んでいけると良いのではないかな。
- 座長
 - 様々な機会があるので活用出来るはずであるから、まずはパッケージ(教材)を作ることから始めるということではいかかな。
- 委員
 - 1問でもウツタインに関する問題が出ると教えざるを得なくなるので、国家試験委員の方に少し意識して頂ければ、やりやすいのではないかなと思う。
- 座長
 - パッケージを作ること、また国家試験等周辺のことも非常に重要であり、リンクして考えて行かなければならない。
 - そのパックをどのように作るかというところが一番であるが、いかかな。
- 委員
 - 1案として、骨子の項目のみを挙げていき、どの程度の内容を含むスライドを作成するのかというところまでこの委員会で提言を作り、作成に関しては、次年度に考えて頂いてはどうか。
 - 内容的には、皆の行っている胸骨圧迫やAEDがこれだけ効果に結びついているということが分かると良いのではないかな。
 - 一般市民に対する指導方法の徹底や一般市民が行っているバイスタンダーCPRの実効性の有無について、現場に行った時に判断が出来るような説明が少しあると良いのではないかな。
 - バイスタンダーCPRに関しては、非常に高い精度を持って行っている所もあれば、そうではない所も多いことは、問題であろう。今後、何らかの定義づけをしていき、定義に従い入力頂くよう全国の消防本部の方にお問い合わせ出来れば。
 - 一般市民にいきなり心肺蘇生をさせると、相当なエラーが発生することを、救急隊員の方が分かった上で口頭指導や一般市民へのCPRの指導を行うことが出来ると良い
 - 救急隊が現場へ行ったときのCPRの質を評価できるための教育が必要である。その基礎研究として、日本全国のデータではないが、比較的教育が整った一部の地域でのデータになる。
- 座長
 - パッケージを作る際に、記録統計を取ることにしても、系統立てた教育が必要であることが提言できるかも知れない。
- 委員
 - 子供から教育して行くということを国民的運動にしなければならない。高齢者への指導については、自らが傷病者になるということが今日のデータで明らかであり、なかなか効率が上がらないと思われる。
 - 最近、小学校でCPR等の講習を行った際に、CPRを30対2と教えたところ、帰宅後に周りの大人から「それはおまえ違うぞ。15対2だぞ」と修正されたということがあった。幾ら子供を教育したとしても、そういった環境全体を整えて行かなければ正しい知識は広まらないということも分かってきたところである。
- 座長
 - A E D と応急手当の啓蒙とリンクして行っていくべきものかも知れない。今後のあり方を考える場合にも非常に重要な点であると思う。
 - 本日、完全に具体的にまとまるまでとはいかないが、今の議論でパッケージを作るために骨組みを作っていくという方向で親委員会に報告する報告書に少し肉づけが出来たと思うが。

3 ウツタイン統計作業部会報告書骨子(案)について

- 座長
 - 第2章は実際のウツタイン統計調査データ自身も入ってくるか。

- 事務局
 - 第2章の最後になるか、あるいは全体の最後になるかは分からないが、ウツタインのデータも今回はこの検討会での議論を得て出したということになるため、資料として入ることを念頭に置いている。
 - 構成について、本日議論頂いた内容も踏まえ、統計データの公表内容の提案という形でデータを引っ張れるところは少し引っ張りながら、書き方は少し工夫し文章を変えていくことになると思う。
- 座長
 - 第2章のタイトルが少し分かりにくい。「公表のあり方」というよりはデータそのものを出すのであるから、「データ集計と公表」とした方が分かりやすいのではないか。
- 委員
 - 「今後の公表内容の提案」については、今後はこれらも行っていきたいと解釈して宜しいか。
- 事務局
 - 足元のウツタイン統計データも今回初めてきれいにしたという段階であり、必ず大丈夫であるという約束はなかなか難しいが、もし変えられる機会があった場合に、このような蓄積がなければ変える事は出来ない。
- 委員
 - 現在行っている研修プランに何か必要なものがあれば、追加しようということと解釈して宜しいか。
- 事務局
 - 基本的には追加するということになるであろうと思う。
- 委員
 - 追加は可能であるから、3番の12番に「その他」を入れてはどうか。
- 事務局
 - なるほど。

4 その他

最後に、事務局より、次回の親会を2月17日に予定している、この部会でまとめた結果を2月17日の親委員会に挙げる旨の計画を報告し、閉会した。

午後3時53分 閉会

救急統計活用検討会 第1回救急業務統計作業部会 議事要旨

I. 日時

平成20年10月27日(月) 14:00～16:00

II. 会場

全国町村会館 2階 第3会議室

III. 出席者

(構成員)

岡村委員、坂本委員、岩佐委員、菊池委員

(オブザーバー) 総務省消防庁消防大学校消防研究センター:久保田氏

(事務局)

総務省消防庁救急企画室

消防科学総合センター

IV. 議題

- 1) 救急業務統計調査項目の見直しの検討
- 2) 救急搬送サーベイランス情報の収集や消費者等の安全の確保につながる救急事故情報の収集のあり方

V. 議事要旨

事務局より、各委員の紹介があった。続いて、出席委員が、坂本委員を座長に選出することを承認した。配布資料の確認を行った後、議題について以下の議事が進行されていた。

1 救急業務統計調査項目の見直しの検討

事務局より、救急年報報告調査項目の見直しの提案について説明があった。

(1) 必須「時間」に関する項目

ア 覚知時刻(入電時刻)

- 座長
- まず一番大事なポイントが覚知時刻。従来、覚知時刻が入電時刻もしくは指令時刻に用いていて、これを統一しなければいけない
 - さまざまな統計を考えるにおいて、やはり入電を受けた時間とするのが本来の定義であろう。問題点としては、システム上対応ができていない
 - この(入電)時間を(消防本部)個々に調べて入れる、あるいは一定期間の調査をして、平均値を出して、それを全体として差引く
 - 現場での記録用紙にはそれ(入電時刻)があるが、消防本部としてのデータベースにはないという場合には、そのデータベースの改善をしてもらえばいい
- 委員
- 変更の選択は非常に妥当性が高いのではと思うが、現場のデータベースと実際の記録、そこが追いつくかどうかだけに多分問題点はなる
- 座長
- 覚知と入電時刻の差をみなすというのは、一定期間をもって最終的には移行するというふうに各消防本部ではシステムを変更してもらいたい

イ 現場到着時刻・傷病者接触時刻

- 座長
- 今までどおり、基本的には救急車がその家屋あるいは現場の近くでとまった時間が「現場到着時刻」とする。諸外国でも多く使われている
 - 現場到着から傷病者接触までの時間、個別の例ではかなり時間がかかっているものもある。心停止に限らず全例、傷病者に何時何分に接触したということは記入した方がいいのではないかと、これが新規つけ加えの項目として提案をされている

ウ 病院収容時刻(医師引き継ぎ時刻)・現場出発時刻

- 座長
- 従来、「病院収容時刻」も都道府県で少し解釈の違いがあり、厳密に医師とバトンタッチをする時間、医師引き継ぎ時刻としなければいけないという提案
 - 「現場出発時刻」については、傷病者に接触してから病院に着くまでの時間のうち、現場で処置に要した時間と救急車が走る時間というのを明確に分けた方がいいだろうということでこの時刻を入れている

エ 必須時間項目の見直しに伴う課題

項目がふえると現場の救急隊としては非常に大変である。あるいはそれほど大変ではない。その辺はどうか

- 委員
- この分に関しては特に問題はないと思う
- 座長
- 特に心停止以外のものにこれを書くことについて、活動記録には大体書いているものなので、それを後でデータベースに入力するかどうかという手間ぐらいで、大きな問題はなかろうかと思う
 - 場合によっては消防本部ごとに、独自のデータベースにいったん入れて、そこから入力を移している場合には、この項目がない場合にはその作業がちょっと大変だということ以外には大きな問題はなさそうだ
- 委員
- システム変更が必要な場合には、時間と費用がかかるころはあるかと思う
- 座長
- 「入電時刻」に統一ということに関しては次年の1月1日、そのときに、ER体制等のときについての注意事項をしっかりとつけてもらいたい
 - 「傷病者接触時刻」あるいは「出発時刻」を必須項目とすることに関しては、そのシステムの整備を待って、できるところから順番にということで。やはりこれも一定の期間の後には全消防本部がこれを入力するということにしてほしいという方向でよいか

- これに伴い、今まで毎年発表されているデータとの連続性が一たなくなる。
マスコミ発表するとき等、マスコミ・国民が誤解しないように運用してもらいたい

(2) 傷病程度に関する項目

- | | |
|-----|--|
| 事務局 | 事務局より、傷病程度の分類の見直しについて説明があった |
| 座長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 傷病程度については、現在は、搬送先の引継ぎ医師がその場で判断をしてその場で書くということが原則になっている ● (傷病程度の分類)に関する価値観(判断基準)が一致しているかどうかという、きちんとガイドラインがないので、非常にばらばらである ● 重症度という尺度よりは、緊急性の高さ、特に生命にかかわる緊急性の高さをもって区分した方がいいだろうということが、多くの学会等でのこのことに関する議論の中での一般的なコンセンサスではないかと思う ● このような傷病程度に分類するということは、座長としても賛成なのだが、具体的なガイドラインを策定して、それを医師会あるいは学会等を通じて周知をする、医者側がこれを全部押しなべて認識するというようなプロセスを経ないでいきなりこれをやっても、結局今のままが続くのではないかという危惧をしている部分がある |
| 委員 | <ul style="list-style-type: none"> ● 3週間という基準が、かえって数字があるがゆえに混乱を招くということがある。命の切迫度に合わせてという方が妥当性は高いかと思う ● もっとシンプルな方(分類)がかえって誤分類が少ない ● あとは普及させることのスピードと、それから混乱を招かないためには簡単な方がいいという、その両方のバランスをとることになるかと思う |
| 委員 | <ul style="list-style-type: none"> ● やはり重篤と重症のところがわかりにくいというのがある |
| 座長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 私の提案は、具体的な切り方のガイドラインについては、本委員会よりはやはり、例えば日本救急医学会の該当委員会等で少し案を出してもらい、最終的に、例えば日本医師会でどこの病院に行っても同じようにするということになる、そういう両側の主団体へのコンセンサスが必要になる ● 原則としては、基準をどこにするかという明確なわかりやすいガイドラインは急いでつくることにして、方向性としては、3週間という入院期間で分けるのではなく、生命にかかわる緊急性で分けるということ ● 重症の中でさらに緊急度が高いもの、PA連携が必要であるとか、これも入れた形で検討するという方向でいきたい |
| 委員 | <ul style="list-style-type: none"> ● 住民に公表する立場からすると、軽症も少し細かく分けるということは、医学的には難しいのか |
| 座長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 軽症の中で、さらに、何という名前をつけたらいいのかが、少し検討をしていく方向にしたい |
| 委員 | <ul style="list-style-type: none"> ● ここのところを余り細かくすると、検査が終わるまで救急隊がずっと病院で拘束されてしまい、現場活動としては好ましくないという点がある |
| 座長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 一応原則、それぞれの消防本部で、例えばある一定期間、トリアージの妥当性などを調べるときに、こんな分け方があるというような提案はできるにしても、日常的な活動の中でしていくことにはしない方がいいだろうという形で進めたい |

(3) 年齢区分に関する項目

- | | |
|-----|--|
| 事務局 | 事務局より、年齢区分の見直しについて説明があった |
| 座長 | <ul style="list-style-type: none"> ● 実年齢は必須にしていないと。もし実年齢を必須にすると起きる問題は、システムに対する負荷か |
| 事務局 | <ul style="list-style-type: none"> ● 消防本部(のシステム)は問題ないかと思うのだが、消防庁側のシステムがかなり重くなってくる。現在私どもの方としては、その年齢区分の中で対応できないかなと考える |

- 各消防本部でも独自システムを使っているところは多分実年齢を入れているところはあると思うのだが、コンバートして移すところでも結構エラーが出ているというような問題もある
- 物理的にできるか、経費も含めてまた研究して、できれば実年齢の方がいいとは私どもは思っているので、そこはまた検討させてもらいたい
- 委員 ● 後期高齢者以前に、**もともと学問的には75歳で切るというのが85歳で切ると並んで国際的には一般的で**、この場合は、ここで切ったからといって本人に不利益がかかるわけではないので、現行制度と含めたらこれに合わせておくのが一番妥当ではないかと思う
- 座長 ● 単に他の法律との整合性ということだけではなく、学問的に考えて、人間の老化という点から75歳を境にすることが妥当性があるという専門の意見もいただき、75歳をもって2区分とする
- とりあえず75歳未満の高齢者と75歳以上の高齢者ということで、それにさらに固有名詞をつけるかどうかは行政判断ということにしたい
- 公衆衛生学で分けるときに、「乳児」と「幼児」はここで分けるというのは一般的である
- オブザーバー ● 年齢区分に関して、「成人」の中を分けるという議論は必要ないのかと思う
- 委員 ● 医学的に生活習慣病が出てくるのは40代からということや、現行の介護保険制度の適用も40歳からということなどで、40歳のところでカットするのがよい
- 座長 ● 死因統計の方からいくと、40を過ぎると自殺よりは悪性疾患あるいは心疾患等が入ってくる
- 実年齢がベースになるまではここもふやしておいた方がいいという意見は非常に妥当性があるかと思う
- 委員 ● （現場も）これを区分するのはそんなに問題はないと思っている
- 座長 ● 成人に関しては、仮称成人1、成人2ということで、40歳未満、40歳以上ということでこれは分けるということを追加する

(4) 疾病分類に関する項目

- 事務局 事務局より、疾病分類の見直しについて説明があった
- 座長 ● 現在、疾病分類に関して大きな問題点は、全体の45%ぐらいが「その他」あるいは「不明」というようなところに入ってきている
- 疾病分類の内容を入力するのが救急隊の仕事である。(判断結果は)対応した救急隊の知識及び判断力に左右されるという問題がある
- (疾病分類について)医師に判断を求めるということ自体は、今のところは検討外なのか、検討すべき課題なのか
- 疾病分類は医師の目で丸をつけてくださいということを求めてもいいのではないかと思う
- 委員 ● その方が望ましいが、どこの医療機関でもできるかどうかというのはまた協議が必要なかと思う
- 座長 ● 今の現状では消防が入力するにしても、やはり必須項目として小分類まで求めるのはかなり難しい
- 大項目の「その他」の中には、たとえば、妊娠、分娩及び産褥、周産期もしくは妊婦にかかわるものなどもある程度入ってくるので、この2つの項目については中項目までを必須とするという方がいいのではないかというのが提案として1つある
- このシステム自体はそれぞれの消防本部で生かして、それぞれの地域のメディカルコントロールあるいは消防本部の頑張りで、最終的には地域としてより詳

- 細なデータを出せるところは出してもらうということ
- 全国一律というわけではなくても、最低限の線とより先進的なところということで、ただ、疾病分類としては後での国際比較あるいは地域間比較が可能だということで、独自のコードを用いるのではなく、ICD10を当面ベースにするのが妥当かと思う
- 委員
- そのとおりだと思う。それで、あと細かくどこまでやるかということになると、これは結局初診時の診断ということになる
- 座長
- 救急の現場だから、診断に至らず一番問題になるのは、症状、徴候で運ぶというものが非常に多いと思う。その症状、徴候の中で、診断例と症状例ということで考えていけると思うので、そこまではあった方がいいかと思う
 - 徴候だけの中分類の中の「全身症状及び徴候」というのが、心肺停止から全身倦怠感まですべて入ってしまうので、ここの使い方だけ、どんなものを入れるかということは明確にしておかないと、この項目は数が結構多いが、数が多い割には物すごく雑多であるということで、これはまた考える必要があるかと思う
- 委員
- 症状で診断を書く先生もかなりいるので、内訳までは検査してみないとわからない
- 座長
- このICDの分類ガイドラインを、もう少しわかりやすくして、普及のための啓発という教育が必要かと思う。そのような教育をした上でこれを活用していくということでいきたい

(5) 搬送先医療機関の分類について

- 事務局
- 事務局より、搬送先医療機関の分類について説明があった
- 座長
- A病院が二次と三次という2つの機能を持っているときに、A病院に運んだものを三次として計上するのか、二次として計上するのか、それを必ず切り分けて別途A1、A2みたいな感じで、A病院を2つに分けて出すのかというルールを決めないとこれは運用できない
- 事務局
- 詳細までは検討していないが、この分類がまずできるかどうかという部分を検討して、各地域の状況を勘案しながら考えていくべきだと思う
 - まず初期、二次、三次の区分を入れるかどうかという部分について議論いただきたいと思う
- 委員
- (医療機関の)整備計画の評価のために統計を使うということになってくると当然あった方がいい。どう切り分けるかは別の議論が必要と思う
- 座長
- 分けられたらいいとして、問題点が幾つかある。
 - 1つは、医療機関を三次、二次、初期というふうな切り分けができるのかどうか。厚労省で言っているところの補助金ベースでの初期、二次、三次と、ここで考える初期、二次、三次を分けて考える必要があるのかと思う。それはちょっとまた検討をしたいと思う
- 事務局
- 確かにERとかのタイプが出てくると三次と二次の切り分けがもはやできないのではないかという話が出ていると思うので、そこは組織として厚労省でどう判断するか、そこは確認をしたいと思う
- 座長
- 多少そういう問題点や誤差はあるにしても、そういう方向性できちんと搬送先を、緊急性の高い専門的な医療機関に運んだのか、そうでないところで直近で運んだのかということに関してはきちんと統計として残しておくべきだろうということで、それが実現できる方向で検討するということにしたいと思う

(6) 「医療機関への照会回数とその理由」について

- 事務局
- 事務局より、「医療機関への照会回数とその理由」について説明があった
- 座長
- 定義等入れることの技術的な問題点についてはおいておくとして、まずこのような情報を入れるかどうかということについて、どうもマスコミを含めた社会的要請は強いようだが、どうか

- オブザーバー
- これは個別事案ごとに入れるのか、集計値として(入れるのか)
- 事務局
- 個別事案ごとに入れていって、最終的には集計でとる
- 座長
- 入れるのはいいのだが、問題点が多々あるということも指摘をされているところ
 - 特に問題となるのは、回数や時間というのは物理的なものなので余り問題にならない部分もあるのだが、理由について、1個1個の項目が明確に定義をされていない。つまり専門外と処置困難はどこが違うのだといってもよくわからない
 - 救急隊がその現場の状況をおもんばかって入れているということで、本当の断った理由との解釈の相違がある
- 委員
- 受け入れに至らなかった理由というのを本音のところまで全部とるのは実際不可能だと思うが、何らかの理由はやっぱりとっておかないと、一番気になるのが「受け入れ拒否」とか書かれてしまう。拒否しているのではなく、本当に診られない状態だということはどこかでとるようにしておかないと
 - 理由はとにかくとるが、なるべく誤分類のないように、シンプルにした方がいいと思う。本当にもっと細かくとるというのは、本当のところを見つけていくというのは、別の調査なり研究なりが必要なのかという気がする
 - 待ったり、あるいははいよいよとなったら受けてもいいけれども、他を先に探してくださいといった分に関しては、最後にそこに頼めば受けてくれるということを前提にすれば、それは三角というか別扱いにするとか、ちょっと工夫が必要かとは思いますが、それも含めて検討したいと思う

2 救急搬送サーベイランス情報の収集や消費者等の安全の確保につながる救急事故情報の収集のあり方

事務局より、サーベイランス及び消費者の安全確保について説明があった。

- 座長
- 厚労省の感染症サーベイランス、これは事前に網を既に張っておき、その網にひっかかるものは医師からの通報義務があつて、発生したら、何か特異事案を指定しなくても自動的にそこからあぶり出されてくるというシステムだと思う
 - 今回、消防が行うものに関しては、何か特異事案を定めて、特異事案をあぶり出すということについてこのサーベイランスを用いるのではなく、回転ドアが危ないとか、天窓が危ないというようなことに気づいて、そのことに関しての調査をかけるためにこの全例収集のシステムを使うということでもいいのか
- 事務局
- 両方あると思う。理想としては、やはり網をかけておいて、答えがわかっていない状況で答えがわかる。あるいは、仮に、電化製品といったような形で情報をとらえておいて、何かヒュッと上がっているところだけを出すとかいったようなことで予防的に使うということは1つある
- 座長
- 結果がわかった後でデータをとるというのは今時点でも通知等でやっている
 - 感染症については、そもそもその網が何であるか。未知のものについて網を張るというのは、まず気がつく方から始まらないと網は張れないと思う
 - 国民の危機ということに関しては新型インフルエンザは目下の非常に大きな問題で、これだけでも少なくともやっておいた方がいいだろう。そのとき、問題としては、果たして救急搬送ということから新型インフルエンザのサーベイランスをするということに、もちろん個々の発生した当初、アウトブレイク前に個々の新型インフルエンザの足取りをたどってリスクを分析するなんていうことは大事かもしれないが、でも、それはサーベイランスという本来の意味ではない
- 事務局
- 理想はそうだと思う。救急という中で見た場合に、その動向がどうか。動向というのは、日にちを追うごとにどういうふうな状況になっているか、あるいは地域がどう移っているのか、それこそ硫化水素の事件も消防側が把握していない、警察しか把握していない事案もいっぱいあったわけだが
 - 動向を追うということだけでは十分意味があるのだろうと思っている

- 委員
- 報告事項の項目の立て方がかなり難しいというのがもともとあるかと思う
 - 逆に最近こういうのが多いというのを現場から挙げてもらうようなシステムをつくって、ある程度数があつたらそれを調査をかけるという双方向にしておかないと
 - 項目立てするのが、結局マスコミ報道があつて調べるということはあるが、どこからこういうケースが最近ありますよというのがあつたら、それが挙がってくるようなシステムをつくって、そこからそれについて調査をかけるぐらいにしないと項目立てが非常に難しいのかなと思ったところ
- 座長
- サーベイランスだから全例ということになるので、あるそういうふうな注目されている一定期間というのはもちろんあれだが、かなり注意してやらないと運用が大変なのかと思う
- 事務局
- 報告者に頼っているような項目の設定の仕方が難しいと思う
 - 書き方だと思うのだが、ある程度ちょっと広くならざるを得ないと思うが、投網でかけたような項目を入れておいて、そこで件数が出てくればやってもらうとか、原因がはっきりわかったらそこに絞って、では「こんにやくゼリー」一定期間というような格好になると思うが、項目の設定が難しいと思う
- 座長
- 消防業務に関与する範囲外の話では、網をかけるにしても難しいかと思う
 - 消防として、少し「何を」というのを、こんなことをしたらいいなということがあると思うが、実際の実現性も踏まえて、もうちょっとこの辺は深く考えてみる必要があるかと思う
 - 運用のリアルタイム性というのは、実際、各消防本部、活動が終わって、24時間勤務が終わって8時半に交代して、次の日の昼までに前日の活動を全部入れないと法律違反だぞということまでいけるのか、大体どのくらいおくれるか
- 委員
- 確実にわかるのがその日にはかなり厳しい。早くて翌日まで。だから、司令室などで状況を流す場合においても、活動に関しては報告書が上がってこないといけないという面があるので、やはり2日
- 座長
- 特異事例ということで、それに注目している場合、日常の活動を全部入力して、そこからあぶり出しをしようという話になると、かなり大変
- 事務局
- オンラインシステムのソフト自体を全部活動記録みたいにつくっているところではないと無理だと思う
- 座長
- 今、現場の運用とのあれからすると、全国という話はなかなか厳しい部分もある
- 委員
- 個別に1件、2件とかという事故が起きても、毎日400件前後救急があるので、それを拾い上げるというのは非常に難しい
- 座長
- 課題はいろいろあると思うが、せっかくオンライン化されているので、方向性としてはそういうものであればしていきたいということで、この辺については今できることと今後の方向性ということでちょっと切り分けて考えていきたい
 - 消防だけではなく、これに関しては、余り重複してやっても無駄なこともあるので、それぞれ消防として何をやるべきかということはきちんと考えておかないと
- 事務局
- 一般的な食品とか製品の利用や場所といったようなことでのデータが、今、消費者庁というような形の中でデータ集約をかけているが、そういう中でも割と消防ならできるのではないかと期待されているところもある
- 座長
- そういう枠の中で、では衛生では何をやる、警察では何をやるという中で、もちろん消防の役割ということで、ただ、現場のそういう入力状況とかも踏まえて、余り「任せてください」と簡単に言わない方がと思う。これに関してはそういう形で検討したい

3 その他

最後に、事務局より、次回までいろいろとまた資料等整理したいことと、次回の部会を12月19日に予定している旨連絡があり、閉会した。

救急統計活用検討会 第2回救急業務統計作業部会 議事要旨

I. 日時

平成20年12月19日(金) 14:00～16:00

II. 会場

ホテルルポール麹町 3階 アメジスト

III. 出席者

(委員)

岩佐委員、緒方委員、岡村委員、菊池委員、坂本委員

(オブザーバー)

総務省消防庁消防大学校消防研究センター:久保田 勝明

国立感染症研究所感染症情報センター:大日 康史氏

(事務局)

総務省消防庁救急企画室

消防科学総合センター

IV. 議題

- 1) 救急業務統計及び情報収集のあり方についての検討
- 2) その他

V. 議事要旨

事務局より、配布資料の確認を行った後、議題について以下の議事が進行されていた。

1 救急業務統計及び情報収集のあり方についての検討

(1) 救急活動事案に関する項目について

事務局より、救急活動事案に関する項目について、資料の説明があった。

ア 時間に関する項目

●入電時刻の算定方法

- 座長
- 入電時刻の適用にあたり、従来型のデータしかとれないところに関して算定方法を決めなければいけない。消防本部の規模別に必要なサンプル数の他に、無作為にサンプリングをする方法の議論が必要である。
- 委員
- 入電から指令までの時間が正規分布であるという前提が立っているならば、いつデータをとるかという話になる。例えば、一定期間全部とる、月曜から日曜までの1週間とはとるなどの前提を最初に決めて、その数が必要なサンプル数を上回ればよい、という二段構えにしないと、1日で終わってしまう消防本部もある。そのようにしてデータを得た上で、サンプルを抽出する方法を考える必要がある。
- 座長
- 余りに症例数が少ないと、特別な努力がされる可能性がある。1週間続けるとそのようなことができなくなると思うので、その意味でもよいと思う。
- 委員
- コールトリアージを導入した消防本部では、入電から指令までの時間は、緊急度の高いものほど早くなっている。緊急性に応じて時間が傾斜している要素も出てくる。
- オブザーバー
- 症例によっては、1時間も2時間も話す場合が出てくる。
- 座長
- そこは、平均値をとるか、中央値をとるか。また、はずれ値をどうするか。
- 委員
- とりあえず収集して、分布を見てどうするかというのは次の判断になる。はずれ値全国でどれだけあるというのも1つの統計である。
- 座長
- 急を要さない転院搬送は入電から指令まで時間がかかるが、そのようなデータを入れるべきでないことは明白だと思う。

●病院収容時刻(医師引き継ぎ時刻)・現場出発時刻

- 座長
- 原則は、医師に傷病者の引き継ぎを行った時刻である。ただし、いわゆるトリアージナース等で、医師の作成した具体的なプロトコルのもとでナースが診療補助行為としてトリアージを行うという形で傷病者に接触する場合は、医師の接触と同等とみなした方がいいのではないかな。

●時刻の取り方

- 座長
- 元々分単位で集めたデータで何となく秒単位の議論をしているというところになっているが、これはどうするか。精度としてはどうかとも思うが。
- 委員
- 秒単位でとってくださいといったらかなりアバウトさが増すので、実際に出てくる数値はそんなに変わらないと思う。
- 座長
- 分単位でとるとするのが楽である。誰が取っても同じになるようなルールを作らなければならない。
- 事務局
- ルール設定をさせていただく。

イ 傷病程度に関する項目

- 座長
- 傷病程度を、緊急度に変える方向性は、前回の部会で出たものの、問題点がいくつか提起された。
 - ひとつは、緊急度が医師の間でコンセンサスがないこと。病院によって傷病程度が異なることがあり得るため、その目安をつくらないと混乱するだろうということ。この部分については、方向性を示すのみにして、学会等に投げかけて、医療と消防との間でコンセンサスを得てガイドラインをつくり、医師会を含めて周知をど

う図るかを決めて変えていくことを、作業部会としての結論としたいと思う。

- これまでの傷病程度区分の重症(3週間の入院加療)ではなく生命に関わる緊急性ということで言葉を使い分けている消防本部は、どのくらいあるのか総務省に実態調査をしていただきたい。(事務局より検討する旨了承を得る)

ウ 年齢区分に関する項目

- | | |
|----|--|
| 座長 | ● アメリカのパラメディックの年齢区分をみると、前回の部会で示した分類方法の「少年」(7 歳以上 18 歳未満)の部分で小学生と中学生以上のところで分けている。小学生と高校生であれば疫学的に違う気がするが。 |
| 委員 | ● 中学生をどう区分するかになると、男女で分けなければいけないのだろうか。ただ、内科的な病気は多く出ないので、アクシデントの形態の違いによる分類になってくるのかと思う。分類するとすれば、12 歳と 13 歳の間が唯一整合性がとれるのではないか。 |
| 委員 | ● 小学生と中学生は体型がかなり違う。中学生くらいの筋力がついてくる時期から高校までの分類も必要だと思う。 |
| 座長 | ● 「少年」についても、「少年1」(7 歳以上 13 歳未満)と「少年2」(13 歳以上 18 歳未満)としたい。 |

エ 疾病分類に関する項目

- | | |
|----|--|
| 座長 | ● オンラインでとる項目は、基本的に大分類のみで、「その他」に関しては中分類(妊娠、周産期など)までとする。
「診断名不明確」の場合は症状・徴候を中分類として入れる。症状から結びつけやすいのでそんなに大変ではないと思う。ただ、「全身症状及び徴候」には、例えば原因不明の昏睡状態がここに入ることがあるのだがそれを神経系に入れる。心停止であれば「診断名不明確及び原因不明の死亡」に入れる。「全身症状及び徴候」は不定愁訴に限るというような運用ルールを明確にすることにして、基本的に提案された分類を使うことでよいと思う。
● ただ、救急(医療)側から見ると、適正な病院に運ばれているかということを検証することがその地域の救急医療体制全体として重要であるという観点から、救急車で搬送された患者の確定診断のデータをとる必要があるという動きがある。このデータが得られている地域は非常に少ないので、それ以外では当面救急調査の疾病分類をとるのが妥当だと思う。ただ、これをもってきちんとした医療機関側からの最終診断の調査が不要であるということにはならない。本来的にはそれが一番重要だけれども、それを補完するものとして当面はこれをしていくべきだという論調がよいと思う。(他の委員より同意を得る) |
|----|--|

オ 搬送先医療機関の分類について

● 初期、二次、三次の救急医療機関の分類

- | | |
|-----|--|
| 座長 | ● 従来の告示医療機関、非告示医療機関及び開設主体は、現場ではあまり役に立たない。今後、適切な医療機関に運ばれたかどうかを必ず検証していかなければいけないが、それは当面は初期、二次、三次という枠組みの中で考えるべきである。
問題は、三次の医療機関が三次だけでなく、初期も二次もやっているというのが多く、そこに運ばれた患者が二次として運ばれたのか三次として運ばれたのかの分類ができない場合がある。結論としては、初期、二次、三次で分けるが、可能であれば三次医療機関に運ばれた患者をどの分類で運ばれたかを出していただくことを目標とする。それができなければ、搬送された医療機関によって分類する(三次の医療施設で受ければ三次にする)というのが限界だと思う。 |
| 事務局 | ● これについては、検討する事項がかなりあるので課題として残したい。基本的には、初期、二次、三次を分ける部分と、ERをどうするかという部分については問題としてあると思う。 |

- 座長
- 先般行われた消防と医療の連携の中での受け入れ困難例の調査で、政令指定都市のところは二次と三次が切り分けられているデータがあった。とりあえず一次、二次、三次というのは入れることにしておいて、順次、できるだけ内数としての三次をより絞っていったって精度を上げる。連続性はしばらくはないけれども、連続性が出るように整備されるまでこの切り分けの数が要らないというよりは、とりあえずデータをとり始めるという方向で親会の方には出すということでよいか（事務局の同意を得る）。三次救急のニーズが実際どのくらいあるのか、救命救急センターは人口当たり幾つ必要なのかというようなことを出すためにこの数字は極めて重要なので、これはぜひ出していきたい。

● ER に搬送された症例

- 座長
- ER型でやっているところについても、傷病程度別に件数を出してもらえるとありがたいが、これは個票には入らない。
- 事務局
- データをとるとすればコードを振り分けるしかない。
- 事務局
- ER型の場合に、最初のトリアージがあって、重症者としてやったものを真の三次ということでやった方がいいのか、三次機能としてもER型というものをとっているのか、受けたものは全部、三次のところで出ているのはそこですべてやるか。
- 座長
- 例えば、厚生労働省が検討している救命救急センターの評価の中では、病態ごとに条件を満たすものを三次としてチェックしている。これを総務省側から行うのは難しいのか。
- 事務局
- そこまでやると医療機関側のフィードバックをいただく必要がある。今は、搬送してすぐ帰るため、データをとるためにどのような工夫があるか。
- 座長
- もし可能性があるとすれば、二次も三次もある医療機関に運んできたときに、重症、中等症、軽症とかというところ以外にもう1つ、これが二次対応だったか三次対応だったかというのを医療機関側でチェックしてもらいたい。ER型であっても、院内独自の判断でいいので、二次か三次かチェックしてもらえばある程度妥当なものが返ってくるので、それは医療側に求めてもいいかもしれない。親会では、医療側から重症対応として受けたか、そうでなく受けたかというようなことをつける、三次医療機関に連れていった場合にはその分けをするというようなことができるかどうか、もう一回投げかけたい。
 - 搬送先医療機関については、とりあえず初期、二次、三次に関しては入れていく、そして三次医療機関に関して切り分けられないところに関しては、当面全部三次としてもやむを得ないけれども、検討課題ということで挙げていく。

カ「医療機関への照会回数とその理由」について

- 座長
- 「時間」、「回数」は客観的な数なので簡単に出る。「理由」はオーバーラップする項目があり、しかも消防側が慮って書かなければいけないという問題がある。医療機関側が断るのもイエス・ノーではなく条件付きイエスと言っているものの、消防側が拒否されたと受け取っている、というところでボタンのかけ違いが出ているのは確かだと思う。そのような問題は、この作業部会だけではなくて、医療と救急の消防の連携の方で実態調査等実施している中ですり合わせをしていると聞いているので、そちらでの結論が出るのを待つことにして、この作業部会では言葉の定義をしないことにしてよいか(事務局が同意する)。

(2) 救急搬送サーベイランスについて

事務局より、救急搬送サーベイランスについて、資料の説明があった。次いで、オブザーバーの大日氏より、北海道洞爺湖サミットで実施した救急車搬送に関する症候群サーベイランスについて説明があった。

- 座長
- 今までこのサーベイランスはらく性格が違うだろうということで議論されてきた。本当の意味でのサーベイランスということであれば、自動的に調査項目が入力されていったって、リアルタイムとは言わないまでも、少なくとも翌日には情報が自動的に

収集されてアラートがかかるというようなものでないと余り実効性がないだろうという中で、実際問題として我々が危惧を抱いているインフルエンザに対して消防から1つ情報が上げられないかということで、それを試行してみるというのが一番具体的であると思う。試行という段階では全国消防本部全部にやらなければいけないということを考えると、熱のデータぐらいがいいかなというのが事務局の考えでよい。

- 事務局
- 今時点で1つ考えられるものとしては熱があるだろうと思う。
- 座長
- 熱は基本的には全例現場でチェックして活動記録に上げるデータにはなっているが。
- 事務局
- 基本的にはとるデータになっているかと思う。しかし、実際には(事案ごとのデータには)入っていない。実際にサーベイランスを行う場合、そのためのシステムを使うかどうかの問題もある。
- 座長
- 例えばインフルエンザに関して言えば、アジア某国で発生ということで警戒が出たところで特異事項として熱発患者をすべて上げよというようなことを総務省から各消防署に入れて、その時点からスタートして急激な患者数の増加があるかどうかをチェックするというようなのが今のところの具体的な考えということでよいのか。
- 事務局
- そのような対応は、今でもとれると思う。硫化水素の事案や熱中症については、そのように対応してきた。
- 座長
- アメリカの救急要請の自動集計からやるようなところまではまだ行かないのか。
- 事務局
- 消防本部が国のデータベースに毎回の出場ごとにデータを入力しているという現状ではない。
- 座長
- この作業部会から親会に上げるものとしては、現在の情報のシステムの中で、注目すべき問題があればそこについて比較的即座に全国に通知をして、そこに該当するものがあるかどうかを上げるようなシステムをつけることができ、その部分をうまく活用して対応を考えるということ。そのためには、何を特異事案としてくださいということをきちんと全国に出さなければいけないので、インフルエンザ、硫化水素、こんなにやくに続くような問題点があれば、とりあえずこのシステムを使ってやっていくことを目指すということではないか。
- 事務局
- 目指すということが1つの話になると思う。その目指すポイントをどこまで話を詰めるかということももちろん中にはある。
- 座長
- このシステムをすぐに使うわけにはいなくて、結局、特異事案があったら当面はそれに関しては手計算で上げざるを得ないのか。
- 事務局
- 消防本部の方に、そのデータに合致したものがあれば、熱中症の場合には出していただく。硫化水素の場合には、逆に、先ほど申し上げました全体的に社会的影響が大きいものは上げてくださいねという中で引っかかっている中でこちらが吸い上げるという形になっている。
- 委員
- 8月に熱中症の速報を毎日出している県があり、3時現在を4時までに報告して5時に発表していた。いざとなればそういった形で一斉に報告を求めるということも可能である。
- 座長
- ここで言えることは、今までそのような事例があるので、この救急オンラインシステムの特異事案の部分の部分をうまく活用してどう使えるかを今後も検討する必要があるという程度か。
- 座長
- このデータの即時性はどのくらいか。
- 事務局
- 消防本部が1年間分のデータを一気に一時的にアップロードするというものになっているので、まだまだリアルタイムの入力方法という形にはなっていない。
- 座長
- 例えば前月のデータの1ヵ月後の収集率が90%を超えとか、そういうふうにならないと、サーベイランスとしては難しいと思うので、それを上げるについてこういうことも考えていくというようなことでよい。

- 少なくともオンラインシステムでの個別500万件の収集をサーベイランスに使うというのはまだ時期的に難しい。今後はそれを生かしていく方向性が必要であろう。
そのときに、1つは特異事案という項目を使うかということと、もう1つは熱、例えば体温を全部入れるというようなことで、特別にそういうことをしなくても本来の意味でのサーベイランスができるようなものも実際実例として洞爺湖サミット等であるので、それも考えるべきだということ。もう1つは、個票の収集システムに付随して各消防本部からの電子速報システムみたいなものがあるので、そういうものも活用して、個票で出すのはとても間に合わない、そういうことができるようになるまでの間はそれで特異事例に関しては対応するということも考える。以上のような結論でよろしいか。

2 その他

最後に、事務局より、次回の部会を2月3日に予定している、その部会でまとめた結果を2月17日の親委員会に挙げる旨の計画を報告し、閉会した。

救急統計活用検討会 第3回救急業務統計作業部会 議事要旨

I. 日時

平成20年2月3日（火） 14:00～16:00

II. 会場

スクワール麹町 5階 寿

III. 出席者

（構成員）

岩佐構成員、緒方構成員、岡村構成員、坂本構成員

（代理出席者）

横浜市安全管理局警防部救急課 課長補佐兼救急企画係長 伊藤氏(菊池構成員代理)

（オブザーバー）

総務省消防庁消防大学校消防研究センター 主任研究官 久保田氏

（事務局）

総務省消防庁救急企画室

（財）消防科学総合センター

IV. 議題

- 1) 救急業務統計に係る救急隊員の教育のあり方について
- 2) 救急業務統計作業部会報告書(案)について
- 3) その他

V. 配付資料

資料1 救急業務統計に係る救急隊員の教育のあり方について

資料2 救急業務統計作業部会報告書（案）

参考資料1 第二回救急業務統計作業部会 議事要旨（案）

参考資料2 平成20年版 救急・救助の現況

参考資料3 心肺機能停止傷病者の救命率等の状況

VI. 議事要旨

配付資料の確認を行った後、議題について以下の議事が進行された。

1 救急業務統計に係る救急隊員の教育のあり方について

事務局より、「資料1 救急業務統計に係る救急隊員の教育のあり方」について、資料の説明があった。

(1) 教育の内容について

- 座長
- 統計作業を行う上で何故教育が必要であるのかというと、1つは技術的なミス、つまり、消防独自のソフト等からCSVそして消防庁のオフラインソフトと変換していく間に出てくる様々な誤差や誤り、あるいは解釈や分類の誤り等、起こり得るミスを減らすための方策を考えていかなければならないためである。
 - 活動記録の最初の一次資料については、出来るだけ正確を期することを徹底し、それを更に転記して入力する際のミスを減少して頂くことが大事である。そこで、例えば、時間経過が逆転しているものは入力出来ないよう自動的にチェックがかかるようなシステム等も必要であると思われるため、考えていく必要があるのではないかと。
 - 現在は電波時計が普及しているため、時間が正確に刻まれているベースになる時計があるということを前提として考えて頂きたい。
 - 「全国的に対応すべき事項」の中で、疾病分類についての判断は、現段階では現場での医師の初診時の判断と救急隊の判断を合わせて行われている。医学的な知識や判断力が必要になってくるため、教育の必要がある部分ではないかと思う。
 - 教育を行うために、解説付きの事例集などの教材を作成していく必要がある。

ア 傷病者の緊急度について

- 座長
- 傷病者の緊急度判断についても、きちんと記録に残し、適切であったか、受入側とどのようにマッチしているかを見ていくことは非常に重要なことではないか。そのための物差しとしては、「救急振興財団の重症度緊急度判断基準」という標準的なものは示されており、それを基に地域のMC等で調節して頂いても良い。
- 委員
- 一番大事なのは、現場の負担が増えるのではないかとということであり、ある程度簡便で統一されているものであれば、当然用いた方が良いと思う。
- 委員
- ◎◎市では、緊急度として、重症、中等症、軽症なのかということよりも、2人乗車でもよいのか、あるいは3人以上で乗車しなければならないのかということを判断している。

イ 搬送先の決定について

- 座長
- 搬送先の決定についても、救急隊としては、緊急事例と考えているのかどうかを救急搬送のプロフェッショナルな判断として入れるべきではないか。病院に着いてから医者がどのように言おうと、現場での判断を示すことは大事であると思う。

(2) 教育の方法について

- 事務局
- 心肺機能停止の話は、事後検証という形は、ある意味教育に取り込みやすい。一方で、現況は、非常に広く全体的な話であるため、どのような取っ掛かりにするのかが非常に重要になってくると思う。
 - 今後メディカルコントロール体制下でどのように地域の質を上げていくのかを、検討しながら進めていくと思っている。
- 座長
- 緊急度判断に関しては、救急振興財団からのものを参考にして頂くということで良いかも知れないが、各疾病分類についての具体的な分類方法の提示については、事例集あるいは質疑応答集等を国として用意し、一定のルールを作らなければならないと思うがどうしたら良いか
- 事務局
- 国でガイドライン作成の際には、どこまでを一律にし、どこまでを地域独自性が反映される部分とするのか、細心の注意を払わなければならないと思っている。

- 座長
 - 疾病分類出来るように技術を身につけるということもあると思うが、そのようなトレーニング、勉強をするということは必要であると思う。
 - 細かい病名を付けるという話ではなく、大分類までであるため、そんなに大変な話ではないと思うが、いかがか。
- 委員
 - 同じ物差しで行えば地域差の比較は当然出来るということになるので、その症候等からのみ簡単に分類できるような簡便なルールにしておくことが一番良いのではないかと思う。
- 座長
 - それでは、教育については今のような議論を踏まえた上でまとめ、記載させて頂きたいと思う。

2 救急業務統計作業部会報告書(案)について

事務局より、「資料2 救急業務統計作業部会報告書(案)」について、資料の説明があった。

(1) 調査項目の見直しについて

ア「病院収容時刻」→「医師引継時刻」

- 座長
 - 傷病者に対する管理責任が、どの時点で医療側の責任にバトンタッチされるのかについては、「医療の管理下に入った時点」をもって「医師引継時刻」とする。
 - 医療機関の代表として医師が引き継ぐのかナースが引き継ぐのかは、医療機関の責任で決めれば良いという話であれば「医療機関引継時刻」としてはどうか。
 - 「医療機関引継時刻」として「引継ぎとは、単なる受け付けではなく、責任がバトンタッチされるという意味である」ということでいかがか。
- 委員
 - 消防機関としては、傷病者の管理をどこで医療機関に引継ぐのかということを考えると、「医師」とした場合、活動上少し厳しい部分があるため、事務は別として、やはり「医療機関」、「医療従事者」ということが望ましいと思われる。
 - 出来れば「トリアージナース」のみではなく、やはり「ナースに引継ぐ」ということ自体も医療側として管理責任を持つというスタンスになって頂くことが一番望ましいと思う。
- 事務局
 - 救急事故等報告要領の中では、「収容先医療機関の医師に傷病者を引継いだ時点」と記載しているため、この原則は一応残しておきたい。今議論された部分については、注釈という形で明記していくということではいかがか。
- 座長
 - 「医師引継時間」の注釈として基本的には「医師、もしくは医師の指示を受けているナースに引き継いだその時点をもって医療の管理下に入った時間とする」と具体的な説明を入れ紛れがないようにするという方針にしたい。
 - 「医師引継時刻」の「引継ぎ」の「ぎ」は、平仮名を入れる場合と入れない場合があるようなので、検討頂きたい。
- 事務局
 - それも含め、名称については再度調整し、一番良い名称にさせて頂く。

イ「傷病程度」の分類について

- 事務局
 - 今までは「死亡」、「重症」、「中等症」、「軽症」、「その他」という形であったが、今回、緊急性の高いものに着目し、「死亡」、「重篤」、「重症」、「中等症」、「軽症」という形にしたいと考えている。
- 座長
 - 「死亡」の定義ははっきりしていない。また、「重篤」の中の多くに病院外心停止があるため、本来の意味での「死亡」と「重篤」がきちんと分けられていないという問題もある。
- 委員
 - ◎◎市でも「重篤」については、非常に緊急性が高いものとして判断しているため、是非「重篤」を何かしらの基準の中に明記して頂けるとありがたい。
 - これはあくまでも初診時の医師の診断結果を5段階に分けている。それを無くすのか無くさないのかは消防機関よりも、医師が初診で判断する時に必要かどうかということなのではないか。

- 座長
- 初診時の「死亡」と「重篤」の定義を明確し、例えば、
 - ⇒ 「救急車をおりた瞬間に、医療機関としては蘇生行為をせずに死亡を確認したもの」を「死亡」とし、
 - ⇒ 「心肺蘇生も含めて病院で何らかの蘇生処置を行ったが、死亡を確認したもの」を「重篤」としては如何か。
 - 「重篤」に、「CPA」と「CPA以外のショック、もしくは呼吸不全」など死に瀕しているという意味で、さらに分ければ良いのではないか
 - 「重篤」という分類がない地域では、「CPA」は「重症」に入ってしまうのでは。

ウ「年齢区分」について

- 座長
- 本来は実年齢が最も良いが、この細かい分類にしたいと思う。

エ「疾病分類」について

- 座長
- 初診時の状態について、将来的には確定診断を医師側から得られるような方策が必要であるが、それまでやむなく病態名等を使っていくことにさせていただきたい。
- 事務局
- 将来的に確定診断までということも含めて、報告書の方には記入させていただきたいと思う。

オ「搬送先医療機関の分類」について

- 座長
- 二次医療機関と初期をどこで切るか。
- 事務局
- 基本的には医療計画がベースにはなると思う。
- 座長
- そもそも初期、二次、三次という医療機関のところが、厚労省側がきちんとそれについての分類を示してくれない、とこちら側としては対応できない
 - 1つの案としては、救急活動記録票のところに、三次、二次、一次とか書いて、その病院として何次として受け取ったというところに丸をつけてもらうというふうなことで書くのか、あるいは救急隊が搬送した病院によって自動的に二次とか三次というふうにつけるのか。そこのところをもうちょっと詰めないといけない。
 - 以下の認識でまとめていきたい：
 - ⇒ 初期と二次の間は、その医療機関が、いわゆる入院を前提としない初期で対応する機関なのか、必要があれば入院させる二次医療機関なのかというふうな分けになっている。
 - ⇒ 初期と二次と違って、三次は指定された施設である。三次救急をやっている病院が二次救急として受けるということはかなりある

カ「新たな項目の追加」について

- 座長
- この辺は今まで大体議論済みのことだと思う。

キ「調査項目の見直しに向けての共通課題」について

- 座長
- 意見がないようで、次の議題へ進めていきたい。

(2) 救急搬送サーベイランスシステムについて

- 座長
- 「個別事案ごとベースで問題がある」というのはどういうふうな問題なのか
- 事務局
- 消費者等の安全の確保につながる救急事故情報かどうかというのを個別事案ごとに見たとしても、集めてみないとわからないという議論があつての文章だと思う。
- 座長
- このことに関しては、例えばオンラインシステムでの入力最低1週間おくれるという程度のリアルタイム性で出てきて、総務省消防庁から全国消防本部に、「特異事案」について、例えばシュウマイを食べた人がみんなぐあいが悪いという話がいっぱい出てきたので、「シュウマイ事例を集めるように」という話をしたら、その「特異事案」に「シュウマイ事故」を入れることは、技術的には可能なのか。

- 事務局 • 技術的には、可能ということにはなと思う
- 座長 • 今までのファックスなどで集めるよりは多少はいいのか、あるいはまだそこまでは
いっていないのか。
- 事務局 • そこまでは難しいかと思う
- 座長 • では、そういうことが検討される必要があるという段階でよろしいか。

3 その他について

事務局より、1月21日に発表された救急・救助の現況とウツタインの過去3年間のまとめが行われた救命率等の状況(参考資料2, 3)について、資料の説明があった。

- 座長 • 非常に貴重なデータを一定のルールできちんと整理をしていただいて、データの
解釈もきちんと明確にさせていただいた上で、経年的な変化でかなり強い一定
の傾向を示しているというようなことを出していただいた。
- (救命率の向上等は)本当に救急処置範囲の拡大によるものかどうかはまだ大き
な議論があるが、システム全体の向上ということは間違いないと思う。
- 市民のCPRの質であり、早期除細動であり、その中のどこがよくなったかというこ
とに関しては、これからさらに分析が必要だと思うが、実態として蘇生、社会復帰
率がよくなっているというのは非常に心強い話である
- このようなナショナルデータは世界では余り類を見ないものなので、ぜひ何らか
の形で世界に発信をしていただきたい。
- 今日の検討を踏まえ、内容を修正したうえ、早速に各委員に配付をさせていた
だき、17日に親会の救急統計活用検討会で本作業部会の報告で挙げさせてい
ただきたいと思う。

午後4時00分 閉会