

# 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、大きな問題はなからうかと思う
  - 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、そこから入力に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。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"> <li>● 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</li> <li>● (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</li> <li>● 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一般的なコンセンサスではないかと思う</li> <li>● 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</li> </ul> |
| 委員       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● もっとシンプルな方(分類)がかえって誤分類が少ない</li> <li>● 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</li> </ul>   |
| 委員<br>座長 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> </ul>  |
| 委員       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul>   |
| 座長       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul>  |
| 委員       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul>  |
| 座長       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul>   |

## (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"> <li>● 実年齢は必須にしていなくて。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</li> </ul>                                   |
| 事務局 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul> |

- 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
  - 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
- 委員
- 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
- 座長
- 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のこと自体は、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  
事務局  
座長
- 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)
  - 個別事案ごとに入れていって、最終的には集計でとる
  - 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えるのは、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って、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える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えるのは、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ふ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できるが、どこか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つたらそこに絞って、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。