



消 防 救 第 3 号
平成 24 年 1 月 16 日

各関係団体 御中



消防庁救急企画室

救急蘇生統計に関するデータの提供について

心肺機能停止傷病者の救命率等の状況について、消防庁では、消防機関、医療機関及び都道府県の協力を得て調査を実施しております。

今般、平成22年分のデータを取りまとめ、平成17年からの6か年分のデータを「救急蘇生統計」として公表しております。

http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/2312/231216_1houdou/02_houdoushiryou.pdf

上記で公表している結果の他、貴会又は貴会の会員において、救急分野の発展に資するべく、より詳細な分析を行う場合等、必要があれば、救急蘇生統計のデータを提供しますので、希望される場合には、下記のとおり申請してください。

記

- 1 申請方法 紙媒体（別紙申請書）
- 2 申請先 消防庁救急企画室
〒100-8927 東京都千代田区霞が関 2-1-2 消防庁救急企画室
- 3 その他
 - (1) 申請受理後に当方から申請書記載の担当者に、その後の対応等について御連絡しますので指示に従って下さい。
データ量の関係上、データベースは、CD-ROM等の媒体により送付することとなりますので、空のCD-ROM等及びCD-ROM等を郵送可能な返信用封筒（宛先を記入し、必要な金額分の切手を貼ったもの。）を当室まで送付いただくようお願いします。
 - (2) 注意事項
 - ア 提供するデータの項目は、別添のとおりです。
 - イ 個人を特定出来ないようにする観点から、地域に関する情報は都道府県別までとし、消防本部別の情報についてはデータ提供を行っておりません。

- ウ 一定のデータクリーニングは実施しておりますが、元々の報告が原因で、一部矛盾する回答となっている等のエラーが存在します。
- エ 集計する内容に応じて集計方法を工夫している場合や、状況に応じて適宜データベースの更新を行う場合もあることから、消防庁で過去に公表した内容を完全に再現出来ない可能性があります。
- オ クリーニングの方法等によって結果が大幅に変わってくる可能性があることや、特に、都道府県別の分析等を行う場合等、条件の設定の仕方によっては、対象が少なくなり、適切な分析を行うことが困難になることについて、御理解の上、データを活用して下さい。また、分析結果を公表する際にも、この点については、十分御留意下さい。
- カ 公表を行う場合には、公表内容及びその概要（日本語にて400字程度、図表も可）につきましても、消防庁救急企画室まで、事前に情報提供いただきますようお願いいたします。
- また、公表につきましては、出典についても明記頂けるようお願いいたします。

<問合せ先>

消防庁救急企画室

担当：長谷川・伊藤・菅原

TEL：03-5253-7529

FAX：03-5253-7539

E-mail：k.sugawara@soumu.go.jp

(団体用)

平成 年 月 日

消防庁救急企画室長 殿

団体名
代表者職・氏名

印

データ利用申請書

下記により利用したいので、承認申請します。

- 1 申請データ
救急蘇生統計（ウツタイン調査）
（2005～2010）
- 2 利用目的
- 3 公表の有無
- 4 利用者の範囲
- 5 利用期間・利用後の処置
原則、データ提供があった日から1年間。利用後は速やかに廃棄。
- 6 担当者
 - (1) 担当者所属
 - (2) 役 職
 - (3) 担当者名
 - (4) 電話番号
 - (5) FAX 番号
 - (6) E・Mail

記載例

(団体用)

平成 年 月 日

消防庁救急企画室長 殿

団体名（学会名、大学名等）及び代表者氏名（役職名及び代表者氏名等）を記載し、押印してください。

団体名
代表者職・氏名

印

データ利用申請書

下記により利用したいので、承認申請します。

- 1 申請データ
救急蘇生統計（ウツタイン調査）
（2005～2010）

現在提供できるデータは 2005 年（平成 17 年）から 2010 年（平成 22 年）の 6 年間分です。

- 2 利用目的

利用方法等も具体的に記載してください。

- 3 公表の有無

公表を予定している場合にはその内容及び時期を記載してください。

- 4 利用者の範囲

利用する可能性があるすべての方の所属、役職、氏名を記載してください。

- 5 利用期間・利用後の処置

原則、データ提供があった日から 1 年間。利用後は速やかに廃棄。

- 6 担当者

- (1) 担当者所属
- (2) 役 職
- (3) 担当者名
- (4) 電話番号
- (5) FAX 番号
- (6) E - M a i l

当該申請に関して担当者となる方の所属、氏名等を記載してください。

提供するデータ項目について

別添

項目名	備考	
No.		
都道府県コード		
発生年月日	年月日(時間は常に00:00:00)	
性別	1:男性	2:女性
年齢		
救急救命士乗車	1:あり	2:なし
医師乗車	1:あり	2:なし
医師2次救命処置	1:あり	2:なし
心停止の目撃		
目撃	1:目撃	2:既に心肺機能停止
目撃時刻	年月日時分(秒は常に00)	
バイスタンダー種別	0:選択なし	
	1:家族	
	2:友人	
	3:同僚	
	4:通行人	
	5:その他	
	6:消防隊	
	7:救急隊	
	8:救急救命士	
バイスタンダーCPR		
あり/なし	1:あり	2:なし
心臓マッサージ	0:チェックなし	1:チェックあり
人工呼吸	0:チェックなし	1:チェックあり
市民等による除細動	0:チェックなし	1:チェックあり
確定/推定/不明	0:選択なし	
	1:確定	
	2:推定	
	3:不明	
CPR	開始時刻	年月日時分(秒は常に00)
口頭指示あり	0:チェックなし	1:チェックあり
初期心電図波形		

波形種別	1:VF(心室細動)	
	2:Pulseless(無脈性心室頻拍)	
	3:PEA(無脈性電氣的活動)	
	4:心静止	
	5:その他	
救急救命処置等の内容		
除細動	0:チェックなし	1:チェックあり
二相性/単相性	0:選択なし	
	1:二相性	
	2:単相性	
初回除細動実施時刻	年月日時分(秒は常に00)	
施行回数	0~9	10:10回以上
実施者:救急救命士	0:チェックなし	1:チェックあり
実施者:救急隊員	0:チェックなし	1:チェックあり
実施者:消防隊員	0:チェックなし	1:チェックあり
実施者:その他	0:チェックなし	1:チェックあり
気道確保	0:チェックなし	1:チェックあり
特定行為器具使用	0:チェックなし	1:チェックあり
特定行為器具種別	0:選択なし	
	1:LM	
	2:食道閉鎖式エアウェイ	
	3:挿管チューブ	
静脈路確保	0:チェックなし	1:チェックあり
薬剤投与	0:チェックなし	1:チェックあり
薬剤投与時刻	年月日時分(秒は常に00)	
施行回数	0~4	5:5回以上
時間経過		
覚知	年月日時分(秒は常に00)	
現着	年月日時分(秒は常に00)	
接触	年月日時分(秒は常に00)	
CPR	開始	年月日時分(秒は常に00)
病院収容	年月日時分(秒は常に00)	
心停止の推定原因		
心原性/非心原性	1:心原性	2:非心原性

心原性の種別	0:選択なし	
	1:確定	
	2:除外診断による心原性	
非心原性の種別	0:選択なし	
	1:脳血管障害	
	2:呼吸器系疾患	
	3:悪性腫瘍	
	4:外因性	
	5:その他	
転帰及び予後		
心拍再開	1:あり	2:なし
初回心拍再開時刻	年月日時分(秒は常に00)	
1ヶ月予後回答	1:あり	
	2:なし	
	3:回答待ち	
1ヶ月生存	1:あり	
	2:なし	
	3:回答待ち	
脳機能カテゴリー	0:選択なし	
	1:CPC1	
	2:CPC2	
	3:CPC3	
	4:CPC4	
	5:CPC5	
全機能カテゴリー	0:選択なし	
	1:OPC1	
	2:OPC2	
	3:OPC3	
	4:OPC4	
	5:OPC5	