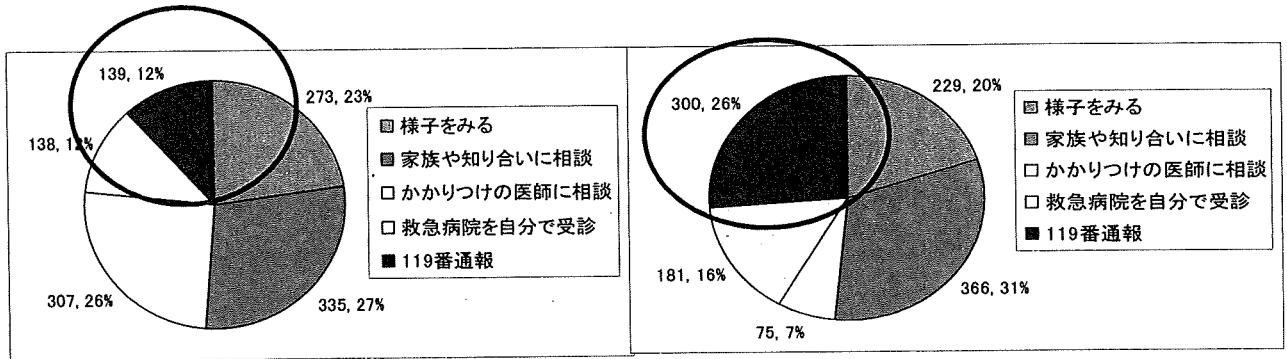


上半身に未経験の強い不快感があったとき、あなたはどうしますか？

1200名の市民に聞きました



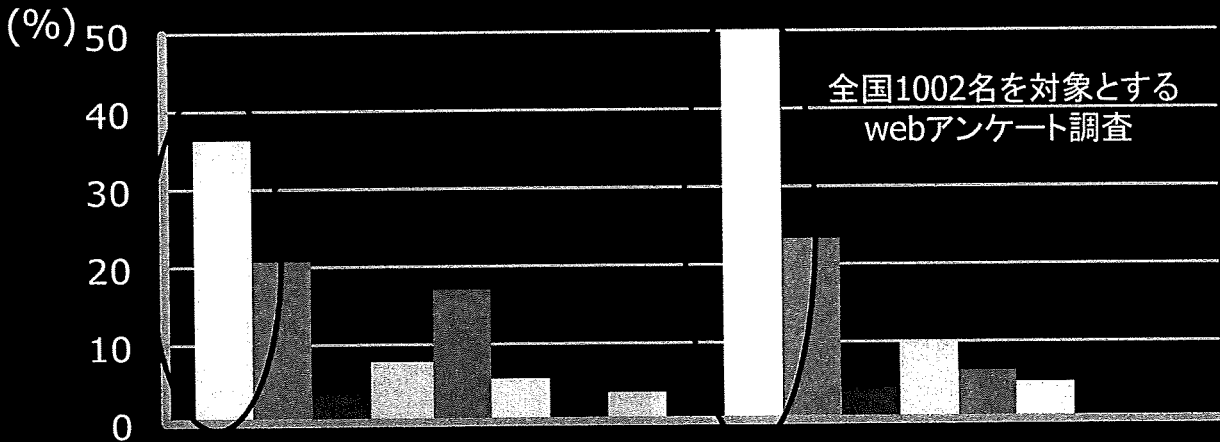
(平日の日中)

(休日や夜中)

一般医は脳卒中・心筋梗塞をどう伝えているか

夜間・休日に脳卒中・心筋梗塞を疑う症状が現れたらどうするように、患者に指示していますか？

- すぐに 119 番
- すぐに緊急病院を受診
- 少し待ってから貴診療所を受診
- すぐに貴診療所へ電話
- 少し待ってから 119 番
- 少し待ってから緊急病院を受診
- すぐに貴診療所を受診
- 少し待ってから貴診療所へ電話



急性心筋梗塞

脳卒中



全国の循環器疾患関連死亡と 地域急性期医療システムとの関連に関する 研究: J-PULSE-G Study

■ 目的:

循環器疾患による死亡状況を把握し、救急医療機関からの距離・時間の情報を分析し、急性期搬送システムについて提言を行う

■ 方法: 厚生労働省人口動態調査による循環器系疾患の死亡率と三次医療施設への平均的な搬送時間、距離との関連の解析、

■ 2008年度: 3地域(北海道、大阪、和歌山)に関する分析

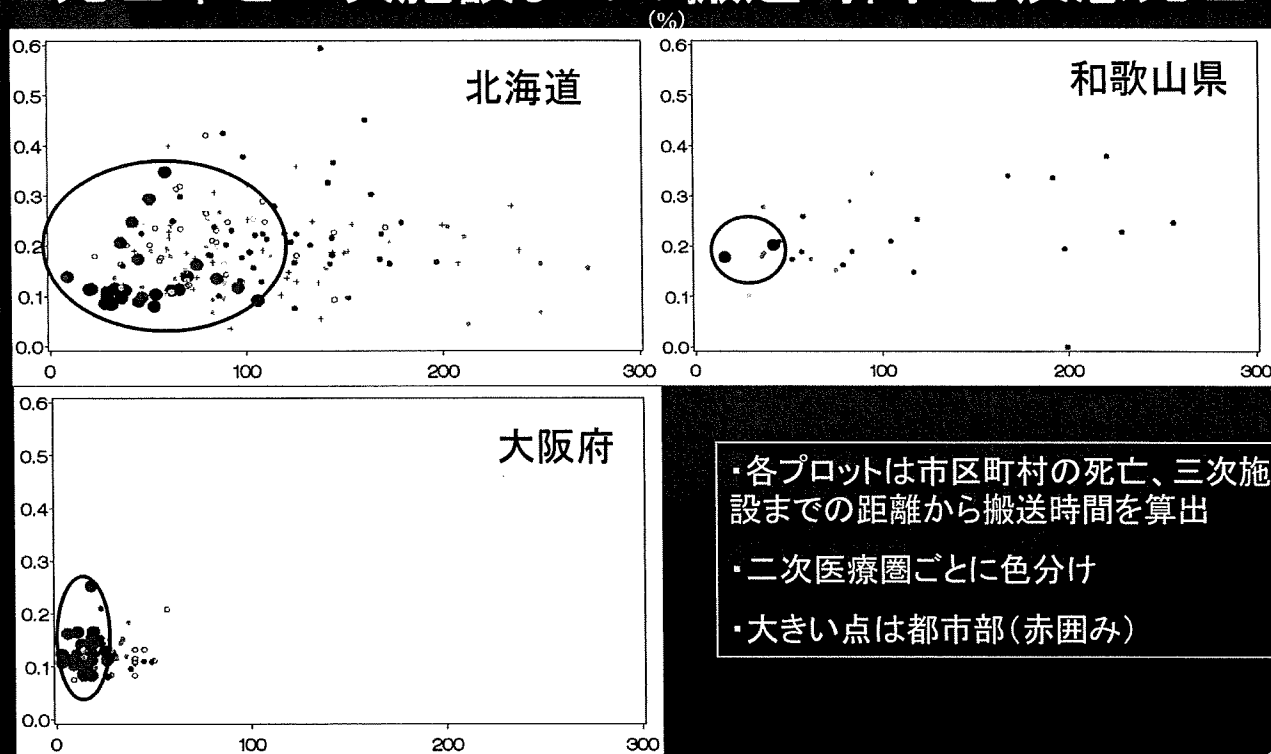
・2005年の市区町村別死因別死亡割合と距離/時間の関係を検討

・心疾患(高血圧以外)、脳血管障害

■ 2009年度には、全国市町村での解析を、三次、二次専門施設で実施する

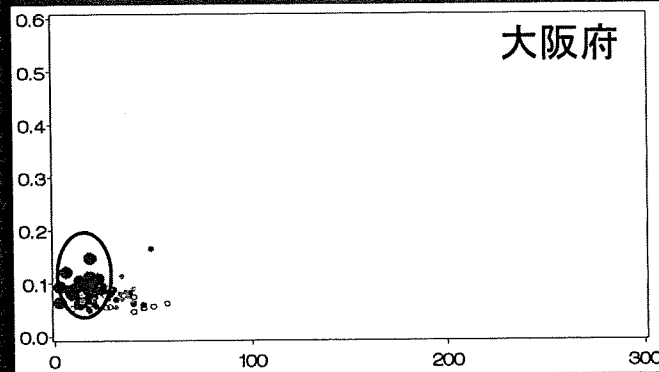
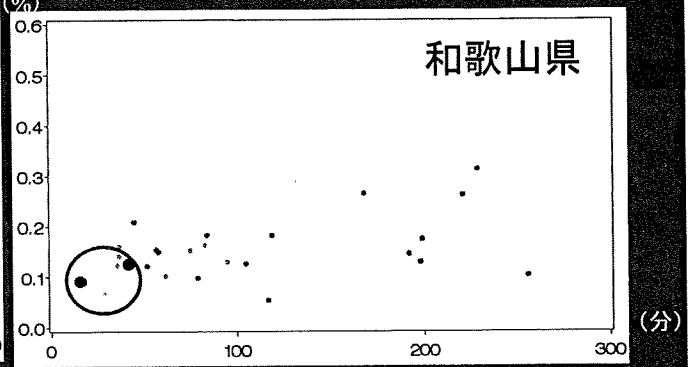
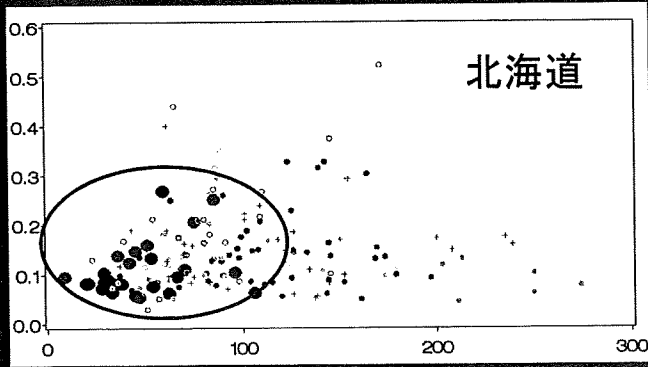
7

死亡率と三次施設までの搬送時間: 心疾患死亡



8

死亡と三次施設までの搬送時間：脳血管死亡

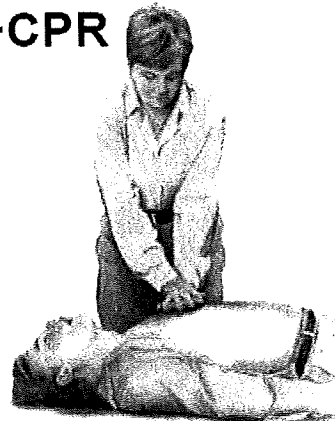


- ・各プロットは市区町村の死亡、三次施設までの距離から搬送時間を算出
- ・二次医療圏ごとに色分け
- ・大きい点は都市部(赤囲み)

院外心停止登録データによりわが国からの発信を継続 心原性院外心停止：目撃のある心室細動

発見者による心肺蘇生法実施率：19⇒36%
心停止から電気ショック実施時間：19分⇒9分

ハンズオンリーCPR

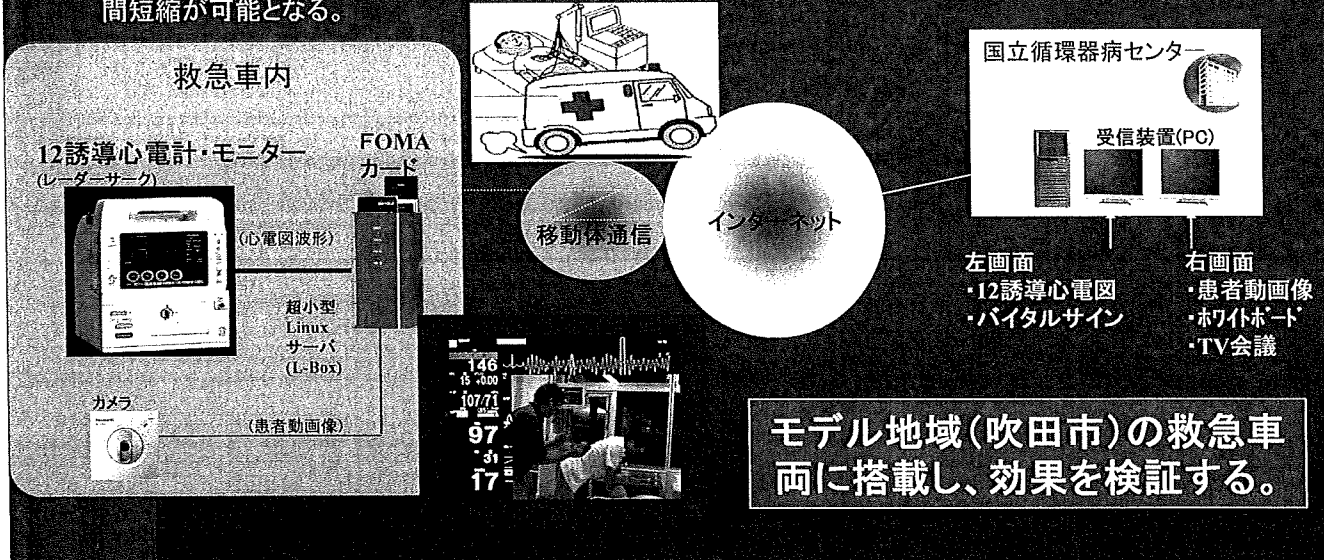


1. 誰かに 119 番通報を頼むか、自分ひとりの場合には自ら 119 番通報する

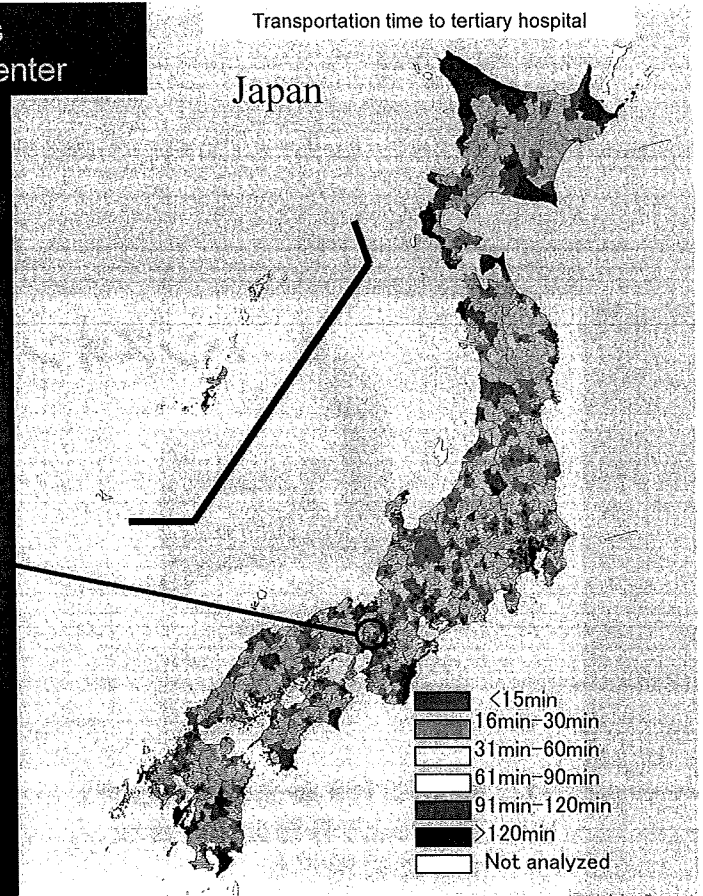
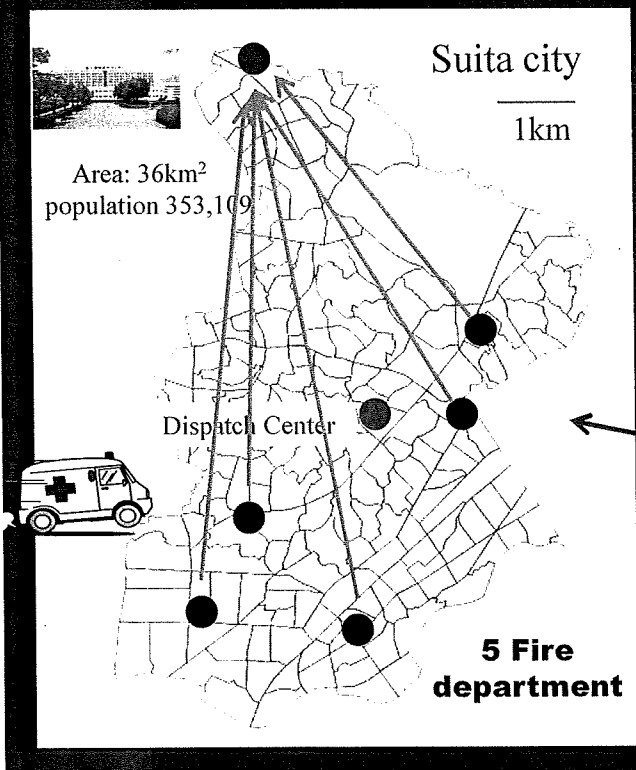
2. 胸部中央を強く、速く押す

2. 診療体制・搬送体制の検討 モバイル・テレメディシン

- ・救急車内の12誘導心電計のデータ等を超小型Linuxサーバにより集約し、FOMA回線を介して病院に伝送する。オンラインメディカルコントロールが可能となる。
- ・病院ではインターネット経由で患者情報を受信するとともに、病院間で患者情報を共有することにより、専門医師からの適切な救命救急医療を実現する。搬入前から診断・治療の準備が可能となり、治療開始までの時間短縮が可能となる。



Mobile telemedicine between 5 ambulances in Suita-city and National Cardiovascular Center



モバイルテレメディシン 2008年6月3日実用開始

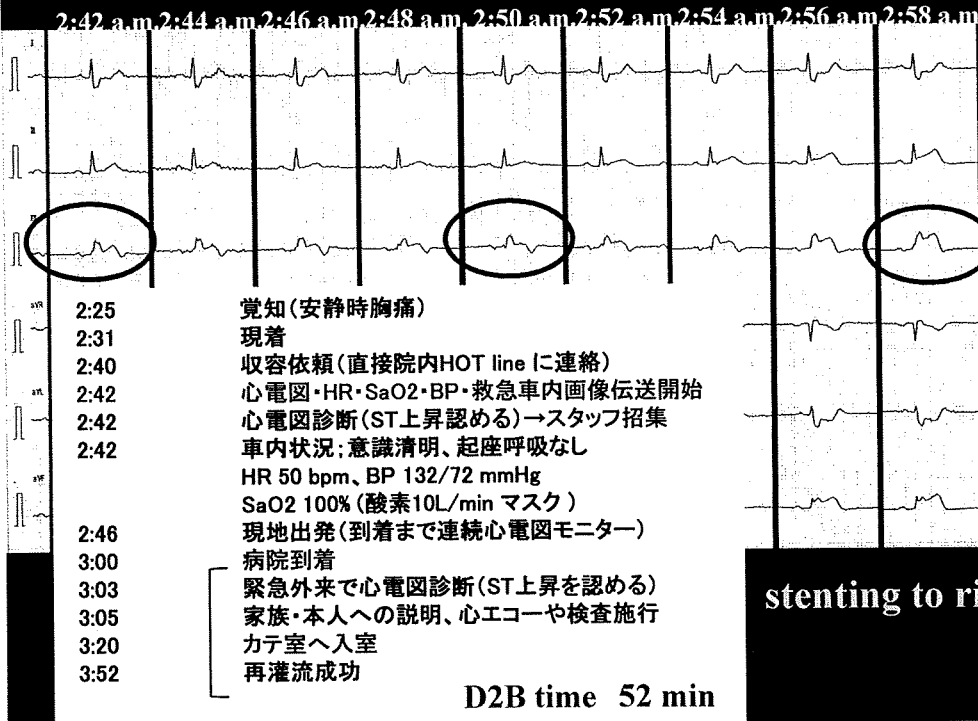
吹田市消防本部の救急車5台にモバイル・テレメディシンを
搭載、臨床運用を開始:50例に使用

ACS17(STEMI:11、NSTEMI:1、UAP:4、OMI:1)
不整脈:5、心不全:1、解離:2

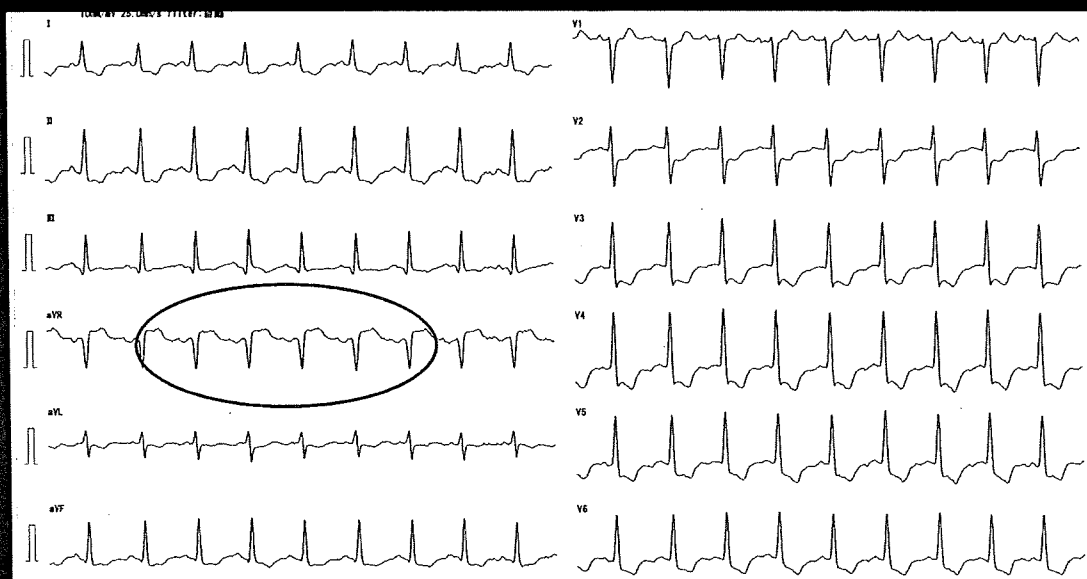


症例1 Continuous 12 lead ECG monitorin during transport by ambulance

CAG and PCI



症例2. 急性心筋梗塞症 左主幹部病変



12誘導伝送で、aVR ST上昇と広範囲な誘導での ST低下で、CCU医師は左主幹部病変を疑い、すぐにカテ室とスタッフ招集し、搬入後直ちに緊急カテーテル治療を実施した。



3. 最重症例への対応

- 最重症例の救命システム構築：脳蘇生
心原性心停止蘇生後の低体温療法：ガイドライン勧告、方法・適応等がなお未確定
統一した方法で蘇生後症例多施設共同登録作業を開始、2005年から5年間で500例の登録予定→国際発信

心原性心停止蘇生後の低体温療法に関する多施設共同調査研究 (J-PULSE-H)

厚生労働科学研究：急性心筋梗塞症と脳卒中に対する超急性期診療体制の構築に関する研究

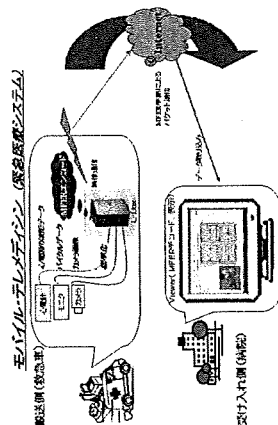
主任研究者：国立循環器病センター
緊急部 部長 野々木 宏

研究目的と成果の概要

急性心筋梗塞症と脳卒中発症時に高度医療を時間の遅延なく効果的に提供できる救急医療システムの構築が目的です。そのため入院までの遅延の分析、搬送時間と死亡率の解析から必要な対策やシステムの条件を検討しました。更に、効率よく診療提供をするため、我が国がリードしている情報通信網を用いたモバイルテレメディンを救急車と3次救急医療施設間に設置し、適切な搬送システムやオンラインメディカルコントロールシステムをモデル地域で構築しその効果を検証しました。また、最重症例への治療方法について標準化をはかるため多施設共同研究にて、低体温療法、難治性心室性不整脈に対する抗不整脈薬について検証を行いました。その結果、根拠に基づく医療として日本人の特性に応じた救命率向上対策としての診療体制の確立について提言を行いました。

期待される成果と今後の展望

市民や医療従事者から広くアンケート調査を行い、発症から病院までの時間の遅れの要因を明らかにし、啓発ツールを作成しました。ホームページや市民公開講座で啓発をはかり理解をはかる一助となるものと期待されます。また、搬送距離と時間解析と予後の解析から、適切な循環器救急医療施設配置と必要な搬送手段を提言しました。その対策としてIT活用によるモバイルテレメディンは汎用性のあるシステムでどの地域でも活用可能なモデルとして、治療までの短縮効果を実証し、地域の特性を活かした循環器救急医療の提言を行いました。更に、我が国がリードする低体温療法、補助循環、緊急カテーテル治療を組み合わせた超重症例への治療結果を解析することで、治療指針について標準化を提言いたしました。これらの成果に基づき、効果的かつ効率的な循環器救命・治療対策の確立と国際的な標準化に資することが期待されます。



急性心筋梗塞症と脳卒中に対する超急性期診療体制の構築に関する研究

具体的成果

市民へのアンケートで心筋梗塞の症状の理解が不十分で、発作時に119番通報を行つとすのは1割程度と低率で、啓発のためパンフレット作成

心筋梗塞の発作であると思う症状
【複数回答】 1200名市民抽出

胸の圧迫される痛み	79%
息苦しさ	57%
みぞおちの痛み	18%
背中への痛み	14%
頭痛	11%
のどや下あごの痛み	3%
わからない、無回答	13%

症状の認識が十分ではない

J-PULSE 急性心筋梗塞と脳卒中の超急性期診療体制構築に関する研究(市民アンケート結果)

上半身に未経験の強い不快感があったとき、あなたはどのようにしますか？

1200名の市民へアンケート調査



(平日の日中)

119番通報する割合と回答の割合

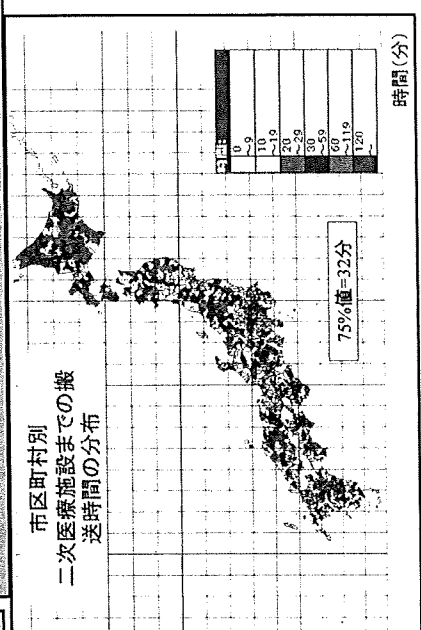
J-PULSE 急性心筋梗塞と脳卒中の超急性期診療体制構築に関する研究(市民アンケート結果)

心臓発作や心停止、脳卒中の警告症状

119番通報する

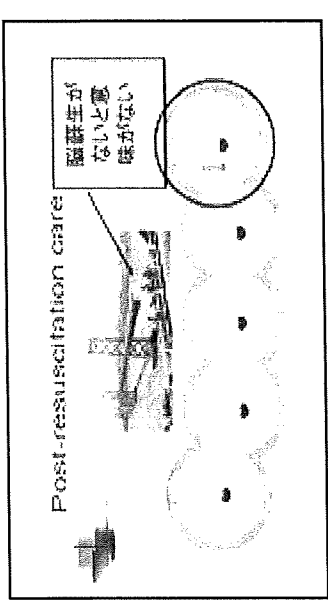
553名が回答した

全国の循環器救急施設への搬送時間と予後検討、循環器救急医療施設が適正配置されていず、搬送長時間で予後不良な地域には、搬送手段の工夫やIT化等による診療支援が必要



最重症例の救命システム構築:脳蘇生心肺蘇生法の実施率増加やAED普及により救命率が向上している。脳蘇生には更に低体温療法の実施が重要である。多施設共同研究で世界最大規模の登録救急で標準化を提言。

試験名 (Official scientific title of the study)	心原性心停止蘇生後の低体温療法に関する多施設共同登録研究
試験簡略名 (Brief title)	J-PULSE-Hypo study
主要アウトカム評価 項目(記述記載)	3ヶ月後の蘇生後脳症患者の転帰及び脳機能評価(OPC:5段階評価)
副次アウトカム評価 項目(記述記載)	蘇生後脳症患者の転帰,脳機能評価;24時間,7日,1ヶ月,3ヶ月,退院時



救命の連鎖で蘇生率を上げ、入院後に低体温療法を実施し社会復帰をあげる。登録症例の脳蘇生良好例は56%と高率である。

診療体制・搬送体制の模倣
モバイル・テレメディスン

救急車内

医師は
インターネット

患者は
タブレット

救急車内の医師と遠隔地の医師がリアルタイムで連携し、患者の状態を確認し、適切な処置を指示する。

救急車内の医師はタブレットで患者の状態を確認し、遠隔地の医師はインターネットを通じて患者の状態を確認し、適切な処置を指示する。

モバイル・テレメディスンにより、搬送前から診断が可能であり、ドクターへより活用や治療の早期準備・介入の検討が可能となる。

急性心筋梗塞症と脳卒中に対する 超急性期診療体制の構築に関する研究

厚生労働科研H19-心筋-一般003

臨床疫学的検討

1. 疫学: 発症数と致命率の把握、収容遅延の調査
2. 院外心停止把握
3. CPR/AED普及

搬送時間・予後解析、アンケート調査、啓発ツール作成、hands-only普及

診療体制構築検討

発症1時間以内に早期受診・診断可能な体制
全症例を専門施設へ集中させる

モバイルテレメディシン搬送システム(ドクターカー・ヘリ搬送)

最重症例対応検討

再灌流療法、低体温、臓器保護、抗不整脈対策

低体温療法の確立、治療抵抗性VFに対する薬物治療の確立

1. 臨床疫学的データ解析

- 急性心筋梗塞症と脳卒中: 受診の遅れの要因解析(市民、医師): 全国アンケート調査、啓発ツール作成
- 搬送距離・時間解析と循環器系死亡率との関係解析。

受診遅れの要因調査: 市民、医療者へのアンケート

心筋梗塞の発作であると思う症状
 [複数回答] 1200名市民抽出



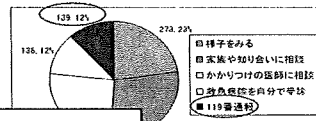
- 胸の圧迫される痛み 79%
- 息苦しさ 57%
- みぞおちの痛み 18%
- 背中の痛み 14%
- 頭痛
- のどや下
- わからない

症状の

J-PULSE: 急性心筋梗塞症と脳卒中

上半身に未経験の強い不快感があったとき、あなたはどのようにしますか?

1200名の市民へアンケート調査

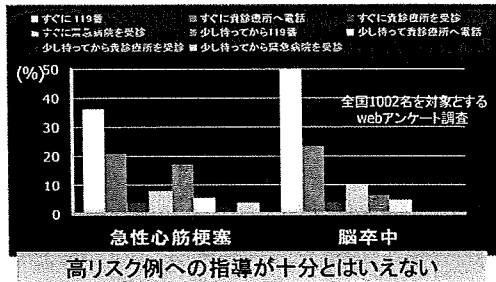


(平日の日中)

すると回答: 1割程度

医療体制構築に関する研究班(厚生労働科学研究班)

一般医は脳卒中・心筋梗塞をどう伝えているか
 夜間・休日に脳卒中・心筋梗塞を疑う症状が現れたらどうするように、
 患者に指示していますか?



3

啓発用パンフレットの作成: どのようなときに心臓発作を疑うべきか



Japanese Heart Association
 日本心臓病協会

心臓発作や心停止、 脳卒中の警告症状

あなたとあなたの大切な人を救うために
 知っておきたいこと



監修
 日本心臓病協会 J-PULSE

J-PULSE: 急性心筋梗塞症と脳卒中の超急性期医療体制構築に関する研究班

心臓発作の警告症状を覚えましょう

心臓発作の中には突然、しかも強烈な形で起こるものがあります。これは、映画で見るような心臓発作で、突然胸に痛み出し、胸を押さえて、はたと倒れるもので、この場合は誰もが心臓発作を疑わないでしょう。しかし、ほとんどの心臓発作は、軽い痛みや不快感から、ゆっくりと始まります。心臓発作が起きているのに、なにがおかしいのか確信がもてず、助けを呼ぶのが遅れることがよくあります。

患切れ

これは胸部不快感を伴う場合と伴わない場合があります。

その他の症状



突然の冷や汗、吐き気、
 頭がフラフラする感じなどが
 あります。

すぐに行動すること

あなたや周りの人が心臓発作や心停止、脳卒中にならないことを望んでいます。起こってしまった場合でも、警告症状を知っておき、素早く行動することで、合併症を防いだり、減らしたり、あるいは命を救うこともできるでしょう。

大切なのは、自分か周りの人に心臓発作や心停止、脳卒中が起きていると思った場合には、待たないことです。ただちに119番通報して、病院に行ってください。

119番に通報したら、 次のように 受け答えをします

「火事ですか、救急ですか?」

「救急です」と答えてください。

「住所、名前、電話番号、目印となる建物はありますか?」
 (逆探知もしてくれるので、電話を切らずに待ち受け
 て答えましょう)

「どのような症状が伝えてください」
 (意識はあるのか、意識はないか、胸の痛みはないか
 上半身の不快感はないか)



「呼んでも意識がなければ、
 電話の指示どおりに応急処置
 (心臓蘇生法)を開始して
 下さい」

3

受診遅れの要因調査：市民へのアンケートとインタビュー

上半身に未経験の強い不快感があったとき、あなたはどのような行動をとりますか？

1200名の市民へアンケート調査

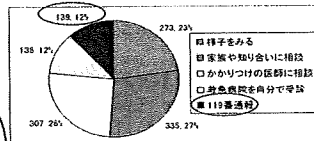
救急車非利用

救急車利用

・いつでも見てくれる病院があるから救急車を呼ぶ必要はない
・近所に迷惑だから救急車は呼ばない

・救急車を呼ぶ前にとりあえず我慢しよう
・戦争の経験から人に助けを求めない

・老人の一人暮らしなので、ひとりでしぬ覚悟はできているので助けをもとめない
・救急車を呼ぶのはカッコ悪い
・救急車を呼ぶとおおごとになる
・救急車を呼ぶよりもタクシーのほうが早い
・救急車を呼ぶごとに批判もあるから呼ぶ気はない



(平日の日中)

119番通報をすると回答：1割程度

・救急車じゃないと対応してもらえないから
・夜間は救急車じゃないと見てもらえない
・いままでも救急車を呼んだ経験があるので今回もよぼう

・若い人は救急車を呼んだらあかぬけれど老人は少々しんどければ呼んでもいい
・どうにも我慢できないから救急車を呼ぶ
・病院が呼べと言ったので救急車を呼んだ

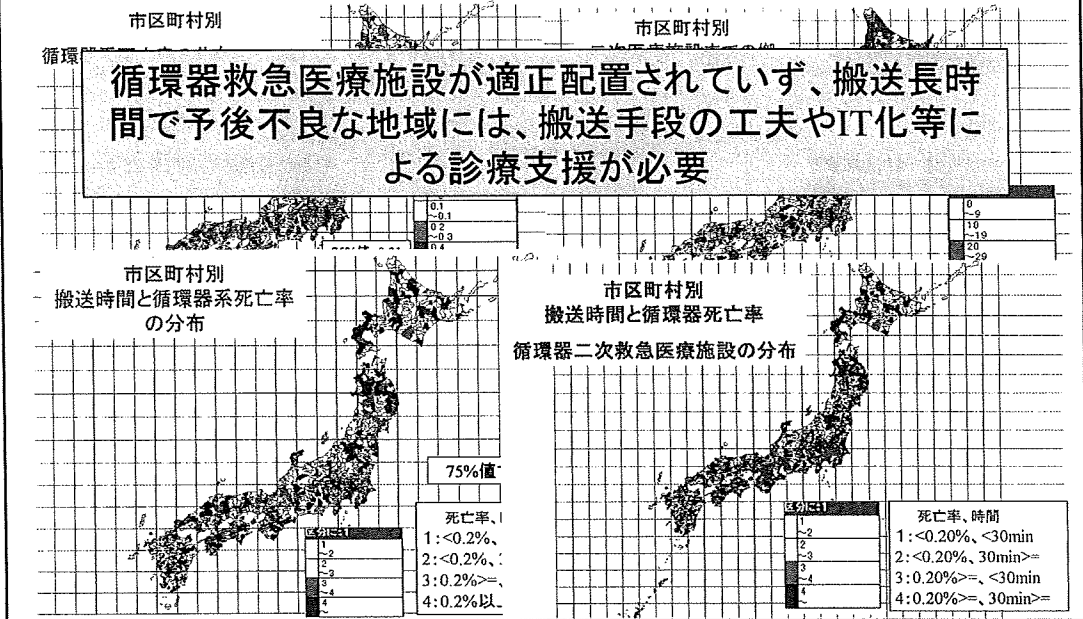
5

全国の循環器疾患関連死亡と地域急性期医療システムとの関連に関する研究

- 目的：循環器疾患による死亡状況を把握し、救急医療機関からの距離・時間の情報を分析し、急性期搬送システムについて提言を行う
- 方法：厚生労働省人口動態調査による循環器系疾患の死亡率と2次医療施設への平均的な搬送時間（市町村役所から病院まで）、距離との関連の解析、
- 2005年の全国市区町村別死因別死亡割合と循環器2次救急施設までの距離/時間の関係を検討：厚生労働省人口動態死亡調査、心疾患（高血圧以外）、脳血管障害
- 人口統計：市区町村基礎データファイル
- 循環器救急二次医療施設：・循環器の研修及び関連施設一覧
全国病院情報データから抽出

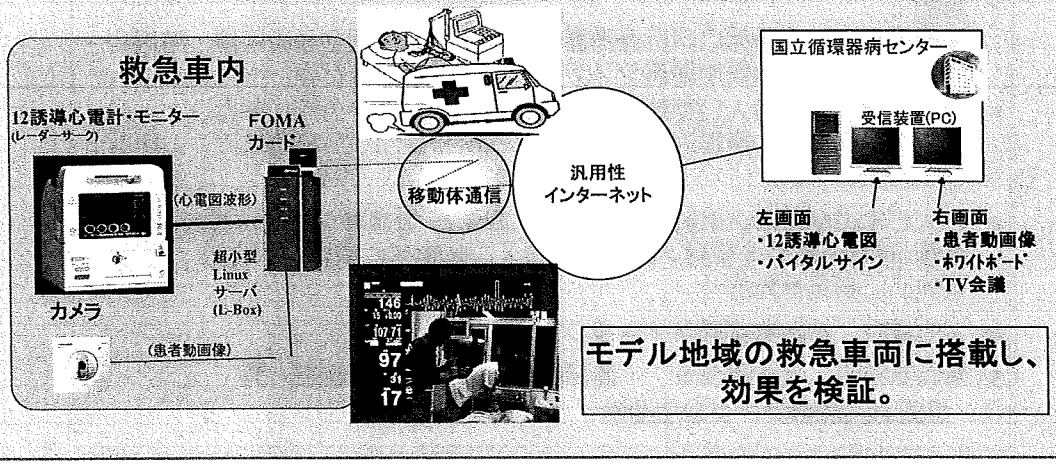
6

全国の循環器疾患死亡と搬送時間に関する研究

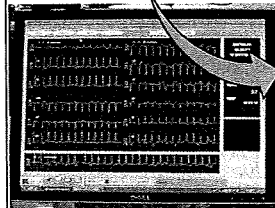
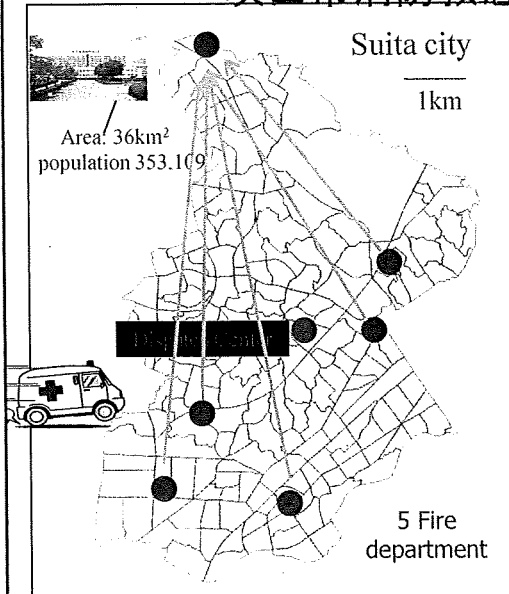


2. 診療体制・搬送体制の検討 モバイル・テレメディシン

・救急車内の12誘導心電計のデータ等を超小型Linuxサーバにより集約し、FOMA回線を介して病院に伝送する。オンラインメディカルコントロールと搬入前から診断・治療の準備が可能となり、治療開始までの時間短縮が可能となる。



モバイルテレメディシン： 吹田市消防救急車とNCVCを接続



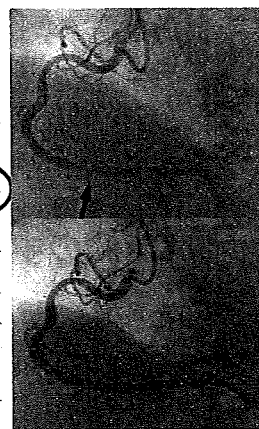
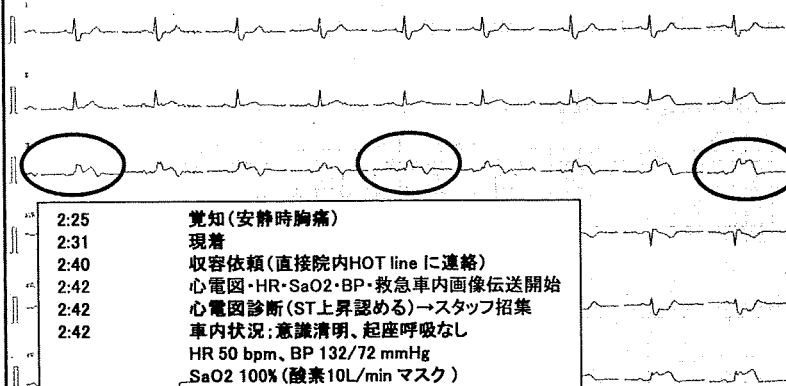
12誘導心電図
HR, BP, SpO₂



動画、テレビ会議
他の場所と接続

症例 モバイルテレメディシンによる救急車からの 連続12誘導伝送例：急性心筋梗塞

2:42 a.m. 2:44 a.m. 2:46 a.m. 2:48 a.m. 2:50 a.m. 2:52 a.m. 2:54 a.m. 2:56 a.m. 2:58 a.m.



- 2:25 覚知(安静時胸痛)
- 2:31 現着
- 2:40 収容依頼(直接院内HOT lineに連絡)
- 2:42 心電図・HR・SaO₂・BP・救急車内画像伝送開始
- 2:42 心電図診断(ST上昇認める)→スタッフ招集
- 2:42 車内状況:意識清明、起座呼吸なし
HR 50 bpm, BP 132/72 mmHg
SaO₂ 100% (酸素10L/minマスク)
- 2:46 現地出発(到着まで連続心電図モニター)
- 3:00 病院到着
- 3:03 緊急外来で心電図診断(ST上昇を認める)
- 3:05 家族・本人への説明、心エコーや検査施行
- 3:20 カテ室へ入室
- 3:52 再灌流成功

D2B time 52 min

右冠動脈へステント挿入

急性心筋梗塞に対する再灌流療法開始時間 Door-to-Balloon時間 (DTBT)

モバイルテレメディシン(MTS)使用救急搬送例 (n=133)

June 2008 -October 2009

Total	MTS (n=23)	non-MTS (n=174)	p value
DTBT	86 (63.104)	96 (76.130)	0.032

IT活用により、搬送前から診断が可能であり、
ドクターヘリ活用や治療の早期準備・介入の
検討が可能となる

Non-parametric analysis: Mann-Whitney U test

中央値(25% tile, 75% tile)

Yagi N, Yokoyama H et al AHA 2009

3. 最重症例への対応

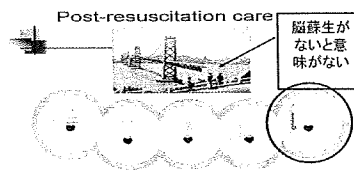
■ 最重症例の救命システム構築: 脳蘇生

心原性心停止蘇生後の低体温療法: 2005年ガイド
ライン勧告、

方法・適応等がなお未確定

多施設共同登録作業を開始、2005年から5年間で
500例の登録予定→国際発信(最大規模の登録)、
4年間の中間報告

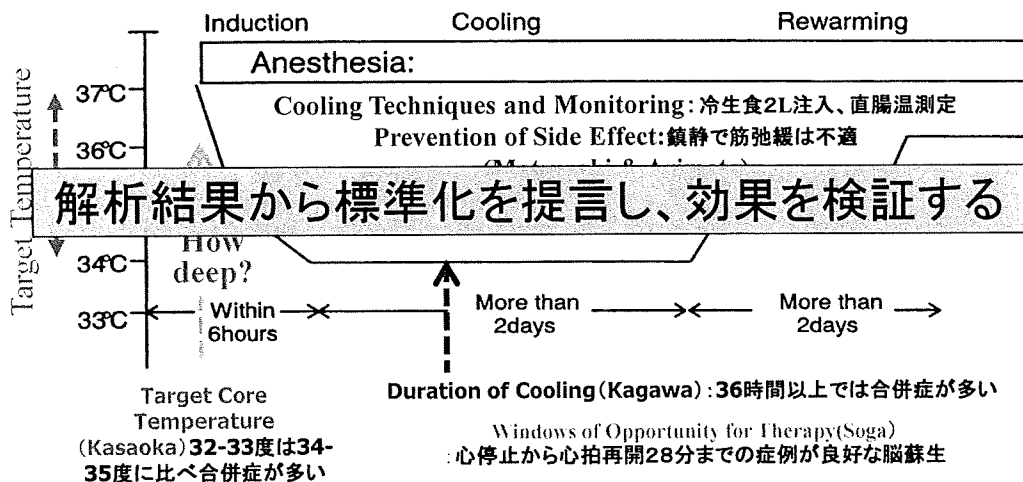
試験名 (Official scientific title of the study)	心原性心停止蘇生後の低体温療 法に関する多施設共同登録研究
試験簡略名 (Brief title)	J-PULSE-Hypo study
主要アウトカム評価 項目(記述記載)	3ヶ月後の蘇生後脳症患者の転帰及 び脳機能評価(CPC:5段階評価)
副次アウトカム評価 項目(記述記載)	蘇生後脳症患者の転帰、脳機能評価 ;24時間、7日、1ヶ月、3ヶ月、退院時



心原性心停止蘇生後の低体温療法に関する多施設共同調査研究 (J-PULSE-Hypo)

低体温療法における検討結果 AHA2009

Patients characteristic n=281 12病院 脳蘇生-良好率:56%
 Initial Patients Evaluation (blood exam.) (Kashiwase): 高血糖、高CO₂、貧血は予後不良因子
 Impact of AML/ACS (Shirai): 虚血/非虚血は同等
 PCPS with Hemodynamic Compromised State (Kokubu): 非PCPS実施例と同等



結語

本研究の目的は、地域医療圏における急性心筋梗塞症と脳卒中発症時に高度医療を時間の遅延なく効果的に提供できる救急医療システム構築である。

1. 発症から病院までの時間の遅れの解析から、啓発ツールを作成した。
2. 搬送距離と時間解析と予後を解析し、搬送長時間で予後不良な地域を明らかにし、搬送手段やIT活用の必要性を提言した。
3. IT活用によるモバイルテレメディシンによる治療短縮効果をモデル地区で実証し、地域の特性を活かした循環器救急医療の提言を可能とした。
4. 我が国がリードする低体温療法、補助循環、緊急カテーテル治療を組み合わせた治療結果を解析した。最重症例への治療の標準化を提言する予定である。

これらの成果に基づき、急性心筋梗塞症や脳卒中に対する根拠に基づく医療の普及・定着を図るとともに、地域循環器救急医療のシステム構築に当たり、効果的かつ効率的な循環器救命・治療対策の確立と国際的な標準化に資することが期待される。

V. 班会議 (全5回)

<平成19年度>第1回班会議 平成19年7月27日

第2回班会議 平成20年1月18日

<平成20年度>第1回班会議 平成20年7月17日

第2回班会議 平成20年10月4日

<平成21年度>第1回班会議 平成21年7月24日

第2回班会議 (J-Pulse・J-Save 合同公開報告会)

平成22年2月23日

2007.7.27

時間	発表者	内容	(分)
12:00 - 13:00		昼食	1:00
13:00 - 13:30	野々木 宏・ 徳本 史郎	挨拶、研究者紹介、研究全体に関して、医療計画との連携	0:30
13:30 - 13:45	横山 広行	臨床疫学データの紹介と今後の解析(1):急性心筋梗塞症	0:15
13:45 - 14:00	全員	質疑・コメント	0:15
14:00 - 14:15	豊田 一則	臨床疫学データの紹介と今後の解析(2):脳卒中	0:15
14:15 - 14:30	全員	質疑・コメント	0:15
14:30 - 14:45	石見 拓・川 村孝・菊地研	臨床疫学データの紹介と今後の解析(3):院外心停止とCPR	0:15
14:45 - 14:55	全員	質疑・コメント	0:10
14:55 - 15:10		コーヒーブレイク	0:15
15:10 - 15:25	菅井寛・向仲 真蔵/中田敬 司	超急性期医療システムについて(1):循環器救急医療システム、ドクターカー、ヘリ搬送等	0:15
15:25 - 15:35	全員	質疑・コメント	0:10
15:35 - 15:45	佐瀬 一洋 (角地 祐幸)	超急性期医療システムについて(2):モバイルテレメディシン	0:10
15:45 - 15:55	全員	質疑・コメント	0:10
15:55 - 16:05	長尾建・安賀 裕二	最重症例への対応(1):急性心筋梗塞症、救命救急からみた場合、CCUから見た場合	0:10
16:05 - 16:15	安田 聡	最重症例への対応(2):致死性不整脈への対応、ニフェカランとアンカロン	0:10
16:15 - 16:25	全員	質疑・コメント	0:10
16:25 - 16:35	嘉田晃子・米 本直裕	臨床統計の必要性について	0:10
16:35 - 16:50		全体討議	0:15
16:50 - 17:00		まとめ	0:10

4:00

時間		発表者	内容	(分)
12:00	-	13:00	昼食	1:00
13:00	-	13:15 野々木 宏	挨拶、研究者紹介、研究全体に関して、医療計画との連携	0:15
13:15	-	13:25 横山 広行	臨床疫学データの紹介と今後の解析(1):急性心筋梗塞症	0:10
13:25	-	13:30 全員	質疑・コメント	0:05
13:30	-	13:40 豊田 一則	臨床疫学データの紹介と今後の解析(2):脳卒中の救急診療体制について	0:10
13:40	-	13:45 全員	質疑・コメント	0:05
13:45	-	13:55 嘉田晃子・米本直裕・佐瀬一洋・(角地祐幸)	臨床疫学データの紹介と今後の解析(3):全国循環器疾患死亡調査	0:10
13:55		14:00 全員	質疑・コメント	0:05
14:00		14:10 (石見 拓) 西山 知佳	臨床疫学データの紹介と今後の解析(4):	0:10
14:10		14:15 全員	質疑・コメント	0:05
14:15		14:25 川村 孝・谷川 佳世	臨床疫学データの紹介と今後の解析(5):	0:10
14:25		14:30 全員	質疑・コメント	0:05
14:30		14:40 菊地 研	臨床疫学データの紹介と今後の解析(6):	0:10
14:40	-	14:45 全員	質疑・コメント	0:05
14:45	-	15:00	コーヒーブレイク	0:15
15:00		15:10 向仲真蔵	超急性期医療システムについて(1):循環器救急医療システム、ドクターカー、ヘリ搬送等	0:10
15:10		15:15 全員	質疑・コメント	0:05
15:15		15:25 中田敬司(山本保博)	超急性期医療システムについて(2):循環器救急医療システム、ドクターカー、ヘリ搬送等	0:10
15:25		15:30 全員	質疑・コメント	0:05
15:30	-	15:40 長尾建・田原良雄	最重症例への対応(1):低体温療法	0:10
15:40		15:45 全員	質疑・コメント	0:05
15:45	-	15:55 安田 聡	最重症例への対応(2):致死性不整脈への対応、ニフェカランとアンカロン	0:10
15:55		16:00 全員	質疑・コメント	0:05
16:00	-	16:10 安賀 裕二・土井 香	アンケート調査、質的研究	0:10
16:10	-	16:15 全員	質疑・コメント	0:05
16:15	-	16:25	まとめ	0:10

3:25

平成20年度野々木班第1回班会議議事録 7月17日(木)

時間		発表者	内容	(分)
12:00	- 13:00		昼食(坂本班と合同)	1:00
13:00	- 13:15	野々木 宏	挨拶、研究者紹介、研究全体に関して、医療計画との連携	0:15
13:15	- 13:25	長尾建・田原良雄	最重症例への対応(1):低体温療法	0:10
13:25	- 13:35	横山 広行	最重症例への対応(2):低体温療法 入力システムの説明と質疑	0:10
13:35	- 13:45	安田 聡 田原良雄	最重症例への対応(3):致死性不整脈への対応、ニフェカラントとアンカロン	0:10
13:45	14:00	佐瀬 一洋	最重症例への対応(4):ニフェカラントとアンカロン医師主導型治験無作為試験の説明	0:15
14:00	14:05	全員	質疑・コメント	0:05
14:05	14:15	澤野 宏隆	超急性期医療システムについて(1):循環器救急医療システム、ドクターカー	0:10
14:15	14:20	全員	質疑・コメント	0:05
14:20	14:30	中田敬司 (山本保博)	超急性期医療システムについて(2):循環器救急医療システム、ヘリ搬送	0:10
14:30	14:35	全員	質疑・コメント	0:05
14:35	- 14:50		コーヒーブレイク	0:15
14:50	15:00	横山 広行	臨床疫学データの紹介と今後の解析(1):急性心筋梗塞症、モバイルテレメディシン	0:10
15:00	15:05	全員	質疑・コメント	0:05
15:05	15:15	(豊田一則) 永沼 雅基	臨床疫学データの紹介と今後の解析(2):脳卒中の救急診療体制について	0:10
15:15	15:20	全員	質疑・コメント	0:05
15:20	- 15:30	嘉田晃子・米本直裕	臨床疫学データの紹介と今後の解析(3):全国循環器疾患死亡調査	0:10
15:30	15:35	全員	質疑・コメント	0:05
15:35	- 15:50	(安賀裕二)・土井 香・三好 正浩	アンケート調査、質的研究	0:15
15:50	15:55	全員	質疑・コメント	0:05
15:55	- 16:10	石見 拓 西山 知佳 谷川 佳世 (川村 孝)	臨床疫学データの紹介と今後の解析(4): ①院外心停止の疫学-活動状況とその転帰について-(西山) ②講習会受講歴が院外心停止の転帰に与える影響に関する検討(谷川)	0:15
16:10	16:15	全員	質疑・コメント	0:05
16:15	16:25	菊地 研	臨床疫学データの紹介と今後の解析(6):	0:10
16:25	16:30	全員	質疑・コメント	0:05
16:30	- 16:40		まとめ	0:10

3:40

厚生労働科学研究『急性心筋梗塞症と脳卒中の超急性期医療体制構築』
2008年度第2回班会議

日 時：2008年10月4日（土）11:00-13:00

場 所：チャイナテーブル（千里中央）

参加者：（敬称略）野々木、澤野、長尾、筈井、安賀、田原、中田、豊田、嘉田、
米本、横山

【J-PULSE 事務局】林、上紙、徳永、林（宏）

【配布資料】低体温療法結果、登録用紙、専門医へのアンケート調査票、

【議題】研究進行状況報告、低体温療法データ登録、アンケート調査

1. 報告検討

1) 臨床疫学的アプローチのデータ：入院の遅れの解析、厚労省死亡統計への二次利用、

(1) 住民・患者・医療従事者（診療所）へのアンケート調査データ結果報告

☆患者インタビュー 男性10例まで収集予定、

専門医向けのアンケート内容：専門施設へのアンケート送付予定（内容確認）

(2) 厚労省人口統計死亡データの2次利用

◆3次救急施設と死亡率の関係を代表的地域で作成する、

(3) ウツインデータからの解析：低体温療法の適用可能数の検討。

2) 診療体制構築：

(1) モバイルテレメディシン：6月2日開始、実績報告予定

(2) CPR市民教育：CCCPRを吹田市で続行中

3) 最重症例への対応

(1) 低体温療法 入力ソフトの作成。各班員施設で問題点を確認し、登録開始。

→2月末迄、3月 ILCOR での発表に向け日大へ送付予定

(2) 難治性心室細動への対応

海外研究者招聘者：12月にアリゾナ大学 Kern 教授招聘準備を行っている（東京・大阪）