

第1回救急業務高度化推進検討会

救急蘇生作業部会 議事録

1 日 時 平成22年8月20日（金） 10時00分から12時00分

2 場 所 都道府県会館 410会議室

3 出席者

メンバー 坂本部長、鶴久森委員、岡本委員、齊藤委員、鈴川委員、
野々木委員、畑中委員、平出委員(代酒井氏)、藤井委員、
横田委員

4 会議経過

1 開会 [事務局]

2 あいさつ

【松元室長】

救急企画室長を7月27日から拝命しております松元と申します。どうぞよろしくお願
い申し上げます。本日は第1回目となります救急蘇生作業部会を開催しましたところ、
大変お忙しいところお集まりいただきましてまことにありがとうございます。本部会で
すが、昨年救急統計活用検討会ということで検討していただきまして、救急統計活用の
重要性を念頭におきまして集計データの項目等につきまして様々な御意見等をいただ
いてそれを取りまとめたところでございます。今年度につきましては、引き続き救急業務
高度化推進検討会におきまして、この検討会に救急蘇生作業部会を設置するとい
うことで決められまして引き続き検討するようになったわけでございます。救急蘇生統計、ウ
ツタイン統計につきましては、私も見させてもらいましたけれども、非常に重要なデー
タが入っておりますし、これをいかに活用するかということが今後様々なことに取り
組む上でも非常に重要であると思っております。昨年4年分のデータを公表しまして、

21年度分につきましても今集計中ということで今後公表するということになると思います。また昨年10月に施行いたしました改正消防法におきまして、今各都道府県におきまして実施基準の策定に向けて鋭意取り組んでいるところでございます。既に6県で策定済になっておりますけれども、本年度中にはすべての都道府県について策定はされると思いますが、ただこれにつきましては基本的に見直しを毎年かけていくということを一歩の基本を考えておきまして、こうした基準の見直しにおいても各都道府県においてこういった統計をいかに活用していくかということが非常に大事になっていくのではないかと認識しております。もう一つ、消防庁サーベイランスシステムということで、新型コロナウイルス、熱中症等についてやっておりますけれども、熱中症のほうはマスコミ等でも発表されておりますけれども、各消防本部から毎週集計をいただきまして、速報という形で1日早めまして毎週火曜日にホームページにアップすることにしております。本年、猛暑ということもありまして、8月15日までの統計で搬送人員が3万人を超えている、初診での死者、亡くなった方も132名ということで、この統計を全国でとり始めたのは平成20年からですが、20年が多く7月から9月で2万3千人だったんですが、その数字も大きく超えているということでございまして、私どもとしてはこういう状況をいち早く国民の皆様にお知らせするこういう統計情報を、確定値も出しているんですけども、速報という形でもお知らせするということは何らかのお役に立てているのではないかなと思っております。また後で出ますけれども、本年は「救急蘇生ガイドライン」の改訂が予定されている大きな年でもありますので、様々な課題があると思います。委員の皆様方におかれましてはぜひ忌憚のない御意見をいただきまして実りある検討ができますことをお願い申し上げます。引き続きよろしくお願い申し上げます。簡単でありますがおあいさつにかえさせていただきます。どうもよろしくお願い申し上げます。

3 委員紹介

事務局より、委員の紹介が行われた。

4 座長紹介

【事務局】

当作業部会の部会長でございますが、先日開催されました救急業務高度化推進検討会

において、〇〇委員の就任が同意いただいております。どうぞよろしくお願いいたします。それでは部会長に一言ごあいさつお願い申し上げます。

5 部会長挨拶

【部会長】

部会長にさせていただきました〇〇でございます。よろしくお願いいたします。先般の救急業務高度化推進検討会でこの作業部会の設置が決まりまして、そこでこの救急蘇生の作業部会を取りまとめるようにということで仰せつかりました。先ほども室長からお話ございましたように、消防救急の仕事はもちろん蘇生だけではなくてその他の脳卒中や外傷の搬送あるいは応急処置等ございますけれども、その中でもやはり救急救命士の登場以来この蘇生というのは非常に重要なテーマになっています。その中で一つはウツタインに基づく救急蘇生のデータが今公開されて、非常に多くの研究が日本で行われていると。ただ、その一番大もとで働いていただいているのはこの消防機関がそのデータを収集して出しているということになると思います。この作業部会自体、私の心の中の位置づけとしては、そのような集められたデータから生まれるさまざまな蘇生科学、これがガイドラインに最終的に反映されていくわけですけれども、それを今度もう一回消防という現場に持ってきて、行政でどのようにそれを実施するかという、その科学と消防行政との架け橋の部分を担当しなければいけないのがこの救急蘇生の作業部会ではないかと考えています。ですから、できるだけそういう科学的な検討というのはそれぞれ専門の研究者が研究したものを使うことにしましても、それを評価して実際の現場でそれをどう適用したら蘇生率が上がるのか、あるいはいいデータが集められるのかということをお場で実際の現場での景色というものを考えながら積み立てていくということが必要かなと思っています。そういう意味で3つのワーキンググループはこれからきょう議論していきますけれども、それぞれ非常に重要な内容になっておりますので、委員の先生方にはぜひ御協力いただいていい結論を出していただきたいというふうに思っています。よろしくお願いいたします。

6 議事

【事務局】

それでは事務局から御説明をさせていただきます。まず資料の確認を簡単にさせてい

たきます。一番上が議事次第でございまして、続きまして委員名簿でございまして。続きまして資料1、本日の部会の資料でございまして。続きまして参考資料があります、参考資料1、これは平成18年の「救急業務高度化推進検討会」報告書でございまして。続きまして参考資料2、こちらは各都道府県の消防防災主管部局あてに送っております「救急蘇生統計に関するデータの提供について」でございまして。次が参考資料3、これは各研究者向けに提供可能であるという書類でございまして。次が参考資料4、消防庁の統計データを用いて「New England Journal of Medicine」に掲載されてございましてその内容を御紹介したもので。参考資料5こちらも各都道府県主管部局に送っております「自動体外式除細動器の保守管理について」。参考資料6こちらは防災と衛生主管部局あてに送っております「消防機関におけるAEDの取扱いについて」、以上の資料となっております。御確認のほどよろしくお願ひいたします。

【部会長】

資料はまた後で見ていくことにいたしまして、きょうの作業部会ですけれども一応原則公開ということで行ってまいりますのでよろしくお願ひいたします。それではまず全体像がございまして、この救急業務高度化推進検討会及び救急蘇生の作業部会について全体像の説明を事務局からお願ひいたします。

【事務局】

それでは資料1についてでございまして。まず、1ページ目をごらんください。今年でございまして、高度化推進検討会、親会でございまして。その下に以下の3つの作業部会を設定しております。「重症度・緊急度の判定・選別に関する作業部会」「救急蘇生作業部会」「メディカルコントロール作業部会」でございまして。本日御参集いただきましたのは救急蘇生作業部会でございまして。この下に以下の3つのワーキンググループを設置させていただきたいと考えております。一つ目が「救急蘇生統計ワーキンググループ」、二つ目が「救急蘇生ガイドライン2010ワーキンググループ」、三つ目が「救急隊用AEDに関するワーキンググループ」でございまして。もう1枚めくっていただきましてこちらは高度化推進検討会、親会でお示した作業事項の検討事項でございまして。これでおおむね御了解をいただいておりますが、平成21年度の救急統計活用検討会から救急蘇生統計ワーキンググループにかかわってございまして。その際、検討した事項でございまして一つ目が救急蘇生の提供について、ウツタイムデータの分析・公表について、救急搬送サーベイランスの構築についてとなっております。検討課題としては大きく4つでござい

ます。一つ目が救急業務統計について。平成24年の消防庁オンラインシステムの改修に向けて、救急業務統計の調査項目の分類変更、追加等について検討を行う。二つ目が救急蘇生統計について。医学的観点から救命効果の分析を深化させ、救急救命士の行う処置範囲や一般人による応急手当等の効果的な実施について検討を行う。三つ目。救急蘇生ガイドライン2010への対応について。2010年秋に発表される予定の救急蘇生ガイドライン2010を踏まえまして、救急隊員及び救急隊員以外の消防職員が行う心肺蘇生法について検討を行うとともに、一般市民への普及啓発について検討を行う。四つ目。救急隊用AEDに関する検証。救急隊用AEDについて、不具合事例を集約・検証し、その対応策について検討するとなっております。なお、課題が多くございますので、それぞれワーキンググループの設置を考えてございまして、まず一つ目と二つ目の課題につきましては救急蘇生統計ワーキンググループ。三つ目の課題につきましては、救急蘇生ガイドライン2010ワーキンググループ。四つ目の課題につきましては、救急隊用AEDに関するワーキンググループという3つのワーキンググループでそれぞれ御検討いただきたいと考える次第でございます。さらに3ページをめくっていただきまして、事務局で考えたスケジュール案でございます。必要であれば変更可能でございますが、おおむね救急蘇生作業部会につきましては3回程度、また各ワーキンググループにつきましてはそれぞれ2回程度の開催ということで事務局案を出してございます。これにつきましても後ほど御意見をいただければと考えている次第でございます。事務局からは以上でございます。

【部会長】

はい、ありがとうございました。今事務局からこの救急蘇生作業部会において議論しなければいけないことが多々ございますので、3つのワーキンググループに分かれて個別の議論をしていって、最終的にこの作業部会でそれを集約していくという手法をとりたいということでした。それぞれのワーキンググループにはそのワーキンググループの取りまとめ役が必要になってまいりますけれども、今こちらで私が作業部会長として考えさせていただいているのは、救急蘇生統計ワーキンググループにつきましては、平成21年度からウツタイン統計に関してずっとこの作業をされていた、近畿大学の〇〇先生にワーキンググループ長をしていただいて今までと継続性のある議論をしていただければと考えております。それから救急蘇生ガイドライン2010につきましては、これは前年度からの継続ということではないのですけれども、参考資料1に平成18年の救急業務

高度化推進検討会の報告書がございます。これは前回の2005年のガイドライン改訂の際に救急業務の中でその救急隊の行う蘇生あるいは普通救命講習等をどうするかということ考えた委員会でございますけれども、当時この検討会の座長を私が務めさせていただきましてけれども、そこで当時中心的に議論をしていただいた〇〇先生に今回はこの2010年のワーキンググループのグループ長をしていただきたいと思いますと考えております。また三つ目の救急隊用AEDに関するワーキンググループにつきましては、そもそもこれが出た発端は全国メディカルコントロール協議会の連絡会議で自治医大の〇〇教授から栃木県での不具合事例を出していただいて、全国でこれを検討する必要があるだろうという御提案をいただいて、その間、これも資料でございますけれどもことしの3月に今まで集めたAEDの不具合例についての報告が出ております。その解析で中心的に当たっていただいた自治医大の〇〇先生にこれはワーキンググループの長を担当していただいて、これからのデータのさらに集積あるいは分析したデータ結果をどのように質の改善につなげていくかということについて議論していくということで、このお三方にまずワーキングの長をお願いしたいと部会長としては考えています。それでまずよろしいかどうか御了承いただければと思うのですけれども、いかがでしょうか。指名ですけれどもよろしいでしょうか。それではそのような形でそれぞれのワーキングの長を決めてこれから議論をしていきたいと思っております。会議の開催予定ですけれども、先ほど事務局から3ページにあるようなスケジュールが示されています。当然この検討会は年度単位のものになりますので、一般的には一回年度で開いて年度末に報告書を出すというのも定例の形になっておるわけです。この3つのワーキングが集まる作業部会としては少なくとも3回の開催を経て取りまとめるということにしていきたいと思っておりますけれども、実際のワーキンググループ、これは事務局で大ざっぱに2回という御提案をいただいておりますけれども、これは今まで2005年のガイドライン改訂のときの検討、それから昨年AEDの検討、それからこの統計の活用も含めて、恐らく個々の部分に関してはかなりface to faceで時間をかけて回数を重ねて議論しなければいけないという部分もあると思っております。これは先ほど事務局とも確認をしましたがけれども、この2回ということにとらわれずに適宜必要な会合を持っていただいて、あともちろん電子メールの交換等も含め情報の交換をしていただいて、必要な議論を十分に詰めていただきたいと思います。少なくともこの作業部会としては3回を最低予定しているというところが全体像、そこで進捗状況あるいは全体でのすりあわせということで話をいただければと思っております。

ります。ここまでスケジュールも含めてよろしいでしょうか。

【事務局】

そうしましたら作業部会の開催につきましては大体最低3回程度ということでございまして、一方ワーキンググループにつきましては先生御指摘のとおり2回では十分な時間がとれない可能性が高いということでございますから、その開催の回数につきましては事務方で工夫をさせていただきたいと考えております。

【部会長】

よろしく申し上げます。それでは全体像はそのようなことですので、各ワーキンググループでの検討すべき事項等について各論に少し入っていきたいと思います。それぞれ大体説明を10分ぐらいお聞きして、その後15分ぐらいの議論をして、残りの時間を3等分して使っていきたいと思います。最初に救急蘇生統計ワーキングについてですけれども、これは親会、救急業務高度化推進検討会からも、この作業部会に対して検討してほしい項目が幾つか提示されてきております。昨年度の状況あるいは今年度の状況も含めて事務局からまず資料説明をお願いいたします。

【事務局】

それでは資料1の5ページでございます。ワーキンググループの検討事項でございますが、まずは救急蘇生統計のワーキンググループについて御説明申し上げます。まず一つ目でございますが、検討項目として5つ挙げさせていただいております。なお本日、御議論いただき、さらにワーキンググループに対する検討項目の宿題をかためていただければと考えている次第です。①の消防庁オンラインシステムの改修が平成24年度にございます。それに向けまして救急業務統計調査項目の再検討を行っていただければと考えます。これらは消防本部が各都道府県を経まして消防庁のオンラインシステムを用いて全搬送事例を個票ベースでいただいております。実はその中にウツタインも含まれているわけでございますが、その調査項目について再検討いただければと考えている次第です。②です。ウツタインデータベースの精度向上に向けての方策。③ウツタインデータ公表について、過去のデータの分析・検証。④ウツタインデータを活用した外部組織における研究成果の検証。⑤消防庁サーベイランスシステムの活用についての検討でございます。今からそれぞれの項目について御説明申し上げます。6ページ目でございます。1) 救急業務統計に必要な調査項目の分類変更、追加・削除等の検討でございます。これにつきましては全国の消防本部における全搬送事案につきましてオンラインで

御報告いただいているところでございますが、その項目等について必須項目、非必須項目等々それぞれございまして、項目についての御検討いただければと考えている次第です。2)でございます。平成24年度の改修に向けて調査項目の改定を御提案申し上げるわけですが、各消防本部で実際に対応可能かどうかフィージビリティに関する調査を予定してございます。3)でございます。上記の調査結果等を踏まえ、救急蘇生統計ワーキンググループにおいて検討を行い、現実的かつ有用な調査項目を提示することが最終目標でございます。7枚目です。まず項目の分類変更、追加・削減等の検討でございますが、これは平成21年度の救急統計活用検討会におきまして報告書として取りまとめいただいております。追加等が検討された項目ですが、まず一つ目分類の変更でございますが、傷病程度の基準の変更をしてはどうか、2、年齢区分をより精緻にしてはどうか、3、疾病区分を中分類まで広げてはどうか、4、搬送先の医療機関を初期・2次・3次と分けてはどうかということでございます。また新たな項目の追加といたしまして、医療機関への受入照会回数を追加してはどうか、現場滞在時間の区分、特に現場到着から現場出発までの時間を入れてはどうか、7、受入れに至らなかった理由について細かく把握してはどうか、8、傷病者の接触時間、9、現場出発時刻、10、救急隊応急処置内容の項目追加、例えばエピペン、喘息発作に用いるベータ刺激薬の使用、ブドウ糖投与あとは心肺停止前の静脈路確保でございます。これら後ろ3つにつきましては現在処置範囲の拡大ということで厚生労働省の研究班において実証研究に向けて検討が進められているところでございます。11、バイスタンダーCPR時間、12、バイスタンダーAED時間、13、死後硬直の有無でございます。次のページをめくっていただきまして8ページ、こちらは項目変更、いろいろ先生方から御提案いただきたいと思っておりますが、実際に各消防本部で対応ができるのかどうかということもフィージビリティに関する調査を行いたいと考えてございます。全国の消防本部に関しましては、eメールによって調査を行いたいと考えてございます。調査項目としては以下いろいろ書いてございますが、現在使用しているオンラインシステムの種類、分類の変更、新たな追加が検討されている項目のうち、任意項目として既に把握しているかどうか、項目改定に対応するために、システム的设计変更、交換が必要かどうか、またシステムの変更にどのぐらいの費用、期間が必要かどうか、改定に対応するために現在の人員で対応可能かどうか、あとはオンラインシステムに対する改修、項目改定に関する課題、あとは消防庁に対する要望でございます。1枚めくっていただきますとその調査の様式を示させていただきます。

ております。本調査につきましては消防機関に対して私どもから行政調査として調査をかけさせていただきます。調査項目につきましてはまだ変更可能でございますので何かございましたら御意見いただければと考えている次第です。10枚目でございます。二つ目の検討課題、ウツインデータベースの質の向上のための方策の検討でございます。こちらはウツイン様式オンライン入力要項から持ってきたものでございますが、まずウツイン様式データ収集の目的、1) 基本的な目的といたしましては、この表現が適切かどうかわかりませんが、蘇生可能な症例を明確にし、より正確な救命率を導く。二つ目、国際比較可能なものとする。また客観的に救命率の評価を行う。三つ目、各地域間の比較によって地域の問題点を明らかにする。2) 今後の応用が期待される目的。こちらはプレホスピタル・ケアの役割をより客観的に分析・検証。また救命士の処置拡大を含む救急業務の高度化に関する基礎資料とする。二つ目、応急手当に関する救命効果について適切に検証を行って普及啓発の推進を図る。最後の項目ですが、救急救命士による気管挿管等処置範囲拡大に伴う救命効果の検証を行うとなっております。11枚目でございます。こちらがデータベース精度向上のための方策の検討としてあくまで事務局のたたき台でございますが、以下のようなものを検討してはどうかと考えております。1) は調査項目の定義、用語の統一化。2) 調査手順の統一。3) 入力システム上での入力不備のチェック、アラート。空欄データ、特に限定設問の回答者の選別、矛盾回答のチェック。4) 入力方法に関する電話照会。5) 各消防本部の担当者に対する研修。6) Q&Aの公開。7) 回収したデータに対するクリーニング、修正手順の検討でございます。続きまして12枚目でございます。③ウツインデータの公表、過去のデータの分析でございます。これにつきましても1) 国として継続的に分析する項目の検討。2) 公開するデータベースの項目拡大を検討。3) 過去のデータの分析・検証。4) 消防本部ごとの分析について検討でございます。実はこれにつきましてはちょっと関連する参考資料がございますので、参考資料2を御案内申し上げます。まず現在のところウツインのデータベースでございますが、こちらを参考資料2が都道府県消防本部あての文書でございますが、それぞれの機関に対して情報提供可能であるということを示したものです。また参考資料3でございますが、こちらは研究者向けにデータベースの公表、個票レベルのデータの提供が可能であるという旨の通知でございます。続きまして参考資料4ですが、こちらはあくまで例示でございますが研究者に対しましてウツインデータを提供しましたところ、「New England Journal of Medicine」の掲載がなされ

ております。参考資料4はちょっと細かくなります。例えば日本におけるAED普及が心停止患者の救命率を改善することを実証したという論文。さらに1枚めくっていただきまして最終ページから2枚目でございますが、小児の心肺停止患者に対する居合わせた人による心肺蘇生の有効性を世界で初めて実証したということで、実際にこのように研究者の成果として上がっているということでございます。次が13枚目、これは親委員会のほうで示させていただいたデータです。本日もお示ししてございますが、これは今後ワーキンググループで細かく見ていただければと思います。例えば接触時間から現場出発時間別の生存率・社会復帰率につきまして、昨年からこのような数字を示させていただいておりますが、さらに例えば次の14枚目でございますがデータクリーニングした場合のもの、さらに15枚目でございますが、これは接触から救急隊のCPR開始まで1分以内の場合に限定した場合、つまり救急隊員が心肺停止を確認し、心肺蘇生を1分以内に始めるといいますので、その場合の生存率・社会復帰率を見たものですが、このように条件を幾つかつけていくことでよりデータをきれいにできないかと考えています。例えばこの場合で言いますと2分と14分のところにそれぞれ山がございますから、2分は恐らく処置は最小限にしてすぐ搬送した、14分のところにつきましては安定化の処置をきちんと行ったという場合でございますが、その場合の山が出ているのではないかと想像してございます。次16枚目でございます。ウツインデータを活用した外部組織における研究成果の検証でございますが、ウツインデータを研究者に対して提供してございます。現在のところ7グループに対して提供してございまして、先ほど御案内したような成果が上がってきているというところでございます。なお、私どもとしては、研究成果を行政施策に生かすべく研究成果について先生方から情報提供をいただくことにしておりまして、現在情報提供したグループに対しましてどのような論文発表をされたまたは学会で発表されたかについて調査を行っております。この内容を取りまとめましてワーキンググループのほうで御報告し、御議論いただき、それを行政施策に生かすこととのできるものについて整理をいただければと考えている次第でございます。次は17枚目でございます。サーベイランスシステムの活用についての検討でございます。現在、消防庁としてはサーベイランスシステムとして新型インフルエンザサーベイランスシステム、熱中症のサーベイランスシステムを持ってございます。もう1枚めくっていただきますと18枚目、例えば新型インフルエンザサーベイランスシステムでございますが、全消防本部から1週間ごとにその搬送の数を御報告いただいた次第でございます。続き

まして19枚目が熱中症のサーベイランスシステムでございますが、これは現在まさに毎週各消防本部から県を通じましてサーベイランスシステムの報告をいただいているところでございまして、熱中症に関しましてはもう翌週の火曜日早々に先週分の状況を報告しているところでございます。現在、このサーベイランスシステムは1本しかございませんで、現在新型インフルエンザサーベイランスシステムか熱中症サーベイランスシステムかどちらかしか実施ができないという状況でございますが、今後そのサーベイランスシステムを複数走らせることのできるシステム開始を考えてございます。つきましてはこのサーベイランス以外におきましてもどのようなものが考えられるのかどうか御議論いただければと考えている次第でございます。長くなりましたが以上でございます。

【部会長】

はい、ありがとうございました。最初に救急蘇生統計ワーキンググループに関しての資料を御説明いただきました。非常に盛りだくさんでやらなければいけないことがいっぱいあるのですけれども、その全体を〇〇先生のワーキンググループ長である救急蘇生ワーキンググループで御検討いただきたいと考えております。ではここまでにいろいろ御質問あるいは御討議があると思いますので、まずはこの救急蘇生作業部会3つのワーキンググループの役割分担といいますか、その部分に関しての御質問それから今御説明いただいたこの救急蘇生統計のワーキンググループに関してこういうことも検討対象としていただきたいとか、あるいはこの中で検討すべき内容としてこの辺何を意味しているのかがいま一つ理解できないということでも結構ですので、ぜひ御質問、御議論をしていただきたいと思います。〇〇先生どうでしょう。

【〇〇氏】

大阪大学の〇〇です。ワーキング長である〇〇先生のかわりで質問させていただきますけれども、私はウツタイン大阪のほうでも作業部会をやらせていただいています。今回の資料の7枚目のところですが、救急業務統計に必要な調査項目というところで、10. 新しく業務拡大される3つの項目、ベータ吸入薬とブドウ糖、CPA前静脈路確保これを検討するとあります。これは救急隊のウツタインとはまた別の中的活動記録のことだと思います。ページをめくり10枚目のところですが「処置範囲拡大に伴う救命効果の検証を行うこと」という項目、これはウツタインの目的でもあるところですが、ここのかかわりで今後新しく処置拡大をすることをウツタインデータと絡めて記録をとっていくのかどうかということに関しまして何か方針がありましたらお示しいただきまして、

その場合は各都道府県、私たちのグループもそうですけれども、データベースの再構築など早急にとりかからないといけないので、導入の時期などありましたら教えていただけたらと思っております。

【部会長】

はい。まず私の知っている範囲内で全体像を考えますと、まず今の7ページで示していただいた救急業務統計に必要な調査項目というのは、もちろんこのすべてがウツタイン統計にかかわるものではなくて、ウツタイン統計を含むすべての500万件の救急活動に関するものとなっております。その中で恐らくウツタインに直接関係するものとしては8～13番の部分だと思うのですが、その中で10に対して言えば厳密ではすべて心停止下ではなくて処置範囲拡大ではありますけれども、非心肺機能停止状態に対する処置拡大ですので、直接ウツタインに反映されるものではないと理解していいと思います。ただ、これは処置範囲拡大がどのように議論されていくかということにもよりますけれども、いずれにしても過去の気管挿管・薬剤投与あるいはそれ以外のいわゆる声門上気道デバイスのラリンジアルマスク等については既に過去のウツタインデータの中から、不十分な形でありますけれども過去に観察研究という検討はされておりますし、今後も新しく何かつけ加えるということであればそれに関してはこの統計の中に入れておかなければいけないものだろうと思っております。ちょっと事務局で補足お願いします。

【事務局】

まず7枚目のエピペン以下のベータシュミレータ、ブドウ糖投与、心肺停止前静脈路確保につきましては、現在まさに厚生労働省の研究班が主体となりまして、私どもの高度化推進検討会と合同で実証研究の検討を行っているところでございます。これらの3処置につきましてそちらの実証研究のほうでそれぞれ効果がきちんとあるのかどうかという検証を行うことになっておりまして、フィールドの設定をして、そのフィールドでデータを集め解析を行うことになろうかと思っております。それで実際にこれが実証試験で確認がきちんととれまして、全国で実施が可能となったあかつきにはこちらの全国の510万のデータベース個票のほうにこちらの項目を書いていただくこととなります。もちろんそちらでの検証もまた再度必要となろうと思っておりますので、それにつきましては今度御意見をいただければと考えている次第でございます。

【〇〇氏】

ありがとうございます。〇〇先生から心停止になる前というものもありますけれども、

今週月曜日のウツタイン大阪の会議で行ったところでは、特に静脈路確保については全国のウツタインデータでも「実施した」か「実施しなかった」かの記録がありますが、その中で静脈路確保を実施した時刻の記録がないというところでした。救急隊が実施した静脈路確保が心停止前からやっていたのか、あるいは心停止になってからやったのかその辺の区別が現状のフォーマットでは区別できないが、今後記録の取り方を工夫していくのかどうかというところも確認しておきたいという意見がありましたので、よろしくをお願いします。

【部会長】

はい。まさにそのような今のウツタインデータの解析を進めていくと、それ以外にもこの点のデータが足りないという部分が幾つかあると思います。今後救急救命処置あるいは応急処置の質を上げていくためには、もちろん欲張ればきりがありませんけれども、そういうものの洗い出しをして、その中でこの部分に関しては絶対押さえなければいけないというポイントをこの作業部会ワーキングで検討していただければと思います。

【松元室長】

今お話がありましたように、様々な項目があってそれが必要だという話と、それをとるのにどのぐらい消防機関として手間がかかるのかとか、どういう状況でそれをやっているのかという、まさに救命行為の中でやっていくものもあると思いますけれども、その辺についてこの項目にもありましたように、調査のみで実際の消防機関の対応能力についても照会をかけますので、それと本当に医学的にもこの項目が絶対欠かせないというバランスをとりながらぜひまとめていただければなと思っておりますのでよろしくお願い申し上げます。

【〇〇委員】

よろしいですか。

【部会長】

はい、どうぞ。

【〇〇委員】

前も確か何かの機会で申し上げたことがあるんですけども、この10ページに関連しての1)の一番上の○蘇生可能な症例を明確にするということが非常に大切だと思っています。ウツタインはどうしても心原性が優先されるということですが、半分弱は非心原性の部分があり、その中の蘇生可能なというのは例えば窒息とかぜんそくかというの

はきっと隠れているはずなんです。ですから、そういうのが日本発で発信できるような項目をぜひつくっていただきたいと思っています。

【部会長】

これも先ほど事務局から、このところを説明するときに必ずしも適切ではないかもしれない、これはもともとウツタインの入力要項の中にあるのをそのまま持ってきていますのでこのような表現になっていると話がありました。もともとのウツタインの言葉の趣旨は、一般市民により目撃された心原性だけを蘇生すればいいということではなくて、地域間あるいは国の間あるいは昔と今という比較をするときに、一番ボリュームが多くてそしてそのバックグラウンドが均一な集団を比べないと比較ができないということで、その比較の対象として目撃のある心原性を比較するのが定規としては一番いい、それは均一であるしボリュームも大きい、そして社会復帰者のかなりの部分を占めているという、そういう意味でこれが選ばれているというだけで、実際日本のウツタインを見ますと非心原性から社会復帰になっている者もいっぱいありますし、目撃がなくて社会復帰になっている者も少ないけれどもあります。そういう面では今回の統計自体はそういうものもすべて含めて行っている救急蘇生統計ですので、ここではなぜ目撃のある心原性に注目するのかということに関しての理由書きがちょっと誤解を与えるかもしれないと思います。〇〇先生がおっしゃるとおりだと思います。事務局それでよろしいでしょうか。ほかに御意見はございますでしょうか。〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

10ページで質問があります。基本的な目的の三番目に〇「各地域間の比較により、」と書いているのですが、ここで一番大きな目標は、日本の救命率の向上に何が必要なのかということで、全国のデータとの比較により各地域が問題点を明確にして、対策を検討して改善するということが重要だと思います。各地域間の比較を前面に出すことで、救命率が悪い地域に対して批判が起こるようなことは避ける必要があると思いますので、誤解を受けないように説明や留意が必要かと思います。以前にこのウツタインデータを用いてマスメディアが各県のデータを公表したことがあったのですが、その時この地域が悪いという都道府県に対する批判が起こったことがありますので、ここは表現を少し工夫したほうが良いと思います。

【部会長】

はい。とはいいいながらも一般市民に知らせるかマスコミに公開するかということとは

別に、それぞれの地域が自分の地域のベンチマーキングをしていて、自分のところは標準的なのか標準以上なのかあるいは何か足りないのかということを知らないと、恐らく前に向かって努力するものになりません。少なくとも医療に関して言えば、今多くの医療に関する評価はすべて公開されています。例えば、ある病院のがん5年生存率はどうだ、全国ランキングはどうだということはもう出てきて、それに対して皆努力をするようになってきています。そういう面では地域としてもし何らかのシステム上の問題点を抱えているのであれば、それを改善するために地域に知らせるということは必須かなと思います。そのときに私の考えでは問題点が2つあって、1つは社会復帰の数というのはそんなに多い数ではないので、あまり細分化すると年1人か2人かというだけで2倍になってしまうようなものを出してしまってもあまり意味がないのです。そういう数字が一人歩きするという、統計的なある程度意味のあるボリュームで地域をくくらなければいけないわけですが、逆に大きくしすぎると地域のシステム上の問題点を洗い出すということに対して、1つの県ということではその中の県庁所在地とそうでないところは全然違うということであればそれは対策の立てようが均一にはできないということがあるので、どのレベルの地域を考えるのか、市町村なのか消防本部なのか、あるいはMC協議会なのか、その辺はちょっと考える必要があるのかなと思います。もう一つは高齢者が多い県とかそうでないとか、搬送時間がかかるところとそうでないところというのがありますので、単純に出た数字を比較するのはバックグラウンドに対しての考慮が出ていないということになります。恐らく最近マルチレベル解析であるとかそういうようなものを使って背景因子に関しての調整を行った上で、それでもなおかつ蘇生率あるいは社会復帰率が悪いのかいいのかということその地域には少なくともお知らせするということが必要ではないかと、一応部会長としてはそのように考えてございます。これに対して〇〇先生も同じようなことを少し議論されたこともあると思います。いかがでしょうか。

【〇〇委員】

私たちの栃木県は恥ずかしいですけども、今のデータで言えば最後のほうに3年間ぐらい続けていました。それを県としても出したいくないし、消防庁で出していただいたデータを皆さんに配ってもマスコミに配っても一切反応がありませんでした。ただ、私たちとしては、そういうデータがあるので初めて栃木県におけるウツインデータの調

査研究の委員会というものを開くパワーになりましたし、それを3年間続けて恐らく最下位は脱しました。いろいろ皆で反省点というのかそういうのをやる会をつくって、それに対して県に予算をつけさせてという意味では非常に大きな役割はあった。それはもちろん行き過ぎないようにしないとイケないと思いますし、今〇〇先生がおっしゃったようにあまり小さな、栃木県は200万ちょっとの人口に13消防本部があつて数千とかそういう単位でしかせいぜい運んでいないものを、そこからウツインデータを出して消防本部ごとのウツインデータがありますけれども、それをあまり変な活用はしたくないとは思っています。

【〇〇委員】

済みません。

【部会長】

はい、どうぞ。

【〇〇委員】

今の議論ですけれども、実は大阪府の中で救命率世界一と宣言された市があります。確かに目撃ありの心原性のデータがそうだったのかもしれないのですが、府内の中で周辺市も含めて騒ぎになるのですね。隣よりも何でうちが助からないのかとか。一般的に新聞報道を見たらそんなになってしまうので、地域でいろいろ違うので市町村レベル、自治体ではないレベルでの救命率の公表という形にさせていただくほうが、例えば医療圏ごととかいうほうが我々としてはありがたいという感じがします。

【部会長】

はい、どうぞ。

【〇〇委員】

今の議論のとおりで、ぜひワーキングの中で何らかの勧告はしていただきたいと思います。要するに地域が救命率を上げるためのデータとして活用していただきたいし、それで問題点を抽出して地域が救命率を上げるという方向に使っていただくのが一番いい活用方法ではないかと思います。市町村レベルの比較とか、今お話が出たようなところは避けたほうがいいかなと思っていますから、ぜひワーキングの中で効果的な活用というのを勧告していただけたら一番です。

【部会長】

はい。〇〇先生からいきましょうか。

【〇〇委員】

済みません。ちょっとジャンルを離れますけれども、ウツタインのデータは非常に重要で、国の基本データだと思っていますので、これをぜひワーキンググループでいいものにしていただきたいというのが基本にあります。とはいいいながら実質問題として例えば覚知時間がやっと入電時間に統一されたのがごくごく最近ではないかと思うのです。これ自体は私の知っている限りではもう平成18年よりずっと前に〇〇先生の高度化のときに覚知時間は入電時間にしますというのを配っているにもかかわらず、それが何年もかかってやっというところが実情です。どうしてそういうのがうまく各消防本部できちんとしたものにならないのかが非常に私としてはいらいらしていましたし、そういうのをきちんとコントロールできるようにぜひやらないと、データはいいのですが、という話がつきまとうというのが一つは気になる。ではそれがどうして起こるのかということを見ると、例えば、各消防本部と話をして、あるデータを栃木県、私たちの小山・芳賀地区でも集めたいという、どんどんどんどん彼らはデータ数をふやすだけなのです。一緒にデータを共有して使うということができなくて、新しい紙が出てきて、またそれに書き直して、また書き直してという手書きで写していくという作業を延々とやって、仕事がふえた仕事がふえたとしか言わない。もう少し賢くというか、データの共用をして、彼らの普段の消防業務で使えるデータがちゃんと消防庁のデータとしても使えるようなそういうところを考えてあげないと、彼らの特に弱小消防本部の仕事量というのは非常に大変だと思いますので、そういうことも踏まえていいデータが出てくるような方をぜひこの中でも一緒に考えてあげてほしいと思います。

【部会長】

はい、重要な御意見だと思います。

【〇〇氏】

今のデータの共用に関して、〇〇先生からもう一つお預かりしてきた言葉ですけれども、こちらの資料で出している参考資料4、New England Journal of MedicineとLancet、これは〇〇先生と僕の指導医である〇〇先生と〇〇先生が出されています。この報告で使用した全国ウツタインデータのデータベースに関しまして参考資料3の裏に、「一定のデータクリーニングは実施しておりますが、エラーがある」という問題があります。全国ウツタインデータは、資料の論文を発表したグループをはじめ、7つのグループにデータ供与を行っているということですが、あるグループから発表論文

で用いた、つまりクリーニングを行ったデータベースをいただきたいというようにお話がありました。データ供与を受けているグループは多くあり、もとは同じ消防庁から提供されたデータベースを用いて解析を行っているので多くのグループが平等な条件となるようにと考え、データの提供は行わなかった経緯があったことをご報告させていただきます。もともと2005年から始まった全国ウツタインデータは収集、クリーニングの点でいろいろな問題があり、生データがあまりきれいではないため、データベースがきれいにならないという問題点もあったと思うのですけれども、今後は、回収データの質も向上してくると考えられますので、もしデータが整ってくるようでありましたら、できるだけもう少し消防庁さんのほうでクリーニングを行っていただいて、ほかのいろいろな研究者が使っても同じような解析結果が再現できるようなデータベースをつくれるようにしていただきたいと思いますということを、〇〇先生からお預かりいたしましたので、よろしく申し上げます。

【部会長】

はい。今先ほどの〇〇先生の話とは別個で、今度はデータのクリーニングに関して、このクリーニングの主体が総務省消防庁にあるのか、あるいは総務省消防庁は出てきたものをできるだけ生に近いものを出して研究者が自分で一定のフィルターでクリーニングをしていくべきなのかということですかね。その件に関して〇〇先生からの伝言ということでは、もとの消防庁で研究者が使うデータに対してクリーニングをかけた上で提供していただきたいというのがワーキンググループ長の御意見ということですのでよろしいでしょうか。

【〇〇氏】

そのほうが皆さんに平等になる、また再現性を出すにはいいデータベースになるのではないかと思います。

【部会長】

はい、〇〇先生。

【〇〇委員】

今回4年間の全国ウツタインデータを日本循環器学会から申請をして提供いただきました。心原性院外心停止のデータをかなりクリーニングをしました。そうするとかなり矛盾データが多いことがわかり有効活用するためクリーニングしました。7つぐらいの申請があったということですが、恐らくそれぞれがデータクリーニングをしてい

と思うのです。だからそのノウハウあるいは問題点を共有しないと、今〇〇先生がおっしゃったようなばらばらのまま、またクリーニングしないで解析したチームもあると聞いていますから、そのまま解析すると矛盾する結論になる危険性もあります。ワーキングあるいは消防庁のほうでクリーニングのノウハウや結果を共有できるよう把握をいただければと思います。

【松元室長】

今データのクリーニングの話が出まして、当然こことこの数字はこうなるのに違うというエラーのチェックなども必要かと思うんですけども、なかなか今の現状ですべて消防庁ができていないわけではないんですけども、そこの辺についてもある程度自動的にこういうデータが出てくればおかしいよというのが、入れるほうでもわかるようにするというのも大事だと思いますので、もう少しクリーニングを今回かけられているというところに着目されるのか多分グループごとに違うのかもしれませんけれども、そういうのもいただきながら、必要最低限の項目のエラーチェックなどについては私どももできると思いますので、そこを自治体のほうとも協同しながら、自治体がやる部分と消防庁がやる部分とすみ分けながら、もう少し精度の高いものにしていけると思いますので、それについてもいろいろ御指導いただければなと思っております。もう1点、前の議論の中で地域比較の話が出たかと思います。私どもは別に悪いところはここだということを公にすることは全然考えていないんですけども、データを見ますとかなり偏差が高いデータもありますし、そのデータが医療の問題なのか救急の問題なのか地域性の問題なのかいろいろな変数があるものですから、どういうところが一番大きく寄与していくのかということについては非常に難しい部分もあります。そういうところを逆にいうと自治体でも活用できる部分があるものですから、どういうところに力を入れれば救命率が高まっていくのかということではある程度地域比較を、別に個別の名称を出すという意味ではありませんけれども、そういう一定のくくり、消防本部であったり医療圏であったり県であったりすると思うんですけども、そういうのを組み合わせて分析していかないとなかなか本当の原因までたどり着かないところもあるんじゃないかなという問題意識があるものですから、この辺についてもうちよっいろいろなことが検討されるといいなというのを期待しています。

【部会長】

はい、ありがとうございます。まとめますと〇〇先生からのものに関していえば、ま

ず一つは入力段階で矛盾データが入らないようにもうちょっとシステムを整備してもらおうというのが今後のデータにとっては必要だと思います。私自身も直接分析をしていて前後関係が明らかに矛盾するというデータがいっぱいありますので、あるいは恐らく丸一日違って25時間という感じの時間が出てきたりすることがありますので、そういうようなものは未然に防げるようなものというのは恐らく必要です。それから、とはいってももう既に提出されたものについてもある程度クリーニングをしなければいけないということについては、これはワーキングで助言をいただいて少なくとも一定の最低限のクリーニングをしたものをできるだけ総務省から提供できるように努力するということを、どのぐらい可能かということを検討していただくということが必要かと思えます。あとは〇〇先生からのお話で、前から覚知と通報が統一されていないということに関して指摘されながらできないという。私自身のそのことに関しての理解は、それぞれの消防本部で独自に集計システムを持っていて、その集計システムの中では例えば覚知イコール出発ということになっているという理解です。そのシステムがお金をかけて改修できないから従来のままのデータしか出せないとあちこちの消防本部が言っていて、さっきのフィージビリティというところがございましたけれども、直接総務省が提供するあるデータベースに対して全部入力をするというように、全国统一でやるのであればすぐにスムーズにいくのですけれども、各消防本部で独自に一回データベースをつくってそれを変換するというようなところでハードルがある。今回もそのことも踏まえて対応可能かどうかということを検討していただくということになっているのではないかと思います。よろしいでしょうか。ちょっと時間もありますのでそれでは次の話題に入りたいと思います。ではこの件に関しては〇〇先生にお伝えいただいてぜひ議論を重ねていただきたいと思えます。では事務局から次の資料説明をお願いいたします。

【事務局】

それでは21枚目救急蘇生ガイドライン2010ワーキンググループの検討項目を御説明申し上げます。まず一つ目がガイドライン2010への変更に伴う対応。またそれに関して2つのテーマがございます。①消防職員が行う心肺蘇生法の周知方法と実施のための教育。一つ目が救急隊員、二つ目が消防職員に対する教育体制の検討でございます。口頭指導内容と実施方法の検討でございます。②が一般市民への心肺蘇生法の普及啓発の方法。普通・上級救命講習及び新たな講習会の検討でございます。22枚目でございます。日本版ガイドライン2010への変更に伴う対応でございますが、今年の10月18日に日本版ガイ

ドライン2010が交付予定と伺っております。その中で大きく分けると市民による心肺蘇生法と、日常的に蘇生を行う者、プロフェッショナル向けの心肺蘇生法2つに大きく分かれるだろうと考えてございます。23枚目でございますが、消防機関が行う心肺蘇生法でございますが、消防機関のほうでかかわってくるところでございますが例えば左側のほうが日常的に蘇生を行うプロの集団、右側が一般市民により近いところでございますが、例えば救急救命士、救急隊員、また消防職員のうちPA連携でポンプ車で実際救急現場に向かう者につきましてはよりプロに近いであろう。また一方で消防職員のうちPA連携に関わらない者、また口頭指導を行う者、市民対象の講習等につきましてはより市民のほうに近いだろう。この2つが私どものほうでは両方かかわってくるというところでございます。24枚目でございます。これも前後いたしますが後ほど国際蘇生連絡委員会 I L C O R のことが入ってまいります、その中に日本は R C A、アジア蘇生協議会の中に加盟していることを示したものでございます。25枚目でございます。これは5年前のガイドライン2005の変更時のスケジュールをお示したものでして、ちょっと細かくなりますが2005年に I L C O R から国際コンセンサスが11月28日に交付されまして、その後心肺蘇生法委員会、日本語版の救急蘇生ガイドライン策定小委員会が設置されたところでございます。2006年に入りまして6年の6月日本版の蘇生ガイドライン、B L S が発表されまして、A L S また市民向けがそれぞれ6月と7月に発表されたところでございます。さらにA H A 心肺蘇生等と救急心血管治療のためのガイドラインが12月に発表されております。2007年に入りまして医療従事者用の指針が2月に発表、また救急救命士等が行う救急業務活動に関する報告書が2007年の3月に発表されております。以下に消防庁のほうの対応が書かれてございますが、2006年6月に救急業務高度化推進検討会が発足してございます。なお本日その際に検討された内容につきまして参考資料1として平成18年当時の報告書をまとめて今日、お示ししているところでございます。またその報告書が8月に公表されて、平成18年8月15日で消防庁のほうから「救急隊員の行う心肺蘇生法について」ということで、消防救第111号を発出したところでございます。今年がどうなるかということでございますが26枚目でございます、恐らく今年度このような作業になるのではないかと。これはあくまで事務局のほうで作成したものでございますので御意見いただければと思いますが、I L C O R で国際コンセンサスが2010年の10月18日に発表されるだろう、全く同じ日に日本版ガイドライン2010が発表されるのではないかとお聞きしてございます。その後私どもの対応としては以下でございますが、

消防機関が行う蘇生法について検討を行っていくということで、救急隊員等の心肺蘇生法、応急手当普及活動についての検討を行う必要があり、その後前回と同様救急隊員の行う心肺蘇生法についての通知の発出が必要であろう。実際にその後、日本版ガイドライン2010に沿った心肺蘇生法の現場での実施が行われていくというところでございます。またこちら右側のほうではAHA、ERCのガイドラインの2010それぞれの対応、また日本救急医療財団心肺蘇生法委員会指針等々についても並行で作業が進められていくだろうと考えてございます。なお、こちらのワーキンググループにつきましては、10月に発表されてからの検討だと考えてございますので、スケジュール的には最初にお示したとおり10月以降の開催を考えています。事務局からは以上でございます。

【部会長】

はい、ありがとうございます。最後のところですがけれども現在この日本版のガイドラインの策定作業が行われているわけです。そのもととなるILCORの国際コンセンサスについては10月18日の世界的な発表まで非常に厳しい守秘義務が課せられておりますので、それを議論するという事は今のところではできませんので、10月18日以降国際コンセンサスが公開された後にこのワーキンググループは活動開始をして、何とか年度内を目途にいろいろとまとめていただきたいと思います。前回は2006年に6月から8月にかけてこの日本版ガイドラインの骨子に従った形で救急隊員の行う蘇生あるいは普通救命講習、上級救命講習などの内容についてかなり濃密な議論をしてこの報告書が作られておりますので、これのさらに2010年に対応した作業を10月以降何とか年度内を目途に行っていただきたいと思います。それから2005年当時もう一つ、25ページの2007年の3月という最後のところ、上の段の右の端ですがけれども、実はこの高度化検討会の中で一般の救急隊員の行う蘇生に関しては十分議論したのですがけれども、救急救命士の行う二次救命処置この部分に関してガイドラインとあわせてどうすべきかについての議論が不十分だったということです。ここは広島大学の〇〇先生を中心とした研究班で、救急救命士の特定行為とこの新しいガイドラインのかかわりについて多くの議論をいただいて、それをもとに最終的に3月の上に総務省から救急救命士にかかわる部分としてさらに通知を追加していただいたという経緯がございます。今回はこの部分も踏まえてどこまで細かくはしの上げ下げみたいなアルゴリズムを踏み込むかということは前回と同様でなくていいと思うのですがけれども、救命士がどうするかということも踏まえてこのワーキングで年度内というか次年度から新しいガイドラインに基づいて活動したい、

メディカルコントロール協議会に対して十分な情報が提供できるような報告を出していただきたいと部会長としては考えています。ではこの点について少し御議論をいただきたいと思いますけれども、まず〇〇先生にワーキンググループ長になっていただいたのですけれどもよろしいでしょうか。

【〇〇委員】

はい。グループ長を務めさせていただくことになりました〇〇です。一つ確認ですが、今回は変更に伴う対応ということで多分考え方としては2つあり得て、変更になった部分だけに対応していくという考え方と、もう一つはこの変更ということをも1つの契機と考えて、ガイドラインとして変更は特にしていないのだけれども今回を契機にしてこの辺を変えようということがあり得ると思います。私自身としては後者の対応でいいのかなと思っています。必ずしもガイドラインで変わっていなくてもこれを期に見直すということまで踏み込んでいいのかなと思っているのですが、それはどうでしょう。

【松元室長】

それはせっかくの機会でありますし、そういうことが言われていることであれば、この際それも加えて変更したほうが良いと思っております。

【〇〇委員】

はい、ありがとうございます。それと今のところスケジュールで見ると3月までに報告書をあげるということですが、そうしますとよく私も質問を受けるのですけれども、ガイドラインが変わって活動基準も変わるだろう、消防としてはいつからそうなるかということです。今の報告書を見ると4月新年度をもってできるだけ早期に総務省さんから周知をしていただいて、4月から新しいガイドライン、変わったところがあればそのもとでいくという理解でよろしいのでしょうか。ちょっと時間的には厳しいのかもしれませんが。

【松元室長】

前回はかなり時間がかかっているということなんですけれども、今回どの程度変更があるかというのは私どもなかなか情報がないものですから、難しいところではあるんですけれども、今、先生がおっしゃったような形でできれば年度中にある程度こちらの結論を出していただいて、3月末か4月早々には通知を出してそれでやるというほうが非常に私どもとしては好ましいというふうに考えております。

【部会長】

いかがでしょうか。恐らくこれは通知を出しても、それから現場での教育とかが始まって、前回の私の記憶で言えば8月15日に通知を出していただいて、例えば東京消防庁が前回一番大きく変わったのが30:2の胸骨圧迫と人工呼吸比に変わったということに関して、東京消防庁が変えたのはたしか12月でしたね。ですから消防庁がかなり頑張っても4カ月ぐらいかかるかと思います。もうちょっと小さいところはもうちょっと早いところもあるかもしれませんが、逆にちょっと出おくれたところは何とか年度内というところで、結局約半年が実際現場での切りかえにかかわる部分だと思っています。もちろん先生方から報告書が3月末に出たとして、足並みそろって大現場で変わっていくということに関しては前回の経験から言うと半年ぐらいはかかるでしょうし、それに本来習熟して効果が出るのにはもっと先生が普段おっしゃっているように1年2年かかるのかもしれませんが、少なくとも現場の景色が変わるのにそのぐらいかかるのではないかと考えています。

【〇〇委員】

それで私の記憶が正しければ、2005年のときでしたか〇〇先生でしたか、職員の指導的な立場にある人が、周知のための講習会みたいなのに何か所かで行かれていたような記憶があります。今回も報告書だけで文章としてぽつとやるだけというより、場合によっては、変更内容にもよると思うのですけれどもそれだけではなかなかうまく意図が伝わらないということで、指導的立場にある人を集めて、あるいはメディカルコントロールの範疇になるのかもしれませんが、そういう講習会みたいなことも必要になるかもしれない。それも視野に入れてということではよろしいのですか。

【松元室長】

はい、わかりました。前回のものをもう一回調べ直しまして、当然教える人が正しく理解していないといけないということになると思いますし、変更の内容にもよると思いますけれども、前回のものをきちっと調べまして今回にも対応できるような形でやらせていただければと思います。

【〇〇委員】

あと一つだけこれもまた質問ですが、市民の方に対する教育ということになりますと、もちろん消防さんが主力とは言え、日本赤十字社さんその他と連携はほとんど必要ないのですか。

【部会長】

おっしゃることは半分わかります。ここの総務省消防庁の中のこの高度化推進検討会の中で直接日赤さんがどうこうという話を議論することではないというのは前回も2005年のときもそうでした。ただ、先ほどの資料にもあるようにこの作業と同時並行で日本救急医療財団では救急蘇生法の指針の第4版の改訂作業がガイドラインの発表後から恐らく年度内を目途に行われてきています。そちらのほうは日本救急医療財団の心肺蘇生法委員会では日本赤十字社も委員として一緒に入っていますので、そこでのディスカッションは行います。そこの同時進行で行われているので、情報交換という形でお互いに何を考えてどのようにしているかということに関しては恐らく隠すようなことではないので、オープンにしながら議論をしていけるのではないかと思いますけれども、ここの中では消防機関が行うものについて議論をするのはとりあえずここでの内容になると思います。

【〇〇委員】

はい。よくわかりました。ただそれを議論するに当たって日本救急医療財団を経由して日赤さんがどうしているかということをも十分参考に入れながら議論をするちょうどいいタイミングがあるということですね。

【部会長】

場合によってはオブザーバーで呼んで御意見を聞いたりすることも構わないわけですね。

【〇〇委員】

わかりました。

【部会長】

〇〇先生どうぞ。

【〇〇委員】

今回24ページのILCORの組織図の紹介でよく理解できます。今回はILCORに初めて日本が加盟した結果、国際的なコンセンサス (CoSTR) が出ると同時に日本からガイドライン発表ができるので、以前よりは国内の指針作成のスタートもかなり早くなるのではないかと期待しているわけです。この組織図で確認をしておきたいのは、アジア蘇生協議会 (RCA) に我が国が日本蘇生協議会 (JRC) として参加をして、はじめてILCORへの関与ができるという点です。また日本版ガイドラインはこのJRCと日本救急医療財団の心肺蘇生法委員会の合同委員会で作成しているという点、日本の救急指針を

ガイドラインの応じて作成することになります。その指針も合同委員会が中心となるということも明記しておく必要があるのではないかと思います。また、心肺蘇生委員会の指針という形で紹介されていますけれども、ぜひ消防さんがやることと日赤さんがやるのが違うということではまずいので、統一した指針の中で一緒に議論ができるようにしていただきたいと思います。

【部会長】

そもそも救急蘇生法の指針自体は消防、日赤その他もろもろの違いをなくすということが当初の目的でもあったと聞いております。そこに関してはそのすり合わせが必要かなと思います。あれだけAHAが強いアメリカでもアメリカ赤十字は独自に別のことをやっている。あるいは消防に関していえばそれこそ州ごと郡ごと市ごとに全く違うポルトフォールでやっているということもございますので、我々日本ではそういう面では統一をしやすい環境にはあるのではないかなとは思っています。それから先ほどの参加団体に関しては、日本蘇生協議会が直接の参加団体であるということとそれから今回の10月18日を一応公開の目標としている日本版のガイドラインについて作成母体は日本蘇生協議会と日本救急医療財団が合意のもとに共同でつくったガイドライン作成合同委員会が今現在その仕事に当たっている。きょうの資料には書き込まれておりませんが、そういう認識の上にある。ただ我々はそこで発表されたものをベースにこの〇〇先生の委員会では議論をしていくので、そこに発表される内容に何かの影響を与えるための委員会ではございませんので、できたものに対してそれをそしゃくして消防でどうするかということを議論するという委員会だという認識で〇〇先生よろしくお願いします。

【〇〇委員】

はい。混乱しないように気をつけます。

【部会長】

そうなのです。混乱すると消防からいろいろ介入が入ってガイドラインが、それは消防に都合が悪いからこう変えてくれという圧力団体かと思われると非常に誤解を生じるのでそうではないということです。出てきたものについてそれを消防の現場のインプリメンテーションということで現場にどのようにそれを広げていくかということを考えてください。よろしいでしょうか。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

東京消防庁の〇〇です。このワーキングには東京消防庁からも1名参画させていただ

くことになっています。先ほど〇〇先生の話にあったように、前回移行するに当たってちょっと時間がかかったと、その前の前段階もちょっと時間がかかっていたわけです。今回も内容の変更に伴って当然また救命講習の組み立て方とかも少し新たなバージョンが入るのかとか、その辺はさだかではありませんけれども、私個人的には消防職員の周知徹底はある程度組織的にできるのしょうけれども、一般市民の方に対しての応急手当の普及という普及業務がありますのでそちらのほうはしっかりと対処しなければいけないと思っております。その辺はある程度時間的なものは必要なのしょうけれどもなるべく早目にその辺の情報をいただきながら、消防としてもすぐさま市民の方に新たなガイドラインに沿った講習の普及を進めていきたいと思っておりますので、ぜひお願いしたいと思います。

【部会長】

10月18日を過ぎればその議論に関してはそのままフィードバックしていただけるのではないかと思います。前回時間がかかったと言っているところは、ILCORから国際コンセンサスが発表された11月から日本版のガイドラインが出るところまでの6カ月のタイムラグに時間がかかっているということです。今回はその6カ月の部分がなくてほぼ同時ということを目指していますので、6カ月前倒しということです。ただそのガイドラインが出てから通知を出せるまでの期間それから通知を出してから現場が最終的に消防機関の中での蘇生あるいは普通救命講習の内容等が統一的に最終的に移行するまでの期間というのは、これは恐らく前回よりも著しく短縮するというのは人間のやることですのでかなり難しいのではないかと思います。少なくとも国際コンセンサスが出てから日本版のガイドラインが出るまでの時間のタイムラグを解消することは今回に関しては言えると思います。〇〇委員どうぞ。

【〇〇委員】

今の話の「ガイドラインの変更に伴う対応」の中の「一般市民への心肺蘇生法の普及啓発の方法」の〇の中で、ガイドラインに合わせて現在やっている上級であるとか普通救命講習についてはわかるのですけれども、この「新たな講習会の検討」というのはどのようなものをイメージしたらいいのかということと、あと既に応急手当普及員という形の講習を24時間受けていただいて、応急手当の普及をする市民の方既に受講済みの方たちに対してガイドラインの改正に伴ってそういう方たちをどのように新たな基準の普及員という形で認定していくかということについてもぜひ御議論いただけたらと思って

おりますのでよろしくお願ひいたします。

【部会長】

はい、この「新たな」というのは本当にまだこれから考えなければいけないことですが、強いて参考例として言えば、国際的に日本以外の国ではどのような講習が行われているかということを見ると、一つは小児に特化したような講習会というものが開かれている国や地域もあります。それから、より短時間でいろいろなeラーニング等を使ってやるということが議論されているところもございます。そのような世界のいろいろな情勢を踏まえて今回のガイドラインの中では中身に関しては言いませんけれども、ガイドラインの大きな骨格の中でEducation, Implementation and Teams、E I Tという教育に関する中身のガイドラインの内容がかなり充実をしてきておりますので、そういうところに出てくる提言も踏まえた上で、必要があれば今までの枠以外のものも考えていく必要があるだろうということです。ここで言っているのは今までの普通救命講習、上級救命講習の枠だけにとらわれなくて、必要があれば新たな講習も立ち上げることも考えていただきたいぐらいの意味です。よろしいでしょうか。ではこのガイドラインに関するものに関しては実際の作業は10月以降、10月18日というふうに書いてございますけれども、これはあくまでも予定でございまして、往々にしておくれることもあり得ると思っておりますけれども、ただ10月18日に国際コンセンサスが公表されれば国際コンセンサスに関する守秘義務はその段階で消失をしますので、議論はその段階である程度始められるかもしれませんので、開催時期に関してはその辺をにらみながらまた御相談させていただきたいと思っております。この点に関してはよろしいでしょうか。では3つ目の話題に入りたいと思っております。事務局よろしくお願ひいたします。

【事務局】

救急隊用AEDに関するワーキンググループ28枚目の資料になります。まず項目としては4項目ございまして、消防機関におけるAEDの取扱いについての検討。各地域における検証体制の確立。救急隊用AEDに関する不具合事例の集約。救急隊要AED開発に関する検討でございます。まず参考資料を用いまして現在のAEDの状況を御説明申し上げます。まず参考資料5でございます。平成19年7月31日の段階で実はAEDの保守管理に関しまして参考資料5のような事務連絡を発出したところございまして、この中においては適切な管理を行っていただきたいという旨の御連絡をしております。次が参考資料6ですが、6と7を同時発出しておりますが、今年の3月30日付で消防

機関におけるAEDの取扱いの注意事項を各都道府県消防・防災主管部（局）、衛生主管部（局）とAEDの製造業者に対してお送りしたところでございます。御存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、ちょっと再度確認の意味を込めて確認させていただきますが、この通知の中に4ページ目の調査票がございます。実は各消防本部の御協力を得まして、AEDの不具合が疑われた事例があれば消防庁に御報告いただきたいということで情報収集をいたしました。その結果を集約いたしましてまとめられたものが別添にございます。〇〇研究班の御報告書です。これは厚生労働省の科学研究費のほうでの検討を行っていただいた内容ですが、私どもが集約した情報を集めてそれぞれ個々に分析をいただいたものでございます。例えば別添の中間報告書の3枚目表1ですが、事案別に見た報告全体集計表ということで、低感度の報告があったものとして例えばフィリップス、日本光電等々の各機種ごとの状況であるとか、低特異度のものあとはその他の項目ということでそれぞれ分類をしてございます。このような形でございましてAEDにつきましては今後とも引き続き不具合の疑われた事例の収集が必要であろうということと、改善策を販売業者も含めて検討していく必要があるということでこの報告書が取りまとめられたものでございます。続きましてまた資料に戻りますが、さらに私どものほうでは調査をさらにかけておりまして、ちょっと前後しますが参考資料8でございませぬ。私どものほうからそれぞれの消防機関がどのようなAEDを使用しているのかについて状況調査を行いました。このような各機種を並べまして、各消防本部でどういうものを使っているのかということメールで情報集約いたしまして、私どもとしてはこの消防本部がどのような機種を使用するのかということがすぐ把握可能なように、また不具合が出た場合にメーカーの対応等々が求められますが、私どものほうとしても各消防本部に対してきちんと呼びかけることができるような状況を今構築している次第でございます。それに伴いまして29枚目でございますが、各消防機関においてどのようなAEDが配置されているのかどうかということが把握できましたので御報告申し上げます。配置場所別のAEDの仕様でございまして、例えば救急自動車のところでございますが救急自動車においては救急隊員用のAEDがほぼ使われているのだろうと私ども勝手に想像しておりましたが、実は2%のところ一般市民用のものが使われているものがあったということです。また非常用救急自動車になりますとまたさらに割合が増加します。一方消防自動車、PA連携等々でAEDを使用する場面もございませぬが、そちらにつきましては一般市民用のAEDが中心であったというところでございませぬ。次が30枚目で

ございます。これが逆のほうから見たパターンですが、救急隊員用AEDと一般市民用AEDがそれぞれどこに配置されているかということでございます。先ほどの表をひっくり返したものでございますが、救急隊員用のAEDについては救急自動車内に置かれているパターンが多いということが示されています。また一方、一般市民用AEDにつきましては、それ以外の車種に載せられているケースが多いということがわかっております。31枚目でございます。救急隊員用AEDに関する不具合事例の集約ということで先ほど御説明しましたが昨年の12月に各消防機関から不具合事例の報告を求めたところでございます。本来、除細動が適応であるべき心電図波形に対して放電しなかったケースや、除細動すべきでない事例に対して除細動を行ってむしろVFになってしまったケース等々が報告に上がってまいりましたので、これらを今後消防庁と厚労省協同で原因を究明するとなったところでございます。32枚目ですがAEDが不具合を発生した場合にどのような形で不具合事例を集約しているかということでございますが、発生した段階で各消防本部・都道府県のMC協議会に御報告いただき、それをAED製造メーカーと全国MC協議会事務局に投げさせていただいて、その後に私どもとしては総務省消防庁と厚労省で情報を共有する。さらに厚労研究班のほうに報告するというところで、消防本部への技術的指導や助言・情報提供、AED製造販売業者への要望を今後検討していきたいと考えています。なお、前回の調査以降もAEDの不具合事例がありましたら報告をいただくことになっておりまして、現在も今年の3月末以降の状況を把握しているところでございます。今後厚生労働省と協同で研究班も交えながら検討を進めさせていただきたいと考えている次第でございます。私からは以上でございます。

【部会長】

はい、ありがとうございます。大きく2点、一つは日本におけるAED、歴史的に考えると救急救命制度ができていわゆる半自動除細動器と呼ばれた時代からずっと使われている救急救命士用のAEDですね。それとそれからその後一般市民に向かって開放されたAEDというのは、同じAEDという名前ではあるのですがけれども、その性能であるとか使い方、どのぐらいフルプルーフなのかということについて実はかなり違いがあるのですが、法律上は両方ともAEDということで通知の中などでは余り区別されずに使われてきたということで、実態調査をしてみますと、本来搬送中の使用にはあまり適さない一般市民用のAEDが救急車にのっていたり、あるいは逆に救急車以外の消防自動車にそ専用用のAEDがのっかっている。果たしてそれを使っているのが救

急救命士なのか、あるいは有資格でない普通の消防職員が使っているのかということもちょっと今後考えなければいけない部分があるというのが1点です。それからもう1点については、そもそもAED自体が一般市民用にしても救急隊員用にしても100%の感度と特異度で動くものではなくて機械の限界がある。本来除細動の必要な症例でそのショップのメッセージが出ない、その逆の件があるということで、これは単にあげつらうというよりはその部分に関してメーカーに改善を促し、より救命をふやしていくことが非常に大事であろうということで、実際に去年〇〇研究班が〇〇先生に御尽力いただきかなりの症例数を出して通知をいたしました。このうちの一部はメーカーが問題点を認識して早速ソフトウェアを改良し現在に至っていると認識しております。ただこれもまだ全国ふぞろいで、本来AEDの保有台数に合わせた形で一定の不具合例が出てくるはずですが、地域によっては全くゼロである、100%例外ではないという地域もあるということで、まだ全部きちんと洗い出せていないのではないかと思います。その辺も含めて継続的な議論が必要なのではないかと思います。ここに関しては〇〇先生をお願いをしたのですけれども、〇〇先生一言よろしいでしょうか。

【〇〇委員】

AEDは蘇生における非常に重要な機械であるわけですから、それがきちんと使えるということは最低保証してほしいと思っていたところですが、栃木県の私たちのMCの検証会で3例ほどそういうのを見つけました。うちで3例あるのなら全国どのぐらいだろうというところからこういう調査をお願いしたという経緯があります。〇〇先生がおっしゃってくださったようなところで、ここで検討することは半自動、または一般のAEDその辺の区別をどのように考えていくのか、どこにどういうものがあるのか適切かとか、それからもう一つはAEDのいわゆる不具合というものについて見ていかないといけないと思うのですが、〇〇先生の研究班を恐らくことしも継続しているのです。それからもう一つ厚生労働省で救急医療財団を通して「PADのあり方の検討会」というのが今あります。それとの関連をどうやってはかりながら、恐らく3つとも出ると思いますので、それを見ながらだと思います。

【部会長】

はい。そこを事務局ともお話しをして、切り分けははっきりしていないのですけれども、先ほどの救急蘇生統計とある程度似たところもあると思います。ここでは全国から

消防の中での検討会ということですから、このような形で実態調査をするとかデータをあげてくださいというデータ収集の部分に関しては非常に強いのですが、その実際の上がってきた心電図の波形を見てこれが適切だったかどうかという判断をするとかいう部分に関しては、去年の作業を通じてもわかるように非常に時間もかかりますし、かなり医学の専門的な分野にもなってきますので、その辺厚生科学研究とも連携をしてその直接の分析自体はまた場合によっては〇〇班の中での分担研究の中でお願いをするということも必要ではないかなと考えております。それから救急医療財団のPADに関しては、それは恐らく直接分析をするというよりは今ここでやられたような結果を踏まえて、今度は救急医療財団ですから一応厚生労働省の監督下の公益法人ですので、そこから厚生労働省側の立場としてより広く消防だけにかかわらず一般市民の使うAEDについてもあり方に関して、当初平成16年に解禁されたときからの5年間の再検討を経て議論する。その中でただ当時の文言の中で例えばAEDに関してメディカルコントロール体制下で行うことと、当初AEDが解禁されたときから言っておりますので、その中での消防機関が使ったものはともかくとして、一般市民が使ったものについての検証そういうものに消防機関がどうかかわるかということに関しては一緒に議論していただかなくてはいけない問題かなとは思っております。事務局そんなとらえてよろしいでしょうか。

【事務局】

はい。

【部会長】

この辺いかがでしょうか。AEDについて、非常に効果的でももちろんここではAEDを否定するものではないのですが、よりよくするという点に関していえばまだまだ改善の余地はあるのではないかという認識だと思えます。はい、どうぞ。

【〇〇委員】

〇〇班のAEDの検証のところにも少し加わらせていただいて、そのときにも大変苦勞したのは、送られてくるデータは紙ベースでファクスでした。ファクスの質自体が非常に悪いというのがあるのですが、きちんと読めたとしてもなかなか心電図の詳細を分析するというのは苦勞することがありまして、そのときにもお願いの形で申し上げたのは、できればデジタルベースでデータファイルとして入ってくれば、コンピュータ上に出しながらできる。ということで、先ほど〇〇先生がおっしゃったように、この部会は

何が強いかというと、そういう収集方法に関してはそれなりの力があるということですので、このデジタルデータとしてデータが集まったら、例えば検証もそうですけれどもそもそも一番下に④として「AED開発に関する検討」とありますが、具体的にどういふことを意図されているかちょっと私はわからないところもあるのですが、ベースとなるさまざまな心電波形があるというのはかなり重要なデータになるだろうと思うのです。そもそも今小児の心停止時の心電図に関しては、〇〇先生中心にデータベースの構築というのが進んでいます、成人に関しては多分ないだろうと思っています。もしかしたらここで集めてきたデジタル上のデータがそういう意味でも役に立ってくる可能性がありますので、いろいろな意味でぜひデジタルでどうやってデータが集まるのか集められるのかということに関しても含み検討していただければと思います。

【事務局】

データの集積に関してですが、現在技術的にはデジタルベースで集約は可能であるということは確認してございます。ですが具体的にどのようなやり方で集約していくのかをぜひ検討いただきたくて、例えば対象者をどのようにするのか、要は不具合事例だけのデータベースを集めたらいいのか、それとも正常な場合も集めたほうがいいのか等々も含めまして御検討をこの場でいただければと考えてございます。

【部会長】

はい、〇〇先生。

【〇〇委員】

今〇〇先生がおっしゃったのは非常に重要な話で、今後「救急隊員用AED」と書いてありますけれども、今までのデータ、日本光電にしてもフィリップスにしてもそのデータベース、VT、VFのデータベースがアメリカ人等のVF、VTにしてあって、その感度特異度を集めている。それはやはり日本人特有の差がある可能性もあるので、日本人のデータベースをまずつくってそれをメーカーに出した上で、この感度特異度を上げるようなそういうものをつくってほしいのだというようなことをおっしゃっている方もいます。そういう意味でも今回これを集めてデータをつくって、その上でどういふAEDをつくっていくというところに大きく影響すると思いますので、それもぜひ検討していきたいと思います。

【部会長】

今ここで議論されていることをちょっと補足しますと、デジタルデータという言葉の

意味は紙媒体か電子媒体かという意味ではなくて、要するにもとのいわゆる電子データ、AEDの中にあるメモリの中にある電子データそのもの、波形データそのものを意味している。お二人ともそれでよろしいですね。〇〇先生循環器専門なのでこの辺AHAがやっていることも含めてそのいわゆる不整脈の波形の集積及びそれに対して新しくAEDの妥当性の検討とか、それは日本循環器学会とかでは何か検討されているのでしょうか。

【〇〇委員】

日本循環器学会の救急医療委員会にAED検討小委員会があって、〇〇先生が委員長でAEDの解析不具合例の集積をしています。何らかの共同作業が可能かと思います。「一般市民用AED」と記載してあるのですけれども、これは一般市民も使用できるAEDで医療従事者も使えるわけで、各医療機関にも設置して実際に看護師たちとか医師以外の医療従事者も蘇生に使っているのです、「一般市民用AED」という形の表現をされると誤解が生じるのではないかと思うのです。もう一つ救急隊が使っているいわゆる半自動のものと機能的にかなりの差があるのかという検証も恐らくされていないと思うのです。アルゴリズムが公開されていないのですが、これは本当にかかなりの差があるのでしょうか。

【部会長】

少なくともメーカーからの公開情報ではアルゴリズムではわからないのですけれども感度特異度の違い、それからアルゴリズム自体ではないのですけれどもどういう波形を対象にしているかという結果については違いがあるということはメーカーから一応公言はされています。それから大きな違いは、強制的に2分ごとに解析がくるのか、あるいは波形を確認して必要だと思ったときに解析ボタンを押すのかという部分と、それから逆に安全性ということに関して言うと、一般市民用は裏操作をしない限りはまずマニュアルで使ったりできないのですけれども、救急隊のほうは逆にボタン1つでいつでもマニュアル通電になりますので、そういう面ではフルプルーフというかだれが使っても安全ということに関しての違いは操作上あると認識しています。そのアルゴリズム上の違いがどのぐらい感度特異度が違うのかということに関して検証はしていないと思います。ただそのように公開されているということです。

【〇〇委員】

気をつけてほしいのは、病院に設置して医療従事者も使えるAEDですので「一般市

「民用AED」という言葉を使ってしまったときに対する影響力がかなりあるので注意してほしいということです。

【部会長】

そうですね、はいどうぞ。

【事務局】

名称に関しましては私どもが単独で決める話ではありませんで、厚労省の医薬食品局より現場で混乱があるので名前の整理をしたいということで、現在の名称となっています。もう一度先生からいただいたご提案をもう一度投げ返してみたいと考えております。

【部会長】

僕自身の理解は確かに〇〇先生がおっしゃるとおりで、AEDは一般市民用も含めたただの「AED」にして、逆にだから専門家が使うものは「AED機能つき除細動器」とか「AED機能つきモニター」とかというのが実態に合った、ものを見ているから、要するに心電図モニター、除細動器にAED機能もついているというものだと思うのですね。だから「AED機能つき除細動器」みたいな言い方のほうがわかりやすいのかもしれない。ただそうするとAEDを使っていいといったときにどこまでいいのかという話、今までの通知とかの中での言葉の整合性が問題になるかもしれないのでそれを含めて検討したいと思います。〇〇先生がおっしゃるように通常のAEDは医療従事者でも使うのは当然になっています。

【事務局】

失礼しました。実はAEDのワーキンググループでオブザーバーとしてまさに厚労省の医薬食品局の担当者が参ります。名称につきましてもまたその場で御議論できるのではないかと思います。

【部会長】

私の知る範囲では日本でAEDは今まで医薬食品局で認可をする過程で議論されてきたことの大半はバイフェージック、モノフェージックあるいは何ジュールということに関する有効性と安全性について議論されてきました。そもそも解析のアルゴリズムがどのくらい妥当かということに関してあまりAEDの認可とは直接関係ないところで議論された上で直接人体に電気を与える電気のところについてのみかなり深い議論がされてきたと思っております。その辺今回のデータは先ほど〇〇先生からもありましたけれども、本当に今の解析が日本にとって最適なのかどうかも含めてすぐに答えは出なくても

今後のためになるような議論をしていただければなと思っております。

【〇〇委員】

よろしいでしょうか。

【部会長】

はい。

【〇〇委員】

私も実は〇〇班にかかわっていて、AEDのMCとの関係を調査アンケートをさせていただいたことがあるのですが、〇〇先生のところのように検証するというのはむしろまだ小数であって、その大きな理由というのは特に消防が深く関係しているAEDを使った除細動というのはある程度検証は可能なのでしょうかけれども、むしろPADこれは縦割りでなかなか総務省とは関係が難しいと思うのですが、PADの場合にはどうしてもその検証が難しくなってくる。業者としてもいろいろな理由をつけてそのデータが出しにくいところを言ってきますけれども、そういうところをぜひうまく厚生労働省と調整をして、PADの数というのはデータもかなりの数ですよ800とか、そういうところにもしかしたらもっと重要なことが隠れているような気がして、もし本格的なAEDの検証をしたらPADの検証もぜひ力を入れてやっていただきたいと思っています。

【部会長】

ありがとうございます。除細動のショックの症例数ベースとしてはまだまだ救急隊あるいは救急自動車がかかるのが圧倒的に多いのですが、ただPAD市民が使う部分に関しての数が年々倍増しているというのも救急蘇生統計で見るとおりでございますし、ただそこで一般市民が使ったものに関してメディカルコントロール下で検証しなければいけないというのは確かですが、それに消防機関がその中でどの役割をするのかということに関してはメーカー側との問題、あるいはAED自体を保有しているところが持っていかれては困るとか、個人の情報だから出さないとかというようなその守秘義務というか、個人情報に関わる問題等がございます、その部分に関してはなかなかここだけでは議論できないんですけれども、恐らくそこは先ほどの救急医療財団の「PADにかかわるあり方の検討会」の中で、もともと平成16年当時のあり方検討会で「メディカルコントロール下で」と言ったものに関して今回再検討することになっておりますので、その中で具体的な役割とかメーカーの義務とかあるいは設置者の義務あ

るいは設置者の基本的な役割という中でそのことを恐らく出していただいた。そのときに恐らく消防としてはここまでやりますよということを実際にオシレーションするためにここでまた議論が必要かと思います。よろしいでしょうか。では大体3つのワーキンググループのやるべき内容それぞれ盛りだくさんで非常に大変だとは思いますが、この蘇生の向上ということを考えてといずれも非常に重要な案件だと思いますので、それぞれのワーキングで議論をいただいた上でまたこの蘇生作業部会で議論したいと思います。きょう全体を通して何か御質疑あるいは御意見等ございますでしょうか。具体的に各ワーキンググループの開催につきましてはワーキンググループ長と事務局で日程等も含めて御相談ということでよろしいですね。もし御質問がなければここで部長から事務局に司会を戻して、今後の予定等についての話を伺いたしたいと思います。よろしくお願ひします。

【事務局】

本日は活発な御意見、御議論、御審議をいただきましてまことにありがとうございます。次回の開催につきましては改めて御連絡させていただきたいと思ひますのでよろしくお願ひします。以上で第1回救急蘇生作業部会を終了いたします。本日はどうもありがとうございました。

——完——