

救急業務高度化推進検討会

第3回救急蘇生作業部会 議事録

1 日 時 平成 23 年 2 月 22 日（火） 13 時 00 分から 15 時 00 分

2 場 所 都道府県会館 410 会議室

3 出席者

坂本部長 鶴久森委員 岡本委員代理伊藤氏 鈴川委員 畑中委員 平出委員 藤井委員 松川委員 横田委員

4 会議経過

1 開会

【事務局】

それでは第3回救急蘇生作業部会を開催させていただきます。本日の司会は長谷川が務めさせていただきます。よろしく申し上げます。開催に当たりまして、救急企画室長松元よりごあいさつ申し上げます。

2 あいさつ

【松元室長】

本日は第3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、皆様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。最近の救急行政をめぐる状況ですけれども、先週発表させていただきましたけれども、全国の救急出動件数につきまして、約 546 万件ということで過去最高の出動件数となりました。また伸び率のほうも 6.7%ということございまして、これも平成 7 年以来 15 年ぶりの高い伸び率ということになっております。要因といたしましては、熱中症の影響が約 4 万人と見ておりますけれども、それですべてを説明できる数字ではありません。各消防本部にいろいろアンケートなり調査もかけておりますが、高齢化の進展でありますとか、あるいは緊急度の低い方の利用についても指摘されている消防本部などもございます。私ども

はこういう状況を踏まえまして、救急業務のあり方につきましても今後検討していきたいと思っておりますが、特に救急蘇生作業部会、今年度テーマにしていたところにつきましても、そういう状況の中で救命率をいかに向上していくかという部分で非常に大事なところだというふうに思っております。本部会ですけれども、ワーキンググループを3つ設置する形で一応進めております。きょうの議題にもありますように、救急蘇生統計——これは救急業務統計も含めてですけれども、これもより使いやすい形への改変ということで議論がなされておりますし、あと救命率の公表の話につきましては、先般親会のほうでもいろいろ議論があったところがございます。私どもとしても代替案というアピールの形で事務局案を示させていただいておりますので、これについても賛否両論あるかと思っておりますけれども、いろいろ議論を尽くしていただければなというふうに思っております。あとガイドライン2010の対応につきましても、特に市民向けの講習につきましてガイドラインに沿った形で新しいものについても検討を進めておりますので、これらも非常に我々としても重く受けとめて次のステップにつなげていきたいと思っております。救急隊用AEDにつきましても、実は先般滋賀県でもAEDの不具合事例が発生しております、やはりこういったものにつきましても消防庁としてもしっかりと対応していく必要があると思っております。特に坂本部長にはそれぞれのワーキンググループにも出席いただきまして、非常に他の公務も忙しい中、非常に大変だったと思っておりますけれども、一応これで作業部会は最後、あと3月上旬に親会を予定しておりますので、ぜひ活発な議論をよろしく願い申し上げます。

3 委員紹介

【事務局】

次に出席状況を確認させていただきます。本日、国立循環器病研究センター・●●委員につきましてもは用務のため御欠席でございます。また、札幌市消防局警防部救急課長・●●委員につきましてもは用務のため御欠席とされておまして、代理といたしまして救急指導係長・●●様に出席いただいております。なお、作業部会の進め方ですが、特に委員からの御意見がなかった場合を除き、事務局としましては公開ということで進めたいと思っております。なお、ここで撮影は終了させていただきます。それでは議事進行を部長にお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

4 議題

【部会長】

はい。多少遅れまして申しわけございませんでした。各ワーキンググループそれぞれ参加させていただきましたけど、活発な議論が行われた中で、一応親会に報告するこの作業部会としての原案が大体作成されてきたところだと思います。きょうは資料を確認いたしながら、この場でさらにこの作業部会としての見解をまとめるという形で議論をしていきたいと思います。よろしく願いいたします。まず、資料がございますので、資料の確認をよろしく願いいたします。

【事務局】

それでは次第と委員名簿、続きまして資料につきましては資料1から4までございます。参考資料につきましては1から6までございますので、過不足等ございましたらお声かけいただければと思います。

【部会長】

はい。よろしいでしょうか。それでは早速ですけれどもそれぞれの部会からの報告をお聞きして議論をしていきたいと思います。救急蘇生作業部会ではございますけれども、それぞれ関連はしていますけれども、独立して部会の中で検討が進められておりますので、1つずついきたいと思います。まず最初に救急蘇生統計ワーキンググループからの報告にしたいと思います。ではこれを事務局、お願いいたします。

【事務局】

はい。まずは事務局から御説明申し上げます。資料としましては5ページ目からが蘇生統計ワーキンググループの資料でございます。めくっていただきまして、6ページが検討項目、7ページから具体の説明に入っております。8ページから御説明申し上げます。まず救急業務統計の見直しが今後迫っておりますが、必要な調査項目について検討をいただきました。こちら、参考資料1を横に見ていただければと思います。参考資料1は追加調査項目の一覧表でございます。まずパワーポイントで簡単に御説明申し上げますが、救急業務統計につきまして左の欄、ウツタインにしましては右の欄の追加をワーキンググループとして検討いただきました。内容といたしましては緊急度の追加、年齢区分の変更等々がございますが、こちらの詳細につきましては参考資料1で御説明申し上げます。それでは参考資料1をごらんください。ま

ず一番上の緊急度でございます。現行システムが左の欄、新システムが右の欄となっておりますが、緊急度につきましては、現在私どもはトリアージの関係等もありまして今後推進していきたいと思っております。事務局案としては4段となっておりますが、4から5つの判定入力が可能となるような欄を設けたいと考えております。次に年齢区分でございます。年齢区分につきましても細かく区分すべきだという議論が以前ございましたが、実際実年齢を入れるほうが早いのではないかという結論に至りまして、こちらにつきましては実年齢の入力、年齢不詳の場合は救急隊長の判断で推定年齢の入力ということでどうかと考えております。次に疾病分類でございます。疾病分類につきましては、実は左のコラムでございますが、急病の中、特にその他と不明確につきましてより詳細な分類にすべしということで、右の欄を見ていただきますと、その他に関しましてはこちらに記載の分類、また不明確につきましてもこちらの循環器から診断名不明までの分類としてはどうかという提案でございます。次に搬送先医療機関ですが、こちらは新たに追加いたしまして、医療機関が特定可能な医療機関コードの入力を求めているかどうかという御提案でございます。続きまして6番、ドクターカー・ドクターヘリの要請の有無でございますが、こちらは現行の入力はございませんが、新システムに移行の場合は現場要請・初動要請について入力をいただく。また、医療機関の受入要請回数につきましても、受入要請の回数を入力いただいております。8番の発生場所区分についてでございますが、こちらにつきましてはより細かな区分にするということで、こちらは消防機関で使用してございます分類に沿った形で分類してはどうかという内容で御提案申し上げております。続きまして9番、時間項目、救急情報、ウツタインの関連でございますが、こちらは右のように追加をしてはどうかということでございまして、まずは接触時間、心肺停止前静脈路確保時刻、現場出発時刻、病院到着時刻を救急情報及びウツタインに入力いただくといった案でございます。以下の項目はウツタインのみ入力ということで、特定行為器具挿入時刻、バイスタンダーCPR時刻、バイスタンダーAED時刻、また心肺停止後の静脈路確保時刻、エピネフリン、車内収容時刻について入力をいただいております。次のページでございます。10番、救急隊応急処置でございますが、こちらは今後処置範囲拡大が想定されておりますので、その関連の項目を入力するといった案でございます。また11番、PA連携につきましても今回新たに追加いたしまして、詳細にとってはどうかという提案内容となっております。12番、バイ

スタンダー除細動の回数についても入力いただくといった案でございます。また 13 番でございますが、乗車救急救命士の資格区分についても、それぞれ認定関係について入力してはどうかという提案になっています。続きまして 14 番、非心原性の原因でございますけど、そちらについても右にありますようにより詳細にとってはどうかという提案でございます。最後に 15 番でございますが、これは心肺停止後長時間経過していると思われる徴候の有無でございまして、要は死後の死体徴候、死後硬直、死斑、角膜混濁等々の症例もウツタインに入っているという懸念がございますので、そちらをきちんと除外することができるようにということで、あり・なしということでやっていただいております。9 番の項目でございます。左のコラム 3 目目で病院収容時刻というのがございますが、こちらにつきましても従来どおりとらせていただきます。今後は病院到着時刻と病院収容時刻の両方をとらせていただくということで、病院収容に伴うかつての混乱、これについては、私ども 通知指導等 出させていただいておりますが、そのあたりの議論に決着をつけたいと考えている次第であります。以上がパワーポイント 8 ページの内容でございます。続きまして 9 ページでございますが、今後のオンラインシステム改修スケジュールの案でございまして、この内容でワーキンググループで了承いただいている次第であります。続きまして 10 枚目でございます。救急蘇生統計です。ウツタインデータベースの制度向上のための方策についても御議論いただきました。その中で、平成 20 年度の検討会において基本方針を示して、実際に現在行っているものが 1～5 の項目。今回議論いただきまして今後新たに追加する対策として 3 つ挙げていただいております。各消防本部の担当者に対する研修の実施、救急隊員に分析結果をフィードバックし、救急行政立案の参考としていただいております。入力システム上での入力不備の突合チェックの追加、アラートの表示を追加してはどうか、という御提言をいただいております。次が 12 枚目でございます。ウツタインデータの分析・検証。消防庁として継続的に分析する項目ということでございまして、こちらは現在の救急救助の現況に反映させてございますが、以下の 2 項目について追加をしたところでございます。次から 13 ページ目でございます。ここからは高度化推進検討会、親会からの宿題を預かってございますので、本日御議論いただければと思います。地域単位の生存率・社会復帰率に関するデータ公表についてでございます。経緯ですが、前回 11 月開催の救急蘇生作業部会におきまして一度議論いただき、消防本部単位の生存率・社会復帰率につい

て提案をいただいたところでございますが、高度化推進検討会にお諮りしたところ慎重な意見が多数見受けられました。以下が高度化推進検討会における意見でございます。1つ目の丸でございますが、消防本部ごとのデータはメディカルコントロールというフィルタリングを経ていないので問題。当事者にとってデータは大変役立つが、一般に公開するとデータが独り歩きする可能性がある。それぞれの本部にフィードバックするのは非常にありがたいが、一般に公表するのは問題。背景因子の調整が必要。ウツイン対象者のとらえ方が消防本部によって異なる。N数のばらつきの問題があるので、N数が確保できる単位での公開ではどうか。その取り組みについて学ぶべきところがある。自分の地域での社会復帰率を上げるための努力や工夫につながる。2005年～2007年の都道府県ごとの蘇生率が発表されたとき、蘇生率が下位の我々にとっては改善のための大きなモチベーションになり、県の政策としても取り組むことができた、という御意見もいただいております。以上のような意見をいただきまして、再度蘇生作業部会で検討するようにと指示があった次第でございます。本日の議論の内容を次回の高度化推進検討会に御報告したいと考えています。14枚目でございます。前回の高度化推進検討会の意見を反映しまして、私どもとして再度事務局として新たに案を考えてまいりました。そちらが14枚目でございますが、生存率・社会復帰率に関するデータの公表についてですが、地域単位ということでございまして、前回消防本部単位で御提案しましたが、今回メディカルコントロール協議会単位での公表を御提案したいと考えています。またデータにつきましては2005年から2009年分の5年間を集計して、標本数につきましても配慮しまして、100件以上ある協議会のみ公表してはどうかと考えております。また、公表する項目につきましては以下の3項目に絞るということでございまして、心原性で一般市民目撃ありの症例、また2番目ですが、心原性で一般市民目撃ありの症例のうち初期心電図波形がVF/VTであったもの、非心原性で一般市民目撃ありの症例、という3点に絞ってはどうかと考えております。今回地域メディカルコントロール協議会単位とした理由でございますが、生存率・社会復帰率は消防機関の取り組みのみならず、住民の心肺蘇生の理解、応急手当講習の普及率、医療体制の整備等が関係していることから、救急搬送に関し、消防と医療の観点から事後検証を行っている地域メディカルコントロール協議会ごとの公表が適切ということで事務局としてこういう案をおつくりした次第でございます。次が15枚目でございます。実は地域単位のデータ公表に関しましては過去平成

19年度からウツタイン統計活用検討会、救急統計活用検討会で議論を続けていただいております。主にそこでの論点は3点でございます。実はこれは今回の高度化推進検討会でも指摘された事項でございます。1つ目は十分なクリーニング、2つ目は各地域の標本数の確保、3番目がデータの均一性を一定程度確保した上で公表を行うべきという結論をいただいております。それぞれの項目として取りまとめたのが以下の項目でございますが、1つ目、十分なデータのクリーニングにつきましては、現在は入力の際の定義の統一化。定義は入力要領において具体的に示し、周知。また、特に覚知時間、病院収容時刻については通知を行ったところで、平成20年度分以降のデータは統一化しております。また、データクリーニングにつきましても以下記載のとおり厳しくしてございまして、データの精度は一定程度の確保はできつつあるものと考えてございます。次、2つ目、各地域の標本数の確保でございますが、データのばらつきへの対応でございます。やはり標本数が少ない場合、1件あたりのインパクトが大きくなりまして、平均値に与える影響が大きくなりますので、今回は標本数100件以上ということ限定でこの点のある程度クリアしたいと考えております。3点目、データの均一性でございます。過去の検討会におきましても随分議論がございまして、例えば性・年齢調整を行うことが提案されてございましたが、現在のところ標準モデルの構築が困難であるということございまして、平成20年度に都道府県別データを公表した際には注意書きを設けてございます。数値の単純比較を行うことについては適切ではなくて、データを活用する際は十分に注意を払うようにという注意書きをしてございますので、今回につきましても注意書きを行った上で公表してはどうかと考えてございます。次が16枚目以降でございますが、具体の分布についてお示したものです。16枚目ですが、こちらは心原性で一般市民目撃ありの症例の1カ月後生存率の分布でございます。全MC協議会のをバックに、それで手前に持ってきているもの、赤のものでございますが、該当が100件以上のMC協議会に絞ったものでございます。分布は同じような分布でございます。ほとんどのMC協議会において100件以上ということで、この分布図についてはこれで公表させていただいておりますが、具体のMC単位ごとのデータの公表について御議論いただければと思います。17枚目が社会復帰率について示したものでございます。続きまして18枚目でございますが、VF/VTであったものの事例。こちらにつきましては、100件以上となりますと70協議会と数が絞られてくるところでございます。19枚目が社会復帰率

でございます。20 枚目、非心原性の 1 カ月生存率でございます、こちらにつきましてはほとんどの協議会において 100 件を超えているというところでございます。21 枚目が社会復帰率でございます。最後のページでございます。22 枚目でございます。先ほど、注意書きを付してはどうかということを御提案申し上げておりますが、記載案をこちらに作成してございます。生存率・社会復帰率をメディカルコントロール協議会別で比較する際は、傷病者の背景因子（性、年齢、疾病等）、住民の応急手当への理解、消防機関の体制、医療提供の体制等を分析することなく、数字のみの単純比較を行うことは適切でないことに御留意願いたいという注意書きをつけていきたいと考えております。こちらにつきましては後ほど御議論いただければと思います。またワーキンググループの資料に戻りまして、23 枚目でございます。消防庁サーベイランスシステムでございますが、現在私どもは、新型インフルエンザと熱中症に関しまして、下の図に示しているとおりのサーベイランス調査を行ってきたところでございますが、24 年度以降は複数のサーベイランスが同時実施可能となるように対応していきたいと考えております。本ワーキンググループにつきましては以上でございます。●●先生のほうから補足いただければと思います。

【●●委員】

はい。ありがとうございます。この調査項目の追加については前回の部会でもかなり詳細に議論していただきまして、それをもとに事務局のほうでかなり詳細に調整していただいたものですので、今回ここで最終的に御墨付きをいただければありがたいと思います。多分主な議論についてはどういう形で公表するのかというところが本日の大きなフォーカスになるかというふうに思います。以上、よろしく願いいたします。

【部会長】

はい。ありがとうございます。まず最初に 30 分ほどでこの救急統計のワーキンググループについての議論をしたいと思っております。大きく 2 つありまして、今●●先生からもございましたように、1 つは新しい新システムへの移行に伴って入力項目の追加・変更ということで、これについては今までほぼ議論済みでございました。また親会のほうでも特別大きな議論はないところでございます。病院収容時刻ということに関して、これが病院到着時刻と収容時刻が混同されていて、収容時刻でとっているところはそれだけで搬送時間が長いというふうな誤解を受けて非常にマスコミ対応に

苦慮しているというようなこともございますので、ここを明確に分けるとか、その他幾つか、前回からの年齢区分の変化等も含めた議論でございます。ここについては一応この場で決定をとということによろしいでしょうか。特別になれば。僕、1つだけ、ちょっとこれを見ていて——今までの救急救助の現況で、特定行為に限らず各種応急処置について何%行われているというような統計が出ておりますけれども、あれはこの公表から出していらっしゃるのでしょうか、それとも——要するにその手の、例えば自動心マッサージ器というふうな項目があの中にあるのですけれども、それはこれとは別統計？

【事務局】

全部、こちらの統計で公表しています。

【部会長】

公表に。ということは、もともとそれはここに入って、いわゆる応急処置の9項目とかそれはもう既にあって、それにさらに追加されてこのエピペンとかβ刺激薬ということで、そもそもそのもとの応急処置、酸素投与も含めてそれは従来どおりということによろしいですね。

【事務局】

そのとおりでございます。

【部会長】

はい。ありがとうございます。その辺でもしかしたらちょっとまた細かくはその自動心マッサージ器の種別であるとか、そういうこともちょっと言わなければいけないかもしれませんけど、大筋これでということできたいと思います。大きく議論が問題になっているのは、このウツタインの分析・統計についてということで、従来からは都道府県別ということでこれが公表はされていたところでございますけれども、都道府県といってもその中には都市部もあればあるいは過疎地域もあるという中で、消防本部あるいはメディカルコントロール協議会ごとでかなり県内のばらつきも大きいという中で、やはりメディカルコントロール協議会として、あるいは消防本部としてはやはり自分の地域の状況が今日本の全国の中でどのような状況なのか、より向上するためにはどうしたらいいのかというようなことを考えるためには、ぜひやはりそのところの——普通の医学で言えば、がんの治療をすればそのがんの5年生存率ということ、自分の施設のことを把握できなければ、その先の向上には行かないだろ

うというふうな観点から考えると、医学的にはそういうふうなことが好ましいということがまず基本にはあると思います。そういうような形で親会にも出したんですけど、一方でということで、大きく分けて2つ、親会で先ほどの中から指摘がされております。1つは、このような非常に背景の違う数字、がんでいえば進行がんも早期がんも一緒くたにして5年生存率を出すような乱暴なやり方では、そもそも数字を出してそれが独り歩きしても、進行がんを一生懸命治療している施設は評価が悪いに決まっているというふうな観点から、そのような分析なしに数値を出すのはかえって混乱を招くだけではないかというのが1つの意見。それからもう1つの意見は、これがそれぞれの施設あるいは地域でフィードバックされて、自分のところで見るとはいいいけれども、このランキングというように使われるような形で今のような背景の上でさらに表に出ることが果たして好ましいのかどうかという、その2点が大きな論点でございました。それに対して今回事務局案ということで出していただいた解決案がきょうの提案でございます。もう1回事務局案について、14ページでございます。何を出すかということになりますと、まず消防本部ごとではなくてMC協議会ごとということかどうかということ。そこで出す数字は今県ごとで出している数字のMC協議会版であるということですね。というものをフィードバックして、少し県よりもMC協議会という単位に分けて、MC協議会では必ずそこでMC協議会の長がいて、長というのはつまり責任医師がいて、自分の地域に関して救急医療体制も含めて検討がされているはずですので、そこで検討していただくというほうが妥当ではないかと。それはもう1つは、本来このウツタインのデータ自体、消防から直接上がるだけではなくて、その中でMC協議会のフィルターのところをかけて、本来MC協議会で一たん検証して数値が妥当であるかどうかを考えた上でウツタイン統計として上げていただくというのが本来はきっと筋だろうということも考えると、やはりMC協議会という立場が消防本部よりもより好ましいのではないかというようなことで考えられると思います。これについてまず各委員、これは医療の立場、あるいは消防の立場、どちらからも意見が必要だと思っておりますので、忌憚のない御意見を伺いたしたいと思います。よろしくお願ひします。といつてもいきなり言われると困りますかね。●●先生、前からこの件に関しては●●のことに關して研究をされておりましたので、ぜひお願いいたします。口火を切つていただければと思います。

【●●委員】

幾つかのポイントがあるかなと思っていたんですけど、原則的には今●●先生がおっしゃったように、今後の住民の蘇生率の改善のためには、データという、せっかくのデータですから、一方でここで人が死んだりしているわけですから、そういう大事なデータはきちんと検証して、どこをどういうようにしたらさらによくなる可能性があるかということについては、これは医療者としてはやらなくてはいけないことだというのが大前提にあると思うんですね。それを踏まえた上での話でなくてはいけないと思うんです。マスコミが、とか、独り歩きしたときにどうだこうだというのは、それはそれで一方で理解は当然しなければいけないことだと思っておりますけれども、大前提は傷病者、患者さんのために僕たちは医療者として働いているのだから、亡くなった方を含めたデータについては、そこから僕たちが得られるものはきちんと得て、さらに改善に努めるというのが僕たちの役目であると考えます。メディカルコントロールというフィルタリングがある・ないという話がありましたけれども、田舎でやっているが一番気になるのは、メディカルコントロールというのは本当にあるのだろうかという、そういう地域がたくさんある中で、メディカルコントロールにフィルタリングする能力があるかどうかということが調査されていないまま、本当にこれは大丈夫なのだろうか、これでまた出したはいいけど本当にその改善に努めてくれるのだろうかというところが、●●で見ているとすごく気になってしまいます。それなので、メディカルコントロールというものをもう少しきちんと——こういうフィルタリングすることになるわけですから、つまり改善点を出して、その地域でどうしたらいいかということを考えていく役目をする MC をつくっていくということを同時にやらなかったら、せっかくのデータが埋もれてしまうのではないかというふうに思います。あと、それぞれの言わんとしているところはよくわかります。わかる一方で、例えば十分なデータが、例えば覚知時間が統一されていないのではないかという話がありますが、●●先生がこの話をしたのはもう下手すると5～6年以上前のことで、その時から通達が出ているにもかかわらず、●●県で変わったのは全部数年前です。そういうようなところの努力は、言葉が悪いかもしれませんが、もっと必死で僕たちは努力するべきだったというふうにやっぱり思いますし、このデータの重要性についてメディカルコントロール、そこに含まれる医師、救命士、消防職員、医療職みんなでこのデータをもう一度再認識して、みんなで改善につなげるんだという意図でこれを出します、というようなつもりでデータを出すことにしていただければと思います。

【部会長】

はい。非常に大事な点は、データを出して並べることが問題ではなくて、その出たデータをメディカルコントロール協議会としてしっかり受け取って、そして地域の改善に役立てるという体制が組まれない限りは、これは要するに出た数字が現場の傷病者や患者にフィードバックを将来的にされるものではないので、まずそのメディカルコントロール体制の強化というか、そこがまず根本であろうということがまず前提として今●●先生からお話をいただいたと思います。ちょっとなかなか議論しにくいと思います。私としてちょっとこれについて、まずステップが幾つかあると思うんですね。つまり今県単位で公表がされています。まず MC 単位で、そもそも数値を公表するかどうかは別として、出すべきかどうか。出すのは消防本部ごとのやつをためればできる。出したものを、それぞれの MC 協議会に自分のところの数値はわかるようにフィードバックするべきかどうかということが恐らく 2 段階目。それから恐らく 3 段階目が単にフィードバックではなくて、全体としての分布ですね。自分が、出たものが平均よりいいか悪いかではなくて、全体の中で何 sd、あるいは平均プラス何%なのかどうかというふうな段階がわかるような分布を示すかどうかということ。それから恐らく 4 つ目が、さらにそれに、上位のみということであったとしても具体的なそれに該当するメディカルコントロール協議会名を公表するのかどうかという、そのぐらいに分けて、どこまで踏み込むかということ。いや、最初そもそもメディカルコントロール協議会ごとの数値を出せば、出したものは必ず公開しなければいけないので、出すべきでないという議論になってしまえば、もうこれはそれ以上話をしてもしようがないことになると思うのですけれども。まずその辺はいかがでしょう。まず出すということに——出すというのは計算するという事について皆さんどうお考えかということですね。そもそも分布が、要するにバックグラウンドが明確でないものについてそういう数値を出すこと自体が悪だという意見があればまずそこから聞きしたいのですけれども。●●先生、どうぞ。

【●●委員】

●●です。MC 協議会の範囲で出すというのはすごくいい案だと思いますね。ただ、なかなか前提を整理するのは必要なので、そのところをきちんとやる必要があると思うんですね。まず 1 つは都道府県別であると年齢調整は割と可能です。ところが MC 協議会ベースですと、公表している市町村もありますけれども、年齢調整は実際非常

に難しいのではないかなど。現在私も見ましたら、統計が物すごくダイナミックに変わっているんです。90代とかが物すごくふえてしまっていて、望ましいかどうかはわからないのですが、非常に年度ごとにダイナミックに変わっておりますので、その年齢調整も含む基礎資料の問題ですね。都道府県別ですと基礎資料がある。という問題が1つあると思います。ただ MC 協議会にフィードバックするのは非常にいいことだと思うんですね。ただ、公表についてはある程度プールしてからというか、単年度ではなくて公表しますよとか、N 数のある程度確保してから公表するようなシステムを考えると、少しいろいろな意味で整備が必要なのではないかと。アイデア自体は私はいいいと思います。

【部会長】

今の●●先生の御意見は、まず MC 単位で見ると、1つは県単位より地域としては都市部あるいは非都市部というような形に関しては均一化されるけれども、そのかわりバックグラウンドとしての統計等が県別に比べると——その市ごとのやつを全部集積して出せば出るのかもしれないですが、非常に困難が伴うという、その調整がより難しいという技術的な問題点があるので、解釈が県ごとよりもそういう面では少し難しいという点が1つある中で、一応先生としては、ただそういうふうな限界をしっかりと明記した中で MC 単位の参考値は一応出して、それを MC にフィードバックするところまでは恐らく有益だろうと。

【●●委員】

その方向性でやっていったらいいと思うんですよ。

【部会長】

ただそれを並べて公開ということになると今のようになかなか均一でない部分があるのを縦に並べて公開するということはちょっとまだ今のところは控えるべきだというような御意見……

【●●委員】

MC 協議会には単年度で返してもいいけれども、オープンに公開するのは少し年度を……

【部会長】

今現在の時点では平成 17 年からの 4 年間累積分というデータがあるのですが、そうすると 4 年の累積分ではまだ足りないのです、これが例えば 10 年まで待つべ

きとか、そういうふうな意味でよろしいでしょうか。

【事務局】

今回、私ども5年分をまとめて……

【部会長】

5年分ですね。5年ではちょっとまだ足りない？

【●●委員】

5年分だと結構ありますね。そこは、そういうところをしっかりと押さえて相談すべきだということです。

【部会長】

わかりました。毎年単年度で出すということでは恐らくなくて、とりあえず5年間という1つの区切りでということ、次にまたその次の5カ年計画みたいな話になるのかもしれませんが。あるいは過去5年ということを経年出し続けて、単年度だけで数が少ないぶれる数字を出すのは恐らく余り好ましくないと思うのですけれども。1つ、今のところ、今の●●先生のお話からは全 MC 協議会の名前を入れて、何とか MC 協議会幾つ、という生の数字を出すということに関してはまだちょっと慎重でなければいけないけれども、MC 協議会ごとに自分の MC 協議会についての数値を返すということについては妥当ではないかと。これは総務省としてはもしそういう数値を持っていたときに情報公開請求が来たらそれはそれで何とかいけるんですか。

【松元室長】

何とかいけるというのではないですけど、情報公開請求が来た場合に、それは法令に照らして検討することになると思いますけれども、特定の個人情報が入っているとか、それを公開することによって著しく国民の不安をおおるとか、そういう理由に該当すれば公開しないということもあるかもしれませんが、基本的には公開が原則ですので、なかなかどちらだと今判断しろと言われてもあれですけれども、公開が原則の中でそういう特定の法令に合致するものがあればそこは公開しませんけれども、そこについての判断は、公式見解というのはまだやっていないということです。

【部会長】

はい、わかりました。この前、親会でもちょっとその手の話が出たのですけれども、MC 協議会ごとに返すということはそれはそれで非常にいいとは思っているのですけれども、そのところに——そういうふうなことがかえって混乱を招くからしないんだとい

うことで強くここで明確にできればいいのですけれども、そこに関してはちょっと問題があるかもしれないということです。ありがとうございます。ほかに御意見……。はい、●●先生。

【●●委員】

今の●●先生、●●先生の議論を聞いていて、確かにそう思います。この平成 17 年から 5 年分のデータということなんですけど、前提はやっぱり一定の定義のもとに入力するというのが前提ですよ。それができたのが平成 20 年度以降ということであれば、やはりそのまま公表するというのはむしろ誤解を招くし、そのもの自体が多分正確な数値を反映しているとは思えないんですよ。この間の 11 月のこの委員会のグラフと照らし合わせているんですけど、となるとこの前回のグラフ自体もかなりバイアスといいますか、考えていかないと、単純比較はできないということになりますよね。そうすると、本来は消防本部あるいは MC 単位で公表するにしても、本来は平成 20 年以降で比較したほうが本当はいいのしょうけれども、過渡的な対応として MC 単位でこういうふうに比較するというのは現時点では妥当かなというふうに思います。

【部会長】

消防からの御意見も少しお聞きしたいんですけど、いいですか。

【●●委員代理●●氏】

●●市消防局でございます。今先生方からいただいた御意見のとおり、原則やはり公開をして、いろいろ検証なり何なりのデータを出していくというのが必要かなというふうに考えてございます。

【部会長】

はい、どうぞ。

【●●委員】

●●です。本会のこの議論のまとめのところにもありますけれども、ただいま各先生のほうからも御意見があったとおり、MC 協議会のほうにフィードバックをしていたら、それぞれの MC で 1 カ月後生存率・社会復帰率の向上に向けてそれぞれが検討するというのは非常にやはり有益だというふうに考えています。これまで議論があるように、ただ、それをそのまま公表するという点に関しては、やはり MC 協議会ごとにどういう対策を講じて、だからこういうことをやっていくんだというところま

である程度検討していない段階で公表されても、やはりそもそもそのデータが独り歩きして、では例えば私どもの東京の MC の場合にはこの位置にあるけれども、今後どういうふうに医療体制なり何なりを整備していくんだというふうに言われても、この段階で、いきなりデータが出た段階でその対策まで説明するというのは非常に難しいなというふうに思います。前回の活動時間にしても、国のほうではそういうつもりがなくて発表したとしても、例えば私どもの場合には全国最悪というふうな形で出されて、そういった面で非常にそちら側のほうの部分に労力がかかってしまっていて、ちょっとつらい部分もあるかなというふうに思っております。

【部会長】

はい。●●委員、今のお話は要するに MC 協議会に自己の MC 協議会のデータ——これは今までの議論のように平成 17 年からの 5 年間累積ということで、いろいろ限界はございますけれども、ただ今後の活動の改善、救命率の改善と——これはもちろんこの数値は救急隊員あるいは消防機関のみでできる数字ではなくて、その後の病院側での治療がより重要であるというのはまさに今回のガイドラインでも示されているところですので、医療機関側の努力ということも含めて、これは消防というよりはメディカルコントロール協議会としてそれを受けとめるということまでは松川委員も賛成ということでもよろしかったですね。そうすると、今おおむねのここでの議論としては、まず MC 協議会ごとのデータを出して、それを MC 協議会に、いろいろ限界点は明確に、こういう限界があるということを出しながらも、それをフィードバックするというところについては全員賛成ということでもまずよろしいでしょうか。そこまでは。そうすると、先ほどお話したように、その次にもシプラスアルファで出すとすると、まさにきょうここにあるこのグラフ、半分出てしまったようなものかもしれませんが、今のこの例えば 16 ページのグラフが公開をされると、自分の MC 協議会が何%ということがわかれば、その中で、全国の中での——自分のところだけの絶対的な数字が 10 といっても、それは 10 がどうなのかというのはわかりませんが、いろいろ限界はある中でもおおむねの位置づけはわかるわけですね。全くその消防本部名は具体的に出さない形で、この分布表、特にある程度統計的な信頼性も確保できているこの 100 症例以上ある MC 協議会についての分布表までは公開してもよろしいか、あるいはもう単にそれぞれの MC 協議会に自分の数値だけでそれ以上出さないかという、その問題がその次のステップだと思います。やはりこれはほかのいろいろ

な医療系のさまざまないわゆる予後調査などでも、このようなものがあつたほうがやはりわかりやすいということは一般的には言えると思いますけど、これについてはいかがでしょうか。これを添えて匿名化していないこのような分布とそれから自施設の数値のみを渡すというのは、例えば我々医学のほうで言えば、日本外傷データバンクで外傷登録をすると、その登録施設は自分の施設に関して、全国の施設のこういう度数分布表と自分の施設がその中でどの施設に該当しているかというデータはもらえるような仕組みになっていますので、それにちょっと近いイメージかなと思っているのですけれども。これに関しては委員の先生方、いかがでしょう。この表プラス、匿名のところに名前を入れていないこの度数分布表プラス、自施設の数値をそれぞれの MC 協議会に返すというところまでならいいだろうということに関してはいかがでしょうか。いや、それはやっぱりこの表は出してしまうとこの表が独り歩きするからよくないという御意見もあるかもしれませんけど。

【●●委員】

よろしいですか。これは生データなので別に加工する必要はないと思うんですけど、ただこれを見て、例えばこの 16 ページだと 1%のところと 21 というのは本当はにわかには信じられないほどの差がありますよね。だからもう少し区切りを大きくしてということもありなのかなと思いますし、それはちょっと意図的というか恣意的と言われてしまえばそうなんですけど、この 1 と 21、あるいは 2 というのもありますけど、だからこの辺が多分この議論の根底に何かあるような気がしてならないんですけど。

【部会長】

はい、わかりました。確かにおっしゃるとおり。これは恐らく N 数の問題なのか、あるいはこれは親会のほうで、ちょっとそのときにも指摘したんですけど、そもそもデータ自体が、ウツタイン自体は救急隊到着時に市民によって既に心拍再開、蘇生されていたものについては、AED による除細動例以外は入れないのがルールなんですけれども、実際にはバイスタンダー CPR が行われて現場で心拍再開をしているというものも心拍停止例ということで入れている MC 協議会あるいは消防本部もあるということは聞いておまして、そのようにそもそも扱っている対象がまだ不均一なのではないかというような意見は、これは●●先生、あるんですよ。

【●●先生】

全くそのとおりだと思います。それと最近多いのは、救急隊が駆けつけても「蘇生

はしてくれるな。搬送はしてくれ」というのがありますよね。そういうのはすごく——前も調べられたと思うんですけど、都道府県によってえらい差があるということで、そこら辺は MC 協議会の中でもそれはどうしたらいいかとかいって検証会議で上がってくる状況ですけど、その辺が不ぞろいの可能性はありますね。

【部会長】

はい、どうぞ。

【●●委員】

●●でございます。ちょっと質問なんですけど、先ほど先生がおっしゃっている自施設のデータを……

【部会長】

自施設ではなくて自地域。

【●●委員】

自地域ですよ。返すというのは、しかし僕の頭の中では、返さなくても自分たちで計算すればわかるわけですから、そこは余り意味がないような気がするのが1つと、それとそのときに返してもらっても自分たちで計算しても、仮にわかるという僕の理解が正しければ、この16ページぐらいのグラフがなければ検討のしようがないので、自分たちが全体の中で比較的いいほうだとかいうことがわからなければ、その数字自体の意味がちょっと半減するような気がしますので、まずこの16ページぐらいある、このグラフのようなものを少なくとも各地域のメディカルコントロールにお返しするというのは絶対必要だと僕は思います。もちろんそれを完全にオープンな形にするかどうかということはまだ議論の対象にはなろうかと思えます。

【部会長】

はい。今の●●委員の最初のほうの指摘ですね。本来わかるはず。そのとおりなんです。ところがでは MC 協議会として少なくともその MC 協議会の長なり MC 協議会の中の検証・議論として、自地域のことを把握している MC 協議会がどれぐらいあるかという、これはきっと惨憺たる状況なんです。そういう意味では、やはりきちっとこういうものを返して、もちろんこういうふうな総務省からのフィードバックを待たずに自地域については月ごとにきちっと出して、毎年累積で出して行って、リアルタイムで知るんだというのが本来の地域の話であって、その段階にまで至っていないのでこのような議論になっているというのがまず1つですね。それから、今おっし

やるように確かにこれをつけると非常に親切でいいだろうということなのですが、●●先生のような問題点の指摘もございます。もうちょっと、この1%区切りをやめて5%区切りにするかというような議論はあるかもしれませんが、本来どのぐらいの区切りにするかというのは恐らく統計的にきつと何らかの見方が——192 地域がこの100 症例以上に当たるのであれば、度数分布表としてどのぐらいの区切りがいいのかというのは何か適正化があるのであれば、そういうふうなことにするというのもあるかもしれませんし。最悪かどうかはわかりませんが、かなり正規分布的な感じのあれになっていますので、mean+sd を出してあげれば、それぞれの地域は自分の地域が何 sd なのかということぐらいは最低限わかるという、最低限はそのぐらいだと思っただけですけれども。

【●●委員】

なるほど。確かにおっしゃるとおり。ありがとうございます。ちょっと私の認識が甘かったようなところがあるんですけど、ただちょっとそれをお聞きして、そもそも自分のところの数字も知らないようなところに、わざわざこちらが本部のほうで計算してあげて、例えばお宅は何%ですよといったところで、そのままのような気もするので、ちょっともう少しそれに関してはもっとほかのことを考えないといけないのかなと考えながら●●先生の御説明をお聞きしていました。

【部会長】

はい、●●先生。

【●●委員】

確かに消防法の改正があって、やはりこの MC の中でどういうふうに患者がちゃんと選別されているのかというようなことも考えないといけないんですね。記録をとるということも定められています。だから今後こういうことによって刺激されることによって MC としてのアクティビティというのが上がってくる可能性はあると思うんですね。そういうことも加味して考えていくと。今はちょっと寒くても、将来に向けてそういうふうに働きかけていくという手はあると思います。

【部会長】

はい、まずこのところまででおおむね皆さんの——私の感触としては、名前を入れないこの表をつけて MC 協議会にとりあえず自施設・自地域のものはフィードバックすると。本来それぞれの MC 協議会できちつとこういうものは数値として出して、

それこそ月次で検討していただきたいと。あるいはやはり——良過ぎるところは良過ぎるところで、きっと先ほど言ったように母集団がそもそも違うのではないかというようなことも MC 協議会で検討していただかなければいけないと思いますし、やはりそれぞれ背景因子も含めて MC 協議会の中で——ですからそれは単に応急手当が悪いということではなくて、その地域の持っている背景因子の問題点もえぐり出していくということでこれを活用いただきたいということで出す、というところまでは少なくとも基本的にこの委員会としては今妥当ということでもよろしいでしょうか。特に異議はないですかね。そうすると、最後の段階として、ではこのグラフの中ですべてなのかあるいはトップ 10 なのか、具体的なこの該当の自分の MC 協議会が自分のところかわかる以外のほかのところのデータもどこがいいかということが特定できるようなデータを出すべきか、出さないべきかというところで、これに関してははかなり今までも疑問が呈されているところです。これに関しては先ほどの●●委員のお話ですと、いろいろ逆に問題もあるので、特に独り歩きという点に関しては、ここは問題が出る可能性が高いというような部分の御意見がございます。これに関してはちょっとまだこの段階で少しまだ皆さんで合意が得られているとは思いませんけれども、これに関しては逆に、この作業部会の部会長の提案としては、そこに関してはさらに今後少し経年的に見た上でこの数値の見方というものがそれで定まった中で出していくということにして、現段階ではそれぞれの MC 協議会に返すと。もちろん MC 協議会として自分の地域が非常にそこで頑張っていることをアピールしたければ、これが来てうちはここでしたということ自分の MC 協議会として地元で発表する分には、それは恐らく問題ないことだと思いますので、そういう形でそれを出すかどうかは MC 協議会にお任せ——それぞれの自分の該当するところにお任せすることにして、こちらの総務省からのデータとしてはそこまでは公開しないという意見が、僕の今の感触としてはこの中の割と平均的な意見かなと、いろいろ少し濃淡はございますけれども、今のところ思っているのですけれども。やはり何らかの結論を出して親会に出さなければいけませんので、1つの案として私としてはそういう案を出したいと思いますけれども、今の段階ではまだこの個別の表に関して自分の MC 協議会の場所以外はわからない形を出すというのが、1つ検討会のこの間の先回の親会での指摘に対しての作業部会からのお返事としては妥当かなと今思っているのですけれども、それに関して何か、いや——はい、どうぞ。

【●●委員】

●●市消防局の●●です。おっしゃるとおりだと思いますが、ただ、公表することがマイナスになるだけでなくプラスになることもあると思います。資料にもあるご意見のようにモチベーションが上がることにもつながると思います。お話を聞いていますと各MC協議会によって、そのレベルに差があるように感じますが公表することでレベルの高い方向に向かって均一化するとか、また、地域がわかることによって、蘇生率が高い協議会にどのような施策を行っているのか問い合わせすることもできます。ですから、公表が全くだめというのではなく、プラスの面もあるんだということを考えていただきたいと思います。

【部会長】

はい、わかりました。自地域のことがわかりますので、その中でそれを表に出して、要するにある面ではやはり自分の地域の数値がもし悪ければそれをちゃんときちっと表に出して、それを改善するためにはこれだけのお金と人が必要なんだということを訴えていって、そういうようなことも恐らく必要だと思うんですね。恐らく医療のほうでもよくそういうふうなことはございまして、成績が悪ければ全部控えておこうということではなくて、やはり悪いことに対してそれを改善するためにはこれだけの投資をしてほしいということを社会に訴えるということも必要だということもありますので、そういう面ではその使い方に関してはそれぞれのMC協議会にお任せして、自分のところの数値に関してはもちろん公表していただいて構わないというのが恐らく前提だとは思うのですけれども。はい、どうぞ。

【●●委員】

●●市消防局でございますけど、今の●●先生の御提案に賛成させていただきたいと思います。248の地域MC協議会のうち、都道府県単位のところが10か9ぐらいありますが、第1回目の部会のときに、私は公表するなら二次医療圏ごとがいいのではないかという発言をさせていただいたのです、このMC協議会の線引きもどちらかというと二次医療圏の線の上をとおっているケースが多いので、そういう意味でこのメディカルコントロール協議会の単位で公表という形はいいのかなというふうに思いますし、もし自分のところを公表したいのであれば、そのMC協議会が公表して、自分のところはここだというふうな発表をすればいいという部分について賛成したいと思いますので、よろしくお願いします。

【部会長】

はい、ありがとうございます。私自身は●●で医療をしていて、●●のメディカルコントロール協議会の委員でございますけど、●●のことを言えば、●●単独で1メディカルコントロール協議会ですので、本来であれば●●とはいつでも医療圏あるいは区部と多摩ということはかなり医療条件の違いがありますので、●●が1地域メディカルコントロール協議会であったとしても、恐らく今後の東京都メディカルコントロール協議会としては、●●の地域ごと、あるいは医療圏ごとでやはりきちっと検証していかないと、なかなか●●全体を見ても自分の地域をどうしたらいいかというアイデアはすぐに浮かばないこともございますので、そういうことも——それはMC協議会の中で考えていただいて、その結果として●●全体の数値がよくなるということが●●MC協議会の目標になるというような形で、使い方はいろいろになるだろうというふうなことになると思います。ではこの件に関して、今ここでの総意として、まずMC協議会にきちっと数値の解釈の限界点、意見の出ている議論に関して、それを踏まえた上で過去5年の累計に関してフィードバックをすると。そのときにこの全体の度数分布については添えさせていただいて、自分のMC協議会の立ち位置が大体どうなのかがわかっていただくようにするという。そして、ただ、個別のこの度数分布の中のどこの棒の中にどこの組織が入っているかというようなことは総務省側からは公表はしないというのがいかがであろうかということで、これを親会に部会案として上げるということでここで結論としたいと思っておりますけれども、それで御異議ございませんでしょうか。よろしいですか。事務局は何か御意見ございますでしょうか。

【松元室長】

私どももこれはやはり生存率とか社会復帰率の向上に使うという意味で今回公表ということをお提案しておりますので、公表する意味というのは、まず●●委員がおっしゃられたように自分の地域がどういう場所にあってどういう対策を今後講じるべきだというのがあると思います。あと、もう一方で、例えば比較的同じような規模のところの数値がいいところについてどういうことをやっているかというのは、これは国としてもある程度検証していかねばいけないと思っておりますので、そういう意味で我々とするならば公表していたほうが非常に今後の検討がしやすいという意味なのですけれども、もちろん公表について、このデータについて言うと、それぞれの地域が持っているデータですから、それぞれの地域がどう考えられるかというのが一番

大事だと思いますので、座長がおっしゃられるようにその地域の意向というのは非常に大事だなと思っています。あともう1点、MCについて言うと、全国メディカルコントロール協議会という組織もありますので、そういったところでどういう判断をされるか。その地域の自分のところのデータをどんどん公表していきたいところがかかり出てくるとそれはそれでいいのではないかという話にもなるものですから、国が主導的ということではなくて、そういう地域MC、あとそれを総括する全国MCの中で例えばそれがどういう議論になって——時期の問題ももちろんあると思いますけれども、そういう一定の熟度が達したときにそういうところで公表するとかいうことも、多分選択肢の1つとして残していただいたほうが……。これは国としてだけではないんですけど、そういうことがあるのではないかと思います。

【部会長】

はい。今2点ございます。1つは先ほどのより広い意味での公表ということに関しては、メディカルコントロール協議会ごとということもございますので、やはりメディカルコントロール協議会連絡会というまたこのメディカルコントロール全体の会議がございますので、そういう中でやはり全体としてよくしていくためにはこのようなそれぞれがいただいた数値をみんなであわせて発表したほうがいいのではないかなという議論が上がってくればそこがそれに対応するというので、必ずしも行政の立場からだけではなくて、MC協議会、連絡会の意見を少し今後の動きを見たいということが1つございます。それからもう1つは、成績のいいところに関してはもちろん、こんな取り組みをしているからいいんだということで名乗り出ていただいて、見本になっていただくことはこれは推奨したいと思いますが、ただ先ほども言いましたように、成績のいいところが実は本当に成績がいいのではなくて、実は統計のとり方の問題だったので、ちょっとこれに関しては名乗りかねますというところがあるかもしれないので、それはそれでそういうところで名乗っていただいてもまねはできないので、自信のあるところに名乗っていただくということでよろしいでしょうか。

【松元室長】

わかりました。それはもうそれで構いません。

【部会長】

はい。それではこの点についてはその形で次回の親会に上げさせていただきたいと

思います。それでは2つ目のガイドライン 2010 ワーキンググループからの御報告を
いただきたいと思います。お願いします。

【事務局】

はい。それでは25ページからでございます。ガイドライン 2010 ワーキンググループの課題が25ページに記載がございます。続きまして27ページでございますが、今回のガイドライン 2010 における変更点で、ガイドラインワーキンググループに関連する部分を4項目挙げてございますので、その一覧でございます。これはまた後ほど出てまいりますので、そちらで御説明申し上げます。28枚目でございます。こちらについても課題4点整理してございます。まず、呼吸の確認でございますが、こちら課題といたしまして、呼吸確認時、胸部・腹部の動きを認識するだけで呼吸音を聞く必要はないのかということについて検討いただきました。検討の結果につきましては、死戦期呼吸について吐く息を感じることは難しく、見て判断するしか方法がないため、観察をすることに集中して呼吸音を聞く必要はないということでもとめていただいております。2番目、胸骨圧迫の位置ですが、口頭指導時に「胸の真ん中」ということでは先方に伝わるかわからないということで、補足する新たな表現について御検討いただきました。こちらについては従来と同じく胸の真ん中とし、さらに位置を特定するため、「左右の乳頭を結ぶ線上の胸骨」と「みぞおちとのどの間のかたい部分」ということで補足してはどうかということになっております。3点目。AED 電極の貼付でございますが、パッドの貼付位置についてガイドライン 2010 どちらの膨らみを避けて貼るという表現でどうかということと、特殊事例についてどのように対応するかということですが、検討の結果としては、ICD については膨らみを避けて貼付する。特殊事情については、水でぬれている場合はすぐ拭くこととするが、そのほかの場合は今後引き続き検討を行うとなっております。4点目、人工呼吸時の感染防止でございますが、人工呼吸時に感染防護具の使用を推奨するかということでございますが、原則消防機関としては感染防護具の使用を推奨するが、防護具がない場合には、院外における感染の可能性は極めて低いと報告されていることから、人工呼吸の実施を妨げるものではないという検討をおまとめいただきました。29枚目でございます。2つ目でございますが、短時間講習でございます。ガイドライン 2010 におきまして短時間講習が推奨されてございますが、利点は1～5——指導内容の限定により、一定の効果が期待。2番目、時間が短く、受講しやすい。受講者のニーズに合う。普通講習

のかけ橋。小中生の授業時間の対応が可能ではないか、ということです。一方、課題といたしましては、安易な方に流れてしまう可能性がある。短時間講習に固執する可能性がある、ということでしたが、短時間講習の導入はよりバイスタンダーのすそ野が広がるのが期待できることから、導入について検討するという結論になりました。30 枚目でございます。短時間講習の位置づけでございますが、こちらは3時間未満のその他講習として新たに正規に位置づけてはどうかと考えてございます。31 枚目、短時間講習の考え方で、ソフト面とハード面から整理してございます。まずソフト面につきまして内容でございますが、胸骨圧迫主体の実技中心の講習でカリキュラムを特化して時間の短縮を行ってはどうか。ハード面につきましては、訓練人形に対する受講者の比率を抑える講習で習得能率を高めて時間短縮を可能としてはどうかという面でございます。一方で、ハード面の対応は消防本部の実情を考慮すべきである。また、まずカリキュラムを特化した短時間講習について検討を行ってはどうかという結論でございました。32 枚目でございます。短時間講習の名称につきましても御検討をいただきました。先ほどの課題のところにございましたが、論点整理のところでございますが、短時間講習の名称についてはその他の講習での位置づけであり、救命講習と混同しないよう留意ということで、救命入門コースという名称で御提案いただいております。また対象年齢ですが、おおむね 10 歳以上、年齢の上限は設けない。講習時間でございますが、90 分ということで、小学校の時間割に一定の配慮を行うというものでございます。カリキュラムにつきましては胸骨圧迫と AED 取扱法を中心として、人工呼吸は展示。応急手当の重要性・気管異物除去・止血法も展示ということで御提案いただいております。33 枚目が具体的カリキュラムでございますが、到達目標のところをごらんいただきますと、目標に関しましては、救命入門コースでは、救急連鎖について理解し、胸骨圧迫ができる。AED を使用できる。という2点に絞った目標とさせていただきます。次が 34 枚目でございます。こちら救命入門コースの参加証明書を発行してはどうかという内容でございますが、このような参加証明書の様式を消防庁として示して、各消防機関が責任を持って受講者にお配りするということでどうかという内容で御提案いただいております。35 枚目、短時間講習をその他講習に位置づけることの課題の点でございますが、要は従来の救命講習へのステップアップということで、まずは短時間講習を受けていただいて、その後普通救命講習を受講し、さらに上級救命講習を受けていただくという流れをつくる必要があるだろうという

ことで、案といたしましては、短時間講習 90 分を受けた場合は実技中心の 120 分—
—従来は 180 分でございますが、120 分で普通救命講習を受講修了したこととできる
—ということの御提案をいただいております。次、36 枚目でございます。これ以外に、
時間を短縮する方法といたしまして、●●で実施されております e-ラーニングです。
インターネットで1時間分の講習をやっていただき、実技を一定期間内に2時間分行
—っていただいて180分の普通救命講習と同等とするといった内容です。またDVDを用
いた講習会についても御紹介をしておいででございます。次、37 枚目。時間がな
かなかとれないという方々がございますので、そのニーズに合わせるということで、
講習会を三部構成にしまして3つに分けて、それぞれを1回ずつ受講した場合に修了
証を交付することとするというのも1つの案ではないかということで御提案いた
—だいております。次、38 枚目。短時間講習のハード面での対応でございますが、ハード
面での対応として、訓練人形と受講者の比率により効果的・効率的な講習環境を整
—えることが可能であれば、短時間で必要な知識・技術を習得することが可能であるとい
—うこととございまして、論点といたしましては、人形について一定の配慮がなされた
場合は、標準的な実施要領を踏まえ、より有効な講習環境を確保できる場合は時間を
短縮可能ではないかという御提案をいただいております。次、39 枚目でございます。
小児一次救命処置講習についても御議論をいただきました。論点整理でございますが、
例えば一次救命処置講習を普通救命講習Ⅲとして新たに位置づけてはどうかという
御提案をいただいておりますが、これはまだ継続審議でございます。主な意見とい
—たしましては、PBLs について指導内容と指導時間をさらに検討する必要がある。普通
救命Ⅲへ PBLs の概念すべてを導入するのは検討がまだ不足していて、まだまだ検
—証が必要である。Ⅲが PBLs に準拠するのであれば、上位講習の上級救命講習につ
いても準拠する必要があり、指導項目が複雑化する。消防で行う小児、乳幼児に特
—化した講習を行うにあたっては、一人対応の指導を中心とするべきではないか、とい
—う意見をいただきまして、事務局といたしましては、対象者を一般とし、普通救命
講習Ⅲを希望する受講者に対し、小児・乳児・新生児の心肺蘇生法を中心とした講
—習を実施していく方向でさらに検討してはどうかということで、これは引き続き
検討を行うということとなっております。次が 40 枚目でございます。口頭指導
—についてですが、ガイドライン 2010 におきまして口頭指導について幾つか述べ
—られてございまして、現状でございますが、幾つか改善が提唱されております。平成
11 年度に消防庁から

口頭指導要綱を発出しております、その中で示されているプロトコルを参考に各消防機関の実情に応じて策定をしております、まずは全国の消防本部で口頭指導プロトコルをどのように策定しているのか把握をする必要があるということで、次年度以降調査を行うこととしております。対応といたしましては平成 23 年度以降再度調査——消防庁において救急搬送におけるトリアージについて検討を行うこととなっておりますので、その中でコールトリアージ及び通信指導員の対応要領についても議論を行うこととなるということでございまして、コールトリアージについては傷病者の状況の把握を速やかに行うことが重要で、ガイドライン 2010 の指摘と共通すると考えています。したがって、今後通信指令における口頭指導についてはコールトリアージとあわせて 23 年度に引き続き検討を行うこととさせていただきたいということでございます。42 枚目でございます。ちょっと前後しましたが、ガイドライン 2010 におきましては口頭指導に関しまして、以下の指摘がなされております。突然の心肺停止が疑われる場合に、通信指令員は訓練されていない救助者に対して胸骨圧迫のみの指導を行うべき。2 番目、通信指令員は心停止状況を識別する際には傷病者の意識がないこと、呼吸の質について質問すべき。3 点目、通報者の自発的な発言に注意深く着目し、痙攣について焦点を絞った質問をすることで心停止を正しく見分けるという点でございます。この点は先ほど御説明したとおりコールトリアージと共通する課題でございますので、引き続き検討ということでございます。●●先生、補足のほど、よろしく申し上げます。

【●●委員】

はい、ありがとうございました。2005 年のときの改訂に比べると、今回ガイドラインそのものの改訂がそれほど大幅ではなかったということで、根本的に変わったようなところはございません。市民が行う指導実施要領については今事務局から御説明いただいたところなのですが、私から 1 つだけ。胸骨の圧迫する場所をどうやって見分けるかということが、講習を行う場合にはこれはもう胸の真ん中というものを指導していくということで、これはもうガイドラインどおりにやるしかないのですが、口頭指導の場合に、胸の真ん中というのはそれほど意味を持たないということがありましたので、暫定的に乳頭間線という——ガイドラインでは不確かな方法であると述べられた方法ではあるのですが、これを残さざるを得ない。その他の補足的な説明をせざるを得ないということになりました。ただいずれにしても、胸の真ん中にしてもある

いは乳頭間線とかにしても、ほとんどエビデンスのないような状況ですので、これはむしろこうしなさいということで強く縛るというよりも、逆にそれらを含めて、いろいろな各消防本部でいろいろ工夫して検証して、次のガイドラインに向けての知識の集積をするというような立場を認める、というようなことを少し盛り込んであります。それから、講習内容その他については今長谷川専門官から御説明いただきましたので省略させていただきますが、いずれにしても、ガイドラインは既にでき上がっているのですが、残念ながら今後策定する予定の救急蘇生法の指針というものがまだ固まっていない段階でこれを確定案とすることはできないということです。指針に関してはことしの5～6月までの完成を目指して頑張りたいと思っておりますので、そのころに改めて確定するということになります。それからあと1点だけ。救急隊員の方が現場で実際に活動するときの活動プロトコールがどう変わるかということも、本来この私のワーキンググループの担当ではあるのですが、これに関しては別途厚生労働科学研究の中の●●大学の●●先生らを中心としてやっておられるグループが2005年のときにも非常に研究されたということで、その厚生労働科研のほうにお任せすると。それで、その答申をいただくということにしております。以上です。

【部会長】

はい。今御説明があったとおりです。今●●委員からもございましたように、ガイドラインのドラフトが出たのが10月19日で、やはりその後幾つかの修正点等もございまして、まだ救急蘇生法の指針が出ておりません。ガイドラインというのはサイエンスベースの部分はございますけれども、現場での実際の蘇生のステップステップ、1つずつはすべてがエビデンスベースではないので、結局救急蘇生法の指針が確定しないと、一個一個のステップがなかなか固まらないので、ガイドラインだけでなかなかこの講習の内容まで踏みこんで確定させるということが難しいということで。救急蘇生法の指針の完成をにらんで、それに対して対応できるようなワーキンググループの案をつくっていただいたというような観点になると思います。その中でもこの短時間講習の位置づけであるとか、あるいは口頭指導に関して、これはトリアージですね。恐らく胸を押せという——どういうふうに指導するかということもさることながら、通報からいかに心肺停止ということを認識して、どのぐらいの率で口頭指導まで持っていけるかということが結構実は——死戦期呼吸が残っているような傷病者ではなかなかそこまで踏み込んで口頭指導できていないというようなことがあるので、その

辺が大きく課題として示されているのだと思います。これについてはこれをまた親会に上げていくわけですが、この作業部会としてこのワーキンググループの案に対してここで御意見があればぜひ伺って、修正すべきは修正して出したいと思いますが、●●先生、●●のほうでいろいろこの辺、胸骨圧迫のみの講習等のプロジェクトなども関与されていて、御意見があるかと思いますが、いかがでしょうか。

【●●委員】

この救命講習の中にきちんと位置づけていただけるということで、非常にありがたいというふうに思います。非常に有用性もあると思いますので。

【部会長】

はい。一方で現場の消防機関の方にこれはぜひお聞きしたいのは、やはり今たくさんの普通救命講習——恐らく日本で一番救命講習をさせていただいているのは消防機関だと思いますけれども、その中で教え方の変更、あるいは講習の内容の変更というのはそれなりの負担を伴いますし、また変更時には一時的に数を減らすとか、いろいろそういうような問題もあると思います。ですから、変更するだけの大きな意義がないものは逆に変更しないでそのままやったほうが結局現場にとってはいいということもあると思うんですね。その辺のことも踏まえて、この辺、消防機関の方がこの講習について、この案についてどのように思われるか、忌憚のない御意見を……。はい、どうぞ。

【●●委員】

●●市消防局でございます。現場のニーズでやっぱり多いのは、3時間はとれない、長いというのが多いです。特に企業とかの場合はもう少し縮めてほしいというのが多いです。この90分のプログラムは大変喜ばれるし、受けたいというニーズはたくさん出るのかなと思います。ただ、どのような形でニーズに対しておこたえしていくかというのは今後検討しなければならない事項になろうかと思いますが。あとネーミングのことでちょっとお伺いしたいんですけど、普通救命があって上級救命があって初級救命とかいうようなイメージのとらえ方はできない講習になるのでしょうか。

【●●委員】

●●委員の御質問は、救命入門コースに対して……

【●●委員】

ネーミングだけの話なんですけど。

【●●委員】

それは、実は救命入門コースというのは、主に胸骨圧迫のみを練習していただくコースなのですが、この位置づけは、これだけは実は完全に独立してそれで終わりだという位置づけではなくて、原則としてはその後次の普通救命講習という——もちろん時間を短縮したやつでいいのですが、そこに行くための前章段階という位置づけなんです。ですからそれを初級救命講習というふうに、上級、普通、その下の初級というふうなネーミングにすると、もうそれだけで単独独立してそれを受ければそれで終わりなんだというようなニュアンスが入ってくるのではないかというような御意見をもち、ちょっとそこだけはほかとの整合性は確かにはないのですが、入門コースという名前にさせていただいたという次第です。

【部会長】

ワーキングでは、あえてそれだけで完結することがないように——その背景としては先般のウツタインのデータから出た British Medical Journal のデータ、あるいは●●先生の小児の論文なども含めた日本のウツタインのデータでも、成人で目の前で突然倒れた人は人工呼吸がなくても同等以上に生きられるようですけれども、若年者、あるいは心原性以外のものについて言えば、やはり人工呼吸が必要であるということもこれも紛れもない事実として出てきていますので、その中で、人工呼吸はもう要らなくなったんだというふうな誤解が与えられるのはやはりよくないだろうということで、やはり普通救命講習というのが標準としてあって、その入門コースという位置づけで、これだけで完結しないというメッセージを込めて「講習」という名前をあえて外したという……。●●先生、そういうことでよろしいですよ。

【●●委員】

はい。おっしゃるとおりでございます。

【●●委員】

●●です。今の関連でちょっと御質問なのですが、そうするとこの 30 ページにあるこの体系図でございますけれども、救命講習の中に、普通救命講習と横並びになる形になるということよろしいのでしょうか。それともう 1 点、この短時間の救命入門コースの場合に、対象年齢は 10 歳以上ということで、小学生の高学年以上というようなことを想定されていると思いますが、非常に私どももこれは結構なことだと思っておりますが、1 つ、このカリキュラムの中で、胸骨圧迫と AED の取り扱い法を中心

というふうにございますけれども、例えばワーキングの中で、小学生が AED を使うことに関する是非だとか、何かその辺の御検討はあったのでしょうか。

【●●委員】

まず最初の御質問は事務局のほうからお答えしてほしい……

【事務局】

わかりました。私どもといたしましては、従来恐らくその他講習で3時間未満の入門講習に近いものが行われていたと思うのですが、私どもとしてはその他講習に位置づけて、さらにその中で短時間講習ということで正規のプログラムとして位置づけたと考えております。それに伴って恐らく各消防本部の予算要求等とも関連すると思っておりますので、正規プログラムとして中身を示した上で今回新たに導入したいと考えております。

【●●委員】

そうするとでは応急手当の普及要綱の中に、消防庁が行う救命講習と横並びに位置づけられると、そういうふうな考え方？

【事務局】

そうなります。

【●●委員】

そうですか。はい。

【●●委員】

それから、その入門コースの中に AED が含まれているという。実は私自身は個人的には AED は省略できるのではないかというような意見を持っていたのですが、やはり AED は入れておくべきだという御意見のほうが圧倒的に多かったというふうに記憶しています。その論点として、1つはやはり日本は世界に比べても大変 AED が、ちまたのある市中の AED というのが大変多い、しかも急速にふえつつあるという、そういうチャンスの問題。それから、やはり AED を使うということが小学生においても1つの呼び水というとおかしいのですが、それが1つのインセンティブの持ちようにもなるのではないかというような、ちょっと私は正確には把握していませんが、そのような理由でやはり AED を入れたほうが良いという御意見をたくさんいただいて、一応今こういうことにしてあります。

【部会長】

はい。AED はいろいろ議論がありますけど、小学生が使えるのか——使えるのかというのは法的にはなくて、小学生の知識・技術で使えるのかといえば、テレビゲーム世代は、高学年であれば、きっと大人よりも上手に使うだろうと。実際使った実績もあるというのが1つと、それから恐らく今の救急救助の現況、あるいはこの救急蘇生の統計の中で見ても、特に心原性・目撃者ありで社会復帰する方が千数百人いるわけですけど、その中で市民による AED によるショックを受けた方というのは比率が毎年どんどんとふえて、今恐らく 20% 近く、十数% ですかね。これはまだ今後ふえていくということを考えると、やはりその部分は、特に救命した場合社会復帰の可能性が非常に高い部分ですので、そこはふやしていきたいというようなこともございます。もう一方で、今●●委員からあったように学校に対しても学校の中の AED の普及ということがこの蘇生教育の活性化につながっているということもありますので、単純な AED の医学的な効果に加えての効果ということも期待をしております。

【●●委員】

わかりました。

【部会長】

ではこの点に関して、この案で親会に持っていくということでこの作業部会の部会委員の皆様、よろしいでしょうか。それではこれについては一応こういうことにしたいと思います。また口頭指導についてはトリアージの部会、来年度の方向にまた結びつけていきたいと思えます。それではその次に AED に関する作業部会についてお願いいたします。

【事務局】

はい。それでは事務局からまず御説明申し上げます。ページ数は 43 ページでございます。44 枚目でございますが、AED の不具合が疑われる事例が消防庁に報告された経緯について取りまとめてございます。簡単に申し上げますと、平成 21 年 11 月以前に地域 MC や消防本部から AED に関する不具合を疑う事例が報告されておりましたので、11 月に全国メディカルコントロール協議会連絡会幹事会において AED の不具合事例の調査が必要であると指摘を受け、それに基づいて調査を行い、22 年の 1 月に事例の報告、328 件の報告を行い、分析をいただきまして、3 月 30 日付で●●研究班の報告書と、通知を発出した次第でございます。また、22 年度 4 月以降につきましても調査を実施してございまして、12 月から●●研究班を開催していただいております、

さらに追加で 51 例について解析を行っていただいているところでございます。45 枚目は本ワーキンググループの検討項目でございます。46 ページでございます。名称につきまして、こちら親会のほうからの宿題事項がございました。名称についてどのように考えるかということで蘇生作業部会において指摘がございまして、一般市民用 AED という名称を使うと医療従事者・医療機関向けでないという印象を与えるとの指摘がございました。機能の主な相違点につきまして整理してございますが、一般市民用は一般的に AED と呼ばれるものであって、機器本体が自動的に心電図波形解析を行って電気ショックを与えるものであると。広く公共の場に設置されており、非医療従事者でも使用可能。救急隊用につきましては専門知識を有する医師や救急救命士が手動で使用するものとなっております。検討の結果、御議論いただいた結果でございますが、名称につきまして、一般市民用 AED の名称は恐らく AED としてはどうかという結論でございます。一方、救急隊用 AED の名称につきましては今後さらなる検討が必要であるということで、継続審議事項となっております。AED 機能つき除細動器という名称の御提案もあった次第でございます。次、47 枚目でございます。AED の不具合が疑われた事例の取り扱いですが、事案の検証体制について取りまとめてございます。主に不具合の定義につきましては 3 点に分けてございまして、これは後ほど出てまいります。除細動の適応がないのにありと判断、除細動の適応があるのになしと判断となった、それ以外の不具合事例、の 3 種類に分けて御報告いただいております。まずは AED の不具合事例が発生しますと、消防本部・都道府県 MC 協議会で把握いただき、そののち、AED 製造メーカー・総務省消防庁・全国 MC 協議会事務局・厚生労働省に情報提供をいただき、それぞれ●●研究班と消費者庁のほうに御報告しているというところでございます。最終的には消防本部への技術的指導や助言・情報提供を行い、AED 製造販売業者に対して要望や指導を行うこととなっております。48 枚目でございますが、昨年 3 月 30 日に示された中間報告での不具合事例のパターンでございますが、主に 3 点。低感度事例、低特異度事例、その他事例と分かれてございます。このようなパターンがあったことで、取り急ぎ対応すべき事例を中心に対処策を検討していくという次第でございます。また性能限界として許容できない範囲について将来的な改善を目指し検討を行うこととなっております。49 枚目でございます。消防機関における AED の保守・管理でございますが、通知におきまして各消防本部に保守・管理について徹底をお願いしたところでございます。現在消防機関において取り組みが

進んでおり、例示でございますが、AED 点検マニュアル等を紹介してございます。参考資料 4 が●●、参考資料 5 が●●市消防局、参考資料 6 が●●市消防局のそれぞれの点検マニュアルを添付しているところでございます。最後、50 ページ目でございますが、今後の取り組みについてというところでございます。今後、救急現場や救急車内において AED の不具合の発生要因分析及び改善策の検討について調査研究を消防庁として実施する予定でございます。こちらは平成 23 年度予算要求を現在行っているところです。また、2 点目でございますが、消防本部において AED に関する保守管理や機器の取り扱いについて必要な情報を把握するとともに、これらの情報をきちんと発信していきたいと考えておりまして、引き続き消防庁として対応を進めていきたいと思っております。資料 4 の AED の報告書ですが、一部間違っている部分がございますので修正させていただきます。資料 4、救急隊用 AED の報告書（素案）でございますが、そちらの 3 ページ目でございます。こちらの表 2 でございますが、救急隊用 AED と一般市民用 AED の比較をしたものがございまして、その中で 4 つ目の段落の、感度・特異度でございます。感度・特異度、これ、記載が間違っておりまして、本来感度と特異度それぞれの欄に分けて記載すべきところございました。まず感度が相対的に高いもの——これは高い・低いと書いておりますが、それも「相対的に」という文言を補足させていただきます。感度が相対的に高いものが救急隊用、一般市民用は相対的に低いと。一方で特異度につきましては救急隊用のものは相対的に低い。一般市民用のもは相対的に高いという形の記載に修正をさせていただきます。私からは以上でございます。●●先生、補足をお願いします。

【●●委員】

●●ですけれども、今大体もう御説明いただいたので大きなものはないですけれども、1 つは名称についていろいろ議論がありました。AED という名前がもうちまたにどうか、改札口に行けば AED ということで置いてあるわけですから、それを一般人向け何とかとかそういうような名称をつけるよりは、AED そのままで使っていたほうが普及にはいいのではないかというのが多くの方の意見でしたが、問題は、ではもう 1 つのほうを何という名前にするかというところでいろいろ議論がありました。そうすると、それを明らかにするためにこの素案の中のページ 3 にある「どこが違うんですか」というところを表にしてみましようというところでこういうのを出しました。実際に救急車、それから消防自動車にどれだけ乗っているかという実際のデ

一タも調べていただきました。こういうのを踏まえて、ここはまだ検討課題ということですので御意見がいただければとは思いますが、今のところこれにしましよというものは決まっておられません。それから不具合事例の集め方ですけれども、不具合事例を集めた結果、一部のアルゴリズムに関してはこちらから要望を業者に伝えて、それが実際にもう既にアルゴリズムの変更というところまで進行いたしました。ということで、こういう不具合事例を検討・検証することによってさらに改善ができたといういい事例ができたんだというふうには思っておりますけれども、まだまだ AED の不具合というのは存在するという皆さん御存じのとおりでありますので、今後も AED の不具合についてはきちんと検証できるシステムはつくっていかないといけないだろうというふうに考えております。以上です。

【部会長】

はい、ありがとうございます。この件に関しても、まさに AED を今後より改善していくということは必須でありますけれども、一方で多くの委員から出ているものとしては AED 全体としてはまだまだ性能に限界があったりさまざまな問題はありますけれども、これが非常に安全であり、かつ非常に多くの傷病者の社会復帰に結びついているということで、まずはその有効性を十分に、あるいはその普及によって多くの命が助かったということをまず最初に言った上で、さらに改善の余地があるという、基本的な立場はそのようなことだと思います。それからもう 1 つは言葉で——このワーキンググループ自体が救急隊用 AED というような言葉を使っているのですけれども、これもそもそも論から言うと救急隊用というところに既にすべての救急車には救急救命士が乗っているということがほぼ前提として、本来であればその救急救命士用と言ってもいいのかもしれないと思います。つまり、一般の救急隊員に関して言えば、今までの法的な解釈からすれば、救急救命士以外の救急隊員が AED を使う場合には、市民が使うのと同じくくりの中で特別な資格なしに救急隊員ということで使ってきましたものですから、そういう面ではここで言っているのはいわゆる救急救命士としての教育を受けた人が使うための AED を救急隊用 AED と言っているということで、その性能について、一般に駅などにある市民が使ういわゆる PAD 用の AED との違いについてお話をしているということです。ただ、今●●委員からもございましたように、それをもし分け——分けることは恐らく必要なのでしょうけれども、通常の市民用の AED に関しては特に市民用というような言葉を介するとこの AED の普及にかえて不

利益になる、あるいは混乱を招くというようなこともありますので、そちらのものに関しては単に AED という今の名前を代表して使うのが恐らく好ましいだろうと。そのときに従来、昔、当初は半自動除細動器と言っていた救急救命士の資格を持って使うことを前提とした AED、これをどういう名称にするかに関しては議論が、まだ煮詰まってははいないですけれども、行われていると、そんな状況です。あとはその名称のことはそれとして、不具合については、実際に昨年度の成果から実際にあるメーカーで多発した問題についてそのメーカーにフィードバックしたところ、中のコンピュータのソフトウェアのアルゴリズムを変えてそこを改善してきたという、実際非常に前向きなものがありましたので、さらにそのほかの問題も含めて今後これに関してはやっていく価値があるだろうというような御意見がございました。これは恐らくここだけではなくて、先ほどの中にもありましたように、厚生労働省の中で特にいわゆる医薬品機械等を扱う PMDA との連携というところも必要になってくる部分でありますけれども、これもやはり厚労・消防両方の MC と関連するような両省庁での連携が必要になる問題だと思います。この部分に関して、今まだ検証中の部分もございませけれども、親会にこのような形で議論を上げるに当たって、この作業部会として御意見がございましたらぜひ御意見を挙げていただきたいと思いますけれども。

【●●委員】

済みません、ちょっと確認をしたいのですけれども、AED の区分について、一般市民用のいわゆる AED と、主に救急救命士が使われている、救急車に積載しているいわゆる半自動式除細動器といわれるものと、小さな消防本部では救急救命士が必ず乗れないケースがあると思うのですが、法律的、もしくは国の通達上考えて、救急救命士の資格のない救急隊員、標準課程の救急隊員がいわゆるこの救急隊用の AED といいますか半自動式除細動器を使用しても法的には問題がないというふうに解釈しているのですけれども、それでよろしいのでしょうか。

【松元室長】

法的には問題ありません。

【部会長】

よろしいでしょうかね。法的には問題はないけれども、やはりそこはできれば分けていくべきだということでもいいんですよ。

【松元室長】

そうですね。

【部会長】

やはりその機械自体の特性がございまして、その中で特に先ほど言った感度・特異度ということになると、多くのいわゆる半自動除細動器に関しては心停止でないような心室頻拍に対しても除細動メッセージが出るというふうな仕組みになっていますので、そういう面ではより心停止であるということをごきちっと認識した上でショックをかけるというプロセスが必要になってきますので、その辺はやはり通常の AED と同じつもりで使うのは余り好ましくない。その違いは十分知った上で救急隊にも使っていただきたいというふうに思います。これに関して特に御意見はございませぬでしょうか。ほかはよろしいですか。それであれば●●先生、この方向でさらに検討を進めていただきたいと思ひます。そうしますと、皆様に御協力いただきまして、私が遅刻した割にはトントンとお話が進みまして、15分ほど残して予定の議題としてはこれで一応一通り網羅をさせていただいて、この内容に従って資料を整備して親会である救急業務高度化検討会のほうに報告を出すということができると思ひます。全体を振り返って、多少時間がございまして、もし委員の先生方から今後の課題でも結構ですし、何かこの議論を通して御意見あるいは御発言があればお願いしたいと思ひますけど、よろしいですか。

【●●委員】

先生、ちょっと質問させていただいて……。今最後の思い入れですけど、一般市民の方が使われるやつを AED という名前にされたのは大賛成です。もう1つのほうは半自動除細動器というのはだめなんですか。それは何か、それよりもっといい用語がないかということで検討されているんですか。半自動というのは僕は……

【部会長】

最初のころから使い続けてきた名前ですよ。だからそれが復活するという。

【●●委員】

わかりやすいし、いいような気が。ただ、そういう用語はやっぱ省略していいやすい用語でないと、無理やり言いにくいやつを後でつけてもなかなか実際には広まってだれも使ってくれないということもありますので、そういう意味では確かに難しいかなと思ひますけど、略号で言うならセミオート・メイドとこうなると、シードとか、そういうことになるのかもしれないですけどね。日本語で正式に言うなら僕は半

自動というのはいいかなど。

【部会長】

そうですね。少なくとも救急医療に携わる医師や消防職員にとっては半自動除細動器というふうに言えば頭の中に思い浮かぶ機械は同じものが思い浮かびますので、実態としては確かに先生がおっしゃるとおりかもしれません。では●●先生、それも意見として踏まえて今後の検討をお願いしたいと思います。ほかはよろしいですか。はい、ではこれで一応部会長のほうから事務局のほうに司会を戻して、今後の予定等についてまた事務局のほうからお願いいたします。

【事務局】

本日は活発な御審議、ありがとうございました。本日は余り御紹介できませんでしたが、資料2・3・4が各報告となっております。私ども事務局といたしましては先生方の議論を極力まとめる形で取りまとめてございますが、内容を御確認いただきたいと思っております。時間が迫っていて大変恐縮ですが24日までに御意見がありましたら事務局までいただければと思っております。本日は活発な御議論ありがとうございました。以上で第3回救急蘇生作業部会を終了いたします。どうもありがとうございました。

——完——