

第2回消防機関における自己注射が可能なエピネフリン製剤の
取扱いに関する検討会議事録

- I 日時 平成21年7月22日(水) 16時00分～18時00分
- II 場所 三番町共用会議所
- III 出席者 海老澤委員、遠藤委員、郡山委員、阪井委員、野口英一委員、野口宏委員
オブザーバー：高山専門官、中野専門官

IV 次第

1 議題

- (1) 消防機関における自己注射が可能なエピネフリン製剤の取扱いについて
プロトコール(案)
- (2) その他

V 会議経過

事務局 それでは、定刻となりましたので、第2回消防機関における自己注射が可能な
エピネフリン製剤の取扱いに関する検討会を開催させていただきます。本日もど
うぞよろしく願いいたします。

では、本日も座長、どうぞよろしく願いいたします。

座長 よろしく願いいたします。前回、大変皆様方から貴重なご意見をたくさんい
ただきましてありがとうございます。おかげさまで、きょうそれをもとにして事
務局のほうで報告書の素案と申し上げては大変恐縮でございますが、案とついた
ものをつくっていただきましたので、それを中心にご質疑をいただければと思っ
ていますので、よろしくご協力いただきたいと思います。 それでは、事務局の
ほうから、資料のご説明からよろしく願いいたします。

事務局 ではまず、お手元に資料をご準備いただければと思います。資料の確認からさ
せていただきたいと思います。

1枚目、議事次第がございまして、1枚のペーパーがその後座席表、そして構
成員名簿という形で続きます。

その後資料でございますが、「報告書(案)」という形で冊子になったものをお
手元に配付させていただいております。

そして、参考資料1でございますが、これは委員の皆様方には事前に調整をさ
せていただいたものになりますけれども、前回の議事録になります。なお、この

議事録の取扱いでございますが、今週いっぱいをめどに、また改めて何か私どもの誤った記載等ございましたら、お申しつけいただければと思います。

そして参考資料2といたしまして、委員が取りまとめられました「食物アレルギーの診療の手引き2008」、そして参考資料3といたしまして、委員に提出をいただきました「アナフィラキシーに対するエピペン使用」ということでの参考資料を配付させていただいております。

そしてお手元には、委員の皆様限りという形になっておりますけれども、前回の検討会資料をブルーの紙冊子のほうにまとめて、卓上配付をさせていただいております。

そしてもう1枚、東京消防庁様より「2004年－2008年アナフィラキシー疑い重症以上」ということで資料の提出をいただいております。

以上でございます。この時点で不足等ございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。よろしく願いいたします。

座長 はい、ありがとうございます。それでは、ご意見をいただきたいと思います。

まず、事務局のほうから報告書のご説明をいただきたいと思います。

事務局 では、資料の「報告書（案）」をお手元にご準備いただければと思います。

まず報告書の案ですけれども、1枚おめくりいただきまして、エピネフリンとアドレナリンの表記ですけれども、一応今回の報告書では、救急救命士法でエピネフリンという表記がまだ残っておりますので、薬事法上、あるいは日本薬局方上はアドレナリンということ、あるいは学問上はアドレナリンと表記することのほうが一般的ではありますが、エピネフリンと書いても間違いじゃないということにもなっております、一応報告書の中では、今回の案の段階ではエピネフリンという表記に統一をしております。

そしてもう1枚おめくりいただきまして、目次です。まず、構成のほうからご説明をさせていただきたいと思います。

1という形でアナフィラキシー及びエピネフリンについてということで、全体の基本的な知識と知見ということについて取りまとめを行っております。そして2という形で、消防機関における自己注射が可能なエピネフリン製剤の取扱いについてということで、実際に消防機関でどう運用するかという視点から取りまとめたものという構成になっております。そして14ページが参考資料ということ

になっております。

まず、参考資料の構成も、最初に全体構成としてご説明させていただきたいと思っておりますので、14ページをごらんいただければと思います。それぞれ後ろについている参考資料にさらにページ数が振ってあったりもしますので、若干混乱するかも知れませんが、14ページ目、参考資料という形で一覧になっているものをごらんいただければと思いますけれども、8つの参考資料をご準備させていただいております。

参考資料1といたしまして、文部科学省のほうで調査研究をされました報告書ということで、データを出しております。これはアレルギー疾患に関する基礎的なデータということで提示をさせていただきました。

そして参考資料2でございます。詳細はまた適宜、議論の中でご説明をさせていただきたいと思っております。全体の概要といたしましては、エピネフリン処方記録票・使用症例の受付状況ということで、マイラン製薬さんのほうに医師より登録のあった一片の処方記録票の状況といったことでのデータをつけております。

そして参考資料3でございます。これは林野庁の国有林野部において、エピペンがどの程度使用されているかということでの概要です。

参考資料4、こちらもデータになりますが、人口動態統計における死亡数ということで、最近のデータをつけさせていただいております。

参考資料5ですが、今回一連の厚生労働省の通知の改正を受けて、消防庁のほうで発出いたしました通知を参考資料5ということにつけさせていただいております。

そして参考資料6と参考資料7はセットでございまして、学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドラインについて、該当部分を抜き書きし、その周知を図っている通知を提示させていただいております。

そして参考資料8、これは研修などに使えるのではないかとということで、委員より提出をいただきましたシナリオトレーニング案ということで、参考資料、以上8つをつけさせていただいております。

では戻りまして、最初のアナフィラキシー及びエピネフリンについてということで、1ページ目からご説明をさせていただきたいと思っております。

1ページ目、アナフィラキシーについてということでまとめております。この

辺の細かな表現は、また後ほどご覧いただければと思いますが、基本的にアナフィラキシーとは免疫系細胞から放出されるケミカルメディエーターによる引き起こされるということ、そして最後になりますが、時にショックを引き起こし、致命的となるということでまとめております。

2ページ目をごらんいただければと思いますけれども、一連の概要は図1という形で、委員から提出をいただいております資料をもとに、一部改変をいたしまして、概要という形で図1をつけております。ケミカルメディエーターによっていろいろな症状が起きること。そして致命的となることでございます。

2ページ目から、アナフィラキシーの症状について、3ページ目の表1でございますが、アナフィラキシーの症状と重症度という形で委員がまとめられている表になります。基本は障害臓器が2つにわたること、そして自他覚所見がいろいろな形で出てくるんだということになります。委員のものは、どちらかというところとハチ刺しも含めて、全体のアナフィラキシーをとらえるというような形でまとめられたものになるかと思っております。

表2でございます。これは委員がまとめられました「食物アレルギー診療の手引き」から抜粋させていただきましたが、これは食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度ということで、 Sampson 分類という形で出されているものでして、グレードに応じてどういった症状が出るのかということが取りまとめられています。主にグレード3以上というところでエピペンを使うというような指示が一般の患者さんにはされているというのが、私の調べた限りでの理解でございます。

4ページ目でございますが、アナフィラキシーの進行ということで、これは前回も委員からも提出された資料の中にもございましたが、ポイントはハチの刺し傷、刺傷によりますと、5分未満で70%が、かなり早い段階でどんどん症状が進むということがあると。一方、食物や薬物ということになると若干ばらつきがありまして、1時間以上たって出てくるものもあると。しかしながら全体で見ると、そういうばらつきがある食べ物や薬ということについても、4分の1近くは5分未満に発症するんだと、そういう急速に発症する、発現するということ念頭に対応していくということになろうかと思っております。

5ページ目、(4) アナフィラキシーの患者数等についてというところでござ

います。最初の段落でございますが、アナフィラキシーの有病率、この有病率というものがなかなか全体でのデータというのは、私の探す限りのところでは、なかなか全体というものは見つかりませんでしたけれども、参考資料1ということで、9ページという横表がございます。そのアナフィラキシーというところをご覧いただければと思いますけれども、大体1万8,323ということで、2万人ぐらいの児童生徒数があると。そして割合としては0.14%、このときの有効な回答率があった児童生徒さんの数が、大体1,300万人ということになっておりまして、そのうち2万人ぐらいがアナフィラキシーということの有病率を持っているんじゃないかということが、文部科学省の有識者の中で取りまとめられた資料という形で出ております。

この方たちにすべてエピペンが処方されているというわけではございませんで、次の第2段落でございますけれども、ではどの程度処方されているのかという1つの目安でございますが、大体マイラン製薬さんによりまして、参考資料2になります。年平均、登録があるもので合計しますと8,954という合計の処方記録票枚数というのが出てまいりますけれども、登録があるもので大体9,000ぐらいが処方されているということになります。ただし、これはあくまで医師が処方しましたよというマイランのほうに登録票を返したということになりますので、大体この数からすると1.5倍から2倍ぐらい、実際には処方をされているというのが毎年の現状ということですので、つかみでいきますと、やはり今の処方枚数が9,000ですので、2万弱ということになるかと思えます。お子さんによく使うということになるのが、この0.15ミリグラムということになりますけれども、それでいきますと大体703、登録がある中で703という形での処方となっております。ただし、使用したという、こちらの15.3という形が出てまいります。おそらく使用されたものというのはきちんと記録票が記録されているだろうということと考えますと、この0.15ミリグラムに着眼しますと年間15.3、オールジャパンでいきますと月に1人、1人から2人弱というぐらいのところを使っているということになるかと思えます。

ちなみに、じゃあほんとうに0.15ミリグラムというのはお子さんに対して出されているんですかということになりますと、下の表をごらんいただきますと、大体0.15ミリグラムというのは、年齢区分でいきますと9歳未満のお子

さんに9割方は処方されている、9歳以下の方に9割方は処方されているというデータをいただいております。逆に言うと0.15ミリグラムも若干ばらつきがありますので、すべてそうだというわけではありませんが、議論の1つの参考資料として提出をさせていただきました。

再び5ページ目に戻っていただければと思います。

では、少しデータが管理されているところでいきますと、林野庁で、働く職員を対象にエピペンを導入しているという現状がございます。平成19年までの平成13年間で、大体19例を使用しているということでございます。毎年約5,000本分程度を交付しております、その中で毎年約1本が使われるといったような状況でございました。この辺の状況も、参考資料3ということで後ろのほうにつけております。

そして4段落目ですけれども、では死亡というところから見てみようということで、参考資料4の表をごらんいただければと思いますが、ICD分類、一番下に少し細かな字で出しておりますけれども、ハチ等というところ、一番上の表がございますが、有毒動物との接触による毒作用というのが大きなカテゴリーで、その中にハチ等という形でカテゴリーが出てきます。このハチについて、年齢・階級別に分けることができれば一番ベストなんですけれども、少しそのハチまで、詳細分類までおりた段階では、一般公開されているデータでは年齢・階級区分ができませんでしたので、上位概念の有害動物による毒作用ということで年齢・階級を見た表が上段の表になります。そのうち数としてハチ等というのが出てまいりまして、大体ハチのところをごらんいただくと、年平均とすると23.2名の方がハチ等によって亡くなっておりまして、若い方、20歳未満の方というのはほとんどいないということがわかるかと思えます。

逆に下の表、こちらは有毒作用、食物や血管神経性浮腫、ほかに分類されてないものということでの分類になりまして、この中に食物によるアナフィラキシーという死亡が入ってまいります。うち数として食物が入ってまいります。

まず食物のほうをごらんいただきますと、年平均として大体3.2名の方が食物アレルギーということで、アナフィラキシーショックということで死亡個票に書かれたものが上がってきているということになります。若い年齢層を見てみますと、平成18年にゼロから9歳のところに2名カウントされておりました、食

べ物の上位概念になります有毒作用、ほかに分類されないものという形で年齢区分を見てみましても、若い層で死亡ということでは若干少ないのかなというデータになっております。いずれにせよ、少しアクティビティが高い、あるいは管理がされていない年代に入ってからの方が、死亡ということでは多いのかなというのがこのデータから見てとれます。ただ、これはあくまでエピペンが処方されていたかどうかということは全くわかりませんで、初めてアナフィラキシーショックが出て、そこで初めて他界されてしまったというものも含まれているということが前提になります。

再び5ページ目に戻っていただければと思いますが、これは最後の段落、あくまで参考までですけれども、国有林ではなく、林業、木材製造業の労働災害ということで、速報がある程度まとめられて出されておりますが、その速報によりますと、大体ハチ毒による死亡というのは、年平均ですと1例ぐらいは役所の労働災害というところで、死亡災害速報の中でも上がってきているといったような状況です。幾つかあるデータを組み合わせて、参考資料としてページを割かせていただきました。説明が長くなっておりまして申しわけありません。

6ページ目をお願いいたします。

6ページ目は、こちらはもうエピネフリンの作用機序ということで、自己注射が可能な製剤出ていますということのご説明と、あと大体半分ごろからの説明になります。食物によるアナフィラキシーに対してはガイドライン、海老澤先生がまとめられたガイドラインによりますと、患者さんに対してはグレード3以上が出現した場合ということ、あるいは過去に重篤なアナフィラキシー歴があつて、誤って食べ物を食べてしまって違和感がある場合には打ちましょつと、そういうタイミングが書かれているということを取りまとめております。

7ページ目からは消防でどう運用するかというところに入つてまいります。通知等という形で、通知でアナフィラキシーショックで生命が危険な状態にある傷病者が、あらかじめエピペンを持って処方されていれば、救急救命士が打つことができるようになったという経緯を記載させていただいております。重要なポイントは、大体中段のところにございますけれども、今回の厚生労働省さんの通知によりまして、心肺機能停止後しか、これまで薬剤投与というのは認められておりませんでした。心肺機能停止前の傷病者に対しても、薬剤を投与するという

ことが認められるということになっております。

あと7ページ目の下のほうからは、文部科学省さんのほうでどのような取り組みがされているか、ガイドラインの内容を抜粋させていただいております。そのまま8ページにつながります。このあたりは参考資料の6と7という形で、実際のコピーを添付しておりますので、後でござんいただければと思います。

8ページ目の(2)通報を受けた際の対応についてという部分について、前回は議論になったところですが、119番通報の際に傷病者にエピネフリン製剤が処方されていることが判明したという場合で、アナフィラキシーの可能性があった場合には、消防機関は救急出動を行うということはありませんけれども、一般的な対応としまして、応急手当について口頭指導を行うと。これは一般的な業務です。なお、自己注射が可能なエピネフリン製剤の治療については、前回は議論がありましたけれども、消防機関として使うことが是か非かというものを特に指令業務のほうで判断できるというものではございませんので、医師から受けている指示に従ってください、あるいは学校のガイドラインに従ってくださいといったような促しと、対応を促すというようなものが現実的な対応であろうかということで取りまとめております。

3番目、実施体制の構築ということでございますが、これはメディカルコントロール協議会を軸にして、そうした体制を構築することが、エピペンを使う体制を構築することが前提となるべきであるということを取りまとめをしております。特にメディカルコントロール協議会のメディカルコントロール体制の助言体制、事後検証体制及び教育体制というものが重要でなかろうかということで挙げさせていただいております。

地域の実情で変わり得るということを記載させていただいておりますが、例えば児童生徒さんの情報が入りまして、そういった児童生徒さんの状況ですとか、あるいは林業就労者が多いようなところであれば、非常にハチは急速に状況が進むということ、あるいはオンラインで助言を受けようとしても電話の電波状況が悪くて連絡がとれない、あるいは山間部から病院までの搬送に時間がかかるといった、そういった状況を、実情をちゃんと念頭に置いた上でプロトコールというのは策定するものであろうということでもまとめております。

このような地域の実情に応じてということを載せておりますが、そして救急救

命士法の第44条の特定行為というものに、実は今回のエピネフリンの投与は該当しませんので、医師の具体的指示は必要ないということにはなりますけれども、医学的な質の保証という観点から、少なくとも投与すべきかどうか判断がつかない、消防として判断がつかないような場合には、助言を受けられる体制構築は必要があるだろうということで、前回までの議論をもとに取りまとめをさせていただきます。

なお、助言の体制ということですが、実際既にプロトコールなどを策定している地域の中では、前例、医師からのオンライン助言を必要としている地域もございます。あるいは、逆にある程度自動で救急救命士の状況判断で打てるというものの幅を持たせているというところもございます。

最後でございますけれども、アナフィラキシーショックということが通知上出てまいります。このショックというのは広く抹消循環不全というふうに理解してよいということで厚生労働省には確認しておりますし、また、アナフィラキシーショックと、ショックに至っていないがアナフィラキシーであるというものを厳密に分けるというものも困難ですので、今回の報告書の中ではアナフィラキシーというものを念頭にプロトコールを策定しております。

次のページからがプロトコール例ということです。

ポイントは※と、2つの※のところにして、アナフィラキシー疑いの状況・症状というところでまず※をつけておりますが、※が右側になります。アナフィラキシー疑いの状況・症状という中に、今回の場合ですと必須事項という形でエピネフリン製剤の処方あり、エピペンの処方があるということがございまして、こういった状況は、例えば119番通報時などに確認がされるということになるかと思えます。そしてその上で、どういったときに疑われるかということになりますと、ハチに刺された、給食の後といったような、アレルゲンとの接触の可能性ですとか、過去に同様の症状があった、あるいは以下いずれかの症状ということで、自覚症状、他覚症状をまとめております。こういった状況があれば、次に進みますが、観察、応急処置、搬送というものを同時並行して進めつつ、特定の状況、症状、この2つのところがどういったものが適切かというのはご議論いただく。最低限のところはご議論いただくということになるかと思えますけれども、現時点で具体例としてはバイタルサインの急激な悪化というものを挙げてお

りますが、特定の状況、症状があれば、救急救命士が自動的に急ぎでエピネフリンの自己注射薬の注射を打つというラインがあろうかと思えます。

先ほど文章で申し上げましたが、この辺の特定の状況・症状で救急救命士がオートマチックで打つという部分をどこまでの幅にするのかというのは、ある程度地域の実情でメディカルコントロール体制の中での判断になるのではなかろうかということで報告書はとりまとめを行っております。

次のページ、12ページ目からは手順及び留意事項ということで、この辺の手順及び留意事項は前回も少し説明をさせていただきましたので、割愛をさせていただきたいなと思えます。

13ページ目でございますが、(4)投与後の対応ということでございます。エピペンの使用後は使用したことを医師に報告すると。そして症状の変化に応じて適宜医師に報告を入れるということが原則になろうかと思っております。特にエピネフリンの強心作用によりまして、心拍数が増加して不整脈などが起こる可能性もありますので、心電図モニターの継続的観察というのは徹底することになろうかと思っております。

そして(5)ですが、事後検証・研修ということでございまして、自己注射が可能なエピネフリン製剤を、エピペンを使用した場合はメディカルコントロール協議会ときちんと事後検証をして、そしてきちんとプロトコールの見直し、あるいは検証に反映させていくべきであろうということ、そしてアナフィラキシーについて、従前より再教育という形で救急救命士は教育体制が構築されておりますが、その中でアナフィラキシーは勉強しますので、あわせてエピネフリン製剤のことも研修を行うことが妥当であろうと。その際には、想定されるその地域の状況を念頭にしてシナリオトレーニングを活用してはどうかということで取りまとめを行っております。なお、このシナリオトレーニングにつきましては、委員のほうよりシナリオトレーニング案ということでご提示をいただいております。

以上でございます。大変長い説明になりましたことをおわび申し上げます。途中で切ればよかったのですが、申しわけありません。

座長

はい、どうもありがとうございました。でも大変にわかりやすくご説明いただいたと思いますので、これを中心にしてご議論いただきたいと思えます。よろしく願いいたします。前回も司会を務めさせていただきましたけれども、前回同

様、今回も思いつくところをなるべく順番に、もう一度もとに戻っていただいて、目次のアナフィラキシーショック及びエピネフリンの説明のところから、お気づきの点をご指摘いただいて、ご発言いただければと思いますので、よろしく願いいたします。順番等、特に定めておりませんので、先生方、お気づきの先生方、ご自由にご発言いただければと思います。よろしく願いいたします。

いかがでしょうか。まず最初のところのアナフィラキシー及びエピネフリンについてというところから。1ページ目、2ページ目、3ページ目ですね。5ページのところまでの間で、何かございますでしょうか。

委員 アドレナリンという呼び名の話ですけれども、僕はアドレナリンに統一するのかなと思っていたんですが、その消防法ですか、法律でエピネフリンになっているというお話だったのでエピネフリンを残すとおっしゃっていましたが、現場はなれているほうがいいに決まっていると思うんですが、どういう方向になるんですかね。僕は早晩アドレナリンに統一されると思っていたものですから。

座長 はい、事務局、おねがいします。

事務局 この一番下の四角囲みに書いてありますとおり、基本的にはこの一番太字で書かれていますアドレナリンというのが正しい呼び名になります。ただ、やっかいなのは、併記されておまして、アドレナリンと呼んでもその下のエピネフリンと呼んでもいいよという形になっています。一応よってたつところの救急救命士法が、まだこの変化に追いついていまして、まだエピネフリンを残しておりますので、ちょっと悩ましいなどは思っていたところです。ここは「アドレナリン」と書いて、「(エピネフリン)」としたほうが混乱がないということであれば、そのように全部直させていただきますし、なかなかアドレナリンとエピネフリン、実は混乱している人がいるということであれば、両方書いたほうが丁寧かということになろうかと思えます。

座長 委員、教育の現場ではいかがでしょうかね。

委員 教育、救命士に対してはもうアドレナリンで統一していますね。従来はエピネフリンと言っていたんですけども、今はアドレナリンで統一しています。

委員 医者の方も僕らはそういうふう。少なくとも僕らの周りはそのように考えているんですけども、それはまあナショナリズムかもしれませんが、アドレナリンを発見した日本人の高峰譲吉先生がいるわけだから、それを

なぜ日本人はエピネフリンというんだっていうふうに、外国人から私言われたことがあります。

事務局 おそらく厚生労働省の全体的な流れとしてもアドレナリンを使うということが全体の流れなんですけど、ただ、それだけをもって、おそらく救急救命士法の記載を全部変えるというタイミングがつかみ切れていないということになるということですので、先生方がよろしければ併記する、「アドレナリン（エピネフリン）」という形で併記する、逆に法律体系しか読まない方が読まれた場合には、何だ、このエピネフリンがどこにいつているんだという話になりかねませんので、併記するという形でいかがでしょうか。「アドレナリン（エピネフリン）」という形で、それはまとめさせていただければすっきりするかなと思います。

座長 よろしゅうございますか。

委員 あと現場では、この自己注射可能なエピネフリン製剤とか、自己注射可能なアドレナリン製剤ということになるんですか。今の話からすると。何を言いたいかという、患者さんなんか聞くときに、エピペン、エピペンという言葉が多分ひとり歩きするんじゃないかと思うんですよ。

座長 そうですね。

委員 そうなるとそのエピペンというイメージと、アドレナリンというやつが等しくならないと。

事務局 わかります。

委員 多分現場は混乱するし、ご承知のとおり救急隊というのは何も救命士だけが乗っている隊じゃありませんから、基本的にはその世の中にどういうふうに言語として共通化させるかということを考えていただいたほうが私はいいような気がするんですけどね。

事務局 では、エピペンの説明を入れまして、あとの表記は全部エピペンという形で統一を図っていきたいと思います。

座長 はい、よろしゅうございますか、それで。

委員 先生、よろしいですか。

座長 はい、どうぞ。

委員 この5ページに書いてあるのがよくわからないんですけども、この有病率というのはどういうふうなデータで出されるんですか、これは。亡くなった方はこ

れだけいますというデータは後で出てくるけれども、基本的にこれはたしか参考資料の1で、有症率というのが小学生で何%、中学生で何%、高校生で何%と出ていますよね。こういうのっていうのは、データのほうにはどういうふうなところから調べられて出てくるんですか。

事務局 これはですね、もしあれでしたら委員に追加説明していただければと思いますが、文部科学省のほうでアレルギー疾患全般について、実際に対応をどうすべきかということを検討するために、かなり全数の調査、を実施されました。

委員 アンケートというか、小学生、中学生の学年が変わったときと、あと入学のときの、基本的に健康調査票というのがありますよね。そここのところで全部チェックした、全国1,200万人の小学生、中学生、あと一部高校生入りますけれども、そのアナフィラキシーの既往のある人が0.14%であったという。

委員 これは既往があるという意味。

委員 一応その既往も含めて、有病率という形で言っています。

委員 ああ、そうですか。はい、わかりました。

座長 よろしいですか。

委員 アナフィラキシーの最初のところですが、真ん中辺の「アレルギー反応を示すものの抗体……」と書いてあって、「抗原」と書いてありますが、ハチ毒、あとナッツ、そば粉と並んでいるのですが、ナッツというと、木の実を意味しているのだと思いますが、ひょっとしてピーナッツも含めているのかなと思ったんですが、……。確かに木の実が一番アナフィラキシーを起こすリスクは高いことは高いのですが、例えばここはハチ毒と書いたのでしたら、食物とか、薬物とか、同レベルの言葉でいうとそうなりますよね。

事務局 ハチ毒、食物、薬物と何かより一般的な感じで書いたほうがいいのかもかもしれません。

委員 ありがとうございます。

座長 はい、ありがとうございます。

委員 でも、あとは基本的にとってもよくできているなと思いますけれども。

座長 じゃあ、5ページまでよろしゅうございますか。じゃあ6ページもよろしければ次の、ここからが本論といたしますか、消防機関におけるエピネフリン製剤の使用、取扱いについて、でございますが。

委員 11ページのところでいいですか。

座長 はい、どうぞ。

委員 アナフィラキシー疑いの症状というところでハチ刺傷、今度はここで食事と出ていて、あと服薬って書いてあります。よくある疾患で、激烈さからいうと、食物＋運動のタイプが結構きつい症状が誘発されます。救急要請って結構来ると思うのです。だから、救急救命士の方とか消防士の方が、いわゆる食物だけじゃなくて運動単独でも来たりとか、食物と運動で来たりという、「食物（プラス運動）」とか、何かそんな書き方でもいいのですが、そういうものもあるんだということを少し情報提供していただくといいのかな、と思いました。

事務局 わかりました。ありがとうございます。

実際にアレルゲンだけとの接触だけではなくて、プラスアルファの状態が加わったときにアナフィラキシーが重篤化するというケースもあると思うのですよね。

座長 はい。委員、よろしゅうございますか。いいですか、それ。書き方等はいいですか。服薬、括弧をつけてプラス運動とかという、そういう意味ですかね。

委員 ええ。食事の次あたりの「（プラス運動）」とか、そんな感じで書いておいていただくと、きっと少しイメージとしてわかりやすいかなと思ったのですが。

座長 はい。

事務局 それは先ほどの文部科学省の報告書の中でも、食物依存性、運動誘発アナフィラキシーという、疫学調査も若干記載されておりますので、そこは「食物（プラス運動）」ということで入れておきたいと思います。

座長 はい。ありがとうございます。

委員 6ページから7、8、9にかかわることについて、少し本質的な話になると思いますけれども。例えば6ページのところでは、いつエピペンを投与するかということですが、最初の丸の部分で、グレード3以上の症状が出現した場合ということをやっているわけですね。その次の丸では、誤食し違和感のある場合、要するに違和感がある自覚症状の段階でもう自分で打ちなさいということをお勧めしているという併記です。それで、今度8ページのところでは、「投与のタイミングとしては、アナフィラキシーショック症状が進行する前の初期症状のうちに注射するのが効果的である」ということを言っているわけですね。まとめると、

エピペンはアナフィラキシーに至る前の段階で早く打ったほうが良いよということを書いていて、確信的に打つためにはグレード3以上だということを書いてあると思うんですね。まその表現方法をどのように統一したほうが良いのかということが1点あります。

それから、今度は8、9についてですけれども、「オンラインでの助言、事後検証体制、及び、教育体制を構築すること」と言っておりまして、9ページのところでは「山間部から病院までの搬送に時間がかかることといった状況が想定され、そうした実状を念頭に置いた上で、プロトコルを策定することが適当である」と。そのとおりなんですね。それで、その真ん中ぐらいのところには、「少なくとも、投与すべきか判断がつかない場合などに助言を受けられる体制を構築しておく必要がある」と。事実「実際に医師からのオンラインの助言をすべて必要としている地域もある」とうたっているわけなんですけど、しかし山間部には不感地帯があることに加えて、前段で示されたように搬送に時間がかかるからこそ、自動的に打たなきゃいけないということを推し進めようとしている検討会だと私は思うんですよね。ですから、ここら辺のことを十分にこの場で検討する必要があるだろうと思います。

その大前提として、ほかの疾患とアナフィラキシーが何が違うかということをおしは念頭に置くべきです。例えば心筋梗塞みたいなものは、これはとにかく病院にいった心カテをするというようなことが最大の治療ということになるわけですね。一方アナフィラキシーというのは、病院に行っているいろいろなことはするんですけど、とにかく第一的な処置としては、病院であっても、病院前であっても、このエピネフリン、アドレナリンを投与するということがとにかく第一だということ、そのところが圧倒的に違うはずなんですよ。病院前で行う措置と、病院の救急治療室で行う処置が同一であるということが全然違うところですから、そのことの有利性を生かすという判断をするためには、エピペン使用に際してこのような決め方をしていく、というのが患者の役に立つのではないかと思います。

座長 おっしゃるとおりだと思いますけれども、事務局、どうぞ。
事務局 私はその医師への助言要請ということで、打つタイミングを少なくしましょうとっているつもりはなくて、むしろ果敢に打つということを念頭に置くとする

ならば、助言体制という手段もあるだろうということでは思っております。

山間部の話をあえて書いたのは、先生に提出、委員がまとめられた資料の中でハチ刺しが非常に早いということがありましたので、あえて載せさせていただきましたが、それは条件のつけ方として非常に考えやすいということで載せさせていただきましたので、全部相談なしでやりましょうという話でなくとも、通じなかった場合にはという条件つきでもそこは可能ですので、まさに地域の実情ということが考えやすい例として載せさせていただいています。逆に医師に相談することによって打つ量を狭めましょうというよりも、医師に相談することでバラエティ豊かに、少しちゃんと投与ができるという体制になるかなという、イメージで書いているということだけお伝えしたいと思います。

委員 いいですか。

座長 どうぞ。

委員 もちろん消防庁のこのまとめは、現時点でこれは非常によくまとまっていると思いますし、内容も非常にこれでいいと思うんです。

だからこそ、私が作成して第1回で示したプロトコール表、表1のことを宣伝するようで何ですけれども、この表の1を示したのは、この表の1で中等症以上で症状が2臓器以上であればアナフィラキシーとなりますから、エピペンを自動的に打つというふうにしましょうと。軽症の場合にあっては、医師とオンラインで連絡をとりましょうというふうに統一したほうが、わかりやすいですか。そういうことを踏まえての私の提案だったんです。なので、いかがでしょうと。

事務局 この辺は1つありますのが、考え方で難しいなと思いましたが、同じく表1の下に表2というのがございます。この表2は食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度で、どこまで患者さんにこの図をもって説明しているかどうか、僕はちょっとわかりませんが、少なくとも食物に関しては、医者はこのガイドラインに従って、こういう頭で考えているというのがあります。

逆に表1で全部いきましようという話は、ハチ刺しなんかも含めて対応できるということのメリットはある反面、医者の中にはこの表は今時点ではインプットされていませんので、ドクターサイドのほうにこの表1というのを相当理解してくださいと。オンライン指示を出す側に理解してくださいというのがあるかなと思っております、その辺は正直に言うと一長一短だと思っております。

食物がメインのところであれば表2を前提にプロトコールをつくるべきだと思いますし、ハチ刺しということがメインであれば、もっとハチ刺しに特化したような形で作るべきかもしれませんし、折衷ということであれば表1というのが一番使い勝手がいいかもしれない。実は相当に迷っております、その辺は関係者が本人、あるいは家族の方、そしてドクターサイド、そして救急を担う消防という三者が同じ言語でやらないきゃうまく回らないですよというのが前提にありますので、その辺はほんとうにご議論いただければと思いますが、ワンサイドに決めてしまっていていいかどうかというのが、正直担当としては悩ましいなと思っております。

委員 全くそのとおりでと思います。要するに医師と救急救命士の共通言語がどれなのかということですね。それからしきりにこの中でも、というか、従来でもそうなんですけれども、繰り返される「地域の状況に応じて」ということがあるんですが、「地域の状況に応じて」ということになると、もう皆さんご存じのように、メディカルコントロール体制はかなり地域で格差があるというのは現状なんです。しかし、逆に言えば、だからこそ、今、この病院前と救急治療室での処置が一緒であり、かつ、その対応が非常に早いということが望まれるアナフィラキシーについては、私はどの地域でも同じものができるというようなプロトコールを示すことが必要ではないかというふうに考えているわけですね。ぜひおっしゃるとおり、こういう機会はここでしかないので議論していただければと思います。

座長 そうですね、はい。正直なところあらかじめ事務局からは、このあたりを議論していただきたいということも先ほど伺っておりますので、ぜひ先生方、もう少し詳しく、食物と分けて書くのかとか、その辺のところをぜひご議論いただければ、ご意見をいただきたいと思っております。

委員 はい。実際ハチですと、図2を見ていただくとわかるように、5分以内にもう、大体同時に全部の症状が一気に押し寄せてくるというのが現状なのです。それで、このときはもう待たなしでやらないとどうにもならないし、途中のところに記載ありましたがけれども、過去に重篤な症状があった場合には、軽微な症状で打っていてもいいというのは、そういうことも含むのと、あと食物と運動の場合も、幅が結構あります。ひどい人だとハチ毒みたいに来るようなタイプもいま

すし、あとは標準的に少しずつゆっくりゆっくり、皮膚の症状に出て、呼吸器に来て、という場合もあります。だから、一概に食物だから、ハチだからといって、厳密にそこで線を引けるかというとなかなか引きにくいところもあって、今回のこの提示されたのは、僕ら専門的な立場からするとすごく妥当だと思います。

ただ、僕らは専門知識を持っているから妥当なのであって、ではこれを救急救命士の人が見てどういうふうに感じられるのかな、医学的知識の背景が、余り僕らほどなくて、経験がなくて、これを見てマニュアルとして自分の行動をどうふうにしていくかというのを決めるときには、委員のおっしゃるように、もう少しシンプルになったほうがいいのかとも思います。だから、僕もご相談を受けたときに難しいな、ほんとうにハチと食物と分けたほうがいいのか、でも、食物の中でも激烈な人もいます。やはりなるべく単純に共通のアナフィラキシーということでやっていくという方が、僕は妥当だと思うんですね。

そこで治療をやり過ぎてしまうということは今回の場合は目をつぶってもいいのかなと思うのですね、逆に。やらなくて何かあるというほうを防ぎたいなという気持ちは、僕としては結構強いです。だから、委員がおっしゃる、もし救急要請するという段階をイメージしてみると、症状が急激におそって来ているとか、食物でも呼吸器の症状が出ていて救急要請をしているとか、そういうような状況が大多数だと思うのです。だから、そうしたときにはもうシンプルに打つという行動につながるようなものの方がよくて、逆に少し迷うような記載が書いてあると、救急の方も迷っちゃうのかなという気もしなくもない。そこはすごく難しい点でもあるし、とても大切な点だと思いますね。

座長 そうですね。はい、どうぞ。

事務局 バランスという意味で非常に困っておりまして、例えば文部科学省なんかわりと呼吸症状を重視して、呼吸が苦しくなったらといったような形でガイドラインを出してしまっていて、それはもちろん委員の表も、救急救命士であれば理解は、表1の理解もちゃんとできるんだと思いますけれども、呼吸だけですよというと、それだけでパッと頭に入るところは、実行面でいうとあるかもしれません。

10ページ、11ページのところで、一応今回事務局として書いたのは、バイタルサインの急激な悪化という、これも余りにも漠然とした言葉過ぎるというこ

とがありますが、この※2つの特定の状況・症状等を呼吸が苦しくなったときとか、単純化するというやり方が1つあります。

もう一つのやり方は、医師への助言をお願いするというような話をもっともっと緩くして、持ってたら何の症状が出るかはとにかく無視して、持っている、処方されているということがわかったら医師とにかく相談をするように。逆に医師サイドで相談を受けたら、よっぽどのことがない限り打てというふうな形に整えるようにという形で、どっちに、医者サイドの指示側にぐっと寄せて打つというのを確立するのか、あるいは自動で救急救命士さんが打つというほうをもっとすごくオートマチックに流れるようにするのかということもわりと難しいところというか、判断のしどころになるかなということは思っております。

委員 文部科学省のほうは、あれは基本的にやっぱり食物のほうをイメージしてつくっているのが実情なんですね。小児だと、小学校、中学校でハチ刺しもないわけじゃないのですが、ほとんど食物をイメージしているので、呼吸器症状出現時ということで指導しています。あと一般の医師の立場で患者指導するとき、もちろん激烈な人の場合にはアナフィラキシーの前駆症状等が出たらすぐ打ちなさいという指導は、当然僕らも言うことです。ただ、食物の場合には皮膚の症状だけで終わっちゃうこともあるので、呼吸器症状が出現したら使ってくださいねと指示します。ですから、基本的には医師の指導の立場として呼吸器症状出現時が絶対的な適応ですとは言っているわけではなくて、アナフィラキシーショックの既往があるような人は、ハチ毒によるアナフィラキシーだったら、もう刺されただけでも打ちなさいというふうに言っているわけです。

座長 委員はいかがでございましょう。

委員 今先生のほうで言われた、ハチと食物が明らかに違うという考え方が出るのであれば、やっぱりそのプロトコールも違うということでない、ちょっとつらいのかなというのが1つと、それと積極的に打つということと、それから救命士自体が打つことに対しての躊躇する可能性がある。そのためには、この問題、今生懸命勉強し知識を蓄えるということになっても、継続して長年たつ中でほとんど経験し得ない、そういったものに対しては能力を発揮するというのはなかなか難しいなというのは実感があるので、そういう意味では医師の指示というのはやはり必要性があるという考え方を入れたほうがいいのかなどは思っています。

委員 きっと救急要請があるときって、エピペンを処方されている方で、それが大人だったら自分で打てる段階だったら打つわけですよ。多分、例えばもう力が入らなくて打てないというような状況で第三者が打つ、救急救命士の方が打つという状況があるのと、あと子供で持っているのだが自分が使えないという、そういうような状況。エピペンの処方を受けている人がアナフィラキシーに陥って救急要請があるという状況をイメージすると、基本的にはその2つぐらいなんじゃないかなと思うんですね。そうした場合にはどちらかというと積極的に打つというスタンスでいた方がいいような気がしますね。

委員 よろしいですか。

座長 どうぞ。

委員 エピペンを処方されているという1つの条件と、そのアナフィラキシーという条件があれば、もうこれで自動的にというふうに整理をしたほうがわかりやすい。

委員 そうです。そのほうがわかりやすいんじゃないかなと思いますけど。

委員 そこに先ほどの、いわゆるマイナスの影響が出るか出ないかというところで、私もちょっと医学的なところはわからないんですが、血管障害とかあった場合に多少影響が出るとか、そういったような要素の判断、可能性なりがあった場合にどうかなのかと思うんですけどね。

委員 高齢者でよっぽど血管がもろくて、高血圧があつて、糖尿病があつてという状況であれば、そういうリスクとアナフィラキシーで命を落とすということつまり、リスクとベネフィットを考えるとということが必要になるけれども、実際問題今まで使用例で、そういう方にも多分使っているとは思いますが、実際そういう事例というのは日本では報告はないです。今もう使用例は200を超えています。ハチ毒なんかだとかなり高齢の方に使っていますね。それで現状のところでは特に何もないので、逆に助けてあげられることのメリットというほうが、きっと大きいのかなと思いますけれども。

委員 アナフィラキシーかどうかということの判断では、救命士の場合100%理解できる、間違いなく判断できると理解すべきなんですか。

委員 それは無理でしょう、だって。診断じゃないんだから。

委員 はい。

委員 我々にそれを求められても、それは無理です。はっきり言いまして。

委員 そうですね。

委員 診断だって100%なんていうことはないですよ。

委員 そこでずれがあった場合、どうなのでしょう。

委員 いや、それよりもっと現実的に考えてみれば、先生たちが議論しているように、この図2を見ているとアレルギー接触から症状発現までの時間というのが、例えばハチだとか、そのたぐいというのはかなり急激に出ると。大体救急車というのは、現場まで最短で5分というのが大体配置なんです。これを見ると基本的に、先ほどから議論されているように、自分で打っていただくということが、大体ハチとかそういったものについては多いんだろうなど。だからある面では事故みたいなものですね、これはね。

ただ、私がちょっと気になっているのは、食物のほうが多分ウェートが高くなってくるんだろうと。現実の配置からすると。そのときに多分皆さんがおっしゃりたいのはリスクですよ。もちろん医学的にどの辺のリスクがあるかということは先生方もご存じなので、私が口を挟むことじゃないんですが、やっぱりお子さんということを前提に考えたときに、リスクがあるかどうかということですね。基本的にやっぱり大人の方というのは、当然自分の症状がある程度わかっているわけで、それなりの処方をされている方というのは自己判断で打っているだろうと。しかし、そうじゃない状況というのを現実的に考えてみると、我々が一番遭遇するのはそういったお子さんの食物なんだろうと。そうするとおっしゃりたいのはこういうことですね。数が少ないわけだから、このときこうしろというふうなことが、どれだけやっぱり浸透しているかというところだと思うんですね。だからおっしゃるように、簡便にプロトコールができるというのであれば、私は簡便にすべきだと。しかし、そこにリスクがあるんだっただらば、これはあくまでも公共団体として仕事をやらなきゃならないわけで、そこにそのメディカルコントロール体制としての医師の指示をあわせたほうが、患者さんにとってもベターだろうというふうに考えるべきじゃないかなと思うんですけどね。

委員 小児のリスクに関しては、基本的に成人より、もし正常の人に打ったとしても、基本的には血管強いですから、まず問題ないですね。

座長 委員。

委員

リスクは事実上ないですよ。子供に対して事実上ないと言っていいと思います。おっしゃるとおりシンプルにすべきですよ、こういうものは。とにかく救急ですから、ですから僕の意見は、委員が提唱された、とりあえず最初の問題点ですよ。それからさっきから委員が論じられている点については、とにかく僕はシンプルにすべきだと思うから、食物アレルギーだろうと、薬物アレルギーだろうと、ハチ毒アレルギーだろうと全部同じだというふうに思います。救急の現場から見たらそうだし、救急の医者としてもそうだし、この3ページの下の方表2というのは、これはあくまでもペディアトリクスという医者向けの、小児科の医者向けのアカデミックな雑誌に掲載された表ですから、こういう表は現場の救急救命士のほうに持ってくるべきじゃないと思います。僕はこれ削除したほうがいいと思いますよ。

委員がつくられたんですかね、その上の表1のほうが、これこそが救急向けとか、こういうことであって、食物アレルギーは一般的にはハチ毒と大分違うところもあるかもしれないけれども、中には皆さんおっしゃったように激的なやつもあるわけですし、むしろそっちに照準を当てるとというのが救急の精神ですよ。ですから、そのときには医者の判断もつかない場合はあるわけだから、現場でやってもらうという、委員が強調されているとおりだと私は思いますから。とにかく疑わしきはやると。もとの原因が何であるかはどうだっていいということでもいいと私は思います。

それから2つ目の、先生が2つ目に言った、その医者の判断を仰ぐのをどの程度強調するかというのは、事務局が悩んでおられたことですが、これはもう現実的に仰げない場合だってあるし、電話で聞いている暇があったら早くやれよとこっちは言いたくなることは幾らでもあるわけですよ。僕ら、当直している若い医者から電話が来て、さっさとやれとか言って、まずやってから電話しろというようなもので、迷ったらやると。それで、ここに書いておられる文章を見ると、投与すべき、少なくとも投与すべきか判断がつかない場合などに助言を受けられる体制は構築しておく必要があるとはっきり書いてあるわけですから、9ページの真ん中ですね。この文章をこそ残しておいたらいいので、これが書いてあればそれで結構だと思いますけど。疑わしきはやるとかって、どこかに書いておいたらもっといいと思いますけれども。その後の「実際、既にプロトコール

などを策定している地域の中には、エピペンの使用について、全症例、医師からのオンラインでの助言を必要としている地域もある」というのは、これは事実なんでしょうけれども、こんなことは余分なことで書かなくていいと私は思いますね。それを望ましいとは、決して僕は思いませんが。ただ現実はこちらから、それで結構ですけどね。 以上です。

座長 はい、ありがとうございます。事務局どうぞ。

委員 ちょっとその前にいいですか。

座長 どうぞ。

委員 済みません。再確認します。この表の1のところ、皆さん多分大丈夫だと思うんですけど、私は中等症以上ならもうMC判断がなくとも打ってしまえと。その前の疑わしいという、この間くしゃみとか何とかぐらいいも打つかという話です。だから、くしゃみと、しかし頻脈があればやっぱり打つんでしょうと私は思っているんですけど、それでも心配ならば、ちょっとは時間に余裕があるので、MC体制はもちろん、オンラインの体制は当然あるよと。だけど、中等症以上からは打ちなさいよということです。そういうことでつくっています。

それから、これで間違えることがあるんじゃないか。それは、リスクのお話ですよ。確かにリスクは必ずありますが、リスクをゼロにすることはどんな場合も不可能です。だから、だからこのプロトコル表に従って打ちましたと胸を張って救命士が言えるように、私はするべきだと思っています。そこにあいまいさを残さずに、この症状があったから打ちましたと。シンプルでなるべく早く打つ体制を。

委員 先生がおっしゃった、申しわけない。いいですか。

座長 どうぞ。

委員 結局戻るんですよ、話が。この11ページの、事務局には申しわけないけれども、※2つのことです。最後に残るのは。ここでしょう、つまるどころ。

委員 そうです。

委員 だから要するによくありますよね。その脳卒中のスケールの問題だとか、あれと同じなんです。先ほどから、ちょっと私は少しは気持ちを強くしているのは、そうであるから打つんだというようなところが言えるだろうか。

座長 なるほど。

委員 これはやっぱりMCに支えてもらうしかないわけですよ。そこのところが確固としてあるならば委員のおっしゃるとおり。それが多分ね、心配しているんでしょうね。これは正直なところ札幌でドクターと話をして、先生はどうですかというご質問をしたら、これは残しておくべきじゃないかと。それはやっぱり先ほど言った、救命士がこの、今まで処置をするということについては心停止という患者さんを前提にいろいろやってきたと。これから少し次元の違った話になるものですから、それに対する、救命士に対する、ドクターから見たらある意味信頼性の問題があるかもしれませんし、救命士側から見て自信が持てるかどうかだと。ここがあったように思いますね。

委員 いいですか。

座長 どうぞ。

委員 表1の委員の、中等症のところの呼吸器のところには鼻汁と入っていますよね。これサンプルのところでは鼻汁が3のところに入っているというところを受けてのことだと思うのですが、上気道症状としてくしゃみ、鼻水、鼻づまりって、僕らアレルギーやってる者からするとひとまとめです。鼻汁はあくまでも上気道の症状なので、軽症のほうに鼻汁を移動させたら如何でしょうか？

委員 全然いいですよ。

委員 それで、咽喉頭の絞扼感と搔痒感とかから、中等症とかという扱いにしたほうがより良い気がします。

委員 まさにそういうことをここで決めていけばいいんじゃないかなと思っているんですけども。

委員 賛成ですね。

座長 はい、いかがでしょうか。

事務局 ちょっと確認なんですけれども、先ほどのリスクの話で、小児は0.15ミリグラムとなりますよね。あれは大人用のものを打っても大丈夫ということですよ。いいんでしょうか。子供に対して0.3ミリグラムを。

委員 倍量投与というのは、普通は最初からいかないですけども15分ぐらいの間隔を開けて、効果がなければ使います。ですから基本的に体重当たり0.01ml/kgという基準はありますが、そこのところの倍量をいったとしても、基本的

にはまず問題ないと思います。

事務局 問題ないと。

委員 これはあくまでもその人が処方されたやつを打つわけだから、だから例えばお子さんが0.15ミリグラムでしたっけ。それはだからあれでしょう、当然食物アレルギーなんか持っているお子さんに対して、お医者さんが処方する場合にはこちらを渡しているわけだから、多分それより多いやつを打つということはないんじゃないですかね。それだったらおかしいですよ。処方されたやつを打つことができると言っているわけであって、例えば私が処方されたやつをお子さんに打てということじゃないわけだから。そこはそういうふうに考えないと、間に合わせにどこかから持ってきて打てということじゃないからと思うんですけどね。

座長 はい、ありがとうございます。

委員 ちょっと、もう一ついいですか。

座長 はい、どうぞ。

委員 今回処方されたやつを打っても医事法には違反せんよというのはわかったんですが、打っていいというのはだれが言うんですか。つまり、我々は基本的に緊急避難的という災害の状況は頭にインプットしてるんですが、持っている患者さんがいて、お子さんがいるわけですよ。未成年ですよ、対象が。そのときに、我々はあなたが持っているものを打つことはできると、これはわかりました。打っていいかどうかというのはだれが判断するんですかね。つまり、これを打ってほしいとか。つまり委員のおっしゃったことをもうちょっとやると、別に意識が全然低下しているわけでもないわけでしょう。この症状からするならば。意識が多少低下したかもしれんけれども。つまり、もしかしたら本人が打てる状況なのかもしれないわけですよ。そうしたときに、我々が、私は救命士です、これ私打てるんですと。そこまではわかりました。打っていいんですかね。その対象は未成年ですよ。こういうのというのはどうするんですかね。

座長 大丈夫ですよ。

委員 いままではCPAに対して実施しているわけです。だってこれはもうやらきなやしようがないから。ですが、生体ですよ。そういうのって、例えばお母さんか何かに電話するんですかね、その場で。何かご本人は打っていないんだけど、私打っていいんですかねとか。

座長 皆様方いかがでしょう。

委員 同意をとらなくてもいいのかということですね。

委員 だって結局ほら、我々は打つ方向でというふうに話をしたときに、結構やっぱりあれじゃないですか。これだけ見ると何というか、病理学的にはこういう症状なのかもしれんけれども、本人、別にまだ大丈夫だったら。

委員 意識はありますよね。

委員 時間的な余裕もあると。

委員 そうか。

委員 つまり、搬送すればもう目と鼻の先だと。どうしますかねという話になるんじゃないですかね。つまり、せっぱ詰まった状況はわかるんですよ。だけどそうじゃないときって、打てることはわかっているけれども、どうするんですかと。こういうのはちょっと困るなど。

座長 なるほど。

委員 基本的に処方を受けている状況は、当然保護者とその本人が打てる状況であれば打つということになるわけですがけれども、それで本人が打てないような、学校に子供が行っているときに、本人がもちろん打てれば本人が、小学校の高学年とか中学生とかだったら、基本的には子供が打つということになっています。あとは力が入らないような状況になってきて打てなかったら、学校関係者が打ってもいいということになっていて、それは学校関係者と保護者との話し合いというのがあるわけですね。学校生活管理指導票というものをもとにして、アナフィラキシーを起こしたときに教職員が実施しても人道的な見地から構わないことになっています。そこに、例えば救急救命士の方が入ってきてやるということに関しては、多分それはまず問題ないのだろうなというふうに思いますけどね。

委員 その辺の今の先生の段取りですね。

委員 ええ。

委員 やっぱりそれには事前の、それなりの親からの同意だとか、何かそういうのがあって担保されている話じゃないかなと思うんですね。

委員 だから、学校生活管理指導票というのが学校に出ているような状況で、エピペンをうちの子は処方を受けていますというような状況があれば、当然それをもとにして救急のときに救急搬送を要請して、エピペンを救急救命士の方が使ったと

いうことに関しては全く問題がないというふうに理解できると思いますけどね。

委員　ものすごく極端な例で、ちょっとそぐわないかもしれませんが、じゃあ通勤途中にV fになって倒れた人が、私はDNRですと。助けてほしくなかったのに、どうして除細動をかけてくれたんですかという理屈とそれは一緒じゃないですか。

委員　それは極端ですよ、話が。実際の話として。

委員　だから極端なんですけど。だからだれが打っていいかということ……。

委員　だってそれは先生、

委員　だからそうなんですよ。だからそれは極端だけと言っているんですけども、そのところを許可されているのが医療従事者じゃないんですかという、社会の大前提というのがあるのだと僕は思っているんです。

委員　ただ、私が言っているのは、これは選択肢があるんですよ。だからおっしゃるように、まあ繰り返しただけでも、やっていいというような法律建てにはなつたと。でもやるかやらないかということに対して、余裕があるときに、例えば我々の選択肢としては実務上搬送という選択肢もあるんですよ。ですよ。もちろん車内でそれが急変すればそれなりの状況になるんだろうけれども、運べばよかったじゃないかと。運ぶ時間があるじゃないかといったときに、あえてやれというふうなことを言うのかなと。

委員　ああ、ごめんなさい。ちょっと僕そのところの、わかります、それ。この委員会だけじゃなくてよくあるのは、ここで、例えば中等症以上打ちましようといったときには、全例打てというふうに皆思うんだけど、打つことは保証しますよと。だけどもちろん電話をかけて、MCがそこでやるならそれはそれでいいわけでしょう。

委員　そうすると先生、回り回ればやっぱりMCになっちゃうんですよ。

委員　いや、私はMCを否定しているわけじゃないんです。

委員　だから、プロトコールをつくらうとするとそういう話になってくるということですよ。つまりその、何らかの確認をとらないとできないねという状況があるんですよ。多分今回の事案の中には。我々が現場で遭遇するやつはね。だから簡単に言うと、これは打たなきゃいけないという事例、だれが考えたって。だけどそうじゃなくてどうやるかというのは、これはやっぱり選択肢が出てくるんです

よ。そうなってくるとそれをどうするかという話ですよ。だから、先生がさっき言った極端な話もあるし、もっというならば老人福祉施設なんかよくあるじゃないですか。C P Aなんですよ。「運びますか」と言ったら、「いや、違います」と。「この方は延命を望んでいないからそれは困ります」と言われちゃうわけです。そういう世界もあるわけですから。

同じように今回の場合は、ちょっとそれとは次元違うけれども、運ぶということだけでもいいのか、打つのかというところになったときに、何というんですか、特定症状の中のあるレベルというところに何か出てくるんじゃないのかな。打つということを考えればね。私はそれを言いたくてお話しするわけです。

委員 生体に対する処置ですからね

委員 まあそういうことですね。その前には何か選択肢も……

委員 注射ですよ。

座長 はい。自己注射です。

委員 だけど自分で打てない子供さんというか、そういった方にも処方されているという理解でよろしいですか。

委員 はい。

委員 その場合はだれに処方するというか、だれが。

委員 保護者。

委員 保護者に。

委員 保護者が基本的に打つというのと、あとはそこに関与する第三者、例えば保育師とか、あとは教師、救急救命士ということになると思います。

委員 普通はそのエピペン自体は保護者が持っているということになっている。

委員 小さい子供に関しては保護者が持っていて、小学校に行くような子だとランドセルの中に入っていたり、学校が保管してくれていたとか、いろいろな状況があります。

座長 今の委員のご質問といいますか、ご意見は私もよくわかりますけれども、ただ、これは大人の場合ですよ。子供の場合には全く問題ないので。いいですよ。大人の場合は、ご自身が意識があるのに、なぜ自分でやらないのという質問でもあるわけですね。

委員 ただ先生、子供の場合にはどうなんですかね。それは子供だからできないとい

うふうにいうのか、子供であるからこそ、さっき先生がおっしゃったように、事前の保護者との取り決めがあって初めて成り立つ話なのか。なきやない場合にはわざわざ電話して保護者に聞かなきゃいけない話なのかということもありますよね。つまり自分では打てるという前提ですよ。

座長 保護者を通じて処方されているということは、もうその承諾はとれているということじゃないんでしょうか。

委員 学校の場合で、その取り組みガイドラインがもとになって学校と書類とかはやりとりして、そこにエピペン入っていますから、それはもう完璧に打っている事例だと思いますけどね、そのケースは。もう保護者のほうが打ってほしいという形になっています。

委員 それは学校なんですよ。

座長 学校じゃない場合ね。

事務局 前の調査だと、その学校に薬の保管場所を提供しているというのが全体でいうと12.8%ぐらいですが、そういったところまでやっているところは、逆に言うと呼んでる途中で意識が高い学校ですので、教師が先に打ちちゃうというのが現実だと思います。それを待ちたいところは、逆にいうとそういうことまでの取り組みは、おそらくはやっていないだろうということは想定されるんだと思うんですが。やっぱりそういう取り組みをしていないけれども、本人が持っているとか、いろいろな状況を想定した上でこれはやらないと、まさしく救急車ですので、いけないだろうということはあるかと思います。

座長 これは大変重要なお指摘、委員のお指摘だと思いますけれども。

委員 それで、私は別に混乱させるために話をしているのではなくて。

座長 いやいや、そうじゃなくて、これは、我々忘れることかもしれない。

委員 やっぱり実務から考えてみると、まず委員がおっしゃった大人の場合ですよ。これはやっぱりさすがに自分で打ってもらわなければならないと私は思うわけですよ。よっぽどもう意識がないとか、それはまあそういう状況もあるんだけど、そうじゃないときにはやっぱり、症状というのとは別に、ご本人にやってもらおうというようなことのプロトコールがあってしかるべきなんですよ。お子さんの場合は、私はちょっとそのトラブルがどういうふうになっていくかというところなんだと思うんですよ。先生がおっしゃるように、我々はもう大変申しわけ

ないけれども、市町村消防ですから、それぞれの町の人間を対象にしていますので、3万だとか10万だとか100万だとか1,000万を対象にしているわけで、個別にそれぞれと約束をするというわけにはいかん世界ですよ。そうなると、そこに何らかの形で学校なら学校が、こういう症状のときには親御さんから承諾をいただいていますとか、そういうものがやっぱりあってしかるべきだろうなと。それをやっぱり我々が行ったときに教えてもらえばいいことなのかなとか、そういう、それもやっぱり1つのプロトコールとして入れるべきじゃないのかなとか、現実の話はそういうことじゃないのかと思うんですよ。

委員 学校がそのエピペンを使うということを保護者と取り決めるというところまでまだいっていないんですね。学校の文部科学省から出ている管理票では基本的に学校側とエピペンをこういう状況で打ってという話で、その責任を問う問わないとか、そういう契約書を交わすということは、今日本ではしていないですね。

委員 なるほど。

委員 アメリカではしているのですけど。アメリカはもう訴訟の世界ですから。

委員 ですよね。

委員 アメリカは親がエピペン、学校でこういう状況で文句なしで打ってください、そのかわり何にも責任は問いませんという。そういう契約をしています。しかし日本はそれまだできていないです。だからそこまで求めてということになっちゃうと、日本でできなくなっちゃうのです。だから、そのかわりになるのが管理票という位置づけなんですよ。

委員 そこが悩ましいところですよ。

委員 はい。

委員 これももう先生方の病院と同じだと思うんですよ。

座長 そうですね。

委員 患者さんが来たときにどういうふうリスクをやるかと。

委員 大人とそんなに違いますかね。子供であっても、まず確認するわけですよ。エピペン処方されているかどうか。そうしたら、自分で打てる状態だったら自分で打ちなさいと励ますわけでしょう。大人の方もそうでしょう。子供だって。それで生命の危機的状況だったらこっちで打つと。大人も同じじゃないですか。子供も同じじゃないでしょうか。

委員 それでね、それで済むかということです。つまり、もともと薬は処方されている、お子さんが。しかし自分では打てないけれども、我々としては打つべきだと。プロトコル上ね。そこなんです。そのときに今先生がおっしゃった中で、言ったら自発的に打ったという世界にするのか、それともある程度のそこに介在するというやつが、今までない世界だから、その何かの担保をとっておくかということ私を私は言いたいわけですよ。

事務局 1つ先生。オートマチックに打つときは生命の危機的状況のときというプロトコルになるわけですね。それはコンセンサスが見やすいんですけども。いろいろこう……

委員 今僕らが議論したのも早目に打とうという。

事務局 早目に打とうという話なので、その、やっぱり幅が。

委員 だから早目に打つように励ます、みたいなことになるでしょうかね。

事務局 プロトコル上生命の危機的状況の人に打ちましようというところは、ある程度すぐコンセンサスがとれるんじゃないかなと、個人的には思っているんですけども。

委員 いや、そうでしょうね。

事務局 その空間を埋めるところをMCという全体の機能で支えるのか、それともどうするのか。

座長 これは委員に意見を求めたいですね。

委員 はい。自分の表について言えば、私の何と申しますか、救急医としての経験からいくと、この中等症ぐらいが出始めたときには、もう次にはすぐ、いつ喉頭浮腫が来るかわからないという、実は恐怖感を持っているんですね。自分としては。なぜなら一たん喉頭浮腫が始まったら、とてもじゃないけれども挿管もできなくて、あのとき挿管しておけばよかったという後悔をしないためには、もうアナフィラキシーと判断したこの段階でやっぱり薬を使うという、そういう感覚が多分あるからこの表をつくっているんだと思うんですよ。だから、私はやっぱりこれくらいの段階で打つことは、少なくとも認めると。身分法としては、注射を打ったとしてもそのことは障害罪に問わないよというのが身分法の考え方ですよ。同じようにこの段階で打ったとしたって、それは認めるというような考え方でプロトコル表をつくっているんですけどね。

座長 それでプロトコールとしては、ご本人と相談するとか、会話をするとか、そんなような話を文言として入れたらということになりますよね。

委員 もちろん私のプロトコール表は「自分でエピペンを打てない」という想定でつくっていますから、大前提として。

座長 そうですね。

委員 だからこそ救急車を呼んでいるんでしょうという想定でつくっているのです、打てるときには自分で打っているんじゃないのと思っているんです。だから、打てないから、この状況だという大前提でここまでつくっていますから。

委員 打てないというのは迷っておられるということですか、患者さんが。

委員 迷っていたりとか、まあわかりませんがね。どんな理由があるのか。

座長 ただ、どうぞ。

委員 アナフィラキシーで、自分自身もそんな経験ってないですけども、経験者の話を聞くと基本的に“視野が暗くなってくる”ところから始まってくるらしいです。それで力が入らなくなってくるという。状況だと、症状からすると、まだ中等症ぐらいだけでも、不安感とか、あと絞扼感とか、その辺だけだけでも、もう実際には打てないという状況って十分あると思うわけです。だから、そうしたときに、自分でもパニック状態に陥っている状況で、なかなか1人でできないという状況というのは、結構アナフィラキシーになってくると相当あるのではないかなと思います。だからそれを励ましながらか、一緒になって打ってあげるとか、リードしてあげるとか、かわりにやってあげるとかというのは、当然必要なことだと思います。

小児の保護者の承諾ということに関していうと、基本的には学校のケースでエピペンの処方がある、学校側とも契約されている方、契約というか、その管理票が出ている方で、もうそういう状況ではやってくださいという形であれば、当然学校に救急車を呼ばれて、まだ打っていないような状況があつて、皆で立ちすくんでいるようなときだったらやっていただくことは全然問題ないし、逆に保護者の方もそれを望むのだと思います。

やってしまっていけなかった、あるいは保護者からクレームが来るということは、まず普通エピペンの処方を受けている人だったらまずないと思います。逆にやってあげて早期に、さっきも話ありましたけれども、この中等症ぐらいのタイ

ミングで使ったがゆえに、その後入院しなくて済む例なんていうのは非常に多い訳ですね。逆にそこでやったからこそ、2回使わなくて済むとか、あと入院にならなくなるとかという例はたくさんあります。だから、やっぱりそのところ幅があることはあるのですが、もう血圧が下がって喉頭浮腫が来た状況で打ったら1回ではまずおさまらないだろうし、挿管にしなければいけない状況になってしまいます。ある程度そのところはもう、積極的にやるべしという方向性でまとめていくということで、良いのではと思います。

座長 事務局どうぞ。

事務局 今回の先生方のお話を伺っていると、プロトコール上エピペンの処方がされていると。しかしアナフィラキシーが疑われるので、打てないという場合だったら打てというプロトコール、そこまではコンセンサスがとれるのかな。だから打てなかったら打てという、すごく単純なイエスノーのデシジョンポイントになるのかなという気はします。あえて中間的な発言を言いますと、本人が打てる可能性がちょっとあるんだけど、どうしようという部分を医師に相談とか、MCに相談という形で書くのであれば、非常にシンプルはシンプルな形になるかなと。今非常に議論が混乱するのは、本人が打てないというのが前提条件なんですという話にするのか、もっと、本人は打てそうかもしれないみたいところをどうするのかというところが、の話が混在しているのかなという気がしますが、打てないものには打てという、それは緊急事態なので打てというラインはシンプルに、それはデシジョンツリーが書けるんじゃないかと思うんです。

委員 それがいいんじゃないですか。打てない理由はさまざまでしょうから。

座長 そうですよ。

委員 今、委員のおっしゃったようなことは、いかにも僕はありそうな気はしますし。怖くなって打てない人だっていっぱいいるわけでしょう。それは大人も子供も僕是一緒だと思いますけれども。

座長 ちょっと次元の低い話ですけども、現場に救命士が着いて、医療行為をできる人がそばにいるのかかわらず、本人に打てというのも何か妙だと思いませんか。医者はいるのに、セルフインジェクションのものを持っているから本人自分で打ちなさいというのも妙でしょう。同じことじゃないでしょうかね。だから、現場にいればもう症状を見て、本人が嫌がるならもちろん打ってはいけませんけ

れども。

委員 嫌がる元気があればですね。

座長 そうですね。それがやっぱり救命士の役目ではないですか。

事務局 打てなければ打てというのは言えるんだと思います。ただ、ぎりぎりのところでいくと、救急隊は一応厚生労働省の整理上は観察しかできない形になっていますので。

座長 はい、それはわかります。

事務局 診断という言葉を使うというのはちょっと厳しいところがあるんです。ですので、そのところをどこかMCなりに預けるという形が、一応今の段階ではぎりぎりのところじゃないかな。

座長 そうですか。

事務局 それすら同意の問題がちょっと残るんじゃないかというところはあるんじゃないかと思いますけれども。

委員 それは、いうなれば観察だということ、そこら辺のことは私も十分考えて表をつくっているんです。このプロトコル表の観察項目は、全部救命士のテキストに入っている項目なんですよ。ということは、この観察項目はできるという大前提で、大前提というか、それは間違いないということで、だからこそこの観察を行ったときには「打て」なんですよ。診断を求めているんじゃないんです。この観察項目にのったときには「打て」なんですよ。

事務局 先生の状況も、これは打てないというときには打てという、さらにもう1つ条件に係ると先ほどありましたですよ。

委員 もちろんそこを丁寧に言えといえばそうなるんでしょうけれども。

事務局 そこは丁寧に言わないと多分。

座長 だめなんですか。

事務局 運用は厳しいんじゃないかなという。

委員 それは、霞が関の悪い癖です。皆できれいにきれいにと言えは言うほど、結局何かわけのわからないものが最後できて使い物にならないというのが、私の正直な感覚なんですよ。

事務局 あくまでこれは例ですので、最低限といいますか、ある程度ここがコンセンサスペースですというところを出していくという話にしないと、これはこれで影響

が、救急救命士の数としては相当数影響を受けますので。

委員 影響は受けるからこそ、質の高いものをつくったつもりなんですけどね。
事務局 ですので、そこをどこまでこう、問題ない部分と切り分けられるかじゃないかと思うんですね。じゃあ同意とらなくていいんですかという話が来たときに、自分で打てないような状況だったら打っていいんじゃないですかという話をここで、コンセンサスベースでとれるのであれば、それはすぐ書けますでしょうし、あるいはやっぱり医学的な判断をそういう場合に仰ぐべきじゃないですかというのも1つの選択肢だと思いますし。

座長 同意の問題はとれる状況では必ずとるんです。それは医療行為ですから。だから意識があれば、もちろんそれは同意といいますか。

事務局 それは書き込まないとまずいということなんですね。

座長 これは打ったほうがいいですよということぐらいのサジェスションはしてもいいわけですから。ですから、その辺はいいんじゃないかと私は思いますけれども。ただ、委員いかがでしょうか。今の議論のところ。ご理解というか、よろしゅうございますでしょうか。

委員 え？

座長 ぜひ、先ほどのご発議がここまで進んできておりますので。

委員 だから多分整理すると、私が自分で言ったんですけれども、アナフィラキシーショックで、まずこれが大事なんですよね。だから委員が示していただいたこの表を、当然これにみずからも処方されているという条件が加われば、このアナフィラキシーショックでというのはいいですよ。あと生命が危険な状態にある、だからこれはまあほっとけばどんどん悪くなるよというところを加味しているわけでしょう。だからこの辺はクリアされて、あとプロトコール上確認しなきゃならないのは、成人の人がみずから打てない状態であれば、それは打ちましよう。みずから打てる場合にはどうなんですかという話になるわけですよ。それはそうですよね。拒否する人だっているわけですから。そういう状態であればね。もちろん生命の危機的状況では関係ないです。それはなしです。

ということで、お子さんの場合でややこしいのは、結局自分で打つ、これはどうぞと。こういう話ですよ。だけど、自分で打たないと言っている。理由はよくわかりませんが。この場合どう整理するかですよ。大人と同じでいいのかと。

そこだけだと思いますよ。最終的にだんだん整理していくと。しかもそれが学校で、既にこの子はこういうふうなことになったときには打ってくださいと。さっき委員が話された管理票とかね。結局学校という環境の中でその子がそうなったとするならば、学校がそこまでの親とのコミュニケーションをとっているということであればややこしくないわけですよ。そうじゃなかったときにどうするかということが残されるんじゃないですかね。

例えば症状的にいって、この子はもう命に危険な状態にあるんだよと。だから、今回の救命士法の改正からすれば合致するよというのは、これはわかって言っているんですよ、私は。実務的に、それでも打つかいというところに何かの工夫が必要なんじゃないのかなと。プロトコルをつくろうとすれば。そこだけですね。何かちょっとリスクがあり過ぎるような気がするんですよ。

座長 事務局、よろしいですか。今のこと。

そこで、このバイタルサインの急激な悪化というのがここに、2つの※の下に書いていただいているのが、これがそれぞれの地域でのMCでの決める要件です。細かい細目になるだろうという気がいたしますけれども、そういう意味で溝口先生書いていただいたんだと思うんですけども。

委員 でも、バイタルサインも悪くなったときって、もうつらいでしょう。アナフィラキシー。

委員 そうですね。

委員 というか、アナフィラキシー、時間との勝負ですよ。

委員 そうですね。

委員 これ、だって私、麻酔科指導医と救急専門医ですけども、私らでも判断非常に難しいですよ。だから前は大丈夫だったから、悪いことは何もなくて、ちょっといいかなと油断すると、一気に悪くあったことがありますよ。分の単位で。

委員 先生、役人が考えると、結局今回の改正というのはこれこれだ、つまりアナフィラキシーショックで生命の危険な状態にあって処方されている人に打っていいよと言っているだけであって、打ち方まで書いてあるわけじゃないんです。そこが悩ましいと言っているだけなんです。だからおっしゃるように、これが要件にすればどんどん悪くなるんだと。だからそいつはもう当然命に危険なんだというふうに考えるというのも1つの考えですよ。ただ、僕がやっぱりそこら辺は

石橋をたたいて渡りたいわけですよ。特に成人だったら僕はそんなに気にしません。打つか打たないかと本人に聞けばいいわけですよ。余りそういうことはないと思いますけどね。119番へかけてきて。大体打っていると思いますよ。皆さんもおっしゃっているように。ただ例外もあるからそこだけは確認しておく。ただ、子供なんですよ。特に未成年をどうするかということなんです。これはもう我々だって随分神経使って、いろいろやっぱり現場では対応せざるを得ないのが現実ですからね。

だから多分言うでしょうね、救急隊は。「いや、今打たないと、どんどん悪くなる可能性があります。打たれた方がいいのでは」と。これは言うと思うんです。そういうふうなことを、特に学校という環境の中で起こった場合には、1つ解決策がありますよね。親御さんだって打てと言っていますからどうぞと、こういう話になるんだけど、そうじゃない場合だけどうするかですね。

要件的にはわかるんですよ。特に生前での処置というのは、今回初めてじゃないですか。今までケースないですよ。

座長 子供どうでしょうかね。僕は余り、子供のほうがむしろ問題ないのかなと思っていたので、ご本人が打てない状況というのは子供だから、特にこれ僕の理解では学校がターゲットだったんですけれども、ただ、学校じゃないところ、公園で遊んでいた子供がハチに刺されたとかというような場合を想定すれば、確かに親を探し出して許可をもらわなきゃならないというのも、ああそういうこともあるのかなという気がいたしますけどね。そのとき先生方、いかがでしょうか。

委員 エピペンを医者が処方するという事は、緊急時には使ってちょうだいということですから。

座長 そうですよ。

委員 だから、そのときにどうなるかという、本人が絶対嫌だと言い張っていれば、それは僕ら、医者だってやらんですわ。だけど、嫌だって言ってる元気があるときはいいので、今話題になっているのは想定する状況がそういう状況じゃないわけですから。だから、それは大人も子供も同じで、絶対嫌だと言い張っていればやりませんか、救急隊員だって、医者だって。同じじゃないでしょうかね。私そんなに違わないと思っているんですけども。2歳とか1歳とかの赤ん坊だとちょっとややこしくなりますけれども、そうじゃなくて、これはあれでしょう。

5歳以上とか、そういうところを想定しているわけでしょう。

委員 まあそうですね。体重15キロ以上。

委員 学童ですからね。

委員 15キロ以上というのが処方されるわけですか。

委員 ただ、幼稚園児ぐらいまでは入ってきますよ。

委員 だからそういう幼稚園児にしたって、今はやっぱり医者はちゃんと本人に言ってからになっていますからね。本人が絶対嫌だと言い張っていればやりません。

委員 医師が処方して、なおかつ本人がそうやって親が持たせているという状況は、基本的にいつでもそれが使うべきという形の認識というように考えて、もちろんいいと思います。

委員 だけど大人と同じで、本人が嫌だと言い張っていれば、それは尊重するわけですから。同じだと思いますよ。それで言えなくなってきたらこれはいかんということやるわけでしょう。

事務局 ただ幼稚園生に対しては、本人が注射が嫌だと言っているときは打てなくて、本人の意識がパッとなくなったら打てるということになると。

委員 実際現場で、僕ら病院の医療の、医者現場でもそうだと思いますよ。5歳ぐらい、5歳より上かな。とにかく本人に同意をとらんと注射1本しちゃいかんということになっていますからね。そうでしょう、実際。

委員 いや、アナフィラキシーのときとかだったら、もうやっちゃいますけどね。

委員 いや、だから、それは現場としては、絶対嫌だと言っているやつを押さえつけてやるのは、もし大人でそうするのであれば、子供でも大人と同じでいいと思いますけどね。

座長 だからこそこういう基準ができればそれが担保になるということ。

委員 僕は大人も子供も一緒にいいと思います。もちろんシンプルなほうがいいでしょう。現場側は、とにかく。何歳かもわからないんだから。

委員 ただどちらにしても、多分どこの地域でも同じだと思いますけれども、親を探しますよね。このまま手をこまねくということはない。だから逆なんですよ、そういう状況になったときに。我々はできるということが、逆に言うと、例えば子供が打たないと言ったときには、逆の作用をするんですよ。できることをなぜやらなかったかという不作為の話になってくると。そうなってくると、お子さんは

こんなに言い張っているんだけれども、どうなさいますかということをやらざるを得ないんです。この逆ですね、今度は。

座長 子供が嫌だと言っているということですね。

委員 そう言っている間に搬送しちゃいますよね。

委員 そこなんですよ、先生方。

委員 実際上できるオプションはあるから、それでいいじゃないですか。

委員 だから、どちらにしてもさっきから言っているように、今回は初めてなんですよ、こういうのは。であるから、その辺でプロトコールが反映してくるだろうなということだと思いますね。

座長 事務局、今のことを踏まえて。

事務局 いや、同じだとどうかな。

座長 このバイタルサインの急激な悪化というのは、どうも余り皆さんの評価が。

事務局 いや、それはもうあくまでもたたき台です。

委員 済みません。搬送も5歳の子供が嫌だと言っていて、親がいなかったら搬送します？

委員 搬送しようと。病院に行こうよといったら嫌だと。

委員 嫌だと本人は言っていると。親はいないと。

委員 これはやっぱり親に電話します。

委員 これ探しますでしょう。搬送する前に探しますでしょう。

委員 同じですよ。

委員 同じでしょう。それで意識が薄れてきたら搬送しますでしょう。同じじゃないですか。大人でも同じだと思う。

委員 だから結局そこが、先生さっきから言っているように、打てるからできるというようなもんじゃないところなんです。そこが悩ましいところだという話をしているわけです。

委員 それは僕大人も同じだと思いますよ。もちろん同じですよ。ただ、子供の場合はもっとやっぱりあれですよ。本人の意思とは違いますから。だって我々、搬送拒否なんていうのは子供からもらったって意味ないと言われちゃいますから。

委員 いや、でも今の流れは子供でもちゃんと同意を得てやりましょうというのが基本、緊急のとき以外はね。というのが僕ら医療の現場でも同じことですからね。

委員 　ただ僕らは、同意を得たといっているけれども、子供だろうと。未成年の同意じゃないだろう、保護者の同意だろうというのが出てくるんですよ、必ず。そこなんです。だからそのところをプロトコルで反映させておかないと。

座長 　事務局、それを考慮してぜひ、現場、使われる方々のご意見ですので。

委員 　意思の確認でしょう。

委員 　そうです。

委員 　だからその本人の意思の確認というのをプロトコルに入れると。

委員 　ということでしょうね。

委員 　そうですね。

委員 　あとはどうそれを担保するかということだ。きょうは文部科学省の人に話そうかなと思ったのは、学校の中でどうしてるかというところは、今先生からお聞きしたので大体わかりましたけれどもね。だから、これ協力してもらわなきゃいけないんです、逆に。つまりそういう状況の中で我々が呼ばれるということがあるならば、じゃあ学校のほうでそういうふうにやってくださいと。これは老人福祉施設も全く同じなんです。我々だって呼ばれるわけですから、容体急変のときに。そのときに協力する病院はどこですかとかと同じようなたぐいですよね。なるべくそういうのを手続的に簡便にしていっていただいたほうが、我々としては助かるなど。いいパートナーだなと思っています。そういう意味じゃあ。

委員 　取り組みガイドラインの中では一応そういう形に全部なっているのですね。緊急搬送先病院と、あと保護者の連絡先と、すべてアナフィラキシーの方に関しては、書く欄を全部設けてあります。ですから、医師からの診断書で危険、アナフィラキシーという方は、全部そのところが埋まってきます。学校側としてもその子供がアナフィラキシーがあってというような状況でお預かりしているお子さんに関しては、そういう情報まで共有できているというのが一応理想なんですけどね。

委員 　それだったらありがたいですよ。何の手間も要らないですよ。はっきり言って。

委員 　ええ。

委員 　そうすると今は多分、この8ページの（3）の実施体制の構築についてというところで、実施体制ということを私たちこれ、病院前のことでプロトコルの

策定、オンライン、事後検証及び教育体制と普通言っているんですけども、このところに、例えば子供みたいな意思がよく確認がしがたいということについては、事前に文部科学省から出ているような通知に基づいて、そういう地域体制をつくっておく必要があるとか、そういう一文が入っていると、ここはまとまる。

委員 ええ。いいんじゃないですかね。情報の提供云々というのはそういうような体制をつくっておいたほうが、地域としてはうまくいくということを書いていただいたほうがいいんじゃないですかね。

委員 ただ、その学校の取り組みのことなんですけれども、東京都ではかなりやっているんですね。ところが地方に行くときまだ全然始まってなかったりとかということも、都市と地方格差がありまして、日本全国で同じレベルで出てきているかという、そういうわけではないです。

委員 いずれにしても、よく救急というのは社会資本を全部結集しないとできないというのと全く同じですよ。こちらだけ悪戦苦闘したってしょうがないんです。

委員 出発点の情報が正しければ、おそらくほとんど間違いなく対応できると思うんですね。

委員 そう。

座長 学校の中での対応ということは今議論になっておりまして、子供さんの場合の親御さんにかわっての救命士の投与のときの問題を今、かなり議論になっていたところがございます。今委員が学校の中でのお話を大分していただいたところがございますけれども、9ページのところの実施体制の構築についてというところで、委員でしたか、この中に書いていただければどうだということですね、

委員 そうですね。

座長 学校の中での対応、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

よろしゅうございますか。事務局、ぜひ後ほどでもご連絡をとっていただいて。

委員 その上の体制のことにとプロトコール表ということとは、またちょっと別になると思うんです。別というか、それを踏まえてのプロトコール表ということが必要になってくるということですね。嫌だと言っても、だからまさに危ないという状況のときには、嫌だと言っても打ちましようという、その話なんです。だから嫌だと言っても打つというところの判断はどこですかというのが、そのプロトコール表に私はなると思っていますね。表1になると思っています。

委員 嫌だったら打てないんじゃないですか。嫌だというやつを無理やり打つというわけにはいかないじゃないですか。

委員 打たない？

委員 ちょっとそれは無理だと思います。

委員 いやいや、この検討会でそういう結論になるんなら検討会の結論には従いますけれど、私は反対ですね。医学的に見て、アナフィラキシーで子供が、まさに子供が嫌だと言っている子供の意思というのは、要するに注射が嫌だから嫌だと言っているのと、例えば同じだというふうな感覚かもしれないし。

事務局 輸血が嫌だと言っている子に輸血ができないのと、それは一緒じゃないですか。医療機関の中でも。

委員 僕はやっぱり大人と子供はそこは同じに考えるべきだと思いますけどね。大人は自分で嫌だという人には打てないわけでしょう。

委員 打てませんよね。

委員 子供が嫌だと言ったときに、ということはめったにないと思うんだけど、でも、そうしたらなぜエピペンをもともと処方されているんですかって、またそのそもそも論に戻っていくでしょう。

委員 だから先ほどから言っているように今回の改正は、打てますよと言っているだけの話なんですよ。どう打つかということは言っていないわけです。そのどう打つかというのが実務としては出てきちゃう話なんですよね。で今、その繰り返しですけれども、少なくとも大人が私は打たないと言っている人間に、打てるのにですよ。打てるのに打てない、打たないと言っている人間には打てないだろうなと。だけど子供は悩ましいですよ。

委員 でも例えば極端な話、打たないと言っていた人に対して打たないという判断をして、大人にしても子供にしても、そのまま亡くなったというような事例が発生したらどうなるのでしょうか。

委員 そこですね。我々はどうするかというと、実務としてはサインしてもらえないですよ。

委員 そこはほら医療の、医者の方々の現場でもすごくもめるところだから、僕は救命士の現場のはシンプルにしたほうがいいと思いますよ。さっきからそれで大人と子供も同じだと強調しているつもりなんですけれども。いろいろ非常にそこ難

しいところでしょう。輸血の話に関しては、僕の理解では子供はやってもいいと。救命優先だと。

事務局 救命しなきゃいけないような状況であれば。

委員 たとえ親が反対してもね。やってもいいというのが。

事務局 今回の場合難しいのは、皮膚症状で蕁麻疹ぼいのしか出ていないようなときにそこまでやっていいのかと。医学的にはやったほうがいいでしょうけどという話のときに、果たして何でやったんだといって訴訟になったとき、何でなんですかという。訴訟は別にしても。

委員 早くやらないと、本人が嫌がったときにということでしょう。そこが微妙だと思っうんですよ。早くやるというのは絶対賛成です。大事だし、皆さんもいいと思っうんですけどね。本人が嫌と言ったときは。

委員 冷静に考えるとぐったりしたらやっちゃうんですけどね。

委員 でしょう。だから、先ほどから

委員 だけどその前に嫌だと言われていたら、それはやっぱり頭に残りますから、ずっと。運ぶしかないんです。

委員 それとこれとは違うのではないのでしょうか。意識がはっきりした人が嫌だと言った場合は嫌でしょうけれども、救命しなければならぬものは救命しなければならぬわけですから。

委員 ありますか。

委員 大人でもそうでしょう。大人でも嫌だと言った人はぐったりしてきたら打ちませんか。

委員 だって、さっきも先生、話したじゃありませんか。救命を拒否する人だっているんですから。それでも救命センターに搬送しなければいけません。

委員 それはでも、もともとエピペンを持っているということ前提だから。

委員 ちょっと待って。話がこんがらがっちゃったけれども。

事務局 事前に輸血が嫌だと言った人が言ったというのが残っている人に対して、大人であつても先生が院内で輸血するかという話と一緒に思っうんです。

委員 そうそう。そういうことです。

委員 エピペンを持っているという前提の話じゃないですか。

事務局 もちろんそれはそうですけれども。

委員 でしょう。そういう人がエピペン要らんってエピペン捨てるわけですよ。処方要らんと返してくるわけじゃないですか。

委員 そうそう。先生には前話しましたが。

委員 エピペンがあるという前提の話をしているわけですから。

事務局 あるということは、それは救ってほしいということですね。

委員 基本的にね。

委員 基本的に。

事務局 だから子供が問題だということにまた戻るといことですよ。本人の意思と保護者の意思と。

委員 そうそう、そういうことです。

委員 それはさっきも言った、医者現場でも非常にそこは悩ましいところなんで、僕ら救命現場に、大人と子供は違うとか、じゃあ何歳で違うのかとか、この子何歳とかいう話になるじゃないですか。僕はシンプルにしたほうが良いと思いますけどね。

座長 いかがでしょう。私もそう思いますけれども、でも、ここがご意見がまとまらないとちょっと困りますけれども、これはそろそろ時間です。ただ、1つ押さえておかなければいけないのは、ちらっと今出たんですけども、この中等度のところで、医学的には問題ないということであれば、これはこのままで私はいいと思いますけれども、その辺はご異存ないでしょうか。

委員 私もないです。

座長 大丈夫ですね。

委員 打つということについてはおっしゃるとおりだと思います。ただ、今回は初めなんですよ。先ほど言ったように自分の意思がある程度確認できるというところの中で踏み込んでいる部分があるなら、そこで出てくるやつをプロトコル上どう反映するかということと、それからどういうふうにMCとしては支えていくかという部分とがあるんじゃないかなと。

座長 事務局、よろしいですか。それは。

事務局 とりあえず同意をとるといこと、そして打てない状況だというのが前提としてあるんだといことは年表にまとめて、またご意見を伺いたいと思います。それで、ほかにも少し法的に整理するようなことがあるかどうかは、少しこちらの

ほうでも検討しまして、また委員の皆様方にもご相談させていただいた上で、最終的には座長にご相談をして、取りまとめをしていきたいと思っております。そういうことでよろしいでしょうか。

座長 はい、ありがとうございます。よろしいでしょうか。大変時間切れ切れで申しわけありませんけれども、ここらあたりで。室長、いかがで。よろしゅうございますでしょうか。

事務局 最後の同意の問題とか、論点がちょっとまだ固まっていないところがあると思いますので、私どもでちょっと原案をつくってご相談して、まとめていただければというふうに思いますけれども。

座長 じゃあ、ありがとうございます。大変申しわけございませんけれども、まだしばらく時間いただきまして、おまとめいただいたものを皆様にご討議いただく。これは……。

事務局 先生方にはメール等でまたご相談なり、あるいはお電話なりとさせていただくことになるかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

座長 はい。どうもありがとうございます。

座長 どうもありがとうございました。

— 了 —