

第1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6月15日（月） 14時00分～16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、大友委員、郡山委員、阪井委員、(代)永井
野口宏委員
オブザーバー：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
- (2) その他

V 会議経過

- | | |
|-----|---|
| 事務局 | <p>ただいまから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。</p> <p>本日の司会進行は救急企画室救急専門官を拝命しております、私が進めさせていただきます。よろしくお願いいたします。</p> <p>まず座長の選出でございますが、事務局からの提案といたしまして、昨年度も厚生労働科学研究などでエピペン問題に取り組んでこられました委員にお願いしたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。</p> <p style="text-align: center;">（「異議なし」 拍手）</p> <p>では、よろしくお願いいたします。</p> |
| 座長 | <p>ただいま座長の指名をいただきました。一言ごあいさつさせていただきます。</p> <p>昨年、19年度の厚生労働科学研究のほうで、関連することをまとめさせていただきました。現在、厚生科研のほうで救急救命士の業務拡大に関しての分担研究者として検討させていただいているところでございます。</p> <p>昨年私どもは、この中の委員に大変なご協力をいただいて、報告書を出させていただきましたけども、今もお話のございましたように、いろんな事情もありまして、短い時間に結論を出せということで研究書を出させていただきましたが、我々としては誠心誠意、大変立派なものをつくったとご報告させていただいたと自負しておりましたけども、若干、現場では少しばかりの混乱があるのかなとい</p> |

うようなことをうわさ的には聞いており、私も感じております。

そういう意味で、この責任をとれということで座長をお願いされたのか、などと思っておりますけども、でも大変これは意義のあることではないかと考えておりますので、ぜひ委員の皆様方のご議論をいただきまして、それなりの報告ができるような、結論が出るようなことにご協力いただければと思っています。よろしくお願いいたします。

事務局 では、座長、以降の議事進行をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

座長 それでは、議事を進めさせていただきたいと思います。

まず、事務局から資料の確認をお願いいたします。

事務局 資料の確認をさせていただきます。議事次第、開催要綱、構成員名簿、座席表となります。

資料１は「『救急救命処置の範囲等について』の一部改正について」という通知になっております。資料２は「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」、資料２の一部として別紙１、「用語の解説」、資料３は委員提出資料です。

参考資料として、平成１９年度の委員の研究、厚生労働科学研究費補助金事業「救急救命士による救急救命処置に関する研究」資料の一式文部科学省からの通知を参考資料として配布しております。委員に限り消防庁として集めました、既に地域のメディカルコントロール協議会などで取り組んでつくられておりますプロトコール等を配布させていただいております。

委員から１部、資料が追加になっております。以上、資料につきまして、不足がありましたら事務局のほうまでお申しつけいただければと思います。よろしくお願いいたします。よろしいでしょうか

一応、ここでカメラ等の撮影は終了とさせていただきたいと思います。ご了承ください。

座長 それでは、議題に入っていきたいと思います。まず、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、事務局からご説明いただきます。よろしくお願いいたします。

事務局 ご説明させていただきます。資料１のほうをご準備いただければと思います。

こちらは、消防庁救急企画室より3月4日に出した通知になりますが、通知の本文の前段にございますように、これは厚生労働省のほうより3月2日付で出た通知を受けて発出したものになります。

概要的なものは記以降になりますけれども、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について、あらかじめ自己注射が可能なエピネフリン製剤が処方されている場合には、救急救命士が打てることになりました。このことは薬剤投与が認められている救急救命士というわけではなくて、救急救命士全般の方が可能になったということについてお知らせしております。

救急救命士が今回打てるようになったということを踏まえて、救急救命士、あるいは消防機関の組織として、今メディカルコントロール協議会で使用方法について議論するといったようなことですか、使用をきちんとできるように体制の確保に努めてくださいといった内容になっております。

2枚目ですけれども、注意事項がその後は載っておりまして、体重や既往歴等に応じて使用量が変わることがありますので、この時点、3月4日時点での通知としましては、原則として本人に処方されているエピネフリン、エピペンを使ってくださいという形になっております。

ただし、エピペンを携帯しているだけで、それが医師から本人に処方されているかどうかはわからないという確認のしようがないものについては、厚生労働省通知をそのまま咀嚼して書いたものになりますけれども、処方されているということで扱って差しつかえないということになっております。

次にエピネフリン、エピペンを使った場合には、医療機関の医師等に報告するという形になっております。

その後は、別添で、厚生労働省からの通知がついておりまして、特にエピペンの薬の注意添付文書なども全部ついております。参考としてごらんいただければと思いますが、こういった厚生労働省の通知によって、救急救命処置の範囲、救急救命士さんに認められている範囲が改正されることによりまして、正式に救急救命士さんがエピペンを使えるようになったという状況でございます。

その上で、資料2をごらんいただければと思います。

資料2は、構成といたしまして、3つの構成からなっておりまして、最初から9項目で実態をまとめたものが一番上の資料になりまして、次のセットの資料が

「エピペンの実施手順」という形になっております。そして、最後に「用語の解説」という資料をつけておりますので、用語について、エピペンって何だろうというようなことがある場合には、用語の解説をごらんいただきながら資料を見ていただければと思います。

では、資料2の最初のページから行きたいと思います。9項目に分けて状況を整理いたしました。この整理の仕方は、救急隊がどういう流れでこのエピネフリンと向き合っていくかということで整理しております。

1番目、現状についてです。

厚生労働省通知、あるいは消防庁からの通知を受けまして、既に地域のメディカルコントロール協議会等によってはエピペンに関するプロトコール等を策定しているところがございます。

しかしながら、丸の2つ目ですけれども、全国的にはそうっていない地域もあるということがございますので、エピペンをきちんと活用できる体制を整備する必要があるだろうということで、今回の検討会を開催させていただいております。

2番目、119番のところから始まりがちですが、その前に事前の体制といたしまして、消防機関と教育機関、エピペンを処方されている児童がいるような場合、学校のほうから消防機関と教育機関とで情報共有を図って、「エピペンを学校で保管しています」といった話も事前に情報共有を図っておく必要があるのではないかとということで、一つの検討事項として挙げさせていただいております。

3番目、投与可能な場合についてということで書いておりますが、エピペンを処方されている者が、アナフィラキシーショックで、生命が危険な状態にある場合です。ただし、この3番目は検討事項というよりも、厚生労働省さんからの通知によって決定事項という認識でいただければと思います。

4番目、119番通報時の対応についてということで、119番通報時に、口頭指導という形で、そのバイスタンダー、周辺にいる家族ですとか、周りにいる方に対して、消防のほうから「こういうことをやったほうがいいですよ」といったアドバイスもできるのではないかとということで、一つの課題として載せさせていただいております。

5、6、7番目につきましては、その後の8番のプロトコールなどにもつながっ

ていきますが、観察・応急処置について、あるいは聴取すべき事項について、実施者についてそれぞれ検討すべきであろうということで載せております。

5 番目、観察・応急処置についてですが、意識・気道・呼吸・循環・全身状態の観察をする。これは一般的な観察ですけれども、気道浮腫に注意し、必要に応じて気道確保及び酸素投与を行う。エピペンだけではなく、観察・応急処置も手順として踏むべきということを明らかにすべきではないかということで載せております。

聴取事項ということで、エピペンの処方、アレルギー、抗原と接触した可能性、接触したその時刻を確認しまして、既往歴ですとか、エピペンの使用の有無、所持、処方された医療機関といったものを聴取しなければならない事項なのではと、挙げさせていただいております。実施者についてですが、本人、家族から依頼された場合等について、エピペンの実施者について、本人がやるのか、家族がやるのか、について、また文部科学省からの通知を一番後ろに追加資料としてつけさせていただいておりますが、学校の先生などもやることについては、やってよいというよりもやることについては問題がないといった趣旨でガイドラインが、こういった本になったものなのですから、誰がやるのかといったこともある程度交通整理をする必要があるだろうと考えております。

8 番目ですが、プロトコール等についてということで、別紙 1 に「エピペンの実施手順」ということでまとめておりますし、資料 3 で、委員より提出いただいた資料がございますので、後ほど説明をお願いしたいと思います。

その他ですけれども、オンラインメディカルコントロールの必要性の有無。これは実際にどこまで救急隊が携帯するかということですか、どこまで判断を救急隊でやっていいのかということと関係いたしますが、電話がかかってきて、医者の方で、「それは実施していい、悪い」といったものをどこまでするのか、あるいはオートマチックで全部やるようにという形にするのかというのが 1 つの争点だと思っております。

特に消防機関として注意すべき事項として 2 つあるだろうということで、リキヤップの問題です。エピペンをご存じのない方もいらっしゃるかもしれませんが、エピペンを刺した後に、本人さんの場合ですと、リキヤップを、こうやって針先をつぶして医療機関のほうに持っていくことになっていますが、リキヤップ

をするとき、自分で自分を刺したところで問題はないですけど、救急隊員が刺すというのはさすがに問題だと思っていますので、手順としては、ハザードボックスにそのまま捨てるという形になろうかと思いますが、これは一般の方たち向けの説明と変わってきますので、そこはしっかり、「当たり前じゃないか」という話ではあるかもしれませんが、混乱がないように連絡、情報発信をしていかなければいけないと思っています。

あとは、エピペンの持ち方ですが、このエピペントレーナーですけども、安全弁を外した後、間違って反対のほうをどんと打ちますと自分の手を刺すということになりますので、きちんと親指を立てないでやるといったことも再三しつこいぐらいに言わないといけないのかと考えております。ほかにも先生方のほうから、「これは注意したほうがいいよ」、「医療従事者もここには結構気をつけておかないと危ない」といったような話があれば、ぜひいただきたいと思います。

そして、別紙1でございます。別紙1、「エピペンの実施手順」と書いておりますが、「実施手順例」と書いたほうが正しいかもしれません。消防庁でこういった一連の動きを受けまして、4月21日に各担当、各消防本部に対して、プロトコールなどをつくっていただければという事で事前に収集いたしました。

全体の流れから行きたいと思います。次のページをごらんいただきまして、アナフィラキシーショック状態の考え方、そして5番目、応急処置、6番目、聴取事項、7番目、エピペン投与の注意事項。そして8番目、エピペン使用時の確認事項。9番目、エピペン使用後の対応。10番目、その他という形でまとめております。最後に、救急隊が動くときに一番動きやすいといいますか、これまでのいろんな処置をするときに流れになる際には、プロトコールという形で手順書を提示しておりまして、イメージといたしまして事務局で出させていただきましたプロトコールは、基本となるプロトコール例という形で、このプロトコール例をもって、各地域のメディカルコントロール協議会などでモディファイして使っていくことになろうかと考えております。基本骨格を検討会の中で提示していくというイメージでおります。

一応、このプロトコールとしましては、状況評価から始まって、初期評価、応急処置を実施後、全身観察、必要であればエピペンの投与も行うというフローチ

	ャートにしておりますが、オンラインメディカルコントロールのところなどは、一応このプロトコールの中をシンプルにするために書いておりません。ただ、地域によっては、実際のエピネフリン投与の前にオンラインコントロールということで、医師に必ず確認して、医師が「いいよ」と言ったら投与するといった体制を組んでいる地域もあります。それぞれの実施手順につきましては議論の中でご説明させていただきたいと思いますので、現時点での事務局からの説明ということになりますと、以上ということにさせていただきたいと思います。
座長	ありがとうございます。今のようなご説明でございまして、これを踏まえて、ただいまからご意見、あるいはご議論を進めていきたいと思います。よろしくお願いいたします。 主に資料2の9項目にわたって説明いただいたことを中心に、もちろんそれ以外でも結構で、その他がございまして9項目と言って差し支えないと思いますけども、これを踏まえまして、委員の皆様方からご意見をいただきたいと思います。ご自由に発言いただければと思います、よろしくお願いいたします。 基本となるポイントとしてご提示いただいていますのが、プロトコールの例を作成する。特にオンラインについてですが、包括指示が入っているプロトコールがかなりあるようでございますので、そうなりますと、いわゆるAEDと同じ扱いかなということになりますとちょっと違和感があるのかなという感想を持っていますけども、この辺のところからまず始めていただければと思います。よろしくお願いいたします。 委員、いかがでしょうか。先生には後ほど、先生の資料をご説明いただきます。
委員	1つ確認です。実は厚生労働科学研究の報告書をつくったときには、包括的指示のもとで、ではなくて、オンラインでの指示を大前提とするということでつくったんですけれども、通知としては包括的指示となっているという状況ということですのでよろしいでしょうか。確認事項としては。もし通知が出ているなら、今さら変えられないですね。
オブ	そうですね、一応包括指示という形でしているのですが、包括指示でも医師のオンラインコントロールで指示を仰いでいけないことはないということなので、その辺はちょっと明記しておりません。
委員	だから包括的指示を行うことも可能にしているという、幅広にして、それで細

	かいことについてはもちろんオンラインとすること、これはもう日常のMCと同じ考えですよということですよ。
オブ	ええ。
委員	ありがとうございます。
座長	ありがとうございます。プロトコールに関しましては、後で委員のご意見を伺いながら、それを中心にご議論いただくということでございます。もちろん、その中に含まれると思いますけども、特にそもそもの議論は、どうも学校での低学年の方に対してご家族といいますか、その方が帯同できない場合にということところが実例として挙げられて、国会のほうで問題になったということなどが挙がっていますけれども、そういうことで、まずは学校との連絡体制とか、その辺のところをご意見。どうぞ、委員、お願いいたします。
委員	学校の対応にも関係していたので、先ほどの教育現場での優先順位をどうするかということですが、文部科学省の学校保健会から出された取り組みガイドラインの中では、基本的に、業務としてはもちろん医師法に触れるので、養護教諭、学校関係者が打つということに関して業務としてはノーですね。あくまでも緊急避難という扱いで、打っても罪には問われないという位置づけです。ですから、救急要請があつて、低学年の子供が自分で注射ができないような子供の場合ですと、多分救急救命士の方が使えるということになれば、当然そちら側が優先されるのかなと思います。 学校で今、どうなのかということに関しては、結構混乱は大きくて、昨年5月に取り組みガイドラインと指導管理表というのが学校保健会から出たのですが、実際にエピペンを養護教諭が打ったという例も出ていまして、愛知県の養護教諭の方が使つて、効果が非常にあったという報告は受けています。 ただ、アナフィラキシーとか、そういう専門的な症状の把握とかいったこと自体をまず学校関係者の方にはきちんとできるようになってほしいというところが第一優先なのです。ところが、エピペンを打つ、打たないとかという方向にばかりどうも、自分の業務と関連して、あるいは学校の責任問題とかと関連して、そういう話のほうにどうしてもなりますので、それで多分、そこら辺が国会でも上がったのかなと思うのです。 ですから、優先順位としては、救急車の要請があつた場合には、救急救命士の

	方がやっていただくというほうがきっと順位としては無難かなと思います。
座長	いかがでしょう。委員からのご発言でございますけども。
委員	その件は、4番の119番通報時の口頭指導とも関係するのかなと思って今、聞いておりました。つまり、正しくアナフィラキシーショックだろうということ を認識してからでないと、エピネフリン注射は危険なところもありますので、プロ トコールを理解している救急救命士が電話で状況を聞きながら、まだ自分たち が到着するまで大分時間がかかるというときには、教諭の方に打っていただくとい うことも指導できるようになるんじゃないかなと思います。もちろん現場、そ の場に救急救命士さんがいれば、救急救命士さんが先に打つのは当然だろうと思 うし、それでよろしいのではないかと思います。
座長	その辺はいかがでしょう。そうなりますと、指令台がそういう指示を出すの か、いわゆる口頭指示です。心肺停止に関しましてはかなり制度としてはでき上 がっていると思っていますので、その中にエピペン持参者に対する対応の仕方 を、指令の段階で、口頭指示の中に入れるという意味ですね、先生。
委員	はい。
座長	もしくは、救急救命士にかわって、救急救命士が救急車の中から指示するとい うことも考えられますよね。この辺、少しご検討いただければと思いますけど。 どうぞ。
委員	後でまた提示いたしますけれども、今、そもそも論として、学校の先生が打っ たときには緊急避難として罪に問わないという位置づけだというお話だったの ですが、練習するということは、反復継続の意思を持っているということですよ ね。もし、練習もせずに「打ちなさい」というのであれば、これは突拍子もない 話で、一応事前にアナフィラキシーショックはどんな症状かということはわかっ て、エピペンについて練習しなさいということを安全上は多分言わなきゃいけな いと思うのです。この場合は反復継続の意思はありとなるわけです。そうすると、 それは業として成り立ちますから、緊急避難行為には当たらないというのが本来 の法解釈のはずだと思うのです。 なので、ちょっとそこのところ、ここで議論するまではないのでしょうけれど、 それはおかしいのではないかなというのがまず1点あります。というのは、その 上でないと、例えば学校の先生に使わせようかというときに、私の考えでは、こ

れと同じプロトコルを持っておけば、学校の先生でもできるだろうと、そっちのほうがより安全にできるのだろうと思うのです。その救急救命士と同じもの、要するに、「その症状が何ですか」ということを、表を見ながらすぐに確認できるというようなシステムにしておけば簡単に使えるわけですから、そういうみんなが同じものを持って、共通概念にするものをつくってしまうのが、子供たちをはじめ山林業者にとっても一番いい結果を生むのではないかなと思います。

委員 先生、同じ症状を書いてあっても、その意図、意味するところとか、患者さんの様態を観察する能力はやっぱり一般の教員ではわからないのではないですか。そういうことをちゃんと、患者の観察方法について勉強している救急救命士さん、ふだんからそういうことをやっている救急救命士さんだからわかるというところがあるのではないですか。

委員 もちろんそうですね。だから、ただ、順位を、例えば救急救命士、先生、何とかと厳格に決めると、そうはいかないですよ。

委員 法に触れるかもとか。

委員 つまり、アナフィラキシーの患者に、エピペンを使うということは、年間たった60人です。心筋梗塞で亡くなる患者はもっといるわけです。それに対して、なぜこれを実施するかというと、極めて発症が早くて、あっという間に悪くなる、致死的になる。しかも、それがたかだかエピペン1本ぐらいで劇的によくなるというところがポイントなわけですよ。だから、早く打ちましょと実施するわけですから、時間の観念が私は一番大事だと思うのです。

なので、ここで順番とか、「ほんとうに持っているのですか」というような確認をあまり前にやると、大前提としてのエピペンの使用の意義がおろそかにされてしまって、大事なものを失うような気がするのです。だから先生のおっしゃるとおりで、だからこそ救急救命士ができるという位置づけにも必要だし、だからこそ私は学校の先生に対しても一定の教育をやっぱこの機会にすべきじゃないかと思うのです。それで、後でお配りしたのが、その教育媒体も一緒につくっていったというお話です。

委員 ただ、そうやって練習させると、もしくは事前にやり方を学ばせるということは、業としてやることになるのではないかという先生の最初の、冒頭の、法に触れるんじゃないかという話と……。

委員 いえいえ、業としてやって一向に構わないのだと私は思っています。

委員 もうそういうふうに解釈して、ですね。

委員 はい。むしろ緊急避難だというようなことを言っている、もしそれがほんとうであれば、その方法が、うまく進まないという理由だろうと私は言いたいんです。

委員 ちょっといいですか。話の途中で。根本がわかっていないのですが、僕は親に処方しますよね。委員なんかも多くしている。それで、そういうときに、例えばお父さんとかには教えるわけですか。あるいは家族は使う、家族とかほかの兄弟なんかもいますよね。家で、家庭で使う場合を想定した場合に、そういう人が使うことも可能なのですか。

委員 DVDとかビデオとかの教育資料があるので、希望される方にはそれもお貸しして、学校関係者とか父親とか、関係する方々への教育を希望される方もいます。それがすべてではない。

委員 その辺が極めて、先生がさっき言ったみたいになっちゃうわけですね。そうしますと、どこまでを緊急避難で許すのか、どこまでをその子の守り部隊として業としてでもやるみたいな感じにするのかがはっきりしていないわけですね。

委員 学校の取り組みガイドラインをつくったときは、厚生労働省と、あと文部科学省と、あと法務省が、文部科学省に出向していた厚生労働省の医系の技官が中心になって見解を取りまとめたのです。で、一応緊急避難という位置づけでその場は解決したという扱いになっているのです。ですから、それを「そうじゃない」と言ってしまうと、その根本が崩れてしまうのですけど。

たとえ前もって練習しておいても、緊急避難と言う。そんな感じですね、今の話を聞くと。

委員 そうです。いや、当然のことながら、知っていないと逆に使えないですね。ただ、その使い方、注射の位置というのは、一般の人たちがエピペンというものを理解するという形の位置づけで通り抜けられるのかなと。

委員 そこで、この議論は多分、今この場ではないと思うのです。だけど、要するに、この場でないということはわかった上で、一言だけ言わせていただければ、結局こういう理解ということで、何もかもがこの国は進んでいるわけですね。責任を持って何をやるということをやらなければいけない時期に来ていると私は思

うんです。たまたまという理解とか、何とかという理解とか。ほんとうにそれでいいのかというのをちょっと言いたい。ここで言いたいのではなくて、明確にしたいと思います。

座長

大変難しいところですけども、委員のおっしゃることは大変よくわかります。私も実は経験があるのですけれども、林間学校へ行くときに、ついて行かれる先生がかわりに打てないということになりますと、その子供さんは行けないんですよ。何の要請があって、私がそういう経験があるかと申しますと、それは、実例はないんですけども、いざというときはヘリコプターの要請をしたいと。ドクターヘリですね。それで林間学校へ行かせたいと。養護教諭の先生からも懇願です。私は承諾しましたが。それから、これは3年も4年も前の話なんですけれども、今はおそらく、その辺は、彼らはどう解釈、解決されているのかは聞いておりませんが、こういうこととかを頭に描きながら今、委員のお話を伺っていると、やはり何らかの順位づけぐらいはしたいなという気も個人的には、私が申し上げていいのか悪いのかはあれですけど、そんな気をしておりましたので、委員、大変おっしゃることはそのとおりでございますが、そこまでやれるかどうかはともかくとして、ある程度のコンセンサスは得たいかなという気がするんです。

委員

アメリカですと、1980年の前半にエピペンが発売されて、1990年前半に学校でのエピペンの使用が実際に業務として行われるようになったのです。業務として行うということはどういうことかということ、保護者と学校関係者が契約を交わすということです。で、契約を交わすというのが、日本では医師法が邪魔になってできないのです。だから、医師法を改正すれば委員のおっしゃっていたことが可能になるのかなと思うのですが、現状、そこを何とかやっていくためには、どうしてもそういう詭弁的な理解というので抜けていかざるを得ないというところがあります。

座長

そうなると、やっぱり緊急避難行為というところの説明になってしまうと。

委員

そうなのです。契約をすれば、当然それは業務ですから。

アメリカはエピペンを持っていないと、食物アレルギーの子は学校に入れないぐらいですね。ワクチンを打っていないのと一緒に。日本からサマースクールに行くような子供たちで食物アレルギーの子が参加するときに、そういう理由でエピペンの処方せざるを得ないですよ。それぐらいアメリカはストリクトなの

です。

座長 ある面では自己責任の部類ですよね。

委員 ええ、だから、だれが打っても何か問題が発生したら、それは問いませんよと
いうことを一文、明文化して、それでアメリカはやっています。

座長 委員、この辺の議論でこの件は終わってよろしいでしょうか。

委員 はい。

座長 もしあれなら事務局、いかがでしょう。今のコメントはございますか。

事務局 それは、今までいろんな場面があったと思いますけど、緊急避難でないとすると、医師法はかかってきますので、どうするかというと、やっぱり法的な手当てということになるのですかね。

委員 いや、医師法にかかるのは、医師でなければ医業をしてはならないですよね。医業というのは、医師の専門性をもってするのでなれば、その安全が担保できないものという定義ですから、医師の専門性を持たなくても一定の担保ができるということであれば、それは医師法からは外れます。

事務局 医師法の解釈の医行為の中から外すということ。

委員 そうです、だからこそAEDが……、要するに本来であればAEDが使われる前までは、除細動器であれば、いろんな問題があって、医師でないと使えないということがあったのですけれども、あの機械を使えば、医師の専門性をあの機械が代行してくれるということだと思うんです。だから、これだってやっぱり同じようにただブチッとするだけですから。その前の観察のところはありますけれども。

事務局 なるほど。

座長 よろしいでしょうか。

委員 そうすると、要するにAEDと同じように一般市民が使ってよろしいというふうになれば問題ないわけですね、先生のおっしゃる……、エピペンを。

委員 そうですね。そうだと思います。

委員 じゃあ、同じような取り扱いにできないんですか。僕も今そう思っていたのですけど。それで……。

委員 多分、この席ではできないでしょうね。

委員 できないけど、でもそんなに大変でも……、AEDができたのだったら。

座長	ただ、AEDは、あくまでも医療関係者を呼ぶことになっていますから。いない前提、それを確認した上での避難行為ですね。だから、これもそういうことで、そうすると、それこそ委員がおっしゃった時間との兼ね合いですね。まだ待てるのならば、まだ余裕があるのであれば、救命士さんにやっていただいて、そちらのほうの優先順位度は高い。ただし、ある時期を過ぎれば、救命士さんが到達するには時間がかかるということであれば、だれかがかわってやると。養護教諭であったり先生がやったり。
委員	「医師もしくは救急救命士などが即座に対応できない場合など」とかいうやつでしょう。文書で書けば。
座長	だから、そこで優先順位というのが。
委員	そうです、僕はそういう文書を書くのが得意です。
座長	事務局、何かよろしいですか。
事務局	消防庁の立場からしますと、今日は東京消防庁からもお越しいただいていますけれど、その辺、ある程度決めておかないと、119番通報が来たときに、「あ、この子は処方されています」と、「わかりました。今から1台出します」という話のときに、「処方されているのなら打ってください」と言っているのか、それともそれは言っちゃいけないのか、「着くまで待ってください」と言わなきゃいけないのか、その辺は少しやっぱちゃんと示しておかないと。それは最終的には現場の判断で急遽というのはあると思うんですが、「打っていいですか」と聞かれることもあるのではと思うのです。
座長	委員どうですか。
委員	まず、2番の事前の体制で、消防機関と教育機関が情報の共有化を図る。ということは、当然学校側で、「この子は、何年何組のだれだれさんは、エピペンを処方されていますよ」と学校がまず覚知している。そうすると、救急車要請する場合には、消防のほうにもお伝えしますよということだと思うのです。ということは、まずは学校の先生の責務として、そういう生徒を受け持っているのであれば、エピペンの使用から何からというのは当然学ぶべきだと思うのです。それが、バイスタンダーで緊急避難的なのかどうなのか、いわゆる緊急避難ということは、学校の先生はその場にいようがバイスタンダーですので、それを例えば「救急救命士、119番を呼んでいるから、いいよ」ということはあり得ないと思う

のです。目の前でこうやっていて、だけど「いいよ、救急救命士呼んでいるから、まずは救急救命士に任せよう」というのは、まず1つはちょっとどうか思っている。

だから、先生はまず学ぶべきだと思うのが1つと、それから2番目は、当然119番通報の段階で、管制員、ディスパッチャーが、6番で言っている聴取項目をある程度は聴取すると思います。東京消防庁の場合だと、出場途上でも6番の項目は聴取します。そうすると、「給食の後ですか」、「はい、そうです」、「どうしたんでしょうか」、「いや、おそばを食べた後です」というのがあれば、それは人工呼吸、心臓マッサージと同じように口頭指導で、症状というよりも、状況の条件がある程度合致すれば、で、「エピペンをお持ちですか」、「持っています」、「じゃあ、先生、打ってください」というふうに当然なと思うんです。ですから、そこで第1順位が、学校の場合でも救急救命士というのは、僕は現実的にちょっとおかしいというか、あり得ないと思います。学校でとなれば。

委員 　だから、口頭指導の段階で、まだ到着まで時間がかかるというのだったら、「打ってください」と言えるだろうし、もう既にいるのだったら救急救命士さんが実施すればよいのではないかなと、この方法でいいのではないかと。

委員 　そうだと思うのです。現場にいてというのであれば別ですけど、通常の学校の体制で、そういう生徒さんを受け持っているというのがあったら、やっぱりちょっときちんと学んでおいてもらいたい。それで、打てる状況をケーススタディーしておいてもらいたいというのは1つで、それは今後の通報時の対応でもそうです。口頭指導でもそうなるので、そこは共通認識を図らないといかんのかなと感じています。

委員 　学校の取り組みガイドラインでは、一応そこを勉強してくれということを鮮明に書いてあるのです。今までは全く無関心に等しかったのです。ですから、それをきちんと学校関係者はやってください、そういう子供が在籍していたら、当然、そういう使い方、適用、アナフィラキシーというものを理解してくださいというのが学校のアレルギーの取り組みガイドラインに書いてあって、それを全国的に今広めようとしているのですけども、これが意外と抵抗があるのですね。それで、僕もいろんなところに行って指導しているんですけど、非常に抵抗が強いのです。

	本来でしたら、委員のおっしゃるとおりですけど、それができていない現状があって、それで多分国会での質問等につながっていったのかなと思うんですけど。何とかそこをそういうものから回避したいという意識が学校関係者は非常に強いのですね。で、エピペンを使うとか、アナフィラキシーということは、現実には学校現場で発生するのはかなりの確率であるのですよ。でも、それがどうしてもなかなか受け入れにくいという現状があります。
委員	だって、BLSすら先生たち全員に教えるのは大変ですよ。北九州市は全員にやっていますけども。組合からは反対が来ます。
座長	私もそれは十分想像できます。そういう局面、地域ではよく認識しております。それも踏まえて、純粋にこのエピペンで救うことができるようにするためのプロトコルなり何なりをここで決めていただきたいと思いますので、それを守るか守らないかは、それより先のことにさせていただくことでよろしいでしょうか。
委員	資料2で、ちょっと細かい話ですが、9のリキャップが危険なので、捨てましょうということでもいいんじゃないかな。
事務局	はい。
委員	ただ、このエピペンの添付文書に、使用方法の絵がかいてあるのです。4ページですか、能書きの。
事務局	厚労労働省の通知についているものですか。
委員	ええ、資料1のこのエピペンの添付文書の、4ページの一番下に、これを使った場合には注射器を提出すること、これは多分、正しく作動したかどうかを確認したのではないかなと思ってこれを読んだのです。だったら、持っていたほうがいいのかと、思うんですけど、どうですか。
事務局	その辺はどうでしょうか。リキャップせずに「これです」と言って見せるというのものがあるかもしれませんが。その辺はまさにご相談だと思っています。この添付文書はあくまで家族と自分……、自分が使うということしか想定していないので、本当にこれは家族の針刺しも考えると、これでいいのかという話はちょっととっておくのですけれど。
委員	傷病者を受け入れる病院の立場からすると、本当に打ったのかどうか、入ったのかどうか、薬剤が入ったのかどうか、確認したくなるのですかね。
委員	というか、これは認可された時点のときから、使用されたエピペンに関しての

	モニターを厚生労働省の薬剤のほうでやっているのです。それで、使った場合には、必ず担当医か、あるいは救急のときにかかった医師のところに出してくださいということをお願いしているのです。それを使用例として実際に今回の報告書を委員のところにあげているのも、そのデータからとっているものです。一応治験をやってこの薬は入ってきていないものですから、厚生労働省からはそれを義務づけられている、そういういきさつがあります。
委員	そうですか。
事務局	では、ちょっとこういうふうに。
委員	リキャップ自体は、いわゆる普通のシリンジ等につける針と違って、そこに収納するだけです。逆にそっちのほう安全ではないかなと僕は思いますけど。
事務局	なるほど。一応救急隊がハザードボックスを車内に持っていますので、なので注射針と同じ扱いをするのであれば、ハザードボックスへばいっと捨てるというやり方があるんですよ。いわゆるビニール袋に入れてとかという話ではないのです。
委員	捨てるというよりも、そのまま持っていけるわけですね。
事務局	持っていけばいいということになるかもしれない……。見てもらうか。ちょっとその辺は、厚生労働省のほうにももう一度確認します。 一応、エピペンの使い方、マイラン製薬さんなんかのホームページにあるものと、外筒を持ってすぽっと入れるという形になっているので、仮にリキャップするにしても、机の上か何かに置いてこういうやり方にするかとか、その辺は少し練らないといけないのかなと思います。その辺の、医者に渡すというところで厚生労働省に確認するのが1点と、あと、おそらく救命救急センターの先生たちはこれを「はい」って持ってこられても、「え、だから？」っていう話にひょっとするとなるのではないかと思います。
委員	いや、残っている量はどのぐらいなのか、見るかどうか。
事務局	残っている量が、やっかいなのが、これはたしか大半が残るのですよね、先生。
委員	中にバイアルが入っているのですね。定量だけ出るような形になっているので、液は残っているのです。
事務局	しかも大半の液量が残っているという話だそうでした、何cc入ったかは、針が出ていたら入っているという整理に……。後ろでマイラン製薬の方がうなずいて

いらっしゃいますけど。

委員 それは間違いありませんね。針が出ていれば、間違いなくその薬液量が入ったと言えますね。

事務局 という整理になるのです。0.3ccですかね。

委員 そういうふうに通常は考えざるを得ないです。

委員 多分、実際に見てもわからないと思います。あと、針はリキャップする前に何かかたいところで折り曲げてというのではないのでしょうか。違いましたか？

委員 そうでした。

事務局 いや、キャップの中にたしか鉛が入っていて……。

委員 前はそうだったのですが、最初的时候は。

委員 僕が最初にやったときはそれで、今は変わったのですか。

委員 中に入れちゃって、それでそのまま。

委員 そうですか。何か前、折り曲げてやるというふうに僕は教わって、そんなふうに教えていましたけど、今は変わったのですね。

(A) 変わりました。

委員 救命士、実際に使わせるという状況であれば、私どもの研修所でやっているときには、やっぱり針はとにかくやったら横のハザードボックスにどんどん捨てていくという教育で統一していますから、これもそのまま捨てるというのが現実的だと思います。ハザードボックスを持って行って、それで救命センターで鑷子か何かでつかんでほんと。

座長 必要ならそれで完全にできると思いますね。

委員 それがやっぱり現実的だろうと思うのです。

委員 処方番号とかを全部モニターしているのです。そこで確認していただければいいと思います。

事務局 だから、そこは確認しておいたほうがいいとか、必要がありますよね。

座長 現場で破棄はない、そういう意味ですね。

事務局 逆に先生、事務局のほうから口を挟んで恐縮なのですが、救命センターの先生たちに、そうやって番号を確認してくださいということをお願いというか、アナウンスしておかないとまた混乱が生じることになりますかね。何ていうのでしょうか、今はおそらく使われても自分で持っていくという話になるんですけど、救急

隊が使って持っていく先は、大抵救命救急センターだったりするものですから、医者の中でもこのエピペン知らない人が結構いるのではないかと思うんですが、その辺はどうでしょう。

座長 その辺はいかがでしょうか。

委員 使われていても、実際に報告がすべて上がってきているわけじゃないです。ですから、報告が漏れているのが相当あると思います。

事務局 そこはもうそんなもんだというふうになるのですかね。

委員 それは私、ここのプロトコールのところで、最後に書いているのですが、「使用したエピペンは搬送患者とともに医療機関医師に渡す」と書いてあるのです。そこに、例えば「番号を医療機関でチェックしてもらう」と一言書けば、救急隊は間違いなくこれを言いますから、それで解決できると思うのです。

事務局 逆に救急隊の記録の中にも、そういうロット番号みたいなのをちゃんと書いて、活動記録として残すということが重要になってくるということになります。

委員 それもいいかもしれませんね。なるほど。

座長 それも委員のプロトコールの説明のところでまた書き加えるなり何なりしなければいけないことになっていくと思います。

 ほかにはいかがでしょうか。どうぞ。

委員 もう1点あります。口頭指導で、「打て」ということは可能なのですか。ディスポッチャーなり何なりが。そこは……。

座長 そうですね、それはぜひご意見いただきたいと思います。これはまさに新たな展開だと思いますので。

委員 疾患によって、当然そうせざるを得ないときがあると思うのです。学校で起き得るものだとすると、食物依存性運動誘発アナフィラキシーというのが一番激しいのですが、これは下手すると上気道の窒息で亡くなることもあるし、亡くなっていますが、そのようなケースでほんとうにすごく速い反応が起きているようなときで、現場の状況を救急の方が聞いて、それはもう今、使わないと危険だと判断するような状況だったら、当然そういうのが必要だと思います。ただ、食物によるアナフィラキシーの場合だと、そういう激しいタイプと、もう少し時間的猶予があるものがあるのです。そういう場合ですと、使うか使わないかの境界線なんかのときなんかだと、今の時点で、すぐ「打ってください」と必ずしも言え

ないこともあるかと思います。

座長 　だから、先ほど少し話題に出ました、委員、まさにオンラインのメディカルコントロール下なら医者が関与していますけども、そうではない状況でのそういう事態に遭遇したときにどうするかという、そうですね、委員。

委員 　はい。

座長 　これは、ちょっと大変難しい問題ですけど、いかがでしょう。委員、ちょっとお考えいただきたいのですが。

委員 　先に私のこれを説明しましょうか。

座長 　そのほうがよろしいですか。そういたしましょうか。

委員 　そうしたら、多分私はそれも含めて……、そのところも書いているつもりなので。

座長 　では、またその話題が出てくると思います。では、委員、よろしくお願いします。

委員 　資料3と、今日皆さんにお配りしたこの「エピペン使用」という小さい冊子とをあわせてご説明いたします。

　まず、「プロトコール実施の前提」ですけれども、最初の1というところは、今事務局のほうから説明があった資料2に対応しているのだと思います。つまり、地域で実際にエピペンがどれぐらい処方されているかということをもまず確認しなさいということ、リスクアセスメントの把握ということが必要です。ちなみに北九州市、私どものところでは把握していますけれども、0件です。

　その方法として、エピペン処方医療機関の把握。マイラン製薬を通じればこれは可能と。それは（１）と（２）です。それから、（３）で、教育委員会を通じて、学校に在籍している被処方者の把握が多分必要。なぜここに書いているかというと、次の２に関係してくるのですけれども、つまりこの時点で、学校との連携体制をいかにつくっていくかということはあるだろうと思っているからです。（４）というところで、山林業者等——ここは「等」になってしまいますけれども、こういう被処方者の把握がまず必要かなと。

　その上で、じゃあ、リスクアセスメントに対してどういうリスクマネジメントをするかということで、事前の体制の構築ということになります。（１）ですけれども、「アナフィラキシーに陥りエピペンを使用した場合には、使用者がだれ

であろうとも医療機関を救急受診することになるものと思われる。被処方者が所属している学校、職場などに応急処置及び救急要請体制の構築を「しなさい」ということを行政として私は言うべきだと思います。先ほど委員のほうからご指摘があったように、まさにそういうことは事前にきちんとつくっておくべきなので、そのことを「応急処置」というところに実は含めているのですけれども、「及び救急要請体制の構築を——『推奨』という言葉にしましたけれども——するとともに、地域MC協議会において、被処方者を中心とした学校、職場、消防、医療機関の具体的な連携方法を確認しておく」こと。「被処方者を中心とした」というのは、今まさにここまで行われてきた議論もそうですけれども、医師法との兼ね合いとか、法律との、つまり優先順位とかいうような問題に私たちは陥りがちになるのですが、つまりやりたいことはこの場合、患者をいかに生命の危機から脱するかということですから、その場合には、順位というよりも時間が大事になる場合もあるわけで、その概念をきちんと構築しておくべきだろうと思います。

(2) で、今度は救急救命士に関するという——この会は検討外ですので、救急救命士に対しては、対応体制を構築する。アナフィラキシーの病態と症状に関する医学的知識を救急救命士としては再確認しておく必要があるだろう。同時に、エピペン[®]は、非常にアドレナリンとしては少量であっても副作用が出ないとも限りませんから、それについての知識を整理しておく。そして、エピペン実使用と、その後の対応に関する訓練を実施するというような体制を進めたらいいだろうと思います。

1枚めくっていただいて、「アナフィラキシーの病態と症状」と書いておりますけれども、実はこれが今日皆さんにお手持ちしたこれです。この時点ではまだつくれていなかったのです。と申しますのは、地域MCでそれぞれに教育を行うということを現段階ではおそらく推奨しているのですが、MC協議会も地域によって正直ばらつきがあります。それと、何よりも臨床の先生というのは、日常の臨床のことで正直手いっぱい、救急のところに対して、教育媒体をつくるとか、効果的な教育方法をどうするということはなかなか難しいのが現状だと思います。なので、私はELSTAではそういうのを日常的にやっていますから、そのことを踏まえて、専門的に教育を行っている私どもから、こういうのを提案するほうがいいのではないかなということで、統一のものとしてつくりました。

皆さん、こっち側をあけていただけますか。最初のページは、アナフィラキシーの病態について私なりにわかりやすく説明したものです。次のページ、「アナフィラキシーの症状と重症度」です。これは委員が前の厚生労働科学研究で世界の状況などの紹介も踏まえて提示していただいたものを、救急救命士に使いやすいように私を変えたものです。つまり、2つ以上にわたる臓器障害があるということと、それとこういう症状があれば、この中で2つ縦に丸がつけば、その段階でアナフィラキシーは起こっているということになるわけです。

1枚めくっていただきます。次は、「アレルゲン接触から症状発現までの時間」ということで、つまり5分以内にほとんどのものは、ハチであればひどい症状が出ますよと。一方、食事のものは長くなるわけです。実は私ども、食事アレルギーのことについてエピペン、学校では主にやっているんですけども、これで見える限り、食事よりももっとハチのほうが危険ですよ。ということがまず1点です。それと、時間を待つ余裕がないことが多いですよということを明確にここで示すということで、このグラフを使いました。

次のページは、アナフィラキシーに対する初期治療として、アドレナリンがどこに対していいことをしているのかということをも病態の理解として示したものです。

1枚めくっていただいて、実際にアナフィラキシーを起こした人に対するエピペンを使ったときの効果。これも委員のものからお借りしました。回復というのは全くよくなったということですかね。

委員 はい。

委員 が、74.7%で、回復まで至らなくても軽快したというのが25.3%。変わらなかったというのは1例もないということで、一言で言えば、ものすごく効きますということですよ。だからこそ早くやって、エピペンの理由があるのだということを示しました。

1枚めくっていただいて、それでこれが結局プロトコールになるのですが、1番として、「アナフィラキシーを起こす抗原との接触が疑われる状況があり」と、一言で書いてしまいました。ここのところで、実際に例えば「ハチに刺された跡があることを確認しなさい」とかいうことを言い出すと、これはおくれるばかりなのです。アナフィラキシーショックは、ほかの疾患と違って診断が容

易だというのがポイントなわけですから、要するにこの中で2点以上つく。したがって、先ほどの永井さんがおっしゃっていたもの、指令課もこれを持っておけば、例えば「鼻声がします」とか、「声がかかれています」というのであれば、これはもう重症になっているわけです。血圧のことは多分、先生ではわからないだろう。救急救命士ならわかると思いますけれども。で、「脈が速い」とか、「何かものすごく不安がっています」とかになると、不安で鼻声となると、これはもう中等症以上なわけで、これは「エピペンを打ってください」と。ここからは、せっかく包括的指示にしていますから、包括的指示ということをして、その前の軽症という段階では、救急救命士の到着を待つか、もしくはオンラインを使って医師の指示を仰ぐという段階でいいんだろうと思います。

これであれば、「沢山吐いています」というのと、例えば「鼻声があるときはどうするんですか」ということは最後に書いているのですけれども、どちらか1つでも中等症というのであれば中等症でしょうということに私としてはしてしまっただけということです。つまり、目で見てわかりやすく簡単に使えることをして、みんなが同じものを持つことでこの場合、エピペンの投与はできるのだと思うんです。というのは、この疾患については既に国際的なステートメントができていますから、そのことを踏まえれば、ここを標準化というか、むしろ統一化することが可能だと私は思います。したがって、この表を使えば、指令台での口頭指示、それから救急救命士が現場に着いたときの対応、それから既に厚生労働省が行ってきた包括的指示、それからいざという場合のオンライン指示、すべてのことが機能的に対応できるのだろうと思います。

最後のページは、エピペン実施後の対応として、エピペンを正常の人に打てば、筋注であれば、ほんとうのこと言っても、1アン使ったぐらいでは多分、「少しドキドキします」ということは言うのですが、まあ、あんまり問題ないんですが、0.3ミリ使っても、絶対ないとは言えないということ、心室性の不整脈が増えてくるということは生理学的にはあり得ますので、一応AEDを装着して、そういうことに対応できるような体制をつくりましょう。と同時に、先ほどの1枚前の、この表のところで、最初にみんなどこかに丸をつけたはずですから、それがどのように変わっていったのかということを経済オンラインで医療機関に連絡しながら搬送を行うということをすればいいだろうと思います。

そして、資料3のここをまとめて、教育媒体としてこれを必ずするという
ことを踏まえた上で、プロトコールがこれです。最初、Box 1が、「アレルゲンと
なる物質との接触が疑われるか?」、疑われるかどうかですね。確実かどうかは
絶対わかりませんので。食事でそういうものを食べてしまったということで、B
ox 2は今と同じです。Box 3は、「エピペン実施」というところで、ここま
で書く必要があるのかどうかわかりませんが、一応書いてみました。要するに、
「酸素全開投与」、「エピペン実施場所確認、消毒」。それから、エピペンの方向
を間違えちゃいけないということですから、「先端方向良し」。で、「エピペン投
与」。ここで「皮膚に90度」というのは、救命士は筋注を今までやっておりま
せんので、90度にやるということと、ここで「5秒保持」と。要するに十分に
エピペンが入るために5秒保持と、もう決めます。そして、最後、⑤のところで、
「針先確認」です。針が出ていなければ打てないということですから、針が出て
いれば打ったということの証拠だと言っているわけですから、針先確認。6番目、
「エピペン廃棄」で、「エピペン廃棄良し」と、これでいいのではないかなと。

1枚めくっていただいて、そして現場を離脱しなさいと。つまり現場を離脱し
ながら打つという手もありますけれども、とにかく時間との勝負ですよというこ
とを言っています。それで、Box 4で、前のところとのAEDパッドを装着し、
心電図波形を監視しなさい。何かあればAEDが教えてくれます。アナフィラキ
シー症状の変化を見なさいということです。最後の「注」のところで、血圧低下
というのは、収縮期90mmHg以下、もしくは経時的に低下する状態ということで
入れています。要するに、よくプロトコールといったときに、数で、ここでも呼
吸回数が幾つかということとかですけれども、それは本質的ではないです。90
mmHgで200mmHgの人が90mmHgに下がるのと、120mmHgの人が90mmHgに下
がるというのは意味合いが違いますから。経時的に下がっているというのであれ
ば、それは下がっているわけで、本来、だからこそ救急救命士に意味があるわけ
ですから、学校の先生であれば90mmHg以下と決めてしまうのは可能でしょうけ
れど、救急救命士であれば、この変化を見出せるということが私どもは彼らに行
っている教育ですので、それを踏まえて、こういうふうに書いてありました。そ
して、「使用したエピペンは搬送患者とともに医療機関に渡す」。このところに、
さっき事務局が言っていたような、例えば番号の確認をして、それを記載すると

かということを書けば、一連のプロトコールと、それに対応する以前の段階の体制構築と教育媒体が整合性を持ってつくられるのではないかと思います。以上です。

座長 ありがとうございます。ご意見をいただきたいと思います。大変な力作でございます。ありがとうございます。どうぞ、お願いします。

委員 よろしいですか。このマトリックスというか、5臓器で段階別の重症度。2臓器以上は世界的共通なのですか。

座長 これは、委員。

委員 はい。

委員 これは2項目でほんとうに大丈夫なのですか。鼻水が出て、頭痛がする人はたくさんいると思うのです。もしくは……。

委員 「抗原の接触があり」ということであれば、だからこのところは、まだその2つだけであればオンラインでしょうねと私は思っているのです。

委員 もちろんアナフィラキシーが明確であれば、不安になって頭痛になれば、ショックにより血流が落ちているとか、そういったことも疑われるかな、危ないなと思いますが、アナフィラキシー以外の状況でも不安、頭痛というのは頻回にあります。鼻が詰まっていれば頭痛も出てくるかもしれませんし、ですから、これではちょっと危険というか、フォールスポジティブというか、違う病態が入ってきはしないかなとちょっと心配なのです。

座長 どうぞ。

委員 いいですか、その議論は全くそうなのですが、要するに、リスクの観点からいったときには、アナフィラキシーだったのですかと。アナフィラキシーは結果的にそうだったというのと、そうじゃなかったというときに、エピペンを使った、使わないという、こういう表をつくっているのです。今のやり方というのは、要するに100人が100人絶対間違いじゃないというやり方をしなさいと言っていることですよね。でも、私たちが医学教育で受けたのは、例えば盲腸の確定診断率は75%が一番いいというふうに習っているのです。100%だったら、盲腸の手術をするべき人をしていないということになるのです。なので、つまりここはリスクの交換をしなきゃいけないということで、一定のリスク、間違うリスクは絶対どんな場合も生じる。そのリスクをいかに小さくするかというの

- が多分僕らの課題だと思うのです。
- 委員 そうですね。ただ、よく救命センターにアナフィラキシーショックという形で運ばれて来るは傷病者は、結局、病院に来るころには決着がついていて、多くの場合は何もしなくてもオーケーということになっているのです。この辺の中等症の人というのは、もしくはもうちょっと重症っぽい人でも、時間の経過とともに軽快してしまう。傷病者がかなり入っていて、ほんとうに現場で緊急に薬剤を打たなきゃいけない極めて緊急度の高いレベルと、先ほど申し上げた比較的軽症のアナフィラキシーショックの診断とはちょっと分けて考えなければならないと思います。アナフィラキシーショックの中で、なおかつ重症で、しかも時間経過の速い人を選んで、現場薬剤投与というふうにしたほうがいいのではと思うので、もう少し厳しい基準がいいのではないかなと。
- 委員 それは先生、どちらかというと、世界標準からすると、基本的には委員にご提示いただいたレベルでメディカルコントロールの相談、それで中等症以上だったら当然投与という形が今は世界的にはスタンダードになってきています。
- 委員 そうですか。そうすると、年間に例えば救命センターにアナフィラキシーということで運ばれてくるのは2～30例あるとすると、そのうちの薬剤が必要というのは1例あるかないかだと思うわけです。そうすると、この基準で全ての傷病者に投与する30例の薬剤投与が発生することになりますが、どうですか。
- 委員 使った場合には当然のことながら、回復がすごく劇的に速いんですね。ですから、それを「やらなくていいじゃないか」という議論と、「やって早く楽にしてあげる」ということと、考え方っていういろいろあると思うのですが、ただ、やって、生命を必ず絶対救ってあげられるというほうを優先したほうが今はいいんじゃないかと考えられています。
- 委員 そうですか。
- 座長 どうぞ。
- 委員 やった場合のリスクというのはどういうふうに考えるのかなと思ったんです。今の先生の話ですと、2・30例、救命センターに入られて、今まで1例ぐらい必要な人がいる。残りの例えば19人なり29人の方がこれをやった場合のリスクというのはあるのですか。
- 委員 やってもアナフィラキシーショックであれば、先生がおっしゃったように悪い

委員 ことはないと思われますが。

委員 もしそれが違った場合のリスクはありますか。

委員 違った場合は……、だから違う病態で、鼻水が出ている病態が別なものだとすると、それは多少……、それで心臓が弱い方であれば、心臓発作を起こす、不整脈発作を起こすリスクはあると思います。

委員 それで、今議論になっている119番通報時の口頭指導という概念でいくと、委員の書かれたような活字で書くと、理解はできる。ただ、現実的にだれかが倒れて、第三者が見ていた場合に、冷静に電話ができるというのはなかなかないのですね。そうすると、ここで、活字で書いたような情報が正しく伝わらなかった場合のリスクを消防として、119番として負えるか。日常の119番の中でも、自分はAと言っているんだけど、つもりでも、Bと言っている通報というのはままありますので、そこが活字で理解できる範囲と、実際にどうかと、少し疑問です。

座長 委員。

委員 だからこそ、事前に把握して、その医療機関、学校で、この練習をしてくださいということと、Aと言った、Bと言ったとか、これはまた録音が残りますよね。

座長 ちょっと私、混乱しているのかもしれませんが。委員がご提示いただいているのは、指令台のところまで、これはまだ直接救急救命士ですね。

委員 これは救急救命士の救急ですけど。

座長 救急救命士、そうですね。

委員 このままこれは指令台にも使えるのではないかなと。

座長 ちょっと心配な気がするのですけど。

委員 これらの基準が全て必須条件だとまずいのですか。2項目持たせば、即、薬剤投与というのは。この……。

委員 通常、私たちが「エピペンを使いなさい」と患者さんに指導する場合は、さっきの呼吸器系の症状が入った場合です。患者さん自身に「やりなさい」というのは、喉頭浮腫と下気道です。これプラスほかの症状が入った場合に、通常「やりなさい」と言います。

委員 多少血圧が下がっていても、運んでいるうちによくなっているというパターン

が。確かに上気道閉塞はほんとうに一刻を争うので。そうすると、呼吸症状がある場合だけにしたらどうですか。僕はそういうふうに感じたのですけど。

委員 それは、最終的に私は皆さん方に、それこそ事務局の皆さんに任せます。ただ、私は出身が麻酔科なので、要するに相当守りはかたいのです。最初よりかちょつとでも悪い状態にして、手術室に入っていったときより悪い状態にして帰したら、麻酔科としては許されないのです。

委員 今回、今議論しているのは、エピペンをもう既に処方を受けている人に対してという条件づけで、なおかつアナフィラキシーを疑わせる状況があつてということなので、僕としてはどっちかというと比較的シンプルに救急救命士の方が理解しやすいのかなというふうには思ったのですが、そういう前提条件が、かなり縛りが入っているのです。もしこれを一般の救急の方を対象にして、エピペンの処方も受けていなくて、これでいこうという、ちょっと委員がおっしゃったように行き過ぎかなというところも当然幾らかは入ってきますね。

委員 そうか、さっきの30例はエピペンを持っているわけではないですね。委員、先ほどおっしゃった、結局、家族に使いなさいよと言っている条件はもっと厳しいわけですね。

委員 そうです。

委員 でも、そのことを前提に処方しているわけですから、それ以外の目的で使うというのは、そもそもの処方の根拠もなくなる、つまり本人がほんとうは打つべきところを、かわりに救急隊員なり学校の先生が打つわけですから、処方している条件と同じ条件で投与すればいいのではないかなと思うと、先生がおっしゃっているように呼吸症状が強いときだけに限定していいのではないかなと私は思うんですが。

委員 理屈としては。

委員 ええ。

座長 なるほど。どうぞ。

委員 いいですか。僕は委員に賛成で、守りがかたいとかいうことではなくて、確かに委員がおっしゃるようにアナフィラキシーと称して、これは患者さん、アナフィラキシーかなと思うと、すごくすそ野が広いというか、ほんとうに少しの蕁麻疹のようなところからいろいろいて、確かに経時的变化も大きいですね。大分

たってから起きてくる人とか、よく判らないことが多いのですが、ただ、確かに頻度は少ないですが、ショックになったものすごく大変で、沢山輸液をして、やっと助け上げたなんていう経験が、多分数は少ないけども皆さんおありだろうと思うのです。

そういうことを考えたら、やっぱり現場でやってきてもらうときっと楽だろうなという気はしますし、それから日本では、これはものすごくおくらえていますよね。私は今、子供の病院にいますので、心臓が弱い人、虚血性心疾患がほとんどいないから副作用のほうにあまり目が向かないのかもしれませんが、逆に小児科の医者はものすごくエピネフリンを怖がるのですね。すぐステロイドを処方したりするわけですよ。だから、私はいつも怒るのですが、何もわかっていないって怒るのですが、かなりうちの病院みたいな小児専門病院の医者ですらそうですよ。救急はあまりやっていない方はすぐステロイドを処方するのです。できたらこれはアナフィラキシーでなくなってほしいみたいな方がおられるものから、医療現場も結構僕は後ろ向きだと思っています。そういう意味では、委員のようなメッセージを出されたほうがよろしいかと思います。これはものすごくよくできていると僕は思いました。

それと1個、ちょっと質問させてもらうのですが、もう一つ大事なものは、予防というのかな、前もっての情報ですよ。それで、その資料3の1ページ目の2のリスクマネジメント(1)のところ。「被処方者を中心とした連絡、処置体制の構築」というのは、私も全く大事、一番大事だと思っていますが、最初のところの(1)の主語がよくわからないんですけども、要するに患者を守るような体制を構築しておいて、それで具体的な連絡方法を確認しておけよと書いてあるわけですが、だれがなんですか。

委員 だれが連絡をするか。

委員 だれが確認する、だれが構築するのですかと委員はお考えですか。

委員 学校の、だから学校の中の先生とか、もしくはMC協議会とか。

委員 各ストックホルダーが全員ちゃんとやれよと、確認してくれということですか。

委員 そうです。

委員 私が思っているのは、処方するのは医者でしょう。だから、医者が学校と所轄

の消防署に言っておけばいいのではないかなと思っていました。というのは、私は在宅人工呼吸を始めたときにも、家で人工呼吸している子供がいるなんてとんでもないことだろうと思って、必ず最初、始めたころには、健康保険も適用がなかったころですけど、地域の消防署に足を運んで、署長さんに僕は会って、「おたくの管内にはこんな子がいて、家で人工呼吸していますのでよろしく」と最初のころずっと言いに行っていて、ものすごく感謝されたわけです。学校にももちろん足を運びました。そんなことをむしろ処方する人がするべきではないかという気がするのです。それを実施すれば、現場の先生とか消防署の方がものすごく理解してくださったと、僕は在宅人工呼吸という経験があるので、この辺をもうちょっとはっきり、だれがこれをやるということを言っておいたほうがいいかなと思いました。

座長

わかりました。

委員

委員、さっき北九州で処方がなかったとおっしゃっておられたのですが、北九州市に住んでいる人で福岡病院とかにかかっている方とかが、処方を実際に受けているのです。

委員

そうなのですね、あるかもしれない。

委員

僕が処方した患者も北九州市へ引っ越ししたりしています。

委員

だからその人たちが、やっぱりちゃんと……。

委員

だから、モニターしているのがほんとうに全部把握できるかということ、圈内だけだと非常に難しいかもしれないですね。

委員

そうかもしれません。

委員

僕らの施設で2・3百本は処方しているので、それぐらい実際に対象になる人はおりますので。

委員

これでも、だから必ず漏れる人がいるので、だけどその前の段階としては、そういう体制を、つまり私が書いたのは、これで100人は100人見つけようというのではなく、意識づけのつもりで書いたのです。

委員

だから、処方医が学校と地域の消防関係との連絡みたいなのを何かやっておくうまい方法があればいいんですけどね。

委員

それがいいかもしれませんね。大事でしょう。

委員

あまり負担がないようにしたほうがいいのですが、最初にやっぱり声を発す

るのは、処方した医者でしょうね。それを義務づけておけば、あとは何かうまく流れませんかね。

座長 これはでも、システムをつくらないといけないじゃないですかね。

委員 大変ですか。

座長 ええ。

事務局 ですので、処方するときの義務、ルールみたいな話になっちゃいますので。

委員 だけど、エピペン は販売当時、何かいろいろと言われましたね。僕なんかは登録しましたが、今みたいなことをちゃんとやっておけばよっぽどいいと思います。

委員 確かに。

座長 それはおっしゃるとおり。

委員 エピネフリンの登録番号とか、かなり信頼性の高い器具でしょう。心配されるのはよくわかりますけどね、プロダクトIDですか、何か責任みたいなのをとられるんでしょうけど、それよりも患者さんを助けるには、地域の救急体制と学校の先生に余分な、情報を入れないで、ちゃんときちんとするというのがよっぽど大事だと思います。

委員 今はどっちかという、保護者が学校とかとコンタクトをとって、動くというのが多いと思うのですね。

委員 そうですけど、でも今どきの学校と保護者の関係って非常に微妙なのでしょう。

委員 だから、それを担保する意味で取り組みガイドラインが出ていて、それで管理表というのが学校に行くと、結局、「この子はエピペンの処方を受けていますよ」ということを僕らのほうから通知して、それで学校側ときちんと協議してくださいということになっているのです。そこに、だから消防関係がどうやって入るかというところですね。

委員 なるほど。入ってもらって、それぞれが知っておくというか、やってあげればいい……。

座長 委員、いかがでしょう。消防関係が入って、これは学校との連携ですね。

委員 消防のほうは、そういう情報をいただければ、インプットしたり何なりということとはしたりすると思いますけど、いや、僕も懸念していたのは、学校はちゃん

と把握してくれるようには今はなっているのです。というか、学校がきちんと把握してくれるのかなというのも、「これは何の根拠に基づいてやるのですか」だとか、何かそういうことはないのかなと思って。

それで、教育委員会を通じてといっても、教育委員会が「何を根拠にうちが動くのですか」とか、「その学校に対して命令権はありません」とか、それは正しい情報が来るんだというより、僕は委員がおっしゃったように、やっぱりドクターがベースになっていて、それでもらうのが一番何か信憑性があるのではと。ただ、その取りまとめは必要だと思いますけども、「何を根拠にしてこれをうちは把握しなくちゃならないのですか」とか、学校から「これは個人情報では」とか話がいろいろあるのかな、というのはちょっと感じました。

ただ、消防のほうは、在宅医療の患者さんが、あるいは高齢者の方がいるとなると、それを地図にプロットするなど、ありがたい情報だと思いますし、それは口頭指導にもつながる話で、症状の聴取というよりも、条件が随分そろったな、もう相当エビペンに使用している可能性の高いところに出場していくんだなというのでは生かせると思うので、情報連絡体制はものすごく重要ですけども、どういうふうに制度として流すか、根拠が何かというのは大きなハードルになるのかなと。

委員 処方を受けている患者から直接管轄の消防署とかに言うておくのはいいことですか。よくないですか。

座長 いや、それはどうでしょうか、今はよくなったのですかね。昔は、それは地区の衛生部ぐらいからはありましたが。

委員 ほんとうは自己責任でしょうか。

座長 在宅とかああいうことも今は大分、消防の方が情報をつかむようになりつつありますけど、システムとしてはなかなか難しい。どうですかね、事務局は。その辺のある程度の連携をやっていただければいいものができるかなという気がいたしますけど。

事務局 一応事実関係からすると、これは後で、ホームページのほうはご紹介します。これは売り物になっているので、ちょっとお配りできるかどうか文部科学省との調整が必要だったのですけれど、ホームページで、印刷はできませんが、閲覧は可能になっていますので、後で文部科学省のほうはご紹介します。文部科学省の

	ほうのこの本も非常にしっかりしていて、医者とお子さんの状況の確認とか非常に書いているガイドラインが出ていて、このガイドラインを紹介する文部科学省の通知は出ているのです。ただ、あくまでガイドラインでしか出ていまして、通知の中で絶対そうしろというのが書いてあるかというところ、そこは微妙にあいまいだと委員から言われそうな感じにはなっているという状況にあると思います。 あと、医者が全部やれというのは、やってくださいとお願いベースはありかもしれませんが、非常に全部を仕組みとするには厚生労働省さんと相談も必要だろうなというのは、思います。
委員	確かに、処方した医者が学校に連絡して、「その子は処方していますよ」ということをやらなきゃいけないとしたら、処方する頻度が減るのではないのでしょうか。負担というか、すごく面倒くさくなるかもしれません。
委員	例えば処方するときに、学校とか何とかに手紙が行くようにするとか。そして、それは「保護者の方に送ってください」とお願いしておくとか。
事務局	地域のメディカルコントロール協議会という消防と医療の連携の協議会の中で少しデータを確保するという話になると思いますけど、できたとしても、マイラン製薬さんと相談をして、都道府県レベルの数とか、それ以上は無理だと思います。ご指摘のように。
委員	仕組みができていればいいのではないのでしょうか。主治医が一筆サインをすれば、その後は学校に適切な連絡が行くと言った仕組みです。「学校に持って行ってね」と。
委員	というか、学校の今の取り組みガイドラインというやつが……。
委員	処方した医者がサインだけすれば、あとはもう学校の、保護者が学校に持っていけば、あとは話が通じるようになっていけば、そんな負担じゃないですね。
事務局	個人情報保護の話もないわけではないので。親の同意ということも含めて。
委員	フレームワークさえつくっておけば、あとは動くということですね。
委員	そうですね。
委員	あともう1点は、先生、その情報の活用度からすると、先ほど委員がおっしゃったように、60件……、先ほど「足らず」というようにおっしゃって、それはだから情報をこちらが持っていて、救急隊にとっては一生に1回当たるか当たらないかという中で、それだけ苦労した情報がほんとうに活用に使われるかとい

うのもあると思うのです。だから、僕はやっぱりシンプル・イズ・ベストで、スタンディングオーダーで、先生も事前に使えて、社会みんながAEDと同じような形で。要は「救急車を呼んでいるからいいよ」だとかというのではなくて、AEDと同じような形で、目の前にいて、これとこれ、こういう条件があったら条件的には打てるのですよというようなのも啓蒙、啓発していかないと、救命率が上がるというのはちょっと難しいような気が……。

委員 さっきの60件という話ですけど、実際のアナフィラキシーの患者はそんな数じゃないです。60名の人が人口動態統計で亡くなっているということなので、アナフィラキシーの小中学生の有病率は0.14%です。ですから、1,200万人の子供がいて、0.14%いらっしゃるということをよくお考えになってください。

委員 1万人。

委員 はい。

委員 1万人ぐらいですか。

事務局 その中で処方されている割合はどのぐらいになるのですか。

委員 その中でどれだけ処方されているかという全国的なデータは、僕らは把握していないですけども、今専門施設で僕のようなところだと2・3百本、愛知県なんかで100本クラス出ているところとか、成育とかもある程度出ているでしょうし、かなり専門機関で意識が高いところは結構出るのです。ただ、地方に行けば行くほどわかってない医師がおられますから、そうすると基本的に処方はなくなります。ですから、非常に医療のレベルの違いによってエピペンの処方率は全然違いますし、あと患者の認識も、アナフィラキシーというものをきちんと理解して、このアドレナリンが非常に効くということを実体験している患者はこれを必ず欲しがります。ただ、一般の医師が、さっき先生がおっしゃったように大変腰が引けていて、あと救急をやったことがない医者が世の中にたくさんいるんですよ。ですから、基本的にアドレナリンに対する恐怖感が強過ぎて、抗ヒスタミン薬かステロイドだけでアナフィラキシーを何とかできているのがたくさんおられて、まずこれをやらなければ救えないんですね。だから、そこら辺の教育はほんとうにすごく重要だなと思っています。ただ、ターゲットはすごく大きいということをぜひ知っておいてください。成人のアナフィラキシーの率も、

ハチとかを含めていけば、もっとたくさんの患者さんがいます。

委員　　だから、今日は、この検討会は違うのですが、本来は救急救命士がこれを使えるように、処方を受けていない人に対しても使えるような制度をつくっていくべきだと思うんです。

委員　　そうです。本来、これはアナフィラキシーの人に対して使えるというふうになったら、救命率はすごく上がると思います。命を落とさなくて済む人をかなり救えると思います。実際に、検討会の件もそういう話だったですよ。

委員　　ええ、ですから座長とも一緒に処置拡大のところにこれはぜひ入れると思って

いるのですけどね。私は書こうと思っているのです。

委員　　委員の報告書を見たら、やっぱりちょっと力が加わったみたいですね。

座長　　事務局どうぞ。

事務局　　すいません、今は総務省消防庁での検討会ですので。ただ、実用ベースで、実際に通知が出た上で、ほんとうに運用をどうしようという話なので、この辺をちゃんと決めていかないと、消防機関側も動くに動けないというのがありますので、その辺はぜひお願いしたいと思います。

委員　　基本的な薬に対する認識ですけど、アドレナリンというのは自分の副腎髄質から出るホルモンであって、100メートル走を駆けるときの緊張感とか、そういうときの心臓のドキドキ感、それが15分間ぐらい続くぐらいの、それぐらいの副作用だという認識で十分だと思います。

　　だから、それを高血圧の人とか血管が脆弱な人に対して使った場合に、脳出血とか、そういうことがまれに起こり得るということです。それと、アナフィラキシーショックの命を救うのとはかりにかけてそういうときは使いなさい。若年性の子供たちなんかだったら、通常は心臓の副作用とか血管障害とかがなければ、まず全く問題ないです。

事務局　　委員からお話いただきましたので、要するに、今回は処方されている者だけが対象ですので、医者が処方した時点で、その子が仮に血圧が高いとか何か特殊なものがあっても、医者は処方した時点で処方された子にはエピペンを使っているというのが前提ということなので、いろいろ話ができるんだと思いますが、あえてもう少し議論を深めるために申し上げますけれども、お子さんの量と大人の量と違うというのもひとつあるかと思っています。このとき、救急隊

のほうがその場にある本人限定のエピペンであればいいのですが、今後議論になってくるのは、厚生労働省通知を見ると、本人のものじゃないといけないということは書いていないのです。処方されていないといけないのですが、処方されたものそのものじゃないといけないとは書いてなくて、ほかの人のものとか持ってきたものでもどうも使えるというふうにしか通知上は読めなくて、その辺をどうするかとかも含めてちょっと考えていかないと、と思っているのですが、その辺は、委員の目から見てどのように映りますでしょうか。

委員 通常、子供で、体重掛ける0.01ミリグラム／キロを投与するのですが、それで1回投与して、15分見て効かなければ当然ダブルで行きますから、ある程度のレンジというのは当然あるのです。厳密にぴったりそれじゃなきゃいけないということではないのです。だから、それというのは、僕らは医療現場で、緊急の状態で瞬間的に症状を観察とか、あるいはレスポンスを見て反応、判断していることなので、それを救急救命士の方に当てはめられるかということ、何とも言いようはないのですが。ただ、セーフレンジというのはある程度あると思うので。0.15、0.3、ちょうどその中間ぐらいの体重でどうするとか、僕らもすごく悩むことも結構多いですね。ですから、ある程度は……。そのものがなかったときにどうするかとかという議論のところは、今日は僕、考えてこなかったのですが、実際に、本来だったら救急車に全部0.15とか0.3が積まれていて、日本どこでもそれなりにきちんとできる対応が本来、ベストだなというふうに最初は思っていました。そうしたら、別に本人処方というのも逆に言うと要らなくなっちゃうぐらいですから。

委員 ただ、本人処方であるから、もともとの患者さんの持っているリスクを勘案して処方するかしないかを決められるし、それからドーズに関しても適切な処方ができるので、だから「これを使ってください」と与えられたものを使うのが、やはり緊急に使う立場からすれば楽です。

座長 そうですね、いろんな、今事務局がおっしゃったように、例えばそれを一括して学校に預けておくとか、そういうことの質問が出ているようなのですが、本人の持っているもの、あるいはかばんの中でガタガタやるのはいけないんじゃないとか、医師会のある会ではそういう意見、質問も出ていましたが、私は答えることができなかったんですけども、それはもうちょっと細かいところの運用

の方法とか、そういうことになるのかなという気がいたしますが、いかがでしょうか、その辺まで決めますか。保管方法にも問題があるなんていうことで。

事務局 保管もなんですが、最初にプロトコルを行うに当たって、今決めるというよりも、一つの課題として議論をしていただきたいと思いますのは、救急車の中に、要するに大人用と子供用のエピペン（エピペンは2本積むかどうかは大きいと思います。それはプロトコルの前提も全然変わってくるのではないかと思います。それは救急、各消防本部が買わなきゃいけないという話になるのが1点と、あともう1点は、全部救急救命士さんが乗っているわけでもないですので、その辺も考慮して、お子さんに対して怖いので本人のものにするという話であれば、逆に持っていけないということになるでしょうし。

座長 これは今、ここで。いかがでしょうか。その辺の検討です。救急車にエピペンを用意するかどうか。どうぞ。

委員 そもそも買える、買えないというのはあるのですか。消防機関は医療機関ではないものですから、そういう中で、今言った物が買えるか買えないか。そもそもこのトレーニングのも手に入らないというのは、今の現実のような感じなのか。

座長 トレーナー。

委員 トレーニング。いやいや、練習用の。

座長 練習用の針のついていないやつですね。

A 練習用のトレーナーに関しましては、各全国消防本部さんとか、いろんな広域とか、こちらにご連絡賜りましたら、電話でご相談しながらDVDとともに送っております。

委員 それは購入ではなくて……。

いや、もちろん無料です。

委員 無料で。

A はい。

委員 それは、かなりの量があったのですか。

A 意しました。

委員 そうですか。

事務局 単独では販売されていないということになると思います。要するに処方された

	人にセットで渡すものなので、そもそも人に打たれることを前提としていないので、単独販売はしていないということの理解になると思います。
座長	今回は、消防本部への頒布に関しましては協力していただいていると。
事務局	そこはもう企業の、独断と判断でと。
座長	そういう発想ですね。ということでよろしいですか。
	それで今、事務局からご審議の提案だと思えますけども、救急車にこれを常備するかということですね。いかがでしょうか。
委員	理想を言えば、ほんとうはそれが理想的だとは思いますが。ただ、予算的な問題とかいろいろなところがありますので……。
座長	だれが処方するか、あるいは購入するかですね。
事務局	我々の立場からすると、各消防本部から「これは救急車に積むのですか」という問い合わせが来ると。「どうします？」と。「どうしましょう？」というのは今、聞いている状況です。
座長	はい、それを……、皆さん、黙ってしまわないで、ぜひ。
事務局	それで、予算的なもので言うと、おそらく1本1万円程度。で、20カ月もつということにはなっていますが、流通を考えると、先ほど確認しましたら1年少しということになりますので、2本そろえるなら2本そろえるということで、それなりの相当な費用がかかることになると思います。委員には申しわけないですけど、処方されているお子さんとか、処方されていて林業に当たっている人、林業の人はいっぱい処方されているのかもしれないですけど、処方されている方に遭遇してというのはなかなか少ないと思いますので。
委員	今全国で……、今まで4万8,000本だったっけ。
	もう少し最近出ておりますけれども。
委員	使用率が0.53%です。200本に1本の使用ぐらいです。
	ですから、あくまでも予防的な薬剤の位置づけということで、保険適用が通っていないのですけど。これによって、欧米では命が救われている人は非常に多くて、アナフィラキシーでそれさえなければ別に命を落とす必要は何もないような人を救ってあげられるというのは、国民を守るという観点からすれば非常に大きいものだろうと考えます。
委員	ただ、今回の救急救命士の処置範囲拡大のエピペンの使用に関しては、エピペ

ンの処方を受けている患者ということが前提ですね。

事務局 そのとおりです。

委員 で、救急車が持っているということは、つまりはそういう処方を受けているけれども、たまたま持っていない人がいたときにということなのですか。

事務局 そうです。そんなむちゃなという感じもあるのですけれども。

委員 でも、それは結構確認するのは難しいような気がしますけどね。処方を受けているけど、物を持っていないといっても。

事務局 おそらく学校ぐらいでしかそれは考えられないと思います。

委員 ものすごくまれな事象に対して今検討しているわけでしょう。

事務局 そうですね。

委員 ものすごくまれな事象のことについて検討しているならば、ものすごくまれなことを考えれば、いつもは持っているのに今日は持っていないと行ったときにどうするんですかという話ですよ。

座長 そういう意味です。

委員 僕はそれが正論だとは思わないけれど、そもそも今、ものすごくまれな事象に対してどうしようかと言っているのならば、まれな事象まで考えざるを得ないのかなということになるけど、コストパフォーマンスは悪いですよ。

座長 そうでしょうね。

委員 そもそも論は、処方を受けていて本人が打ちたいけれども、打てない状況になってしまったときに、代行者として打ってあげましょうということだとすると、持っていないということはそもそも自分でも打てないわけだから、それはしょうがないでしょうということでもいいというようにも考えられますけど。

座長 想定するとすれば、せっかく処方していただいているのに、どこにしまったか、ほかの第三者はわからないという場合に、ですよ。

委員 だけど、そういうことはいかにもありそうで、だれだってパニックになったら、どこに置いたかわからないわけで、奥さんがパニックの状態は幾らでもあるわけじゃないですか。「この人には処方されているけど、今日はどこへやったかしら」、でも救急隊が持っていない、ということは、どうかと思いますけどね。だから、救急隊が持っておくべきだと思いますよ。

委員 セーフティーネットとしてどうするかという……。

委員	アメリカの救急車は全部積んでありますよね。
委員	それはあらゆる薬剤を積んでいますから、使えます。
座長	アメリカは前から我々の調査でわかっていますし、パラメディック、日本の救急救命士はこれを使わなくて普通のアドレナリンを使いますので、調査に行った我々は笑われたという話は何度も聞きましたけど。
委員	何だ、使えないですね、それはおかしいですよ。
委員	だから、値段を下げるのだったら、バイアルで打ってほしいですよ。
座長	だから、これはあくまでもEMTですね。一般の、日本だと標準課程かな、その部類です。
委員	簡単ですもんね。
委員	簡単ですよ。医師の注射って配布すれば、ほんとうはそれでおしまいですよ。
座長	ですから、せっかくのご提案ですので、救急車に関しても、ここで検討していただくということで、よろしいでしょうか。
事務局	そうですね。
座長	各委員、よろしいですか。
委員	はい。
事務局	一応メールでもいろいろご意見をいただきたいと思いますが、その場合に起きるのはジレンマが起きて、要するに患者さんがアナフィラキシーショックだけど処方を受けていない、使えないと。それは残念ながら厚生労働省のほうの救急救命処方の範囲の中のお話ですので、緊急避難かどうかというのは別、抜きにすると、表玄関から入ると、それは使えないという話が前提なので、その辺はもう生じ得る、しょうがない事象だということは前提においてやらなきゃいけない。
座長	これは委員にも先ほど発言いただきましたけど、業務拡大のほうで、ある程度の結論を出すのですね。
委員	業務拡大のところで、やっぱりそういうことをあわせてきちんと意見を言っていきたいと思っております。
座長	委員、見えますから……。
オブ	わかりました。
委員	血糖と喘息と、あとは心肺停止前の輸液。

座長	それをやると。
委員	それにはエピペンが入るのですか。
委員	入りませんよ。一応検討課題としてはそこだと言われているのですけれども、あわせてほかに必要だというものがあれば、この機会に言ってくださいということがありますし、そもそもそこに至る前の段階として、思いつきでいろんなことをやっていくことは、私はやめなきゃいけないと思っていて、理屈として、まずどれから整備をしていって、その順番はもちろんつくと思うのです。ということの考え方をきちんと提示する中で、これは当然上がってくるだろうなと思っています。
座長	ですから、オブザーバーにご発言いただければいいんですけども、あくまでも現在、業務拡大をやっているのは、委員研究班の中で特区申請があったものに関しての3項目ですから、委員が盛んに我々の委員会、検討会でもお話しいただいているのは、そういう思いつきではないと、もっと全体的な、何が今、必要なのかということを委員に書いてもらうことになっていきますので、それをオブザーバーに上げることになっておりますので。ちょっと余分な話で恐縮でございましたけれども。
委員	ちょっと1点だけ、よろしいですか。個人的な意見で、委員とそこまですり合わせてこなかったのが、エピペンをもしこのことだけのために、まれなこの事案だけのためにエピペンを積載するというのであれば、僕は無理だと思います。というのは、予算の執行で、そこをクリアするのには非常に難しいと思う。ただ、それが……、これは個人的な意見ですけども、エピペンがほかにも使う用途があるというのであればまた別だと思います。例えば何かプレショックがあつて、それをわざわざプレショック前のVラインの確保ではなくてというのも議論されているので、そのときは一時的に例えばエピペンを使うだとかということであればまた話は別ですけど、それは処置拡大しろという意味ではないですよ。ただ、このエピペンが万が一のそれまた万が一のために1万円を使って、うちだと229台ありますので、そうすると、それで229万円をというのは、財務としてはどうでしょうか。それでもとうとい命を救うのだからというのも、よくわかりますけれども、それは理屈として難しいと思います。こっちが一生懸命主張しても、費用対効果というところから無理だと思います。

座長 わかりました。では、この件は今のお話のところで終わらせていただきます。
ほかにいかがでしょう。委員の……。

委員 先ほどの口頭指導の件は。

座長 口頭指導、そうですね。

委員 つまり、アナフィラキシーショックらしい症状を呈して、119番してきて、
エピペンの処方を受けていると。だけど本人はもう打てる状態じゃない、周りの
人もどうしていいかわからないという。

座長 指令台の段階ですね。

委員 ええ、「打ちなさい」と言うのかどうかということです。

座長 これはどうでしょう。現状ではやれませんよね。

委員 できないですね。

座長 医療行為に関しての指令台からの指示はしていませんよね。

委員 いや、エピペンは多分できないと思いますね。

座長 エピペンはとても無理ですね。と思います。

委員 自分で考えて打ちなさいということしかないですか。

委員 その口頭指導もどこに持っていくのかで、ただ情報収集だけであれば、それは
情報収集して、出場途上の救急隊に、「こういう情報だよ」というので、スタン
バイはできるかもしれないですけど……。

でも、早く打ったほうがいいというようなのが、だからどこまでスタンディン
グオーダーを決めて、養護教諭の先生に打ってもらうだとか何だとか。僕はでも
学校で起きたのに関しては、やっぱり実施者のファーストチョイスは養護教諭の
先生、学校の先生になるような気がするのです。

座長 指令台のプロトコールで委員、書きますか。

委員 だから、それを例えば通知として出してしまえば、可能でしょう。それは救急
救命士が持っているのとそのかわり全く同じだというのが大前提だと僕は思う
のです。さっきの、どこの線引きかは書いてもいいと思うのです。

委員 そうです、そこをあいまいにしておくと、かなり厳しいですよ。ね。「ちょっと
気持ちが悪い」という段階で、「打ってください」と言っても、なかなか打てな
いですよ。ね。

委員 あとディスパッチャーの能力にもよりますので、ディスパッチャーは全員救急

救命士じゃないので、症状を取るようなプロトコールは難しいと思います。

委員 もともと今の救急隊は直接傷病者に電話しますよね。

委員 うちは救急隊の出場途上は電話しますから。ある程度症状を聴取しながらやりますけれども。

座長 東京消防庁は医者がいるでしょう、何らかの格好で。

委員 医者がいればいいのですか。

委員 それは相談センターですから。

座長 別になるのですか。

委員 ええ、ラインが違うのです。

委員 救急隊指導医ではないのですか。

委員 指導医も119じゃなくて、指導医は救急隊の指導医の、だから一線の人たちとの交信というのは想定されていないのです。

座長 そうか、消防署はね。

委員 でも、これはやっぱり診断になりますよね。「打てください」というような口頭指導は。

座長 委員はいいのではないかとおっしゃいますけど、ちょっと先生、これはまだ私は……、ほかの指令台でやる業務としては極めて異質というか、医療絡みのことでは。オブザーバー、この辺のところはどうでしょう。

 私の個人的希望としては、ぜひ指令台の充実ということをしているものですから。救命効果は明らかに上がると私は信じていますけど。

オブ 文部科学省の担当の専門官から、学校の教員が打つことに関して、法的にどうなのかという問い合わせが来まして、それに関しては今、医事課の法令と整理している最中だと思うのです。その経緯がどうなったかはまだ確認していないのですが、それが出ればちょっとは整理がつくかなと思うのですけれども。

委員 そこは緊急避難という扱いだということだったのでしょうか？ 違いましたか。

委員 そのガイドラインの中ではそうです。

オブ 再確認という形で医師法上との定義の仕方をたしか今、確認している最中だと思うので。

委員 そもそも事務局がつくったこの資料2の4だって、「口頭指導」と書いてある。

事務局 それは、要するになぜ「口頭指導」と書いたかということ、学校のほうから連絡

があるときに、「この子は処方されています」ということで119番が入ると思うのです。そのときに、先生から「どうしましょう」というのは必ず聞かれると思っていまして、それは逆に言うと、消防側の多分問題になると思ひまして、ここに書いたのです。口頭指導をしましょう、やったほうがいいのかどうかというよりも、まず現実問題として、先生が「どうしましょう」と言われたときに。

委員 じゃあ、事前に取り決めてある状態だったら、「打ってください」と言えば、それは口頭指導にならないですね。「こういうときは打ってください」という、教育とは何かそういう事前の取り決めがあるわけですから。「こういう症状あったら打ちましょう」ということが、119番通報するのと同時に教員が打つということで、一応打ち合わせができていますよね。だからそのことを、そのとおりにやってくださいということ言うんだったら、医学的な指導じゃなくて済むのではないかと思うのです。

事務局 「ガイドラインに従ってください」ということですね。すいません、今日は特に文部科学省の担当が来たいと言っていたのですが、ちょっと調整が合わずに来られていないんですが、またちょっと文部科学省とも調整しながら。

委員 「打ってください」というと問題なんでしょうけど、「事前の決めどおりやってください」というのはいいのですか。

委員 多分、でもその先生はガイドラインを知らない先生ですよね。「どうしたらいいのでしょうか」というのであれば、「ガイドラインどおりやってください」と言っても……。

委員 というか、その子がね……。

委員 担任の先生でもなくて、図工の先生だとかいろいろ、それで「どうしましょうか」となってだとかいうときですよね。

事務局 も、あると思っていますし、学校の先生の中でも、委員のおっしゃったように相当温度差があるようでして、正直に言うと、救急隊が来てくれるなら待っている先生たちも相当数いるんだろうなと。

委員 だから、非常に僕はそこを懸念しているのです。救急救命士を呼んでいるから、救急車呼んでいるからいいよ、いいよということで、なるのではないかなと思っているのです。だから、学校で起きたときというのは、第1順位は学校の先生じゃないかなと僕は思っています。

委員 文部科学省はまさにそういうふうに思っているのですよ。救急救命士の方にやっていただきたいって。そのとおりです。

座長 その発端はそうですね、先生。

委員 そうです。

座長 駆けつけた救急救命士がやれないのはおかしいというのは、その間に学校の先生が全然入っていないのですよね。やる気はないと思う……、いいのかな、こんなこと……。

委員 だから、学校の養護教諭たちは、今回の取り組みガイドラインが出て、やろうという人たちももちろんいるのですが、ただ、人によって全然違うのと、全く拒否反応を示す学校とか都道府県とか教育委員会とか、文部科学省の微妙なところなのですが、結構あるのですね。なかなか医療行為とか、こういう健康管理に関してかなり腰が引けているところがありまして、非常に僕らも苦労しているところですよ。

委員 少なくとも、救急救命士は医療従事者だという位置づけにしているわけですよ。で、病院前救護の体制をどのように構築していこうかというのがこの20年近く私の日本の課題なわけですから、学校の先生は協力してくれれば非常にありがたいと、それは本来当たり前ですが、という上で、どういうセーフティーネットをつくっていくかということをここでは考えたほうがいいのではないかと思います。

座長 そうなると、私は結構保守的なのです。向こうは打つでしょう。口頭指示では「打ってください」ではないですか。事前にプロトコールをつくれれば。

委員 何がですか？

委員 打ちたくないという人しか電話してこないわけでしょう。

委員 いや、そうとは限らないです。

委員 そうじゃない？ まあ、心配だから電話してくる。

委員 やっぱアナフィラキシーの状況になると、基本的に救急要請は……。

委員 絶対しますよね。

委員 します、学校としては。ですから、エピペンを持っている人で、たとえ打った、打たないにしろ、アナフィラキシーの状況が発生すれば、学校側としては必ず救急要請があると思います。

委員 それなら、やっぱり「打ってください」と言っていいのではないですか。で、「いいえ、私には打てません」となると、それは現実的に打てないというのであれば、現場に、日本では五、六分で着くわけですから、平均的には6分何十秒かで。

委員 「打ってください」と言ってほしいのではないのでしょうか。言ってあげるという姿勢がこちらには大事なんのではないのでしょうか。違いますか。そういうことを示しておかないと、ここは何ていうか、相手に責任を押しつけるのではなくて、私も責任をとるから、一緒に子供を助けてくださいという姿勢を示さないと相手はますます逃げていくのではないですか。

座長 そうですね。

委員 「打ってください」と言って、「いや、打ちませんでした」と言ったときの責任をどうしますかみたいな話が、言い出すとそうなりますよね。だから、先生のおっしゃるとおり、「救急隊員もすぐにも駆けつけますから、とにかくこれが一番いい手なので打ってください」と。

委員 で、「今行きます」、「行っている最中です」ということでしょうか。それでいいのではないですか。

委員 その方向がいいかもしれません。

委員 そういう心がないから、現場はややこしくなっちゃうので。僕ら医者から見たら、とにかく現場で助け合って行って、子供を助けていただかなきゃ話にならないので、それから文部科学省がどうという話じゃなくて、今は医療的ケア……、委員のほうがお詳しいでしょうけど、養護学校なんかは、親が自宅で気管内吸引をやっているのに、なぜ学校で学校の先生が実施してはいけないのかという話で、ちゃんとトレーニングも僕らはして、医療的ケアとかいって、「的」という字を入れて何かうまくクリアしているみたいなのを聞いていますけど、そういう方向にはあると思いますけども、少なくとも養護学校はそうですよ。これも学校、家では親がしていいということですから。

座長 そうですね。

委員 でしょう。だから、トレーニングというんですか、一通り勉強さえしてもらえれば、やってもらうというのは、僕は今の流れとして決しておかしくないと思うのです。

委員 救急救命士に対するオンラインメディカルコントロール——直接指示、具体的指示——は、根拠としては、電話の指示でもって、医師の代行で実施するということが法的根拠となっているということで日本でもいいのですよね。アメリカはそうですけど、日本ではどでしょう。指示した医者 of 責任のもとに実施するというふうになっているのでしたっけ。そうじゃないのでしたか、日本の場合は。単に指示しているだけですか。

委員 単に、医師の指導のもとに、医師の指示のもと行うという法体系になっていて、その責任については、少なくとも救急救命士法の中にはうたっていませんよね。

委員 そうですか。アメリカの場合には、医者 of 医師免許の根拠のもとに代行でやるという位置づけですけども、そこまでは明確じゃないですね。

委員 救急救命士法の中にはそんなことは書いていないよね。

オブ ないです。

委員 というのは、もしその考え方を当てはめるとすると、「エピペンを打ってください」という指示を出せるのは、救急救命士の資格がある人以外は実施者としてできないのではないかなと。

委員 この場合は、先生、だから僕がここに「直接的指示」と書いたのは、先生がおっしゃったのは包括的指示じゃなくて、具体的指示になるのですよ。

委員 違います。口頭指導で、電話口で119番をかけてきた人に、「エピペンを打ってください」と言うのは、さっきの医師のメディカルコントロールの直接指示と置きかえて考えると……。

委員 おかしいといわれるのでしょうか。

委員 資格者の代行としてやるというふうに考えるとすると、指示を出せるのは、指示というか、そういうふうに指導できるのは救急救命士だけになるのかなというふうに。

委員 私はそうは思わなくて、だからこそ厚生労働省が包括的指示のもとにこれをするという通知をせっかく出していますから、全部がオンラインだというのであれば。

委員 救急救命士が実施することに関する話があって……。

委員 わかります。指令台が指示を出すことについてでしょう。

委員 家族なり学校の先生がやることに関して、「やりなさい」と指導するという、その根拠です。

委員 包括的指示であれば、事前にプロトコールが定まっていれば可能でしょう。

座長 学校の先生に指示をされるのは、現状の特別な、ここであれを出さない限りは、あるいはそれを認めない限り、現状では医療行為ですから。なおかつ、指示を受けるほうは、緊急避難行為としてのご本人もしくは家族以外ないわけです。だから、指令台は「処方されていますか」と聞いてもいいかどうか、その辺の検討ぐらいのところまでですね。で、持っているならば、「打ったらどうですか」という指示をするだけで。あくまでもそれは……。

委員 助言ぐらいですね。

座長 助言ぐらいですね。僕はそういう解釈です。

委員 助言ですね。

座長 それを超えたものにするかどうかは、またここでご議論をという気はしますけれども。あるいは、それはやるべきじゃないと事務局がおっしゃれば、それはそういうものでございますけど。

事務局 もともとの行為は、学校の先生が緊急避難という整理であるのであれば、緊急避難の指示はおかしいですよ。

座長 そうですよ、そうです。

事務局 だから、超法規的というか、そんなあれですから、だから口頭指導となっていますけど、指示とかじゃなくて、助言というか……、なんですかね。

そうなりますね。

座長 ちょっと難しいことですね。

事務局 非常に難しいと。ただ、こういう議論は是非しておきたいとは思いましたから、

座長 委員、このご意見は結構なんですけども。委員、そういうことですよ。

はい、そうです。

そうですね。

委員 一応4時までの予定で、大変皆様から貴重なご意見をいただいていますけども、ほかに何か、この際いろいろなところで。

座長 事務局、フリートーキング的な、こういうことでよろしゅうございますか。何かまとめる……、あとは事務局で整理していただけるものと期待しておりますの

で。もしなければ。どうぞご意見。

本日はほんとうに貴重なご議論をありがとうございました。

事務局

本日、わりといろんなところで共通の認識がとれたのではないかと思いますので、できれば決着がつけば次回、つかなかったとしても次々回ぐらいではやっぱりまとめて、何らかを提出していかないといけないと思っております、ぜひご協力をお願いしたいと思います。

ぜひ今後ともよろしく願いいたします。

座長

どうもご協力ありがとうございます。よろしく願いいたします。

— 了 —