

【議事録】令和6年度第2回「鳥取県救急活動プロトコルに係る専門委員会（DNAR 関係）」

令和6年11月29日

鳥取県救急搬送高度化推進協議会事務局

- 1 開催日時 令和6年10月24日（木） 午後6時から午後7時まで
- 2 開催方法 オンライン（Cisco Webex Meetings）
- 3 出席者 別添「出席者名簿」のとおり
- 4 議事録

1 開会

<事務局（黒見消防防災課長）>

本日は、お忙しいところご参加いただき、誠にありがとうございます。

私は、事務局を務めさせていただいております、消防防災課の課長をしております黒見と申します。よろしくお願いいたします。

本日、委員長に議事の進行をお願いするまでの間、私が進行を務めさせていただきます。

（資料の確認部分省略）

2 委員紹介・定数確認

<事務局（黒見消防防災課長）>

第1回の専門委員会に引き続き、同じ委員の皆様でございます。資料の委員名簿を持ちまして、ご紹介に代えさせていただきたいと思っております。

また、事務局を務めさせていただく職員も名簿の通りでございます。何卒よろしくお願いいたします。

続きまして、定足数の確認をさせていただきます。本日の会議は、委員15名中、現在11名の委員にご出席いただいておりますので、本協議会運営要領第4条第4項の規定により、第3条第2項の規定を準用し、半数以上の出席が確認できましたので、会議が成立しておりますことを報告します。

また、本日の議事録ですが、委員の皆様にご確認いただきまして、ご確認いただいたものを県の公式ホームページに掲載させていただきますので、ご承知くださいますようお願いいたします。

3 委員長挨拶

<事務局（黒見消防防災課長）>

それでは、議事に入ります前に上田委員長からご挨拶をいただきまして、その後の議事の進行も合わせてお願いしたいと思います。上田委員長、よろしくお願いいたします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

よろしくお願ひします。今日はDNARの協議をさせていただきますが、ある程度事前にご意見を伺っておりまして、その辺りをまとめていけたらと思いますので、よろしくお願ひします。

それでは、早速、協議事項に入りたいと思います。

人生の最終段階にあり心肺蘇生等を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する救急隊活動プロトコル（素案）について、事務局の方から説明をお願いします。

4 協議事項

(1)「Ⅱ 人生の最終段階にあり心肺蘇生等を希望しない意思を示した心肺停止事例に対する救急隊活動プロトコル（素案）」について

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

【資料1】をご確認ください。第1回専門委員会とその協議結果、その後に募りました委員の皆様からのご意見を集約し、鳥取県のDNARプロトコルの素案を作成しました。フローの全体としては、日本臨床救急医学会の提言にある標準的活動プロトコルの対応手順の流れを基本としつつ、フローの下部分に心肺蘇生中止後の対応を記載したものを作成しました。補足として、フローの次のページに3ページ分の説明を設けております。

この【資料1】の素案のポイントを3つご説明させていただきます。

1つ目は、心肺蘇生中止に至るまでの確認手順です。フローの※1からご説明しますと、現場で心肺蘇生を希望しない意思の提示を家族から受けた場合、次の※2の心肺停止の状況を確認することとします。この※2では、心肺停止の原因が外因性または外因性の疑いがあれば、心肺蘇生中止に進まず、通常の救命活動を行うものとしております。心肺停止が内因性のものであれば、次の※3に進み、書面による意思の確認を行います。その後、書面に記載されているかかりつけ医に連絡を取り、※6でかかりつけ医から心肺蘇生中止の指示を受けることで救急隊は心肺蘇生を中止します。

ポイントの2つ目は、傷病者の心肺蘇生を希望しない意思の確認方法を書面のみとし、その書面である指示書は、日本臨床救急医学会の提言にあるものを参考にした書式で、プロトコルに定めることとしております。それが【資料2】のものです。

3つ目は、心肺蘇生中止の指示を受けた後の対応を3通り記載しました。それがフローの下部分の※8の「現場で、1時間程度で駆けつけるかかりつけ医に引き継ぐ」。これができなければ、「かかりつけ医の病院に搬送する」。これもできなければ、※11の「4時間程度でかかりつけ医が現場にかけつける場合、家族に引き継ぐ」。この3通りの対応により、傷病者をおかかりつけ医、訪問看護師、家族等に引き継ぐこととしております。

【資料1】のフローと補足の内、赤字に記載している箇所は、委員の皆様からのご意見を反映した部分や、ご意見により協議が必要と考えられる部分を示しております。

【資料2】として、心肺蘇生等に関する医師の指示書の素案をお配りしておりますが、この指示書を書式として本プロトコルに付属するものとしております。この指示書では、かかりつけ医の署名、傷病者本人または代筆者、代筆代諾者の署名を必要としております。

【資料3】の傷病者不搬送同意書の素案につきましては、こちらも同じくプロトコルに付属した書式として、現場で家族やかかりつけ医に引き継いで救急隊が引き上げる際に、家族、かかりつけ医に不搬送を同意する旨を記入していただく書式としております。

【参考資料1】は、委員の皆様からのご意見をまとめたものです。ご意見に対して、素案に反映させたものもあれば、黄色のマーカー部分の通り、本専門委員会で協議すべき事項等を記載しております。

プロトコルの素案について疑義のある部分について本日ご協議いただき、鳥取県のプロトコルを作成したいと思います。よろしくお願いいたします。説明は以上でございます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。まず、大きく2つ、【資料1】の赤字部分のところと黄色のマーカー部分のところを今回協議したいと思いますが、まず赤字の箇所のところ、委員からの意見を受けて変更した箇所ですが、さらに変更意見がある方はおられますでしょうか。特に、現場で活動する診療所及び救急隊員からの意見をお伺いしたいのですが、前角先生、いかがでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

前提をひっくり返すようで大変申し訳ないですが、【参考資料1】の中にも私の意見を挙げさせていただいていますが、119番の通報があった際にこの書式の有無をそこで一旦確認していただくのが非常にインスタントでいいのではないかと考えていて、このフローに沿って不搬送の指示書が結局、患者に保管されていたということが割と下の方で確認が取れた後で、そこにドクターカーが出動していたという事態になると、このプロトコルの優位性というものあまり良くないのではないかと考えています。とにかくDNARの案件の方のドクターカー出動が、現場で、救急の先生方も我々も結構困惑しておりまして、そこを予防する、抑制するという意義をもって素案を見直していただくことが可能かどうかを皆さんにお伺いできたらなと思っています。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

その場合は、一番多いのは、ご家族が慌てて、その書式なり、確認というのを、例えば119番通報をかけた時にそれを答えられない場合は、基本的には心肺停止扱いになって、ドクターカーやドクターヘリを呼ばれるという形になることと、そこで長い時間をかけられないというところがあるので、そこをすぐに確認することを在宅の先生がその家族に徹底できていればいいのですが、現状それができてない在宅の先生が結構おられる状況もあるのではないかととも思いますが、いかがでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

おそらく、不搬送指示書というその書式の作成をしている在宅医は、私の知る限り当院しかないのではないかと考えていて、しかも当院も全ての症例にそれを作るというところまで到達できていなくて、基本的に我々が関わる看取りの終末期の方が救急要請をするこ

とがないように、我々は日頃から診療の中で関わらせていただく中で、前提に作るわけではないのですけれども、こちらで何か判断基準とか明確に作らせていただきたいですが、こういう症例に不搬送同意書を直感で今作っているんですけど、必ずそれをベッドサイドに掲示しましょうと。私たちもドクターカー、ドクターヘリを想定してそれをやってなかったと。救急隊が駆けつけた時点で、救急隊の方の目に見えるところにまずこれがあれば、その慌てた家族がうまく喋れなくても、これを救急隊の方に見つけてもらえさえすればという思いで作らせていただいたりはしたので、そこにドクターカーとかドクターヘリがどうなっていくのだろうというのを今すごく懸念しています。家族さんにももちろん周知はするのですが、そもそも不搬送同意書という書式が一切、市中に浸透してないことをまず皆さんにお伝えしとかなないといけなくて。これを作っていこうということで消防の方が動いてくださるのであればそれが一番で、まずはその書式が普及するかというのが、今のディスカッションのもっと上の前提にあるのだと思います。

その上で、ドクターカーとかドクターヘリの話はもっと難しい問題になると思うのですが、まずは作る、ベッドサイドに掲示する。家族が慌てる、うまく喋れないということを想定してかかりつけ医がそれをするをこちらとしてはしっかり普及させていきたいと思えます。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

その場合ですと、医師会等でそれをある程度、共通の書式をマストにして導入するというのがおそらく条件になってしまうと思いますが、それは可能なのでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

うちの凡例も提出させていただけたらよかったですのですが、消防の方に聞いてうちが今作っている書式は患者さんごとの病状説明の説明書があって、病状を個別に載せて、ただ、同意しましたというその同意書自体は共通の書式で作らせていただいている、書式は自由で構いませんと消防の方に言われていたのでうちは独自に作ったのですけれども、例えば私が所属している西部医師会の在宅ケア研究会で書式をちゃんと作って、在宅医が中国四国厚生局に届け出て、在宅医療を提供していて、DNARをかかりつけ医が取得していると認識している過程にこの書式でやっというところが、まず消防の方にこの書式でいいんだという承認をいただけたら、医師会の方で普及させていただけるように正式なルートで確立させていただきたいと思えます。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

再度確認しますが、とりあえずその書式を西部は西部で統一、標準化するという理解でいいですね。

<前角委員（よだか診療所）>

標準化しなさい、と救急や消防の方が言っているということをまず医師会に伝えますので、そして医師会としてどういうものを作るかというのをそこからまた協議になります

が、前例として当院の書式がありますので、これをどうしていくかというのを、例えばこういう条件でこういう記載があるみたいな条件、その書式がこうであるべきだという条件は消防、救急の方々からいただいておいて、その条件において統一した書式を西部医師会で作るということにおいては実現できるように努力しますし、できると思います。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

そうすると、要するに県で統一化するかどうかというのがまた問題になるので、どうしますかね。西部だけのローカルルールみたいになってしまうので、県で統一するプロトコルを作らないと意味がないので。

<池田委員（鳥取県東部地区メディカルコントロール協議会）>

よろしいですか。DNAR に関してですが、先日、県医師会が参加した中国四国の会議がありました、その中で ACP に関してこの DNAR の時の救急隊の搬送についての議論というのもありました。

例えば愛媛県の今治の方では、前角先生が言われるような書式を作って冷蔵庫に貼っておくという決めごとがしてあり、救急隊が行けばそこを確認して、そこに貼ってあれば DNAR として確認できるという形で今治の方やっているみたいです。

県医師会の方でもそういう事例を確認しておりまして、今後そういうことを進めていかなければいけないということは把握しておりますので、医師会の方に対して、また改めて MC の方から言っていただけたら、多分うまい具合に話は進んでいけるとと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。県 MC として県医師会の方に要望を出せばいいということですね。

<池田委員（鳥取県東部地区メディカルコントロール協議会）>

そうですね。その後でまた県医師会の方から各地区医師会の方に流すという形がベストかなと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。では、それを踏まえてフローチャートの最終的な案を作り上げるという形でよろしいですかね。

<池田委員（鳥取県東部地区メディカルコントロール協議会）>

そうですね。前角先生がおっしゃられたように、最初の電話の時点で、例えばかかりつけ医がいるかどうかを確認するという形で、かかりつけ医がいるかないかくらいは多分わかると思いますので、その後でかかりつけ医がどう言っておられたかとか、それを確認するだけでも次に進み易いと思いますので、例えばそういうことも考慮に入れていただけたらなと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

承知しました。では、その辺は再検討して、早々に医師会の方に要望書を出して、それを踏まえた上で、消防の方と確認してプロトコルの最終的な報告を作るという形にさせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

<池田委員（鳥取県東部地区メディカルコントロール協議会）>

そういう要望があることに関して、一応、県と東部の医師会の方に伝えておきます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

承知しました。事務局の方、それでよろしいですか。

私、文書を作りますので、またよろしくお願ひします。

<事務局（黒見消防防災課長）>

その方向でよろしいかと思ひます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

フローチャートについて、他にご意見ありませんか。

<前角委員（よだか診療所）>

もう1つだけよろしいですか。池田先生がおっしゃったように、かかりつけ医はどこなのかということを確認していただくということが、このフローの中で初期の対応として、よかったら組み込んでいただきたいということと、もしよかったらそのかかりつけ医にコンタクトを取る、連絡することなく、おそらく救急要請されているケースが多いと思ひますので、なるべくそのフローの上流でかかりつけ医にコンタクトを試みるというアクションを、手間が増えますが組み込んでいただけると、おそらくもっと簡略化できると思ひますので、ご提案したいと思ひます。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

かかりつけに連絡するというのは、救急隊がということですかね。ご家族がということでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

どうでしょうか。本来であれば、かかりつけ医に連絡を取ってみてくださいと一言救急隊の方から言っていただけでも違うのではないのでしょうか。救急隊の方の業務を複雑化したいわけではないので、落ち着いてかかりつけ医にまずコンタクト取りましょうかという一言だけでもいただくと違うかなと思ひます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。さすがに滞在時間が長くなるので、救急隊の方でやるということのプロトコルの中に入れるのはなかなか厳しいと思いますので、家族の方からそれをまず聞くというのを追記できるかどうかというのを検討するというところでよろしいでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

お願いします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

他にはございませんでしょうか。なければ、【参考資料1】の黄色マーカーのところについて協議させていただきたいと思います。

まず、救急活動フローに関するところで、津村委員から、除外項目として年齢は挙げられていないが、加える必要があるか協議していただきたいとコメントをいただいています。

これに関しては年齢を決めるというのは倫理的に無理ですので、年齢は基本的にはここでは記載しないという形でいきたいと思いますが、それについて何か異議はございますでしょうか。

<津村委員（鳥取中部ふるさと広域連合消防局）>

もしものことですが、傷病者が未成年だった場合に、意思能力のない未成年の意思表示が有効なのかどうかという問題があると思うのですが、その辺りは指示書で全てクリアできるところなのではないでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

未成年の場合の意思については、基本的には医療自体ではその未成年の意思というのは尊重されるということはないと思いますので、その辺を記載しないといけないということであれば、その文言だけを加えますが、それでもよろしいですか。

<津村委員（鳥取中部ふるさと広域連合消防局）>

はい、結構です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

では、その文言についてはまた事務局と私の方で練って、また皆さんからの意見を伺いたいと思います。

その次、心肺蘇生を実施せずに搬送する場合の法的なリスクはないかということについて、田代委員からコメントがあります。中村先生は参加されてますかね。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

今日、中村先生はご欠席です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

これは中村先生に聞いたかったですね。他の地域では問題ないということですよ。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

他の消防本部の方に確認したところ、そちらの弁護士の見解では、これはクリアしていると聞いております。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。では、これを踏まえて、後日、中村先生にご意見をいただいて、また文書回答させてもらうという形で、事務局よろしいでしょうか。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

承知しました。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

続きまして、鳥取県においてフローチャートの※11にある「家族等に傷病者を引き継ぎ、かかりつけ医が4時間程度で現場に到着できる」という4時間というのが妥当なのかどうかというところ。これは鈴木委員からのコメントですが。

他の地域のプロトコルをベースに作ってしまして、4時間がいいとか3時間がいいというおそらくエビデンス自体がないので、何かしらの数字をつけないといけないという形でこのようにしていますが、逆に現場的に、前角先生、この時間が短すぎる、長すぎるとかございますか。

<前角委員（よだか診療所）>

これは決して非現実的な単位ではないですし、我々は努力する必要があると思いますので、今のところ大丈夫だと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

では、今のところは4時間で行きたいと思います。他の委員で4時間以外にご意見があれば伺いますが、いかがでしょうか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

都市部と郡部でこの時間的なものというのがかなり読みにくくなるように感じるのですが、それも踏まえても4時間ということでもよろしいでしょうか、というご質問でございます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

それは、郡部だったらもうちょっと時間かかるということですかね。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

そうですね。郡部だともう少し時間がかかるような、もしかかりつけ医が都市部の医療機関だった場合には、もう少し時間がかかるような事象が発生するのではないかなということが懸念される気がしますが、いかがでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。そうしますと、地域、地理的な状況によってはこの限りではない、のようただし書きを加えるということでしょうか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

はい。それで構いません。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

その辺の文言、また追記を事務局にお願いできますでしょうか。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

はい。追記することを承知しました。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

よろしくお願ひします。

この4時間のところは他にご意見ありませんか。

（委員からの意見なし）

では、続きまして、フローチャートの※1の「心肺蘇生を望まない傷病者の意思等の提示」の部分の補足で「救急隊側から積極的に傷病者の意思等を確認する必要はない」という項目について、病院連絡の際に医師からDNARについて確認が必須ということを求められることが多いが、対応をどのようにすればいいかという内容ですが、田代委員、これについてコメントをお願いしますか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

救急隊から聞き取りをさせていただいたところ、かなり高齢の方の心肺停止症例が発生した場合に、医療機関の先生方からDNARの有無をほぼ必須なような状況でお伺いされることがあるというところで、病院連絡をするに当たり、積極的に意思の確認をしなくてはならないような実情が起きているということを聴取しております。

それを踏まえて、これで積極的に聴取しなくていいという文言で収めてしまうのかというところがちょっと疑問としてあります。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。逆に、どういう文言だったらいいというのはありますか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

このプロトコルを受け入れ医療機関の先生方がご理解をいただいて、積極的に聴取はしていないというところを認めていただけるようであれば、救急隊はそのように活動していけばいいのかなと考えております。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

在宅というよりも対象となるのは医療機関ということですかね。

これについて前角先生、なにかご意見ありますか。病院と在宅の温度差的なところが一番問題になるということでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

受ける側の医療機関としては三次のことですよ。これは鳥大さんだと思ってよろしいですかね。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

西部、中部、東部でということですね。

<前角委員（よだか診療所）>

受け入れの際に、ERのドクターからDNARではないのかということ必須というほど言われているのが現状としてあるということですよ。

その受けられる方としては、このプロトコルの委員会も大前提ですけど、DNARの方をどうして搬送してしまうのという、救急隊の方にはちょっとわからないかもしれないのですが、どうして運ばれてしまうんだらうという、本人のACPに沿わない搬送をしたくないという切実な思いを三次医療機関の皆さんお持ちでいらっしゃると思うので、やはりドクターカーとかドクターヘリとかが行くときに、その人はDNARではないですかということは、もし私がそこのスタッフだったら必ず確認をお願いしたいです。

ただ、救急隊の方の業務が増えてしまうということも今回の委員会で勉強させていただいているのですが、ただ、本当にこれは切実に確認が必要なのではないかと個人的には思いますが、どうでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。そうしますと、まず救急隊のDNARの確認をとったのかとってないかと三次医療機関側から問い合わせがあるというのをこのプロトコルをしっかりとって、それに沿って動いているということで、救急隊からその各医療機関に訪ねられた医師にもそういう風に対応するというので、それ以上聞かれてもプロトコル通りという形で進めるという形にしたいと思いますが、田代委員、それでいかがでしょうか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

はい、それで結構でございます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。文言については、どういう言葉がベストなのか、事務局とこちらの方で調整させてもらいたいと思います。

次に、かかりつけ医からの心肺蘇生中止指示について、外因性の心肺停止について蘇生中止の指示があった場合の対応についてですが。これも前角先生に相談しないとイケないのですが、特に事故とか墜落の關係の外因に関しては基本的には心肺蘇生を中止はできないんですけど、これは多分、窒息ということですよ。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

窒息に關してのことが一番だと思っております。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

窒息が外因死になってしまいますので、以前あったパーキンソンとか嚥下障害の人で QOL のために窒息をしても構わないけどということをしてリスクの上で食事をしていて窒息した場合に、それでも DNAR にするのか、できるのかというところになると思います。

一応、その死亡診断書等を作成するときに外因死とすると、基本的には蘇生中止自体がなかなか救急隊とか三次病院ができないというところで、ここは正直、家族と在宅医との話し合いがかなり大事になるところですけど、前角先生、いかがですか。

<前角委員（よだか診療所）>

まさにうちも経験した症例で、その方は DNAR の方でしたが、グループホームで介護職員の方が救急要請してドクターカーまで要請になってしまったケースでしたけれども、やはり我々在宅医は日頃その患者さんの嚥下を評価していますので、日常にかかりつけ医というものは、この人に食事を継続される中でですね、あるいはその食事や痰で、半分内因的な窒息をする要素がある方の評価をする中で、窒息という形で急変する可能性があるという話し合いを常日頃心がけているので、かかりつけ医が窒息しましたという連絡を聞いても驚かないケースというのは皆さんが思っておられるよりかなり多いのではないかと思っております、言葉遊びではないですけど、その難病なり老衰なり、嚥下障害がベースにある方が食塊や喀痰を通して窒息してしまったということが、100パーセントが外因死ということはないのではないですかと、その時は現場検証の時にお伝えしたら分かっていただいて、その時は私が死亡診断書を書かせていただいたんですけど、死因は誤嚥性肺炎とか、結局どの方もギリギリのところまで食事を楽しまれていますので、かかりつけ医の裁量であれば、先生がおっしゃるように、法的にどうなんだとか遺族の方からも疑義が出ない形で、平穩に DNAR を遂行できる症例というのは實際市中にあると思いますので、それでいいと思っております。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。これに関しては、中村弁護士とそれで問題ないか話を詰めてから、最終的な回答をするでもいいですか。

<前角委員（よだか診療所）>

はい、いいと思いました。例えば、その搬送要請がないところで窒息死されている方というのも市中にはおられるんじゃないかなと思うんです。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

これ問題になっているのは、在宅の中でそれを片付けて、それが外因死でも蘇生せずに看取するというのは、正直ありだと思います。

<前角委員（よだか診療所）>

救急隊が絡んだ時にとのことですよ。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

そうですね。結局は119番通報をしてしまうところが問題なんです。

<前角委員（よだか診療所）>

そうですね、そこですね。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

その場合に、救急隊が出ると、そこで窒息だからストップというのが、要するに僕は厚労省であり、救急隊は総務省になりますので、その管轄で中止をするということは、もし在宅医がいなかったら基本的にはできないんですね。

ですので、元々話し合っていて、そういうリスクがあるというところで、例えば救急車を呼ばない、119番通報をしないというのを徹底できていればいいのですが、結局、今これに関わる内容としては、それでもやはり119番通報した場合にどうするかということになりますので、そこに関しては中村先生にコメントをいただいて回答させてもらうという形でもよろしいですか。

<前角委員（よだか診療所）>

そうですね、法的な検証をいただくということでもいいと思います、

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

田代委員もそれでよろしいですか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

お願いいたします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

他の委員からご意見があれば言っていただきたいですが、よろしいですか。

続きまして、フローチャートの※7のかかりつけ医の引き継ぎ確認のところ、（かかりつけ医が現場に到着するまで）1時間というのが長く感じられるため、適正な時間の議論が必要と思われるということ。確かに現場滞在時間が長くなりますので、在宅の先生が大体どれぐらいで、在宅の先生と患者さんの家の距離というのがありますよね。時間はマックスでどれくらいかかる、なにか把握されてますでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

在宅医というのは、各エリアを診療して、予定があるのでルート取りがあって、その予定をこなしている途中でコールがあった時に、この案件は急行しないといけないから、最上位のタスクになるので、最大限何をしていたにせよ1時間あれば、直線距離16km圏内を診療圏とするとルールが決まっているので、端から端であったとしたら、1時間かかるかもしれないですけど、その努力ができれば1時間あれば一番遠いエリアにいても急行はできますし、しなければいけないと思います。

<池田委員（鳥取県東部地区メディカルコントロール協議会）>

例えば東部であっても、やはりなかなかすぐには行けない場合というのがありますし、これはあくまで最大限1時間という意味合いでしょうから、この程度の時間をいただいた方がいいかなとは思いますが。

例えば夜間とか、在宅の先生であればまた別ですが、日常診療されていてかかりつけ医になっている場合に、例えばそちらの方に駆けつける場合でも、診療をすぐストップしてそちらに向かう等々のことを考えると、ある程度の時間の余裕を見越していただいていた方が、実際の診療側としてはありがたいなと思います。もちろん絶対1時間で行くんだというわけではないんですけども、なるべく早く向かうにしても、それぐらいの気持ちの余裕を持って、いけるかいけないかを判断して、次の行動を考える方がありがたいと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。ただ、それが救急隊的に1時間待機という話になりますが。

<池田委員（鳥取県東部地区メディカルコントロール協議会）>

救急隊とコミュニケーションも取れると思いますので、1時間かかるよとか、15分、20分で行けるよ、とか、そういう流れではいけませんでしょうか。すぐには行けないということになれば、その次の段階の、かかりつけ医療機関に搬送する、または、4時間程度までそちらの方に引き継ぎを行うとか、そういう風に進むという形ではいけませんでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。救急隊がそこで1時間待機するというのは厳しいとは思いますが、それ以外での方法をこのプロトコルに盛り込む必要があるということですのでよろしいですかね。文言を加える必要があると思うので。

<前角委員（よだか診療所）>

かかりつけ医は、この1時間というのを最大限短縮する努力をしなければいけないというところで、「(訪問看護師)」でも、とじていただいていますので、訪問看護ステーションであれば、在宅医よりももっとエリア圏が狭くて人員も多いはずなので、1時間もかからずに最短で駆けつけるスタッフというのは、訪問看護ステーションの方が選択肢としては確率が上がると思うので、訪問看護師という文言も盛り込んでいただければ、より短時間で救急隊の方に引き揚げていただくことは可能だと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

では、そこは次の項目でもある（訪問看護師に引き継ぐことは）、問題ないという理解でいいんですよね。

<前角委員（よだか診療所）>

私はいいと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ここも中村弁護士に一応確認だけはさせてもらってから、最終的な盛り込みをさせていただきますと思います。田代委員、それでよろしいでしょうか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

はい、結構でございます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。続きまして、【参考資料1】の9ですが、かかりつけ医療機関への搬送の項目について、了承が得られなかった場合についての記載がなく対応に苦慮することがある。かかりつけ医療機関への搬送の項目について心肺蘇生を実施せずにかかりつけ医療機関に搬送する場合に、行政搬送として普通走行で搬送するのか、緊急走行で搬送するのかというところ。実際これが結構未だにあります。在宅医のところではバトンタッチできない時にどうするかというところですが、事務局の方、他の地域でどうしているかなど資料はありますか。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

先進的に取り組まれている消防本部から情報提供いただいたところに確認したところ、緊急搬送をせず、通常走行でフローチャート※9と※10の対応をしている消防本部もあ

ります。同じプロトコルに属している別の消防本部では緊急搬送をしているという本部もあって、その消防本部の判断に任せているというのが現状でした。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。現場としてはどちらかしっかりと文章化しておいた方がいいということですね。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

はい。しっかりルール決めしていただいた方が消防局としては運用がしやすいと考えております。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

中部か東部の消防局の方はいかがですか。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

こういうパターンはあります。その時はいつも普通走行で搬送させてもらっていますので、普通走行でよろしいかと思えます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

では、このようにさせていただくと、同じところで田代委員からの意見があった了解を得られなかった場合の対応については、例えばMCの判断を仰ぐとした方がいいのか、プロトコルに新たにフローチャートを作る方がいいのか、どちらがいいとありますでしょうか。

消防側で対応に苦勞するという場合は、例えばMCの指示を受けるなどにした方がいいのか、ある程度の方向性を決めた方がいいのか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

オンラインMCによるというお話であれば、色々と動きが取りやすいような気がしております。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

では、そちらの方を追記するという形で、事務局の方、よろしいでしょうか。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

この件につきましては、フローチャートの対応を考えますと、了解を得られなかった場合、「いいえ」の方に進んでいく対応を取った方がいいのではと思いますが、その点はいかがでしょう。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。田代委員、その対応で大丈夫ですか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

大丈夫でございます。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

事務局の方、それをお願いします。

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

承知しました。必要なところに記載をしておきたいと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

次に、フローチャート※11にある4時間についても、エビデンスはないが、それぐらいという形でよろしいでしょうか。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

承知しました。大丈夫です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。そうしますと、【参考資料1】6ページ目に入ります。

患者家族が救急要請を実施した時点で、いかなる場合においても救命措置を行ってほしいという希望があると思うが、書式有無の確認がその上流に来ていれば、このような状況下で本来蘇生を希望されていなかったという意味共有が迅速だと思うと、DNAR指示のある患者の搬送を抑制したいのかそうでないのかという観点からの検証が必要だと感じる。積極的にDNARの有無を確認する必要はないという文言も気になります。

前角先生、これについて端的にどのようにしてほしいのか説明をお願いしますか。

<前角委員（よだか診療所）>

先ほどにもあった冷蔵庫に貼ってありますかとか、この書式がありますかということ、もう少し早くこのフローの上流で確認ができれば、ドクターカーもドクターヘリも行かなくていいのかなと思いましたし、救急隊の方が一生懸命、意向を確認する必要はない、その大変なお仕事を増やさなくて済むのではないかと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

では、フローチャートの最初のところに盛り込むことでカバーできるという理解でよろしいですか。

<前角委員（よだか診療所）>

そうです。

<山代委員（鳥取赤十字病院）>

今の先生のご意見に僕も非常に賛同してしまっていて、例えば鳥取東部においてはハイリスク患者登録というのがあるんですね。患者さんが登録しておくことによって、その指示が予め入っているという情報を登録する。例えばDNARの患者さんは積極的に消防署にレジストレーションしておけば、これは貼ってありませんかという確認ができるのではないかと思います、いかがでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

なるほど、ありがとうございます。それをまずは徹底するというのをプロトコルにしっかり盛り込もうと思います。

<山代委員（鳥取赤十字病院）>

そうですね、県下でもし共通したその書式を作れば、その医師と患者さんの間だけの約束ではなく、それを地域全体のお約束として消防局に届けていいですかということも承諾書の中に入れてもらって、消防署に届けてあってそれが登録されてあれば、119番通報をかけてきた人に、誰々さんはこういう風になっていますが、救急隊は必要ですか、と確認することを消防指令としてもやりやすいのではないかと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。では、そのようにさせていただきたいと思います。
その次の項目についても、前角先生、同じですよ。

<前角委員（よだか診療所）>

そうですね。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ですので、このドクターカー云々の声が最初に確認できていけば出る必要がないので。

<前角委員（よだか診療所）>

そうですね。大丈夫です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

その下のところも同じですよ。結局、最初に意思表示ができていけばこういう混乱が起きないということになりますので、まずプロトコルの方にしっかりそれを文面化して、言葉を入れて作ったものは再度委員の方に周知して最終的な方法をチェックするという形でよろしいでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

そうですね。消防や救急の方と一緒にやったということが大事ではないでしょうかと言いたかったです。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。他の委員で何かご意見ございますか。この議論以外に、今回のDNARのプロトコルで必要などころはありませんか。宿題ができていますので、そこら辺はまたこちらで詰めさせていただきたいと思いますが。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

119番通報の時に確認するというのが、心配なところがあります。

119番をかけるというのは、心肺蘇生を優先するというで口頭指導にまず入ると思うんです。まず第一優先は心肺蘇生ですので、それをやっつてる中で「DNARありますか」というのを確認するいとまがない。

もう1つは、誰が電話をかけてくるかわからないという状況の中で、本当にご家族さんなのか、もしかしたら、ないとは思いますが、犯罪に関することとかの場合において、相手方を確認する方法がないという現状の中で、DNARの確認というのは早い段階では難しいのかなと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

確かに、私がいたところでもそういう犯罪の案件がありましたので、その確約というのは非常に難しい。逆にこれを悪用される可能性があるということですよね。

そこは在宅の先生と家族のところできっちり話を詰めていただいているという条件下で、このプロトコルが成り立つということになりますよね。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

そうですね。ですので、先ほど山代先生からご提案がありました、最初から登録しておくというのはすごく重要なことかなと思います。

東部消防もハイリスクの患者を40人くらい登録しているんですが、必ず指令書の地図に一発目が出るようになっていて、それですぐ確認ができるので登録制というのはいいかなと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

わかりました。その登録制の内容を山代先生及び東部消防、それから今日の前角先生からのご意見、さらに中村弁護士と最終チェックをして、それらを盛り込むという風にさせていただいてよろしいですかね。

<前角委員（よだか診療所）>

お願いします。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

よろしくお願いします。

（他の委員からの異議なし）

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

よろしければ、今日の協議事項はこれで終わりたいと思います。

あとは事務局にお返しします。よろしくお願いします。

<事務局（黒見消防防災課長）>

上田委員長、大変ありがとうございました。先ほどの検討事項については、事務局側の方も宿題をいただきましたので、それらについてまとめまして、また各委員さんの方にフィードバックさせていただいてということで進めさせていただきたいと思います。

後日、どのように進めていくかについては、追ってご連絡させていただければと思います。上田委員長、それでよろしいでしょうか。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

はい、お願いします。

5 閉会

<事務局（黒見消防防災課長）>

本日は長時間に渡りまして、委員の皆様、御参加いただきまして誠にありがとうございました。

以上をもちまして本会を終了させていただきたいと思います。本日は大変ありがとうございました。