

鳥取県救急活動プロトコル「DNAR プロトコル」の見直しに係る
ご意見及び事務局対応案

【参考資料】

令和6年12月23日
鳥取県救急搬送高度化推進協議会事務局

1 「救急活動フロー」に関すること

各委員への意見照会 (R6年8月9日)		第2回専門委員会 (R6年10月24日)		第3回専門委員会 (R6年12月23日)
委員名	意見内容	事務局対応案	協議結果	事務局対応案
津村委員	○フローチャート「10分程度で医療機関に搬送するか判断する」について、10分程度で判断できない場合（意思確認、書面確認、医師連絡がそろわないとき）にどうするか記入されていない。無限に判断を先送りするのか、リミットを設けて医療機関へ向けて搬送開始するのか協議していただきたい。救急業務の定義に沿った解釈、注釈の追記を要望する。	○素案に反映済。 （「判断に迷う場合は、早期にかかりつけ医又はオンラインMC医師に連絡し、助言を求めること。」を記載。）	○異議なし。	—
津村委員	○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。	○第2回専門委員会で協議。	○傷病者が未成年のケースの想定も必要。	○プロトコル案、指示書案に追記しました。
田代委員	○心肺蘇生法を実施せずにかかりつけ医療機関へ搬送した場合の活動報告として、搬送、不搬送のどちらで取り扱うのか？	○プロトコル提供消防本部に確認した結果は次のとおり。 ・現場で引継ぎ時は「不搬送」、かかりつけ医病院に搬送時は「搬送」としている。	○異議なし。	—
田代委員	○心肺蘇生を実施せずに搬送をする場合の法的なリスクはないか質問したい。	○第2回専門委員会で協議。	○法的な検証が必要。	○法的な検証の結果、問題がないことを確認しました。
鈴木委員	○※7や※11は、その前の※6で中止し指示が出た場合、かかりつけ医または訪問看護師が到着するまで救急隊は傷病者宅に滞在しているということか？それとも1時間以内程度で現場に到着するという	○※7については※8の訪問看護師が到着した時点で、※11につ	○異議なし。	—

	確認した時点で、現場を引き揚げるとのことか？	いては※12 の傷病者不搬送同意書を受理した時点で、それぞれ現場を引き揚げる。		
鈴木委員	○※11 の場合は、家族等に傷病者を引き継げとありますので、4時間程度で現場に到着できると確認した後に引き揚げるという解釈によるしいか？	○上記のとおり。	○異議なし。	—
鈴木委員	○鳥取県においてこの4時間程度という時間が妥当なのかの検討が必要。	○第2回専門委員会で協議。	○異議なし。 (4時間程度とする。)	—
小林委員	○DNAR 案件については、異常死の届出があった場合、警察が介入する。警察の責務は、犯罪死の見逃し防止である。異常死について、資料のプロトコルに「内因性心肺停止である(交通事故、自傷、他害等の外因性心肺停止ではない)」と記載されているが、中毒、鼻口部閉塞による窒息等、外表所見では内因性心肺停止所見と判断を誤る可能性が危惧される。よって、少なくとも同文言について「内因性心肺停止である(交通事故、自傷、他害等の外因性心肺停止ではない、又は、その疑いはない)」と明記することが必要である。	○素案に反映済。 (「又は、その疑いはない」を記載。)	○異議なし。	—
小林委員	○10分間で内因性心肺停止等の判断は困難であり、万が一犯罪であった場合のことを考えると、救急の負担、責任が大きいと思われる。よって、救急は、現場の状況を早期に医師と共有し、医師による判断を求めることが必要である。	○素案に反映済。 (「判断に迷う場合は、早期にかかりつけ医又はオンライン MC 医師に連絡し、助言を求めること。」を記載。)	○異議なし。	—

2 「用語の定義、補足説明」に関すること

各委員への意見照会 (R6年8月9日)		第2回専門委員会 (R6年10月24日)		第3回専門委員会 (R6年12月23日)
委員名	意見内容	事務局対応案	協議結果	事務局対応案
津村委員	○3頁にある【基本事項】について、最初に大きく目立つような掲載を要望する。	○素案に反映済。	○異議なし。	—
津村委員	○DNAR、延命処置などの用語は人によって捉え方が様々で、それぞれの用語が具体的に何を指すのか定義や解説が必要だと考える。用語の定義が詳細であれば、ていねいな説明、聴き取り、記載につながると考える。	○素案に反映済。 (本件プロトコルに関する用語の定義を定める。)	○異議なし。	—
田代委員	○「※1：心肺蘇生を望まない傷病者の意思等の提示」の「1 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言うほど求められることが多いが対応をどうすればよいか。	○第2回専門委員会で協議。	○搬送先医療機関の医師への理解促進が必要。	○プロトコル策定後、各関係団体への周知徹底を図ります。
田代委員	○「※6 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対して蘇生中止の指示があった場合の対応について確認したい。(以前、実例があったため)	○第2回専門委員会で協議。	○法的な検証が必要。	○法的な検証の結果、外因性の心肺停止(誤嚥による窒息含む)については、本プロトコルの対象外とします。
田代委員	○「※7 かかりつけ医への引継ぎ確認」について、1時間程度という時間が長く感じるため、適正な時間か議論が必要と思われる。	○第2回専門委員会で協議。	○異議なし。 (1時間程度とする。)	—
田代委員	○「※7 かかりつけ医への引継ぎ確認」について、看護師への引継ぎで問題はないのか。	○第2回専門委員会で協議。	○異議なし。 (4時間程度とする。)	○法的な検証の結果、訪問看護師への引き継ぎでも問題ないことを確認しました。 ○なお、かかりつけ医が対応できない場合に、訪問看護師が現場に駆けつけることについて、指示書案に追記しました。

田代委員	○「※9：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記載がなく、対応について苦慮することが考えられる。	○第2回専門委員会で協議。	○了承が得られなかった場合は、フローの「いいえ」に進み次の対応をとる。	－
田代委員	○「※9：かかりつけ医療機関への搬送」の項目について、心肺蘇生法を実施せずにかかりつけ医に搬送する場合、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。	○第2回専門委員会で協議。	○普通走行とする。	○プロトコル案に追記しました。
田代委員	○「※11 家族等へ引き継げるかどうかを確認」について、到着4時間程度の場合家族に引き継ぐとあるが、4時間が適当であるか議論が必要と考える。	○第2回専門委員会で協議。	○異議なし。ただし、地理的な状況によってはこの限りではない旨、追記する。	○プロトコル案に追記しました。
橋本委員	○プロトコル内の「通常の救命処置」と「心肺蘇生のみ」の違いが良く分からない。通常が一次救命処置＋二次救命処置、心肺蘇生のみが一次救命処置のみのことを意味しているのかと思ったが、その後のページの救急救命処置（心肺蘇生）についての説明で心肺蘇生（一次救命処置及び二次救命処置）と明言されているので、それを参照すると上記の解釈は誤っているということになる。 ○下段は「死亡確認してくれる医師がいるところまで移送するために（形だけの）胸骨圧迫をしながら搬送する。」という解釈で良いか？新しいプロトコルではその点をはっきりさせておく必要がある。	○その後のページでは、「心肺蘇生」ではなく「心肺蘇生等」となっており、一次救命処置＋二次救命処置を意味している。 ○お見込みのとおり。	○異議なし。	－

鈴木委員	○基本事項で、「明らかに死亡している場合はプロトコルの対象外」と書かれているが、救急隊員が観察し心肺停止状態と死亡との判断基準はどのようなになっているか？	○総務省消防庁が示している判断基準は次のとおり。 ・意識レベル J C S 300 ・呼吸感ぜず ・総頸動脈触れず ・瞳孔散大、対光反射なし ・体温感ぜず、冷感あり ・死後硬直又は死斑あり など上記6項目全て合致した場合。※これに心電図波形心静止を加えることもあり。※その他、頸部又は体幹部の離断も明らかに死亡と判断。	○異議なし。	—
鈴木委員	○また、明らかに死亡していると判断されたら、その後の医師による死亡診断に繋がる手順はどうなっているか？医療機関で死亡診断を受ける場合は救急車で搬送されるのか？(この内容をプロトコルに含めるという事ではなく、訪問看護師の知識として知っておく必要があると考えます。)	○明らかに死亡していると判断した場合、救急隊は、傷病者を警察に引き継ぎを行う。	○異議なし。	—

3 「心肺蘇生等に関する医師の指示書」、「傷病者不搬送同意書」に関すること

各委員への意見照会 (R6年8月9日)		第2回専門委員会 (R6年10月24日)		第3回専門委員会 (R6年12月23日)
委員名	意見内容	事務局対応案	協議結果	事務局対応案
田代委員	○指示書の統一化が必要と考える。(統一された指示書以外は適応除外)	○この度の県救急活動プロトコルの見直しに伴い、今後、様式の県下統一を図る。(ただし、移行期間を考慮し、当面の間、統一様式以外の様式による適応除外までは行わない。)	○異議なし。 (指示書、同意書の様式は県下統一とする。)	—
前角委員	○傷病者が「心肺蘇生を望んでいない意思表示が記載された書面」あるいは「不搬送同意書」など呼称が複数あると現場が混乱するので、消防署-医療機関間で統一した名称を設けるべきと考える。	○この度の県救急活動プロトコルの見直しに伴い、今後、様式の県下統一を図る。	○異議なし。 (指示書、同意書の様式は県下統一とする。)	—

4 「県民や関係機関等への普及啓発」に関すること

各委員への意見照会 (R6年8月9日)		第2回専門委員会 (R6年10月24日)		第3回専門委員会 (R6年12月23日)
委員名	意見内容	事務局対応案	協議結果	事務局対応案
野村委員	<p>○救急搬送しない場合の考え方について、啓発活動を通じてシステム作りをしてはどうか。</p> <p>①行政主導にてACP（アドバンス・ケア・プランニング）について広報活動を行い、その中で「DNARとは」「119番することなく看取るとは」等、県民に広く情報提供し考えるきっかけ作りを行う。また、地域包括職員を中心に地域住民等に情報提供する場作りを行う。</p> <p>②かかりつけ医は、ご本人・ご家族へ説明を行い、最期を迎えるにあたってどうするかについて、話し合いを重ねる。医療者のみでなく、福祉サービス事業者も共有する。</p> <p>⇒心肺停止になった時に、心肺蘇生を行わないという本人の意思表示があった場合は、指定された様式の「指示書」を作成すると共に、心肺停止時はかかりつけ医に連絡し119番通報はしないことについて、家族及び関係者と共有する。</p> <p>⇒救急隊員は活動現場で指示書が提示された場合は、かかりつけ医に確認した上で心肺蘇生を中止出来る。但し、下記に該当する場合は適応されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・交通事故、自損、他害等の外因性の心肺停止が疑われる場合 ・心肺蘇生の継続を強く求める家族等がいる場合 ・現場で指示書を確認出来ない、またかかりつけ医と連絡に確認が取れない <p>③在宅から入所となった場合は、担当ケアマネが中心となり多職種連携の場（サービス担当者会議等）で情報共有する。</p> <p>④入所事業所内で、情報共有及び職員教育を継続する。</p>	○今後、関係機関等と協議の上、検討する。	○異議なし。	○プロトコル策定後、各関係団体への周知徹底を図ります。

鈴木委員	<p>○プロトコルが完成することが今回の会議では重要なことではあるが、人生の最終段階における本人の生き方を考えるときに県民、住民へのACP 啓発と医療者はじめ関係機関がこのようなプロトコルになっていることの周知をしっかりとっていくこと、救急車を呼ぶということは、救命して欲しいという意思表示となり、望んでいない救命処置を実施されることになることを関係機関と連携しながら丁寧に家族等に説明していくことの過程が重要と思う。また、死亡診断のためだけに医療機関に搬送されるのは、極力避けていきたい。</p>	<p>○今後、関係機関等と協議の上、検討する。</p>	<p>○異議なし。</p>	<p>○プロトコル策定後、各関係団体への周知徹底を図ります。</p>
------	---	-----------------------------	---------------	------------------------------------

5 その他、「全般」に関すること

各委員への意見照会 (R6年8月9日)		第2回専門委員会 (R6年10月24日)		第3回専門委員会 (R6年12月23日)
委員名	意見内容	事務局対応案	協議結果	事務局対応案
橋本委員	○このプロトコルを使用しての問題点を事前に先進的に取組んでいる機関から御教示頂いておいた方が良い。同意書を頂く際にスムーズにいつているか、時間がかかりすぎたりしないか、なども気になる。	○プロトコル提供機関に確認した結果は次のとおり。 ・照会したところ、運用してから住民、病院、福祉施設からの苦情はなく、救急隊活動に支障はない。 ・同意書についてもその場での対応に苦慮することなくスムーズにできている。	○異議なし。	—
津村委員	○救急車を運用するのは県下消防3局の救急隊であり、消防法第2条の9、救急業務の定義「迅速、的確に傷病者を医療機関へ搬送する」を念頭に置いて見直しを図るよう要望する。	○ご要望として承る。	○異議なし。	—
山本委員	○資料のプロトコルをベースに作成して良いと思う。	—	—	
橋本委員	○資料のプロトコルの大まかな流れは良い。	—	—	
橋本委員	○鳥取の新しいプロトコルは日本臨床救急医学会のプロトコルをアレンジしたもの、と位置付けるのが良い。	—	—	
鈴木委員	○資料のプロトコルで概ね理解でき、追記修正の意見は特にない。	—	—	
野村委員	○人生の最終段階にあり心肺蘇生等を望まない心肺停止傷病者への救急隊基本活動プロトコルの見直しについては、救急隊員及びご家族も分かりやすいことが大切と考える。	—	—	

前角委員	○救急要請を患家が実施した時点では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。DNAR 事前取得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（「救急隊から積極的に 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。結局は医療機関マターであることは理解しています）。	○第 2 回専門委員会で協議。	再検討が必要。	○DNAR 取得患者の救急搬送やドクターヘリ・ドクターカーの出動抑制を図るため、現在、各消防局で運用されているハイリスク患者登録制度の活用を検討します。 ○なお、全ての救急要請事案に対して、119 番通報受電時または救急隊現着時に、「DNAR 取得の有無やかかりつけ医の有無」を確認することについては、現場滞在時間の延伸に繋がる可能性があることから、現状、難しいと考えています（各消防局とも協議済み）。
前角委員	○「傷病者の意思の確認」は救急要請が発生した時点で電話応需中に確認し、この書式が作成されていることがもしわかれば対応が迅速ではないかと考えます。そして煩雑な意思確認や望まない医療行為の展開を省略することが可能にはならないか。例えば、DNAR 取得患者における先行したドクターカーの出動は、かかりつけ医の DNAR 対応＝看取り対応後にも診療報酬が発生するなどして事後処理を複雑化している。原則 DNAR の書面表示が確認できた症例であってもドクターカーは出動すべきなのか。救急隊出動の準備と合わせてかかりつけ医にも電話連絡を取るよう患家に指示頂くことが叶えば、かかりつけ医の出動が迅速でありドクターカーの出動も省略できると考える。	○第 2 回専門委員会で協議。	再検討が必要。	○プロトコル策定後、各関係団体への周知徹底を図ります。
前角委員	○「かかりつけ医への報告なき救急要請」を減じる対策を並行して練ることに、重要性、有効性を感じる。DNAR を遂行できるのは、現行のルールの中ではかかりつけ医のみだからです。それは我々個々の医療機関に課せられる努力であって、消防局の関わる場所ではないとお感じかもしれないが、行政の観点から管轄を超えて各々の立場の人間たちが集結し連携を図る活動が必要なのではないか。	○第 2 回専門委員会で協議。	再検討が必要。	