

【議事録】令和6年度第1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8月28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7月30日（火）午後6時から午後7時10分まで
- 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、委員長を選出し、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。

（資料の確認部分は省略）

2 委員紹介・定数確認

<事務局（黒見消防防災課長）>

本来ですと、お一方ずつ、お名前をご紹介させていただくところですが、お時間の都合もありますので、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ます。

また、事務局を務めさせていただく職員も名簿のとおりでございます。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、鳥取県警察本部刑事部捜査第一課の小林室長様は、ご出席の予定でしたが、業務のため、ご欠席となっております。また、仕事のご都合でウェブ会議に入っていないのは、鳥取赤十字病院の山代部長様、よだか診療所の前角院長様です。お二方につきましては、多少遅れるかと思いますが、参加していただくご予定です。

本日の会議は、委員15名中、現在12名のご出席をいただいておりますので、鳥取県救急搬送高度化推進協議会運営要領第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。

（協議事項に入る前に、鳥取赤十字病院の山代委員、よだか診療所の前角委員の参加を確認する。）

3 委員長選出・委員長挨拶

<事務局（黒見消防防災課長）>

次に委員長の選出に移らせていただきます。

この専門委員会は、本協議会運営要領第4条第1項の規定により組織しており、専門委員会の委員については、5月28日に開催しました第20回（令和6年度第1回）の協議会で、委員案をお示しし、必要に応じて、委員を加えて選任することが了承されました。

専門委員会を進行するにあたり、まずは、本協議会運営要領第4条第2項の規定により、委員長を選出したいと思います。委員長は各委員の互選により選出することとなっております。事務局としては、本協議会会長の上田委員に委員長をお願いできればと思いますが、いかがでしょうか。

（委員からの異議なし）

皆様のご了解をいただきまして、上田委員に委員長をお願いしたいと思います。

それでは、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（鳥取大学医学部附属病院）>

こんにちは。鳥取大学医学部附属病院高度救命救急センターの上田です。

今日は総論的なところから入り、各論のところまでは協議に入れたいとは思いますが、皆様の率直な意見を伺えたらと思います。遠慮なくご発言のほどよろしくお願ひします。

早速、協議事項に入ります。現行のプロトコルの概要及び全国の策定状況等について、事務局から説明をお願いします。

4 協議事項

（1）現行プロトコルの概要及び全国の策定状況等

<事務局（谷岡消防防災課係長）>

【資料1】をご確認ください。現在の鳥取県のDNARに関するプロトコルは、【資料2】の「鳥取県救急活動プロトコル」の中の35ページに記載されているとお定められております。「蘇生を望まない救急患者の取扱いについて」という題目であり、活動手順の流れを簡単に説明しますと、家族等から心肺蘇生の実施を希望しない意思表示があっても、心肺蘇生等の処置をしながら医療機関に搬送することとなっております。心肺蘇生を実施しないよう指示する医師が署名した書面、指示書などとも言いますが、この書面が提示された場合の活動基準は、基本的には救急隊は心肺蘇生処置を継続しながら、指示書を署名した医師に連絡をとり、その医師の元に搬送又は現場に駆け付けるその医師に引き継ぐ又は救急医療機関に搬送するなどの、救急隊の対応が定められているものとなっております。

現行のプロトコルの策定経緯につきましては、平成30年以前から全国的にDNAR事案の対応に救急隊が苦慮するという社会的背景がある中、平成29年3月31日に一

般社団法人日本臨床救急医学会から「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」がまとめられました。この提言は【資料3】のとおりです。このような背景を受け、DNAR事案の対応について、鳥取県救急搬送高度化推進協議会専門委員会で検討が行われ、平成30年4月に現行のプロトコルの運用が開始されています。その後、令和元年11月に消防庁から【資料4】のとおりのお知らせが発出されており、これ以降はDNARに関する通知等はなく、消防庁などからDNAR事案について明確に活動基準が示されているものはないのが現状です。

全国の策定状況についてご説明します。これは昨年度消防庁で行われた調査結果ですが、(1)心肺蘇生を望んでいないとの意思を示された場合に何らかの対応方針を定めているかの質問に対し、定めていると答えた消防本部が69.8%となっています。(2)対応方針を定めている場合の内容について、家族等から傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられた場合、医師からの指示など一定の条件のもとに、心肺蘇生を実施しない、又は中断することができるかと答えた消防本部が58.1%となっています。

他県のプロトコルの参考例として【資料5】埼玉西部消防局と【資料6】A消防局(資料提供いただいた消防本部の意向により消防本部名及びプロトコルの内容は公表不可のため、「A消防局」という。以下同じ)のプロトコルを準備しました。【資料5】埼玉西部消防局のプロトコルにつきましては、平成29年に策定されており、【資料3】の平成29年日本臨床救急医学会からの提言に記載されている基本活動に則しているような内容となっています。【資料6】A消防局のプロトコルにつきましては、近年策定されたものです。同じく【資料3】の日本臨床救急医学会の提言の基本活動の流れは同じですが、説明がより多く書かれているものであります。埼玉西部消防局とA消防局のプロトコルの違いについては、かかりつけ医からの心肺蘇生中止の指示を受けた後の、かかりつけ医の到着を待つかなどの対応の具体的記載があるかどうかと、心肺蘇生に関する医師の指示書の様式例が添付されているかどうかなどが違っている点です。

なお、A消防局のプロトコルにつきましては公表不可となっています。この会議のみでの使用ですので、会議後の鳥取県公式ホームページへの掲載は行わず、議事録にも消防局名は伏せて記載します。皆様におかれましては、外部へ出さないようお願いを申し上げます。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)>

事務局から、現行のプロトコルの策定経緯と全国の策定状況、参考例として埼玉西部消防局及びA消防局のプロトコルについて、説明がありました。

まず、鳥取県では鳥取県救急活動プロトコルの35ページにDNARについてのプロトコルの記載があるんですが、まだこの時点では不十分なところがあって、迷いが生じてしまうということで、しっかりしたものを作成して、来年の春には何とかプロトコルとして確立して進めたいと考えております。

(2) プロトコル見直しに係る意見交換

<上田委員長（鳥取大学医学部付属病院）>

この現行のプロトコルを見直すにあたって、先ほど埼玉西部消防局とA消防局の資料の説明がありましたが、直近に策定されているA消防局のプロトコルをベースとして、これに肉付け、削除などをして、鳥取県のDNARプロトコルを作っていくと考えております。一度しっかり目を通していただいて、本日は専門委員として様々な関係機関の皆様にご出席していただいておりますので、各委員の皆様からお一人ずつご意見をいただきたいと思っております。

再確認ですが、【資料6】のA消防局のプロトコルをご覧ください。プロトコルに関するご意見、見直しの方法等について、今日ここで話を詰めるというわけではなく、話を詰めるための意見という形になりますので、御了承をお願いしたいと思います。

おそらくご存じだと思いますが、消防の救急搬送にあっては、管轄は厚生労働省ではなく総務省であって、我々医療機関は厚労省の傘下にあります。要するに管轄の部署が違いますので、基本的には救急搬送するのは消防側の総務省の通達に従わないといけないというのがベースにあるということをご理解いただきたいと思います。

こちらから、委員の方一人ずつ指名させていただきたいと思います。まずは、橋本外科医院の橋本先生いかがでしょうか。

<橋本委員（橋本外科医院）>

今現在、救急搬送者数が増えているという実態もありますし、国の方針もあって、お家での看取りを希望される方も増えてきていると思っております。

従って、この人生の最終段階で心肺蘇生を望まない患者さんというのを基本的には搬送しなくてもいい、もしくは、心肺蘇生をしないまま確認をしてくれる先生の所に搬送してくれるというプロトコルを作っておくということは、今後、鳥取県にとっては重要なことになっていくのではないかと考えています。

そのため、A消防局のプロトコルを参考にしながら、聞けるようでしたら何か起こった問題点などを聴取しておいて、そこに対応できるようなものを考えるのがいいかと思っております。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部付属病院）>

橋本先生ありがとうございます。

続きまして、鳥取赤十字病院の山代先生お願いします。

<山代委員（鳥取赤十字病院）>

去年、橋本先生とこの話をさせていただいて、今いろんなところが取り組んでる中で、望まないけれども救急隊として心肺蘇生をしながら搬送しなければならないという現実に対して、救急隊員の方々も決まってるからこうしなければいけないという思いの中には本来やりたくないというお気持ちもあるのではないかなと私自身も思っています。決まっているからやらなければいけないというのであれば、決めてやらないというのをやはりちゃん

と作ってあげないと、救急隊も困りますし、そのようなつもりで呼んだのではない家族もやはり困ると思っております。そのため、ぜひこの話を進めて、橋本先生もおっしゃる通り、先進地域での問題点がおそらく出てきていると思いますので、それも聴取しながらいい方向に向かっていけばいいなと思っております。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

山代先生ありがとうございます。

続きまして西部地区メディカルコントロール協議会会長の本間先生いかがでしょうか。

<本間委員（西部地区メディカルコントロール協議会）>

我々の救命救急センターでも80歳以上或いは90歳以上の特に老健施設からの患者さんを心肺停止として受け入れています。そのとき、多くの老健施設等では、ご家族は救命処置を望んでいるという形で運ばれてきますが、実際運ばれてきて家族に確認しますと人工呼吸をつけたり、気管切開をしたりそのような蘇生行為は望んでないということを病院到着直後に表明されることが普通なのかなと思います。

従って、いろいろなガイドラインをベースに、終末期医療の最終段階での希望や意向を事前に本人から或いは家族から聴取していくというのは不可欠の時代になっていると思います。

この前、臨床救急医学会があったのですが、そのときに強調されていたのは、いわゆるACPRの基本的な考え方は、単にそういう書類を取ること、そういう「点」ではなくてそれを取るプロセスが重要であるということを強調していました。これはどういうことかということ、本人、家族に書類を渡して書いてくださいではなくて、それを支援する担当者、例えば主治医、或いは看護師等が介在して十分説明して、本人・家族が納得した上で書類を書いてもらうというようなプロセス、「面」が重要だということが強調されていました。

結局、この委員会で書式ができ、その書式に記載がある人は心肺蘇生をやらないという結論がでて、書類を書いている率がこの鳥取地域では非常に低いということになると、本来の目的としていることを達成しないので、同時にそういう書式を完結する体制づくりや、そのプロセス、この実効性、この辺が求められるということです。

A消防局のプロトコルは非開示となっているということですが、その非開示の理由を教えてもらいたいということと、鳥取県でプロトコルを作ったら非開示になるのかどうか。この辺も疑問に思うことですが、いわゆる法律的なことも必要ということで、確か山梨県か甲府市かちょっとわかりませんが、そこではACPRに関する条例を制定している地域が既にあるという情報提示がありました。

地域によってはこういう背景となることを、このことを推進するため、或いはそれに伴うトラブルが生じないように、条例まで制定している地域もあるということ。この辺の調査は不可欠ではないかなと思います。当然この会議体は消防の会議体で、そのような条例制定とは全く関係ないという話になるかもしれませんが、こちらの活動に関係する部署に働きかけを行う契機となるのかなと思います。以上です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ありがとうございます。本間先生の質問に対して事務局から何かありますか。

<事務局（消防防災課係長谷岡）>

ご質問のありましたA消防局の公表を遠慮してくださいという理由ですが、A消防局のホームページなどで掲載しているものではないということでした。鳥取県の方でこの内容を掲載することは、公表は控えてくださいとのことで、資料提供を受けました。

<本間委員（西部地区メディカルコントロール協議会）>

オリジナリティは重要ですが、例えばA消防局を基に鳥取県は作成しました。鳥取県は公開します。これは許されるのですね。

オリジナリティそのものが公開されないということは、鳥取県のプロトコルが今後非公開なのかなということをし少し邪推した次第です。

<事務局（消防防災課係長谷岡）>

鳥取県ではプロトコルを公表します。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

A消防局のプロトコルをベースにしたということを表示するのか、それともこれ自体が臨床救急医学会のプロトコルをベースにしていますので、そちらを使うかはまたちょっと今後の協議で判断したいと思います。それでよろしいでしょうか。

<本間委員（西部地区メディカルコントロール協議会）>

本質的に公開できない理由というのは分からなくて、公開してもいいのではないのかなと思った次第です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

続きまして中部地区MC協議会会長の山本先生いかがでしょうか。

<山本委員（中部地区メディカルコントロール協議会）>

看取りというのはなかなか難しいことがたくさんあります。ここにかかりつけ医のことが書いてありますが、当院の場合は、老健には老健のドクターがおりますので、そこで看取りの人の対応をしています。

実は、かかりつけ医がおられても、かかりつけ医と連絡が取れないなど、救急隊にとっではどうしようもないことがあり、そのまま搬送してこられる方もおられます。

これには文書でと書いてありますが、なかなか実際は難しいんです。来られたものは仕方がないと、病院でかかりつけ医に連絡を取ることにはありますが、家族の希望や心肺停止の状態が現病によるものなのか急なものなのかということころも、他の全く治療可能な病気で心肺停止になった場合は、ひょっとしたら回復するかもしれないということもあります

ので、その辺を厳密に線引きというのは非常に難しいのではないのでしょうか。でも何とか鳥取県の方針も決めていただきたいなと思います。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

今まさに山本先生がおっしゃるようなところの問題点が、やはりこのプロトコルの中のピットホールとなっておりますので、そこをこの会議で埋めていければと思います。よろしくをお願いします。

続きまして東部地区メディカルコントロール協議会会長の池田先生、よろしく申し上げます。

<池田委員（東部地区メディカルコントロール協議会）>

人生の最終段階にあって心肺蘇生等を望まない方というのは、在宅か老健施設にいる方がほとんどだと思います。その中でかかりつけ医等や主治医、また施設のドクターとかおられることがほとんどであるはずだと思いますので、山本先生が言われたんですが、実際は、救急搬送になるのは理想的にはレアケースになるはずだと思うんです。ただ、思い通りにならないところでそのようになっているんだと思いますので、プロトコルに行くのはなるべくレアケースの形にして、事前の救急隊に連絡するまでの状態、事前の段階の部分を詳しく詰めた上で、レアケースでこの救急隊に連絡した場合のプロトコルを考えれば多少シンプルになるのではと思います。このA消防局のプロトコルをたたき台にしていいてのを作るというのもいいと思いますし、ただその事前の前提段階というのも、やはりこの会議で話をして告知をしていくというのが必要かなという意見です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

ご意見ありがとうございます。まさに問題となっているのはそこだと思います。

このプロトコルで完全に埋めることはなかなか難しいかもしれません。おっしゃる通りに、終末期を担当する医療機関へしっかり情報共有して、なおかつ対応できれば、このような問題はないということがその通りなんですけど、やはり実際そのようにいってないというところで、プロトコルの整理と或いは医療機関側の整理と両方並行して進めないといけませんので、もちろんかかりつけ医の主体である医師会とか、そういうところも今後巻き込んでいく必要があるかなと思いますので、また、ご意見お願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

そういうこともありまして、今回在宅医療を第一線でやっておられる先生のご意見を伺いたいということで、よだか診療所の院長であります前角先生の方にも参加していただいております。先生いかがでしょうか。

<前角委員（よだか診療所）>

先生方がおっしゃる通り、地域で人生の最終段階の方たちの医療を担っているのは我々在宅医で特養はまた違うんですけど老健や居宅でも施設でも一緒だと思います。救急医療を担う地域のERの先生方との何か橋渡しになればいいなと思って伺っています。

自分自身でちゃんとした見取りを1人でも多くの方に届けたいと思って、在宅看取り率が今90%前半を維持しているんですが、もしかしたら後半くらいになっているかもしれないんですけども、本来、不搬送指示書とかホスピスカーとか、在宅で療養されている患者さんの急変に可能な限り在宅医が包括的に対応して、そこで対応が完結できるようにという努力を重ねてきているんですけど、開院から5年になりますが、それでもまだ課題が山積みですごく難しくて力不足で大変申し訳ないと常々思っています。

結局、どんな枠組みに沿って一生懸命工夫をしても、救急隊の方とお話をする、私たちが診ているような患者さんとDNARをとっているはずの患者さんが、救急隊にそもそも接触すべきではないですよという話で結論づけられてしまうんですけど、私からすればですが、救急要請をするのはご家族さんであったり、介護職の方であって、あくまでもERの先生方にお世話になる行動を不適切な場面で行っているのは私たちではないというのが、そこが今すごく課題だと思っています。そのような医療者ではない登場人物にどこまで周知と理解を得られるかというのは、在宅医の腕の見せどころなんだと思うんですけども、実際それが本当に難しいなと思っています。

今日ここにお呼びいただいて大変よかったと思っています、逆に先生方から様々な指摘やおしかりをいただかないといけない立場だと思っています。ここから頑張らないといけないと思っています、逆にどういうことを課題だと思っていらっしゃるか教えていただいて、一応今、ホスピスカーをやっている、搬送同意書を準備してでも難しいことが多いので、プロトコルを院内で作っていて、これは老人ホームとかグループホームの介護職の方々、医療者ではない職種の事業所の方たちが、高齢の方が集まって集団生活を営んでいる時に彼らが急変する可能性が十分にあるということは、医療者は常識なんですが、介護職の方にとってはそういうものをほとんど考慮せずに介護になっておられるような状況で、集合住宅などでは夜勤が1人であったりして、夜に急変があったらパニックになってしまいますので、そこで意向確認書みたいなものが存在してDNARを話し合っていて決めていたとしても、本間先生がおっしゃる通り書面で回答できていたとしても救急要請するというケースがうちでもありまして、在宅医は24時間オンコールして電話を取って対応して緊急走行もするんですけど、そういうときどうしていいか分からなくて安心して119番通報して救急要請してしまうというケースがあるので、急変したときでもどのように落ち着いて在宅医と連絡を取ればいいのかというプロトコルを院内で作って、介護職の方の理解度と知識に合わせたわかりやすいマニュアルを作らないといけないというところに課題があって、今うちがやってる活動というのはそういうところです。

<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。

また今回、DNARのプロトコル作成について、患者さんに近い現場である前角先生に積極的にご発言いただきたいと思います。

続きまして鳥取県訪問看護支援センター所長の鈴木さんよろしくお願いします。

<鈴木委員（鳥取県訪問看護支援センター）>

私たち訪問看護師は、蘇生を望まない方々にお付き合いすることが多いのですが、私は20年前から訪問看護をやっているのですが、その頃は心肺停止、呼吸停止、瞳孔散大の三兆候があった時点で救急搬送はできないというところで、蘇生も望まないですし、老衰であったり、がんの末期といったことで治療がないと言われた方々が、昨日までは会話はできていても、今晚亡くなることもあり得ると、在宅の先生からも説明があった人達にはもしかしたら朝起きたら亡くなっていたというケースになると救急搬送をしてもらえないので、救急車を呼ばない、呼ばなくてもいいようなことを丁寧に説明していくというところが訪問看護師の役割でもあったなと思ってしてきました。

ある時期から、利用者・家族が在宅医を希望されなくて、病院の先生方も何かあったら連れてきてください、というようなことがあり、私たちはバック病院があるのはとてもありがたいことではあるんですけども、それがゆえに在宅医がつけられないと言ったらおかしいですけど、そこの説明がおろそかになってきて、もし亡くなったときに搬送していただけるんですか？と先生に聞いたら、救急隊に言ったら多分搬送してもらえるとというケースもなかにはありました。

私たち訪問看護師は、そのようなプロトコルのようなものが頭の中に知識としてなかったたので、在宅医がついてない方に在宅医についてもらった方がいいという説明がおろそかになってきている最近なのかなと、20年間やってきてそういうことを思っています。

なので、去年の11月頃に、訪問看護師もプロトコルであったり、家族さんにACPを含めて丁寧に説明ができるようにと考えていたところで、訪問看護支援センターは全県の訪問看護ステーションと関わっているの、まずは東部からそのあたりがどうなっているのかと聞き取りをしたいと思ったんですけど、メールでやりとりできませんかという回答いただいたんですが、メールではなかなか説明ができなくてということがありました。そういう経過から今年、このようなお話いただいてとてもありがたいと思っています。

訪問看護師が地域で看取りに関わる上で、救急搬送のシステム、知識をきちんと習得して、質の高いターミナルケアを提供することを目的としていきたいと思っていますので、救急搬送だけのことでなく、在宅の主治医師がいない、死亡確認は誰ができるのかということであったり、在宅の先生も、前角先生とか池田先生のようなお若い先生ではない先生も増えてきていまして、何かあったら病院に搬送しようかのような話も、特に東部はちょっと多くなってきている状況ではありますので、そのあたりも含めて、いい会議の機会をいただいたと思っています。

今後、現場のことを訪問看護師の方から、蘇生を望まない方のことなどを情報収集しながら、この会議で一緒に検討して、知識を得ていきたいと思っていますので、どうぞよろしく願いいたします。

<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、鳥取県介護支援専門員連絡協議会会長の石田様お願いします。

<石田委員（鳥取県介護支援専門員連絡協議会）>

池田先生と前角先生がおっしゃっているように、本来ですと、蘇生を望まないご本人様ご家族様に対して救急搬送はないという前提で私達サービスを組んで調整をしておりますが、先ほど地域性もおっしゃったんですけど、介護保険で言うと特養、老健、サ高住、それぞれの機能が違うところで、本来ですと全て蘇生を望まない方に関しては手順がお1人お1人に決めてあって、先生に連絡するタイミングとか、訪問看護に連絡するタイミングとか、どうやって看取っていくかという救急搬送しない前提で手順を決めて対応するんですけども、そこがばらついているので、本来どうしたらいいのという話になっているんだなというふうに拝聴しておりました。よろしくお祈りします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

よろしくお祈りします。

続きまして鳥取県老人福祉施設協議会の研修委員長の野村様、お祈りします。

<野村委員（鳥取県老人福祉施設協議会）>

うちの団体は介護老人福祉施設と在宅の事業所の福祉の団体です。私が所属しているのは特養でして、先ほどから言われてます看取りケアを特養では頑張っているところなんです。

その中で看取りケアを進めていくために、ご本人の意向もなかなか聞けない段階になっていますので、ご家族の意向と嘱託医の先生の指示書をもって看取りを行うので、看取りの方に関しては、救急搬送は行っていません。多分、他の事業所でも看取りケアに取り組んでおられるところでは、そのようなことかと思っています。ただ、ちょっと残念なことというか、在宅にいらっしゃるときにできればご本人の意向が確認できて、望む最期というのをご本人自身が決めたらなと思っています。

あと、地域包括ケアということがいただいた資料の中にたくさん書かれてましたので、地域包括ケアの中で、例えば、ケアマネさんを中心にご本人意向とか指示書に変わるようなものが、もし在宅の方でもできれば望まない救急搬送ということがなくなって、救急隊の方にもよろしいんじゃないかと思っています。

あと、担当の先生になかなか連絡がつかないときに、誰がその書類をもってよしとするのかという判断が難しいということも、いただいた資料の中に書かれていたので、その辺りもこのプロトコルの中に落とし込めるといいのかなと思っています。

<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、今回プロトコルを作成するにあたって、法律専門の弁護士の先生にも入っていただくことにしました。中村・川端・山内法律事務所の弁護士であります中村先生。あまり重く捉えてもらわなくていいんですが、やはりこういうのを作るときに法律的なピットホールとか、或いは、実は橋本外科医院の橋本先生も多分一緒に働いている時だと思うんですが、我々が兵庫医大というところで勤務していたときに、高齢の女性が他害にも

かかわらずC P Aの家族を自分の病院に搬送されたときにD N A Rをかなり主張してきたということがありました。

そういう形で、D N A Rを逆手に利用されることも十分あるので、やはりこのプロトコルは慎重に作成しないといけないなということを感じておりまして、特に医療従事者だけでは、どうしても穴が開いてしまうということで、今回無理をしてお願いしております。

<中村委員（中村・川端・山内法律事務所）>

私は、終末医療とか救急搬送の現場には明るくない、ある意味、素人みたいなところはあるんですけども、この問題というのが、どうしても人の生命に関わるというところで非常に難しいですし、法的なリスクというのはどうしてもある問題であり、社会的な議論もそんなに進んでいないという意味ではかなり先進的な取り組みなのではないかと思っております。

だからこそ難しい問題もありますし、特に現場でいろいろ問題を抱えておられる悩みを抱えておられる方々が、なるべく迷わずに法的なリスクというところをなるべく回避した形で、安心して取り組めるようなプロトコル作りに協力できればと思っております。

ただ、法曹界といいますか、我々の所属する世界では、この手の問題に関しては、非常に遅れているところがあると思いますので、だからこそ、保守的な考え方がかなり強いとは思いますが、やはり本人の意思確認というところに尽きるのかなとは思いますが、一応救急の要請があった上で、ご本人が意思表示できない場合に、どうやってその本人の意思確認をするか、もしくは、他のもので埋め合わせるかということがポイントだと思っております。

いずれにしても、こういったルール作りをして、ある程度周知をするということも1つの法的なリスクを詰める、社会的に認知された方法である、これに従った措置であったということが1つ重要になってくるとは思いますので、先ほど、お話にあった公表というのはむしろ不可欠なんじゃないか。やはりオープンにして運用していくという意味では鳥取県では公表されるというお話でしたので、推すべきかなとは思いますが、そういった形で公表しつつ、周知を図っていくということも、ルール作りとともに、大事なのかなと思っております。

私も勉強させていただきながらというところあると思いますけれども、皆様のお役に立てればなとは思っていますので、よろしく願いいたします。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

よろしく申し上げます。

続きまして西部消防局警防課救急室長の田代さん、よろしく申し上げます。

<田代委員（鳥取県西部広域行政管理組合消防局）>

現状でも救急隊が判断に迷い、支障が発生しているのは事実でございますので、プロトコルを整理していただいて、また、多業種の皆様と合意形成が図れることは非常に重要であるし、ありがたいことだと感じております。

しかしながら、プロトコルが複雑になることによって、現場の救急隊が判断に迷うというような事象だけは避けたいというふうに感じております。

<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。おっしゃる通りだと思います。しっかり議論していきたいと思っております。

中部消防局警防課の課長補佐の津村さん、いかがでしょうか。

<津村委員（鳥取中部ふるさと広域連合消防局）>

我々の地域では、看取りのシステムであるとか、実効性というのがまだまだ足りていないと感じるところです。

その中で、先行してこの救急隊のプロトコルだけ整備されても、やはりそこにはあんまり実効性はないのかなと思っています。

ただ、これを整備することは非常にありがたいことだと感じています。そして、このプロトコルを見る限りでは、非常にたくさんの選択肢とか項目があって、10分でと書いてはあるんですけども、果たしてそれができるのかなというところも感じます。

このDNARの現場というのは、時間もかかりますし手間もかかる。それが先ほど田代室長もおっしゃいましたけども、救急隊の負担になっているのが現状です。

我々消防というのは、ご存じの通り、消防法にありますように、迅速、的確に傷病者を医療機関に搬送するというのが使命ですので、それに沿う形でぜひ行いたい、現場を取り扱いたいというのが第一の希望です。

このプロトコル策定を進めると同時に、やはり告知も行っていってほしいです。それは、岡山市消防局さんが先行してやっていることですが、DNARであっても119番通報があれば救急隊は心肺蘇生を実施します、というような告知をホームページに載せておられます。このようなことも行っていくべきではないかなと感じているところです。

<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。どうしてもピットホールというか、穴ができてしまうと思いますので、その辺をしっかりと埋めるように、ポジティブな建設的な意見をいただければと思います。

先ほども言いましたが、プロトコルが決まりましたら、各地域の医師会の方には十分説明に行く予定にしております。それをしないと全く意味がありませんので、まずそういう地域の医師会及び在宅医療を担っている方々に、周知・理解をしていただくということを働きかけていく予定にしております。

最後になりますが、東部消防局の警防課課長補佐の佐々木さん、いかがでしょうか。

<佐々木委員（鳥取県東部広域行政管理組合消防局）>

4点ほど、説明と提案をさせていただきます。

1点目が、先ほど池田先生のお話にもありました、救急搬送になるのはレアケースだということで、件数を拾ってみました。東部消防局管内で、DNARと指示書で項目を引っかけたところ、令和4年が4件、令和5年が6件、令和6年は1件発生しております。まずはこの件数の説明です。

2点目は、平成30年に現行のプロトコルを策定するときに、私はメンバーでございましたけども、その時はどのようなケースでも心肺蘇生をして搬送するというふうになったときに、結局救急隊がせずに訴えられるのか、して訴えられるのかどちらの方がリスクが小さいかということで、搬送する救急隊側の目線で、救急隊を守るということで策定されたように記憶しております。

3点目が、仮にA消防局のプロトコルを採用するとしたら、かなり複雑となりますので救急隊員にかなり負担になりますし、理解するのにかなりの準備期間が必要なのではとっておりますので、そういう研修などを設ける必要がありますし、あわせて先ほどありました指示をする先生方もしっかりと理解していただくというのがあります。このDNARの件数を調べるのにいろいろと文章読んでみますと、心肺蘇生をせずに搬送しなさいとかそういうの言っておられる先生がおられ、いや心肺蘇生をしないといけないんですというやりとりの記載もありますので、やはり指示する側の先生も理解をしていただくということが必要だと思います。

4点目は、まずは救急車を呼ばない努力も必要でないかなと思っております。在宅医療介護推進協議会とかでもこの点が課題になっておりまして、そういったことを関係者の方も言っておられますので、介護施設などの研修会などを設けて、お互いが理解してやっていくのが必要ではないかなと思っております。

以上4点、説明を終わります。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

今おっしゃっていただいた4点をしっかりプロトコルの中に入れ込みたいというふうに思います。

また、このプロトコルが、DNARを表示して救急搬送をしなかったり、キャンセルしたりということに繋がるような、ポジティブなプロトコルになるように進めていきたいと思っております。

他にご意見ございませんか。各論的なところは次回お話を伺います。

よろしいでしょうか。

（委員からの意見なし）

（3）今後の進め方等

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

本日の協議事項としては、まず、現行の鳥取県救急活動プロトコルの35ページのDNARのところの見直しをすること、それから、その見直しの進め方としては、資料6のA消防局のプロトコルをベースにして、これでまず皆さんから1ヶ月程度で意見を募

るということでもよろしいでしょうか。そこから、その意見を集約して、第2回の専門委員会で協議を進めていただくというふうにしたいと思います。

意見の募集期間として、1ヶ月程度でよろしいでしょうか。

<事務局（消防防災課係長谷岡）>

1ヶ月程度で大丈夫です。

<上田委員長（鳥取大学医学部附属病院）>

今のこの見直しが必要ということと進め方に関して、異議がある方だけ、挙手をいただければと思います。

（委員から異議の挙手なし）

異議なしということで進めさせていただきたいと思います。

なお、先ほど皆さんから、ある程度の総論の中でも少し各論が出たところは、早速、今回の意見として入れさせていただきたいと思います。そういうことで来年の春までには公にアップできるようにしたいと考えたいと思います。本日予定した協議事項はこれで全てとなります。あとは事務局の方にお返しします。

6 閉会

<事務局（黒見消防防災課長）>

各委員の皆様からご意見をいただくのは、事務局の方からメール等で照会させていただきたいと思っております。

本日は長時間にわたりまして、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、令和6年度第1回「鳥取県救急活動プロトコルに係る専門委員会（DNAR関係）」を終了いたします。

本日は大変ありがとうございました。