



平成 29 年度 第 2 回 横浜市救急業務検討委員会 次第

平成 29 年 12 月 6 日 (水)
午後 7 時から
横浜市健康福祉総合センター
6 階 会議室

1 開会

2 報告事項

- (1) 前回の議事録の確認
第 1 回横浜市救急業務検討委員会まとめ (資料 1)
- (2) 各種報告事項
 - ア 訪問診療医に対する救急車利用に関するアンケート調査結果 (資料 2)
 - イ 訪問看護師に対する救急車利用に関するアンケート調査結果 (資料 2-2)
 - ウ 介護施設等における救急車利用に関するアンケート調査結果 (資料 2-3)
 - エ 横浜市メディカルコントロール協議会執行体制について (資料 3)
 - オ 標準的活動プロトコール (日本臨床救急医学会報告書より抜粋) (資料 3-2)
 - カ 心肺蘇生等に関する医師の指示書(例) (日本臨床救急医学会報告書より抜粋) (資料 3-3)

3 議題

超高齢社会における救急広報のあり方

- (1) 議題「超高齢社会における救急広報のあり方」について (資料 4)
- (2) 市民公開シンポジウムちらし (資料 4-2)
- (3) 消防局の救急広報の取組事例 (資料 4-3)

4 その他

- (1) 横浜市の救急需要予測に関する研究結果について (資料 5)
- (2) 住宅へ救急出場したがすでに死亡していたため搬送しなかった高齢者数 (資料 6)

横浜市救急業務検討委員会 委員名簿

1	一般社団法人 横浜市医師会 常任理事	あかばね 赤羽	しげき 重樹
2	一般社団法人 横浜市医師会 常任理事	えびす 恵比須	すすむ 享
3	横浜市磯子区医師会 訪問看護ステーション 管理者	かわむら 河村	ともこ 朋子
4	一般社団法人 横浜在宅看護協議会 会長	くりはら 栗原	みほこ 美穂子
5	介護ジャーナリスト	こやま 小山	あさこ 朝子
6	神奈川新聞社 総務局 総務部長	さとう 佐藤	ひでひと 英仁
7	社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会 社会福祉部長	しまもと 島本	よういち 洋一
8	弁護士	たかい 高井	かえこ 佳江子
9	横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター センター長 横浜市メディカルコントロール協議会 会長	たけうち 竹内	いちろう 一郎
10	横浜高齢者グループホーム連絡会 役員	たけだ 武田	えいこ 英子
11	公益社団法人 横浜市病院協会 会長	にいのう 新納	けんじ 憲司
12	日本臨床倫理学会 理事長 医療法人社団つくし会 理事長	にった 新田	くにお 國夫
13	公益社団法人 横浜市病院協会 副会長	ひらもと 平元	まこと 周
14	一般社団法人 横浜市医師会 会長	みずの 水野	きょういち 恭一
15	社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市東部病院 病院長	みすみ 三角	たかひこ 隆彦
16	横浜市都筑区医師会 在宅事業部門 管理者	よしい 吉井	りょうこ 涼子

五十音順;敬称略

計 16名

1 平成29年度 横浜市救急業務検討委員会 検討事項

高齢者の救急搬送が増加しています。超高齢社会の進展に伴い、今後もこの傾向が続くことは確実といえます。救急需要の増加により、出場中の最寄りの救急隊に代わって、遠方の救急隊が出場するケースが常態化し、救急隊の到着が遅くなるばかりか、いずれ救急隊の対応能力を超えてしまうことが懸念されます。

また、終末期の心肺停止傷病者に対する救急隊の応急処置のあり方について、社会の関心が高まりつつあります。

こうした背景を踏まえ、今期の救急業務検討委員会では、次の3点についてご検討をお願いします。

- (1) 終末期の心肺停止傷病者に対する救急隊の応急処置のあり方
 - ア 医学会策定指針を受けた横浜市救急隊の応急処置要領
 - イ 市民、在宅医療関係者への周知普及方策

- (2) 超高齢社会における救急広報のあり方
 - ア 限りある救急車を有効活用していただくための救急広報
 - イ 在宅医療関係者への救急車適正利用に係る協力要請

- (3) 救急隊以外の搬送資源を活用した救急搬送の仕組みと整備促進のあり方
 - ア 病院救急車等を活用した横浜型搬送システム
 - イ 事業化に向けた今後の進め方

平成29年度 第1回 横浜市救急業務検討委員会 まとめ

— 人生の最終段階における傷病者の意思に沿った心肺停止傷病者に対する救急隊の
応急処置のあり方について —

- ◆ 救命センターとしては、延命を望まない方でも救急搬送される事案は増えてきていると感じる。日本臨床救急医学会の提言を受け、横浜市メディカルコントロール協議会としては、延命を望まない傷病者に対する救急隊の活動要領について、これから検討する段階なので、その進捗状況はこの委員会で随時報告させていただきたい。
- ◆ 心肺停止で救命処置が行われて搬送されてきた症例は、病院で処置を中止することはできない。
- ◆ 横浜市では、心肺停止の傷病者は13病院に搬送される。心肺停止でも13病院以外へ搬送できる仕組みがあってもいいと思う。
- ◆ 本人の意思がはっきりしていて、家族も本人の意思を了解した上で「救急車を呼ばなくてもいい」ということにならないと、救急要請件数は減らないと思う。はっきりした意思表示がされていないのに心肺蘇生処置を行わなければ、損害賠償の問題にもなる。

— 在宅医療と救急車利用について —

- ◆ かかりつけ医に連絡がつかない場合はどうしたら良いのかが課題。 といった場合に連絡がつかないのかが分析できれば、ある程度解決につながるのではないかと。
- ◆ がん末期の方でも在宅の主治医が決まっていなかったりなど、救急要請せざるを得ない場合はある。病院と在宅が話し合うことや、市民の方も在宅では訪問看護と在宅医を持つことについて理解することが必要だと思う。
- ◆ 在宅医と訪問看護が入った時に、どのように環境を整えていくかということが広まれば、救急要請件数は随分減るのではないかと。
- ◆ 在宅の方が、いつでも病院や主治医に連絡が取れる関係性を確保できていることが大事。また、ヘルパーやケアマネジャーの方など、多職種の中で救急搬送についても情報共有が大事なのではないかと。
- ◆ 家族としては、在宅医から「私が診る」というフォローがあれば安心感があるが、在宅医にも温度差がある。また、在宅医と病院と連携が取れていれば安心感があるが、不十分と感じる。
- ◆ 在宅医、介護施設などがどういう状況で救急要請をしたのか、患者さんの急変時の対応についてアンケートをとってはどうか。

— 介護施設等と救急車利用について —

- ◆ 看取りを行うグループホームも増えてきているが、人材確保が難しく、看取りまでできないところもあるので、ご家族の同意を得て救急搬送する場合もある。
- ◆ 老健施設では、夜間は医師が不在になるので、入所者が急変したときは救急車を要請するケースが多いのではないかと思う。

- ◆ 現場のマニュアルなどを見ると、緊急対応の際は救急要請するという話もある。救急車の適正利用について理解しているかは細かく検討して、丁寧に見ていく必要がある。

— 超高齢社会における救急広報について —

- ◆ 介護を経験した方でなくても、どんな人でも起こり得るということを、どんな人でも分かるように、あるいは間違えないように伝えることが非常に重要だと思う。
- ◆ 人生の最終段階における患者さんにとって、どこで最期を迎えたいかの意思決定について、どの段階で行うのか、その支援は誰が行うのかは大きな問題。市民への普及啓発も重要だと思う。

— 病院救急車等を活用した救急搬送の仕組みについて —

- ◆ 消防の救急車で賄えないのであれば、病院救急車を使うのは個人的には賛成。病院としては、出場頻度も高くなるので、スタンバイしている意味がある。
- ◆ 24時間体制は難しいと思うが、開業医の先生と連携をとって病院へ搬送するというやり方はあると思う。

訪問診療医に対する救急車利用に関するアンケート調査結果（概要）

● 調査目的

横浜市では、救急車の出場件数が年々増加傾向にあり、特に高齢者の救急搬送が増加しており、また、近年、自宅でも在宅医療や介護サービスを受けながら生活する高齢者が増え、救急隊の対応ケースが多様化していることから、横浜市救急業務検討委員会において、救急業務の課題と解決方法を検討する基礎資料とするため、在宅医療（訪問診療又は往診）をされている医師から、救急車利用に関するアンケート調査を実施した。

● 調査期間

平成29年11月6日（月）～平成29年11月12日（日）

● 調査対象

横浜市医師会に所属する医療機関 2,363件

● 回収状況

418件（17.7%）

● 回答のあった医療機関の状況

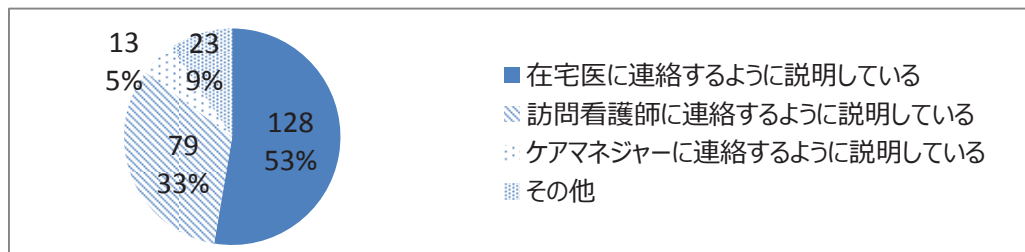
在宅医療をしている医療機関157件（38%）、在宅医療をしていない医療機関261件（全体の62%）

以下の質問は、在宅医療をしていると回答した医療機関（157件）にうかがったものです。

1 担当している患者さんが急変した場合の対応について、患者さんにどのように説明していますか（複数回答可）

在宅医に連絡するように説明している	128	53%
訪問看護師に連絡するように説明している	79	33%
ケアマネジャーに連絡するように説明している	13	5%
その他	23	9%
総計	243	100%

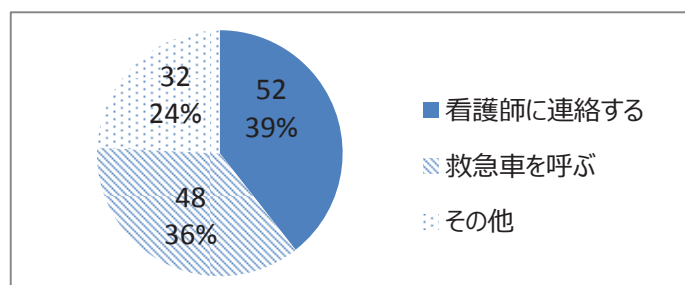
担当している患者さんが急変した場合の対応について、ほとんどの在宅医が、在宅医に連絡するように説明している（53%）か、看護師に連絡するように説明している（33%）。その他、自宅で看取るか救急搬送するか事前に希望を聞いているなどの回答があった。



2 上記の質問で「在宅医に連絡するように説明している」と回答された方に伺います。もし在宅医に連絡がつかないときの対処は、どのようにしていただいていますか（単一回答）

看護師に連絡する	52	39%
救急車を呼ぶ	48	36%
その他	32	24%
総計	132	100%

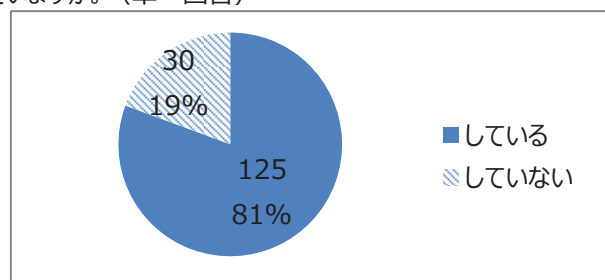
在宅医に連絡がつかないときの対処として、多くの医師が看護師に連絡する（39%）か、救急車を呼ぶ（36%）ようにしている。その他、連携医療機関に連絡している、他の医師が担当する、症例により異なるなどの回答があった。



3 患者さんの「延命処置を希望するか、しないかの意思」を確認していますか。（単一回答）

している	125	81%
していない	30	19%
総計	155	100%

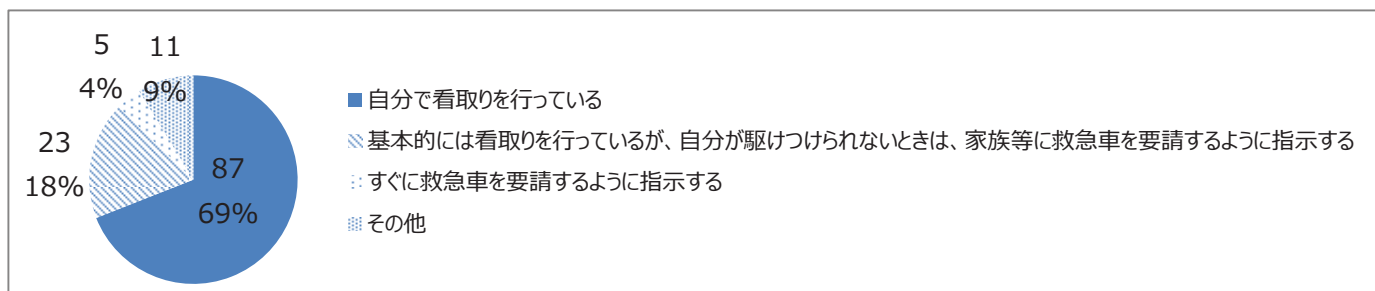
ほとんどの在宅医が、患者さんの「延命処置を希望するか、しないかの意思」を確認している（81%）。



4 上記の質問で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある患者さんが心肺停止に至ったと連絡があった場合、どのように対応していますか（複数回答可）

自分で看取りを行っている	87	69%
基本的には看取りを行っているが、自分が駆けつけられないときは、家族等に救急車を要請するように指示する	23	18%
すぐに救急車を要請するように指示する	5	4%
その他	11	9%
総計	126	100%

延命を希望しない医師がある患者さんが心肺停止に至ったと連絡があった場合、自分で看取りを行っている（69%）、基本的には看取りを行っているが、自分が駆けつけられない時は、家族等に救急車を要請するように指示する（18%）が多かった。その他、訪問看護師との連携で可能な限り看取りを行っている、どうしても自分が行けない時のみ救急要請するなどの回答があった。



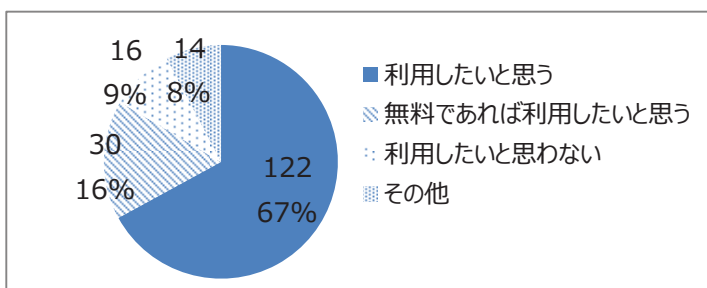
5 上記の質問で「すぐに救急車を要請するように指示する」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りをしていない理由をお聞かせください。（自由記載）

- ・ 延命処置の希望の有無を患者本人に話すと不安がり、病気そのものも悪くなるから
- ・ 勤務する病院へ搬送してもらうため
- ・ 自分が加齢で、早朝、夜間の往診は体力的に無理になっているため

6 在宅の患者さんの容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思いませんか（単一回答）

利用したいと思う	122	67%
無料であれば利用したいと思う	30	16%
利用したいと思わない	16	9%
その他	14	8%
総計	182	100%

患者さんの容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用したいと思うが最も多く（67%）、無料であれば利用したいと思うが（16%）、利用したいと思わないが9%であった。その他、利用するかどうかは家族の希望もある、「急変」の定義があいまいで分からないなどの回答があった。



7 上記の質問で「利用したいと思わない」と回答された方に伺います。利用したいと思わない理由をお聞かせください（自由記載）

- ・ 緊急性がない場合は、よく病状経過をみて、患者にとって最も良い対処を考える。
- ・ 原則として積極的な延命治療はしないことで往診しているから。
- ・ 搬送中に急変したとき、対応できないと思うから。
- ・ 容態が急変しているのに緊急性がないということはないと思う。
- ・ 予期しない急変で救命を要さない状態での搬送サービスがあっても、死亡診断をどこで行うか問題になってしまうので、診断目的での搬送は行わず、在宅医が現場に向かうべきだと思う。
- ・ 生死に医師、公的機関以外は係わらない方がいいと思う。

訪問診療医に対する救急車利用に関するアンケート調査結果

調査方法：横浜市医師会会員を対象に、救急車利用に関するアンケートを実施した。

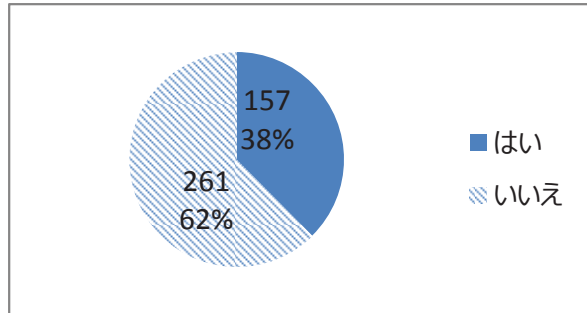
実施期間：平成29年11月6日（月）～11月12日（日）

回答数：418人

調査結果：以下のとおり

質問1：在宅医療（訪問診療又は往診）をされていますか（単一回答）

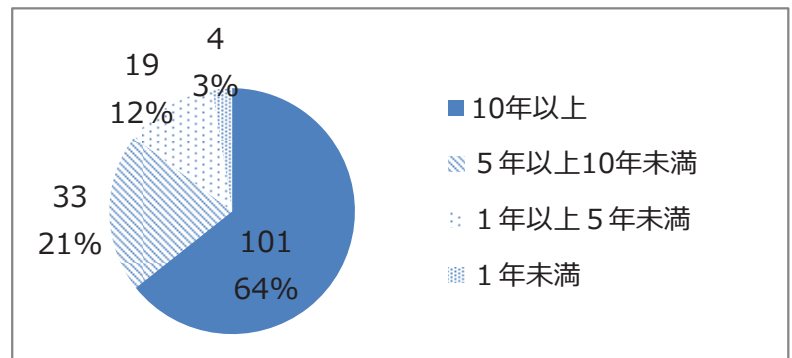
はい	157	38%
いいえ	261	62%
総計	418	100%



質問1で「いいえ」と回答した方は、以上でアンケートは終了
質問1で「はい」と回答した方は、質問2へ

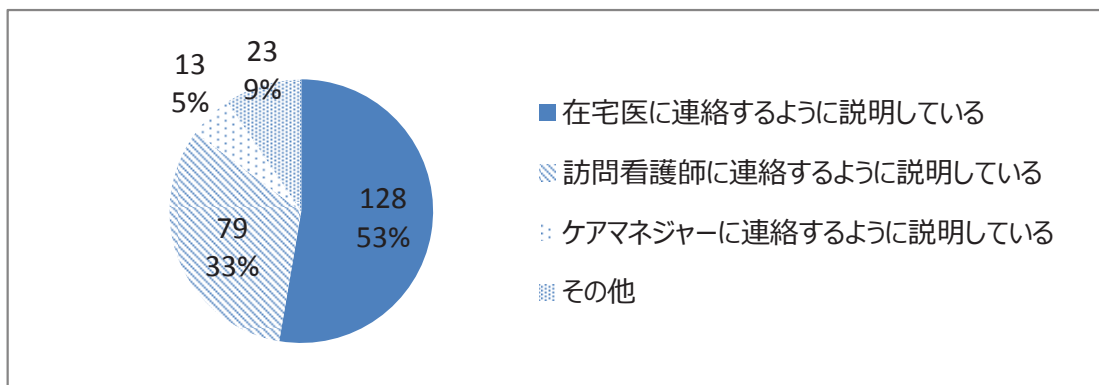
質問2：在宅医療を行うようになって何年ですか（単一回答）

10年以上	101	64%
5年以上10年未満	33	21%
1年以上5年未満	19	12%
1年未満	4	3%
総計	157	100%



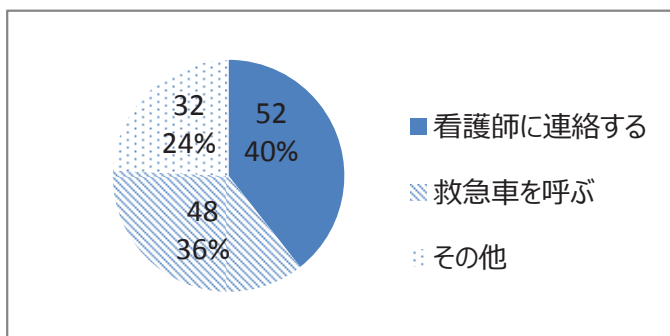
質問3：担当している患者さんが急変した場合の対応について、患者さんにどのように説明していますか（複数回答可）

在宅医に連絡するように説明している	128	53%
訪問看護師に連絡するように説明している	79	33%
ケアマネジャーに連絡するように説明している	13	5%
その他	23	9%
総計	243	100%



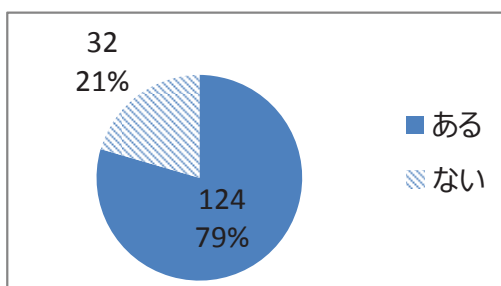
質問4：質問3で「在宅医に連絡するように説明している」と回答された方に伺います。もし在宅医に連絡がつかないときの対処は、どのようにしていただいていますか（単一回答）

看護師に連絡する	52	39%
救急車を呼ぶ	48	36%
その他	32	24%
総計	132	100%



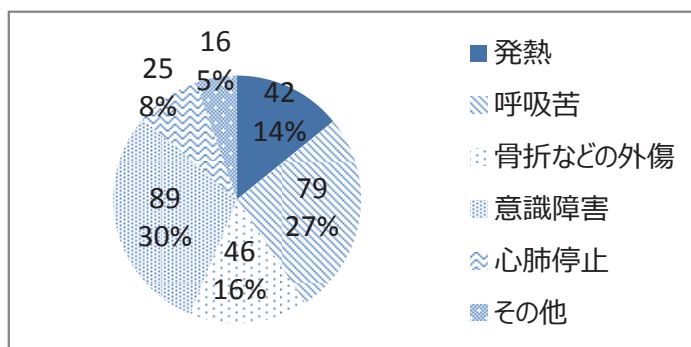
質問5：担当している患者さんが急変し、救急車を要請した経験がありますか（単一回答）

ある	124	79%
ない	32	21%
総計	156	100%



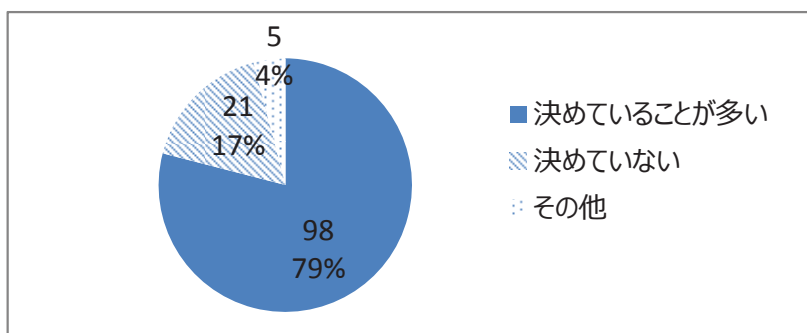
質問6：質問5で「ある」と回答された方に伺います救急車を要請したのは、どのような症状の時が多かったですか。（複数回答可）

発熱	42	14%
呼吸苦	79	27%
骨折などの外傷	46	15%
意識障害	89	30%
心肺停止	25	8%
その他	16	5%
総計	297	100%



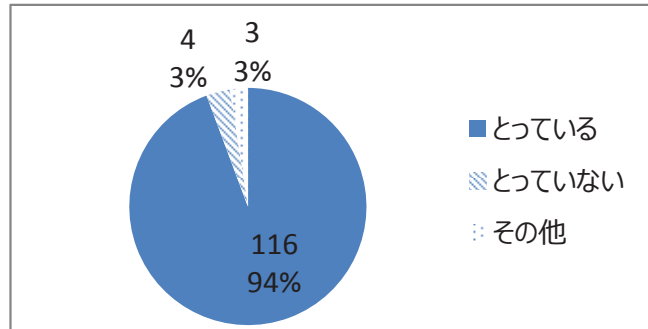
質問7：質問5で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したとき、搬送する医療機関を決めていましたか。（単一回答）

決めていることが多い	98	79%
決めていない	21	17%
その他	5	4%
総計	124	100%



質問8：質問5で「ある」と回答された方に伺います。在宅の患者さんを病院に救急搬送した場面の前後で、病院と連携をとっていますか。（単一回答）

とっている	116	94%
とっていない	4	3%
その他	3	2%
総計	123	100%

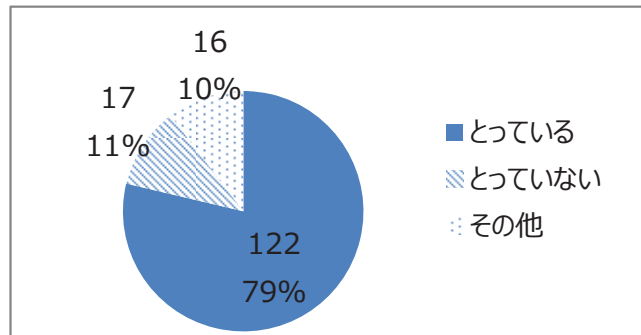


質問9：質問8で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。（自由記載）

回答は別紙

質問10：医療機関に入院している患者さんが在宅に切り替わるとき、病院と連携をとっていますか。（単一回答）

とっている	122	79%
とっていない	17	11%
その他	16	10%
総計	155	100%

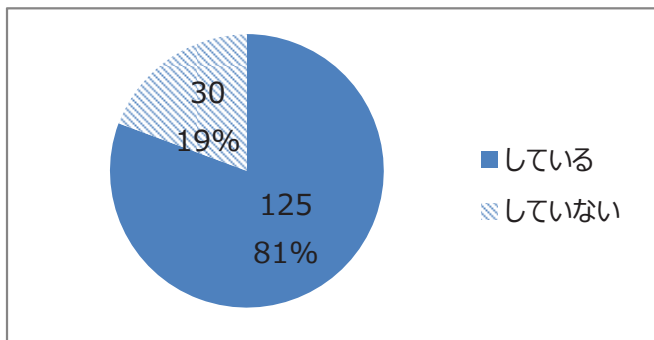


質問11：質問10で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。（自由記載）

回答は別紙

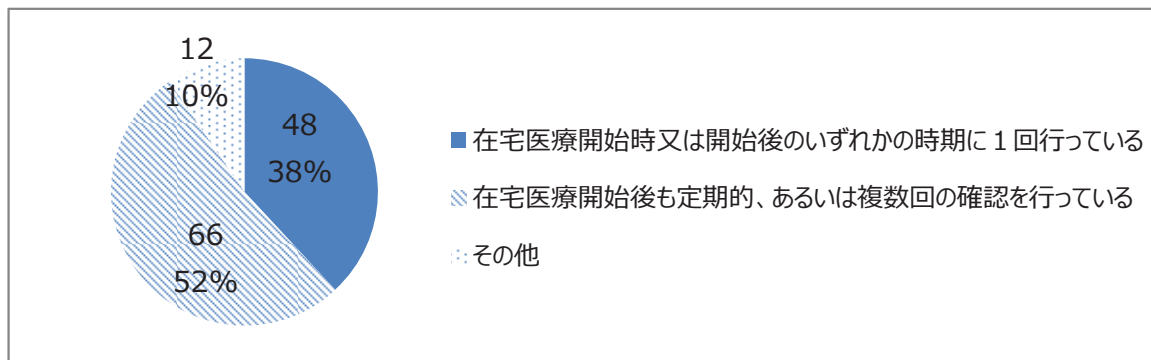
質問12：患者さんの「延命処置を希望するか、しないか」の意思を確認していますか。（単一回答）

している	125	81%
していない	30	19%
総計	155	100%



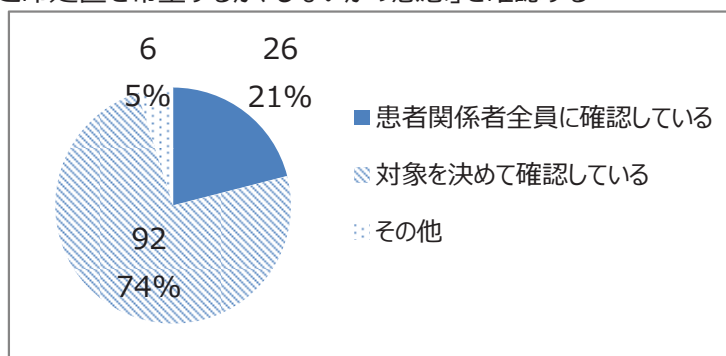
質問13：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望するか、しないかの意思」の確認はどのように行っていますか。（単一回答）

在宅医療開始時又は開始後のいずれかの時期に1回行っている	48	38%
在宅医療開始後も定期的、あるいは複数回の確認を行っている	66	52%
その他	12	10%
総計	126	100%



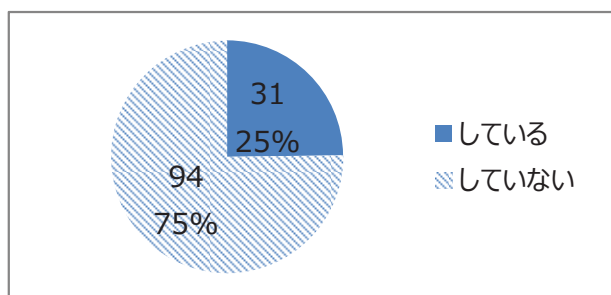
質問14：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望するか、しないかの意思」を確認する対象は、どのような方々ですか。（単一回答）

患者関係者全員に確認している	26	21%
対象を決めて確認している	92	74%
その他	6	5%
総計	124	100%



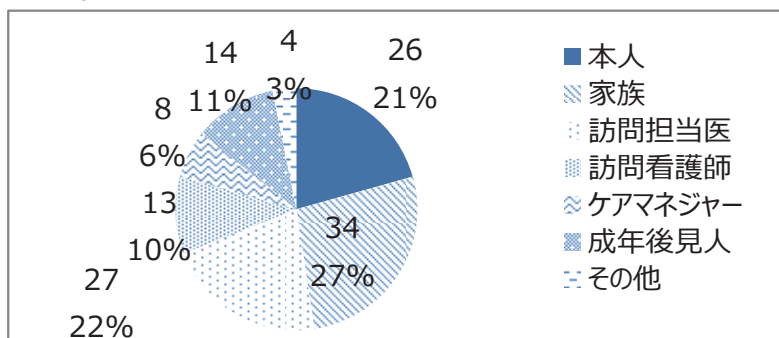
質問15：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命を希望するか、しないかの意思」に関する書類は作成されていますか。（単一回答）

している	31	25%
していない	94	75%
総計	125	100%



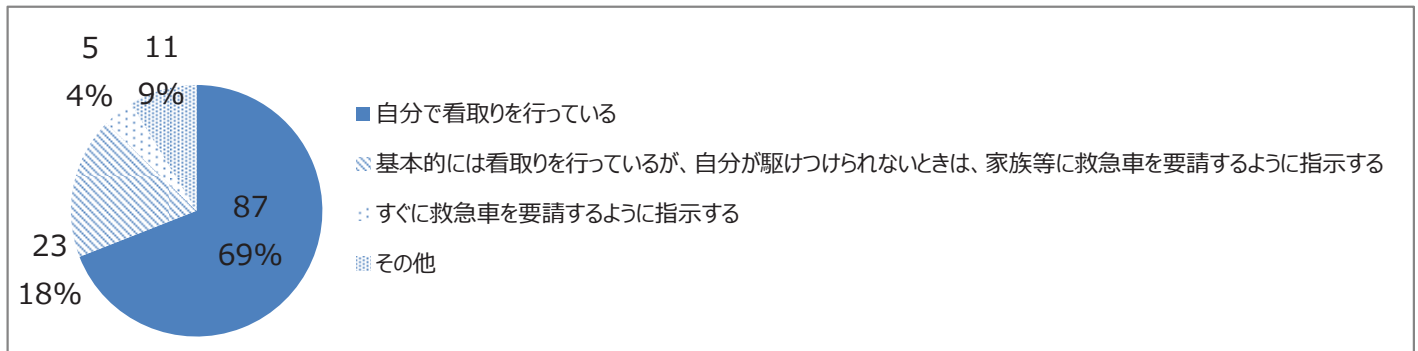
質問16：質問15で「している」と回答された方に伺います。「延命を希望するか、しないかの意思」に関する書類は、どなたが関わって作成されていますか。（複数回答可）

本人	26	21%
家族	34	27%
訪問担当医	27	21%
訪問看護師	13	10%
ケアマネジャー	8	6%
成年後見人	14	11%
その他	4	3%
総計	126	100%



質問17：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある患者さんが心肺停止に至ったと連絡があった場合、どのように対応していますか（複数回答可）

自分で看取りを行っている	87	69%
基本的には看取りを行っているが、自分が駆けつけられないときは、家族等に救急車を要請するように指示する	23	18%
すぐに救急車を要請するように指示する	5	4%
その他	11	9%
総計	126	100%

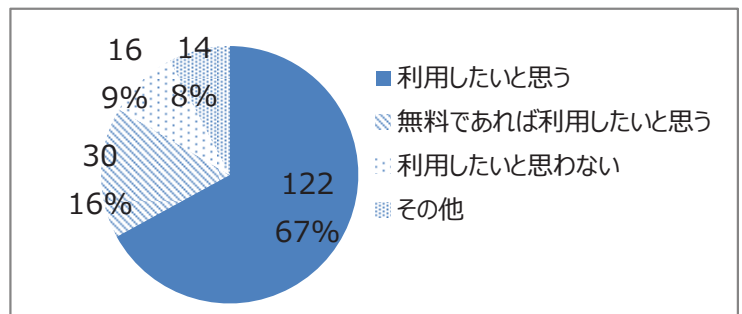


質問18：質問17で「すぐに救急車を要請するように指示する」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りをしていない理由をお聞かせください。（自由記載）

回答は別紙

質問19：在宅の患者さんの容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思いませんか（単一回答）

利用したいと思う	122	67%
無料であれば利用したいと思う	30	16%
利用したいと思わない	16	9%
その他	14	8%
総計	182	100%



質問20：質問19で「利用したいと思わない」と回答された方に伺います。利用したいと思わない理由をお聞かせください（自由記載）

回答は別紙

その他、自由記載

質問3：担当している患者さんが急変した場合の対応について、患者さんにどのように説明していますか（複数回答可）

- ・往診または診療、救急車要請のいずれか
- ・眼科のみ月1回行っている。急変の対応はない。
- ・救急車を要請するように説明している。
- ・緊急性なし
- ・自立型の軽費老人ホームへの訪問のみ（認知症の診療のみ）のため、ホームの看護師ないし寮母へ連絡することになっている
- ・精神疾患を診察しているので、身体的病気については他の医師に依頼している。
- ・特に説明していない
- ・特養なので施設看護師が対処している
- ・日中はナース、夜はドクター
- ・皮膚科なので急変時の相談窓口になっていない。
- ・皮膚科医なので、皮膚症状のみ診察をしている。回答が困難。
- ・臨時往診もしくは施設看護師へ指示し対応
- ・必要ならば前もって決めてある病院へ
- ・往診している。
- ・自宅看取りか救急搬送か事前に希望を聞き取り、段取りを調整し決めている
- ・当院に連絡がつかない時は、鶴見区連携ノートを持って救急車
- ・クリニック担当者へ連絡
- ・往診担当看護師又は病院外来担当医師へ連絡するよう説明している。

質問4：質問3で「在宅医に連絡するように説明している」と回答された方に伺いもし在宅医に連絡がつかないときの対処は、どのようにしていただいていますか（単一回答）

- ・24時間対応している。
- ・4台の緊急電話対応により繋がらないことがないように対応。繋がらない場合は看護師。
- ・ケアマネージャーに連絡する。それでもつながらないときは、救急車を呼ぶよう指示しておく。適宜主治医の連絡先に結果を報告してもらう。
- ・その場の判断
- ・バックアップ病院に連絡
- ・横浜東邦病院に連絡してもらう
- ・基本的には連絡つかないことないが、患者判断で訪看ですかね。
- ・在宅医のネットワークの当番医と相談
- ・自医院に連絡
- ・症例により異なる
- ・他の医師が担当
- ・転送設定を3重に施しているため、繋がらない想定での対処は説明していない。
- ・必要ならば前もって決めてある病院へ
- ・病院に連絡する
- ・病院救急担当医との相談により、受診するなら緊急性により救急車を要請する
- ・病状によって連絡が着くまでまつか、その場の判断で救急要請するか決定
- ・連携の医療機関に連絡

質問6：質問5で「ある」と回答された方に伺います救急車を要請したのは、どのような症状の時が多かったですか。（複数回答可）

- ・家族の希望
- ・回復の見込みのある肺炎等
- ・循環器疾患が明らかなきに専門病院へ
- ・症状緩和目的で入院
- ・特定のものはなく、入院適応あれば家族と相談して決めます。

- ・片麻痺
- ・臨床症状悪化、SpO2の低下
- ・吐下血
- ・入院が必要な状態の時
- ・肺炎、心筋梗塞疑い
- ・疼痛
- ・急性肺炎、脳梗塞
- ・全身衰弱のため
- ・てんかん発作
- ・脳梗塞

質問7：質問5で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したとき、搬送する医療機関を決めていましたか。（単一回答）

- ・ケースバイケース
- ・患者により異なる
- ・患者様により決めている時と決めていない時がある
- ・救急隊に任せる時が多いが、逆紹介患者にかんしては紹介元病院医師に連絡を取り収容可能なら搬送依頼する。
- ・勤務する病院でできるだけ対応

質問8：質問5で「ある」と回答された方に伺います。在宅の患者さんを病院に救急搬送した場面の前後で、病院と連携をとっていますか。（単一回答）

- ・ケースバイケースである
- ・その時々で違う。鶴見区連携ノートを使用。
- ・自院へ搬送

質問9：質問8で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。（自由記載）

- ・横浜東邦病院の附属診療所のため病院に指示してもらっている。
- ・原則として積極的な延命治療はしない事で往診している。
- ・現場におらず対応できないことの方が多い。紹介状さえあれば診てくれる。
- ・時間がないこと
- ・当院が病院なので、在宅患者さんの救急要請は自院で受け入れます。この時点で他病院で搬送することはほとんどありません。

質問10：医療機関に入院している患者さんが在宅に切り替わるとき、病院と連携をとっていますか。（単一回答）

- ・ケースバイケース
- ・ほとんど横浜東邦病院に入院されていた患者様のため
- ・眼科なので主疾患に該当しないため、連絡をとっていない。
- ・逆紹介がある場合と入院先から直接往診専門医療機関に依頼されるケースがある。
- ・在宅患者さんをごくわずかのため。在宅から入院のケースはありました、この時は連携があります。
- ・経験がない
- ・上記の通り、軽費老人ホームの入所者のみを対象とし、在宅は診ていない
- ・場合による。病院からの直接の連絡がないことが多い。
- ・診療情報提供書、訪問看護からの情報
- ・入院患者を現在みていない。
- ・病院からの紹介は一度もない
- ・病診連携室でコントロールしているのではないか。病院が決まった時に、病診連携室は主治医に連絡をとるのではなく、新たな流れで連携室がやりやすい方法で行っているように見える。（すべてではないが。）

質問11：質問10で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。

(自由記載)

- ・ご家族に来院してもらい、ご家族と相談して決めている。
- ・眼科なので、実際、内科のような病診連携はとっていない。
- ・原則として積極的な延命治療はしない事で往診している。
- ・紹介などで足りている
- ・情報提供書だけつけられて戻される感じ。看取り前提の退院だとしても、家族には（退院させるために？）説明不足のまま看取りを強要しているとは思えないケースもあり、問題だと思っている。
- ・整形外科医なので、以前クリニックで診ていた患者様のみ往診しているため
- ・整形領域の患者の場合、生命的にあぶないことは今までなかったので
- ・相手が言いたくないこともしくは知らないことと思うので
- ・退院時に病院から連絡のあることはない。退院後しばらくして当院を受診するので連絡がとれていない。たまに詳細が知りたいときは、病院の主治医に電話することがある。
- ・特に入院先の病院から当院に連絡なく退院となるから
- ・必要があれば連携する
- ・病院から直接の場合が今まではほとんどないため
- ・連携を取るような態勢になっていない。

質問13：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望するか、しないかの意思」の確認はどのように行っていますか。(単一回答)

- ・ケースバイケース
- ・その他、入院した際、状態悪化の際にも行う
- ・急変対応時に行っている。
- ・最初に行い、イベントや状態の変化を認めるときに確認を繰り返す。
- ・在宅医療開始後の時期に一度、ターミナルの時期が近づいた頃に再度確認
- ・時期になったら必要
- ・状態が悪くなったとき
- ・鶴見区連携ノートを渡す時
- ・特養の場合、入所時に概念的に1回状態悪化が見込まれる、または急変の恐れが強くなった時に1回余命1か月以内と判断されるときに1回家族に意思確認をしている。
- ・内科主治医に任せている。
- ・病態が重篤化した時期に、必要に応じて行います。

質問14：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望するか、しないかの意思」を確認する対象は、どのような方々ですか。(単一回答)

- ・キーパーソン
- ・キーパーソンを決めて、その人が家族と相談した結果を聞いて確認している。
- ・家族にまかせている。
- ・患者本人と家族
- ・希望があれば全員にするが、最初は本人、次はキーパーソンに行う。

質問16：質問15で「している」と回答された方に伺います。「延命を希望するか、しないかの意思」に関する書類は、どなたが関わって作成されていますか。(複数回答可)

- ・内科主治医に任せている。
- ・特養の施設看護師
- ・鶴見区連携ノートに記載されている。
- ・施設の管理者

質問17：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある患者さんが心肺停止に至ったと連絡があった場合、どのように対応していますか（複数回答可）

- 基本的には看取りをするが、できない時は訪問看護師に行ってもらおう。
- 経験がない
- 内科主治医に任せている。
- 訪問看護師との連携で可能な限り在宅看取りを行っている。
- どうしても自分が行けない時のみ救急要請
- 救急車で搬送されてしまった場合、原病によると明らかな場合は、病院医の了解を得て診断書を書き、病院へ行く
- 自分が駆けつけられない時は、訪問看護師に連絡してもらおう。
- 在宅当番医

質問18：質問17で「すぐに救急車を要請するように指示する」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りをしていない理由をお聞かせください。（自由記載）

- すぐに対応できない事が多いため
- 延命処置の希望の有無を患者本人に話すと不安がり病気そのものも悪くなる。
- 勤務する病院に搬送してもらおう
- 私の加齢のため、早朝、夜間の往診は体力的に無理になっているため、ケースバイケースだが、胃瘻等の処置はしないで最後は病院に入院させている
- 自院へ搬送して看取る（当直医が死亡確認）

質問19：在宅の患者さんの容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思えますか（単一回答）

- わからない
- 横浜東邦病院へ受診するよう勧めている。
- 家人が判断することがほとんど
- 介護保険が使えるなら1割程度の負担でよいのではないか。
- 患者さんが了解すれば
- 患者及び家族の利用するかどうかの意思も必要だと思う。
- 急変とは緊急の事と思うので、搬送サービスは利用しにくいと思います。時間的に余裕がある場合は搬送サービスをケアマネ等に依頼している。
- 急変の言葉の定義がこの場合あいまい。搬送の必要な場合は、民間救急を利用することがあります。
- 緊急性のない容態急変という設定が理解し難いのですが、緊急性がなければ搬送する必要もなく、往診を待てばよいと思います。
- 前述の通り、私が直接要請することはないため
- 内容がよく分からないので回答不可

質問20：質問19で「利用したいと思わない」と回答された方に伺います。利用したいと思わない理由をお聞かせください（自由記載）

- 既に他地域で行われている病院の救急搬送車を利用した病院対応の搬送であれば利用させてもらいたいですが民間搬送サービスについては急変時には利用したいと思わない。
- 緊急性がないので、じっくり病状経過をみて、患者にとって最も良い対処を考える。
- 緊急性がないのなら、当面の処置だけ伝えて、なるべく早く訪問に行けば済む
- 原則として積極的な延命治療はしない事で往診している。
- 在宅での治療は、ある面では延命でもあり急変時は必ず船頭を決めておくべきで、多くの場合それを担っていくのは看護師だと思います。患者搬送サービスは結局救急車と同じに扱われていく。緊急性があってもなくても在宅で診ていくのが在宅医療なのではないか。
- 在宅医の仕事だと思うので、在宅医が対応すべき事であると考えため
- 死亡確認の判断が適切に行えるか疑問
- 自分で診察に行くのが当たり前と考えるため
- 生死に医師、公的機関以外は係わらない方がよいと思う。
- 当院で往診するから。
- 搬送中に急変した時、対応できないと思うので。
- 本人、家族、かかりつけ医と相談の上でのこと

- 容態が急変した場合で緊急性がないとは看取りの時ということですか？看取りであれば利用しません。急変すれば通常は緊急性がある場合が多いと思いますが。
- 容態が急変しているのに緊急性が無いという事例はないと思います。あらかじめ意思確認ができていて、あるいは容態急変が予想できる場合は在宅で対応します。予期しない急変で救命すべき相当な理由があれば、緊急性があるので救急車を呼ぶと思います。予期しない急変で救命を要しない状態で搬送サービスがあっても死亡診断をどこで行うかの問題になってしまうので、診断目的での搬送は行わず、在宅医が現場に向かうべきと思います。
- 要請時にすぐに搬送できるか不安である。

訪問看護師に対する救急車利用に関するアンケート調査結果（概要）

● 調査目的

横浜市では、救急車の出場件数が年々増加傾向にあり、特に高齢者の救急搬送が増加しており、また、近年、自宅でも在宅医療や介護サービスを受けながら生活する高齢者が増え、救急隊の対応ケースが多様化していることから、横浜市救急業務検討委員会において、救急業務の課題と解決方法を検討する基礎資料とするため、訪問看護をしている看護師から、救急車利用に関するアンケート調査を実施した。

● 調査期間

平成29年10月23（月）～平成29年11月12日（日）

● 調査対象

横浜市の訪問看護ステーション 223件

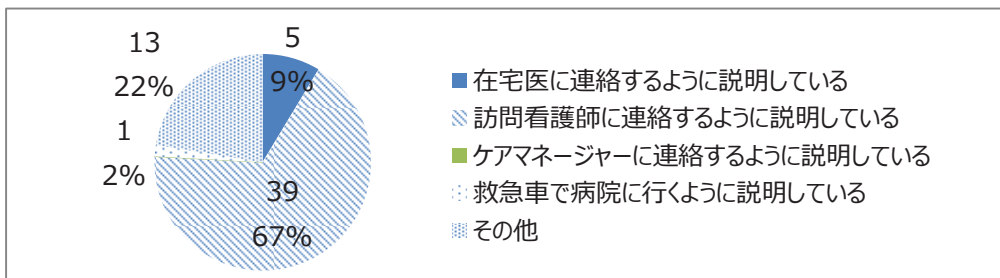
● 回収状況

58件（26%）

1 容態の急変が予測される患者さんに対し、容態が急変した場合の対応についてどのように説明しているかお聞かせください。
（単一回答）

在宅医に連絡するように説明している	5	9%
訪問看護師に連絡するように説明している	39	67%
ケアマネージャーに連絡するように説明している	0	0%
救急車で病院に行くように説明している	1	2%
その他	13	22%
総計	58	100%

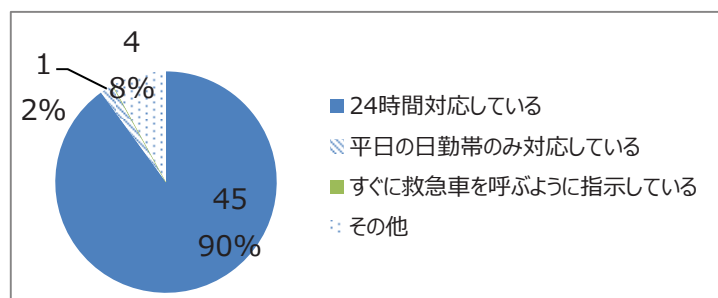
容態の急変が予測される患者さんに対し、容態が急変した場合の対応について、ほとんどが訪問看護師に連絡するように説明している（67%）だった。次いで、その他が多く、予測される病態、起こった症状、家族や本人への説明や理解度によって対応が異なる、主治医のいる病院へ連絡するなどの回答があった。



2 上記の質問で「訪問看護師に連絡するように説明している」と回答した方に伺います。患者さんから急変したと連絡があった場合、どのような対応をとっていますか（単一回答）

24時間対応している	45	90%
平日の日勤帯のみ対応している	1	2%
すぐに救急車を呼ぶように指示している	0	0%
その他	4	8%
総計	50	100%

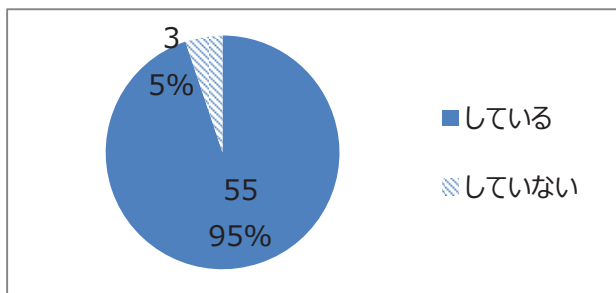
患者さんから急変したと連絡があった場合、24時間対応している（90%）が最も多かった。その他、看護師の到着を待てない場合などは救急車を呼ぶ、自家用車で病院へ行くなど臨機応変に対応しているなどの回答があった。



3 患者さんに「看取りの場所はどこにするか」確認していますか（単一回答）

している	55	95%
していない	3	5%
総計	58	100%

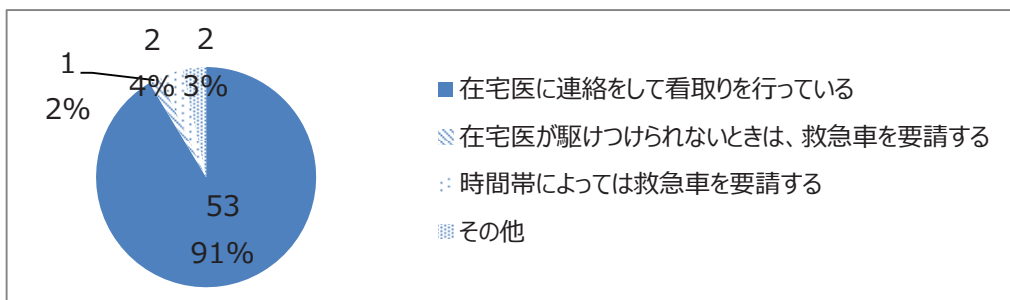
ほとんどが、患者さんに看取りの場所はどこにするか確認している（95%）。



4 自宅での看取りを希望している患者さんが訪問看護中に心肺停止に至った場合、どのように対応していますか（単一回答）

在宅医に連絡をして看取りを行っている	53	91%
在宅医が駆けつけられないときは、救急車を要請する	1	2%
時間帯によっては救急車を要請する	2	3%
その他	2	3%
総計	58	100%

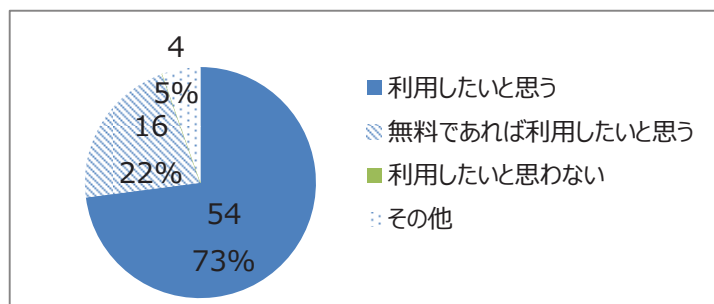
自宅での看取りを希望している患者さんが訪問看護中に心肺停止に至った場合、ほとんどが在宅医に連絡をして看取りを行っている（91%）。その他、24時間対応していないため病状が悪化すると24時間対応の事業所に変更になる、在宅医に指示をもらい対応しているなどの回答があった。



5 担当している患者さんが急変したが、緊急性がなく、搬送先の病院が決まっている場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思いますか（単一回答）

利用したいと思う	54	73%
無料であれば利用したいと思う	16	22%
利用したいと思わない	0	0%
その他	4	5%
総計	74	100%

担当している患者さんが急変したが、緊急性がなく、搬送先の病院が決まっている場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら、多くが利用したいと思う（73%）と回答した。その他、緊急性がない場合は介護タクシーを利用している、24時間対応で安全性が確保されているなら、ぜひ現実化してほしいなどの回答があった。



訪問看護師に対する救急車利用に関するアンケート調査結果

調査方法：横浜市内の訪問看護ステーションを対象に、救急車利用に関するアンケートを実施した。

実施期間：平成29年10月23日（月）～11月12日（日）

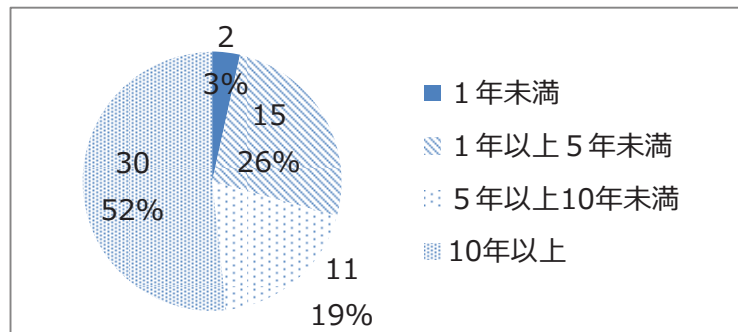
調査対象：横浜市の訪問看護ステーション 223件

回収状況：58件（26%）

調査結果：以下のとおり

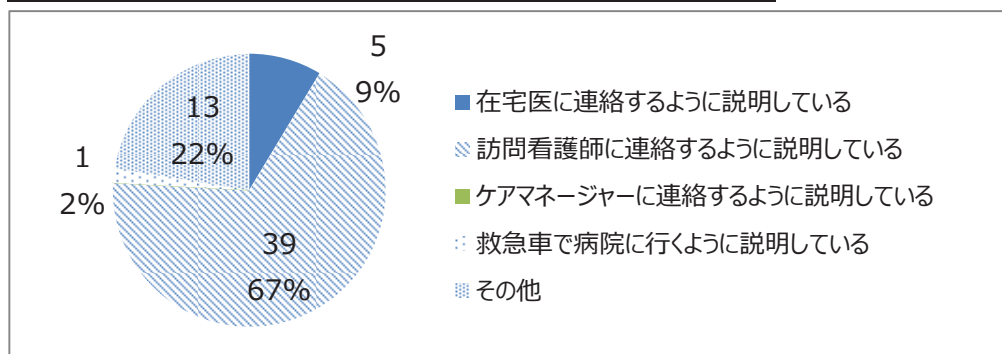
質問1：現在勤務している訪問看護ステーションは開設されて何年ですか（単一回答）

1年未満	2	3%
1年以上5年未満	15	26%
5年以上10年未満	11	19%
10年以上	30	52%
総計	58	100%



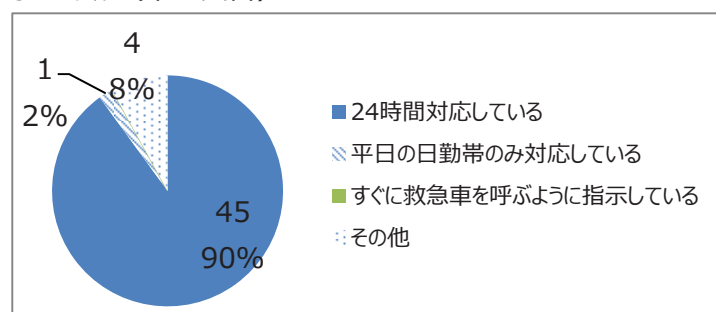
質問2：容態の急変が予測される患者さんに対し、容態が急変した場合の対応についてどのように説明しているか
お聞かせください（単一回答）

在宅医に連絡するように説明している	5	9%
訪問看護師に連絡するように説明している	39	67%
ケアマネージャーに連絡するように説明している	0	0%
救急車で病院に行くように説明している	1	2%
その他	13	22%
総計	58	100%



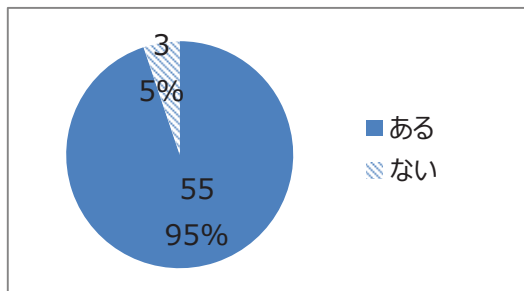
質問3：質問2で「b. 訪問看護師に連絡するように説明している」と回答した方に伺います。患者さんから急変したと連絡があった場合、どのような対応をとっていますか（単一回答）

24時間対応している	45	90%
平日の日勤帯のみ対応している	1	2%
すぐに救急車を呼ぶように指示している	0	0%
その他	4	8%
総計	50	100%



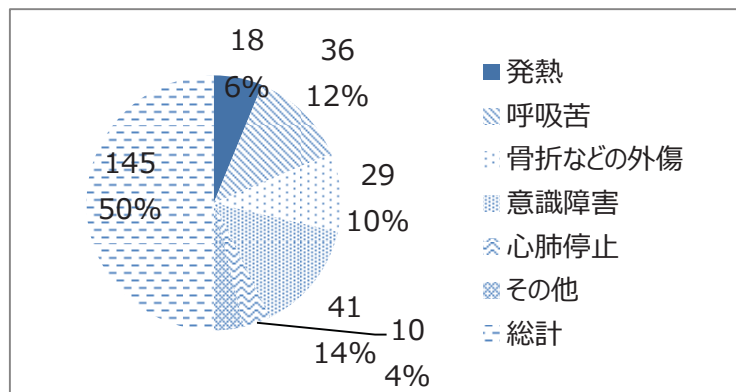
質問 4：担当している患者さんが急変し、救急車を要請した経験がありますか（単一回答）

ある	55	95%
ない	3	5%
総計	58	100%



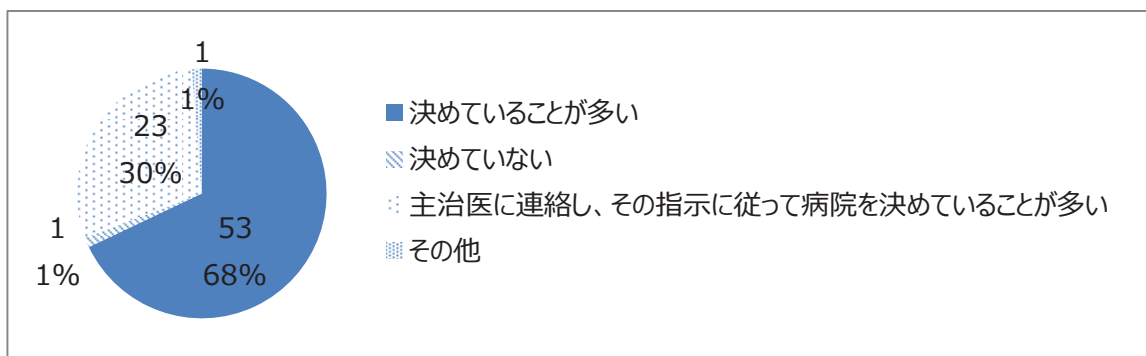
質問 5：質問 4で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したのは、どのような症状の時が多かったですか。（複数回答可）

発熱	18	12%
呼吸苦	36	25%
骨折などの外傷	29	20%
意識障害	41	28%
心肺停止	10	7%
その他	11	8%
総計	145	100%



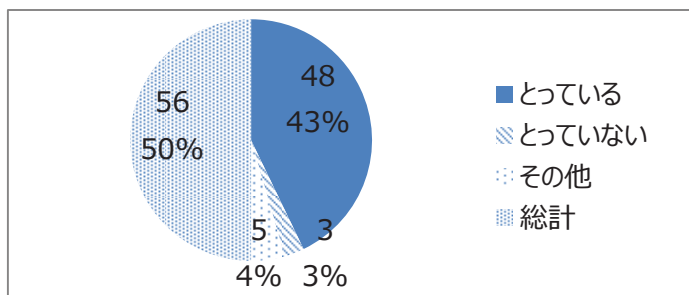
質問 6：質問 4で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したとき、搬送する病院を決めていましたか（単一回答）

決めていることが多い	53	68%
決めていない	1	1%
主治医に連絡し、その指示に従って病院を決めていることが多い	23	29%
その他	1	1%
総計	78	100%



質問 7：質問 6で「決めていることが多い」または「主治医に連絡し、その指示に従って病院を決めていることが多い」と回答された方に伺います患者さんを病院に搬送する必要があるとき、救急車を呼ぶ前に病院と連携をとっていますか（単一回答）

とっている	48	86%
とっていない	3	5%
その他	5	9%
総計	56	100%

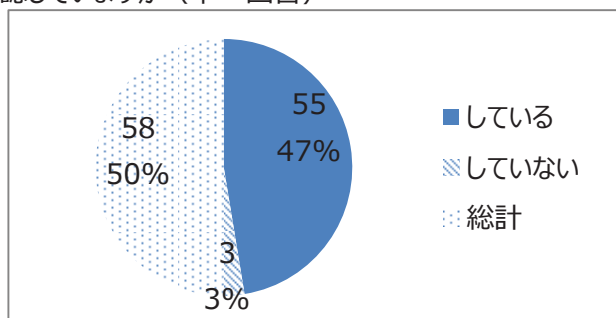


質問 8 : 質問 7 で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。(自由記載)

回答は別紙

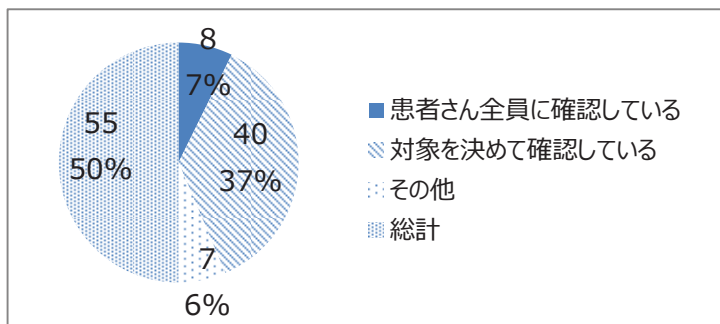
質問 9 : 患者さんに「看取りの場所はどこにするか」確認していますか (単一回答)

している	55	95%
していない	3	5%
総計	58	100%



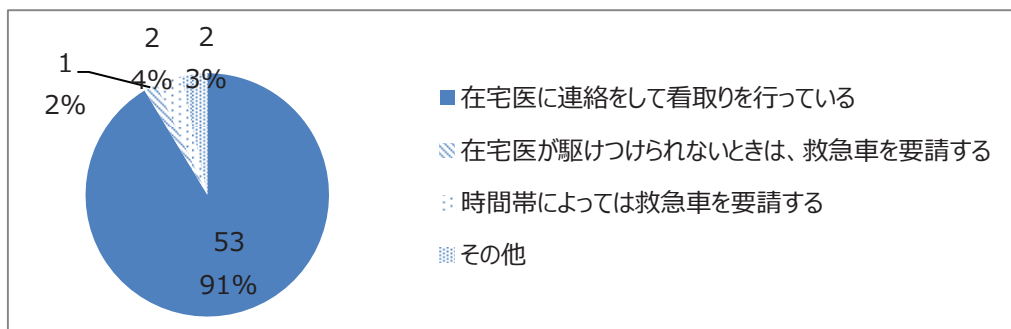
質問10 : 質問 9 で「している」と回答された方に伺います。「看取りの場所はどこにするか」の確認は、誰に対して行っていますか (単一回答)

患者さん全員に確認している	8	15%
対象を決めて確認している	40	73%
その他	7	13%
総計	55	100%



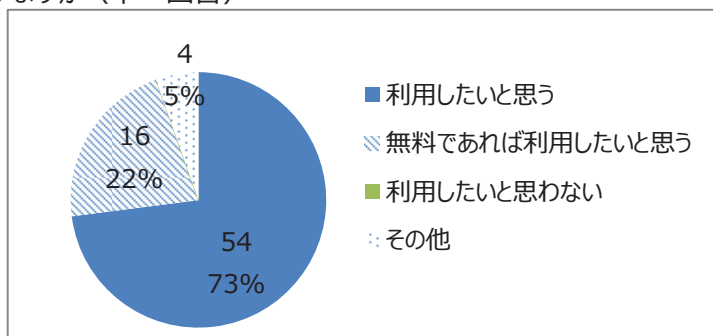
質問11 : 自宅での看取りを希望している患者さんが訪問看護中に心肺停止に至った場合、どのように対応していますか (単一回答)

在宅医に連絡をして看取りを行っている	53	91%
在宅医が駆けつけられないときは、救急車を要請する	1	2%
時間帯によっては救急車を要請する	2	3%
その他	2	3%
総計	58	100%



質問12：担当している患者さんが急変したが、緊急性がなく、搬送先の病院が決まっている場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思いますか（単一回答）

利用したいと思う	54	73%
無料であれば利用したいと思う	16	22%
利用したいと思わない	0	0%
その他	4	5%
総計	74	100%



質問13：質問12で「b. 利用したいと思わない」と回答した方にお伺いします。利用したいと思わない理由をお聞かせください（自由記載）

回答は別紙

その他、自由記載

質問2：容態の急変が予測される患者さんに対し、容態が急変した場合の対応についてどのように説明しているか
お聞かせください（単一回答）

- ・ケースバイケース訪問診療介入なき場合、明らかに読んでも意識がない場合は救急車手配をお伝えしています。基本的に訪問看護にコール伝えています。
- ・ご利用者さまによって、説明が違ふ
- ・患者さんによっては、在宅医へ連絡をする場合と訪問看護師に連絡をするように説明している
- ・個別の状況により訪問看護又は在宅医
- ・事業所営業時間は訪問看護へ。それ以外の時間帯では、緊急対応の契約をしている利用者様は訪問看護へ、していない方は訪問診療またはかかりつけ（主治医）の病院、かかりつけが対応できない時間等は救急搬送としています。
- ・主治医のいる病院へ連絡をする。在宅診療を利用している方は在宅医に連絡。
- ・症状によるので看護師か在宅医どちらでも連絡してよいと説明している
- ・症状の重症度によりますが、第一通報を看護師とし、看護師の判断で在宅医に連絡。第一通報を主治医より在宅医と説明されている患者様はそのように対応。
- ・対応は上記のケアマネに連絡以外が当てはまりますが、利用者様によってそれぞれ連絡先が異なります。
- ・対象の状況による。訪問診療医、訪問看護師、救急車など人によってさまざま。
- ・訪問看護指示書に記載されている、緊急時の対応に沿って説明。当事業所は24時間対応していないため、営業時間以内であれば訪問することもあるが、営業時間以外に対応できない。
- ・予測される病態、起こった症状、ご家族本人への説明や理解度によって医師への連絡をしてもらうか当方へ連絡してもらうかを決定している。予測されたい病態による急変で家族が理解している場合は当方に対応。また、家族へ意思を確認し、救急搬送を希望された場合は医師へ報告してから救急要請をしている。
- ・利用者によって違います。

質問3：質問2で「b. 訪問看護師に連絡するように説明している」と回答した方に伺います。患者さんから急変したと連絡があった場合、どのような対応をとっていますか（単一回答）

- ・質問2でも述べたように営業時間内なら訪問できるが、看護師到着を待てないケースもあるので、臨機応変に対処。救急車を呼ぶ、自家用車でかかりつけ医に行く、など状況に応じて対応。
- ・対象の疾患、主治医などの状況で訪問する場合と救急要請するばあいがある。
- ・利用者により24時間対応、その他の場合には主治医連絡、または救急車。

質問5：質問4で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したのは、どのような症状の時が多かったですか。（複数回答可）

- ・主症状によってのみで救急車を要請することはありません。主治医と連携の上指示で行動します。
- ・心不全症状にて動けない
- ・尿道留置カテーテルからの血尿が止まらない、もしくは管の閉塞により排尿ができない時（いずれも男性のケース）
- ・医療機器のトラブル、麻薬のコントロール等
- ・在宅医がおらず、病院が主治医の場合に主治医と相談し救急車を要請した。
- ・転倒による頭部外傷・意識障害・腹部症状（イレウス・嘔吐を伴う強い痛み等々）吐血等
- ・基礎疾患の症状ではない突発的な、急性的な状態変化時。または自宅で治療不可と考える急性増悪時。
- ・心不全症状の悪化、けいれん発作、イレウスの疑い、肺炎の疑い、下血
- ・状態悪化
- ・喀血、酸素飽和度低下
- ・脳梗塞が疑われる麻痺、失語の症状があった

質問6：質問4で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したとき、搬送する病院を決めていましたか（単一回答）

- ・100%決めています。

質問7：質問6で「決めていることが多い」または「主治医に連絡し、その指示に従って病院を決めていることが多い」と回答された方に伺います患者さんを病院に搬送する必要があるとき、救急車を呼ぶ前に病院と連携をとっていますか（単一回答）

- かかりつけがある場合は医師が病院へ連絡し受け入れの許可をもらっている。かかりつけがない場合は救急隊にお任せしている
- その時点で判断している。
- とっていることもあるが、主治医より直接病院へ連絡を入れてもらうことも多い
- とっている場合が多いが、かかりつけの病院がない場合は、受け入れ先を救急隊員の方に探してもらう。
- 基本的には、主治医の先生が連絡をして頂いた

質問8：質問7で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。（自由記載）

- 救急搬送の際、救急隊との情報交換の場がない事が多い。また、救急車内で行っているため、搬送時は看護師が同席していてもどこにどう連絡をとられているのか不明。また、救急隊からかかりつけ医がいるかどうか、など確認がなく話す機会がない事が多い。
- 患者さんは、入院治療が終了して在宅医療を開始する際に訪問看護導入する流れが多い。退院時に紹介病院と「急変時の受け入れの有無」について話し合っていることが多いので、救急隊が来た時にその旨伝えればスムーズに受け入れていただける。
- 主治医がクリニックの事が多く、連携してもあまり意味がないと考えて
- 断られる事が多い。

質問10：質問9で「している」と回答された方に伺います。「看取りの場所はどこにするか」の確認は、誰に対して行っていますか（単一回答）

- がん末期の方は本人とご家族
- その方の状況に応じて確認。
- 患者や家族
- 看取り目的で依頼がある場合、又は、訪問を継続していく中で、確認の必要な場合。
- 基本、確認を取ることにしているが、確認できない方もいる
- 終末期の方、もしくは独居でご自身で意思決定できる方
- 状況に応じ第一に主介護者に確認本人にも確認状況変化時再度確認している

質問11：自宅での看取りを希望している患者さんが訪問看護中に心肺停止に至った場合、どのように対応していますか（単一回答）

- 24時間対応していないため、病状が悪化すると24時間対応の事業所に変更になることが多い。看取りを今はしていない。
- 在宅医の指示にて対応している

質問12：担当している患者さんが急変したが、緊急性がなく、搬送先の病院が決まっている場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思えますか（単一回答）

- 100%消防救急車以外の車を準備します。
- 24時間対応可能で、かつ安全性が確保されているなら、ぜひ現実化してほしい
- 緊急性が無い場合は、介護タクシーを利用している。
- 利用したいが費用負担金額による

質問13：質問12で「b. 利用したいと思わない」と回答した方にお伺いします。利用したいと思わない理由をお聞かせください（自由記載）

- 質問事項とは違いますが書かせてください。救急車が到着してから発車までの時間がとても長い。現場で理由を聞かされていますが、短縮の方向をご検討ください。

介護施設等における救急車利用に関するアンケート調査結果（概要）

● 調査目的

横浜市では、救急車の出場件数が年々増加傾向にあり、特に高齢者の救急搬送が増加しており、また、近年、自宅でも在宅医療や介護サービスを受けながら生活する高齢者が増え、救急隊の対応ケースが多様化していることから、横浜市救急業務検討委員会において、救急業務の課題と解決方法を検討する基礎資料とするため、介護施設等の管理者から、救急車利用に関するアンケート調査を実施した。

● 調査期間

平成29年10月23日（月）～平成29年11月12日（日）

● 調査対象

横浜市内の介護施設等 2099件

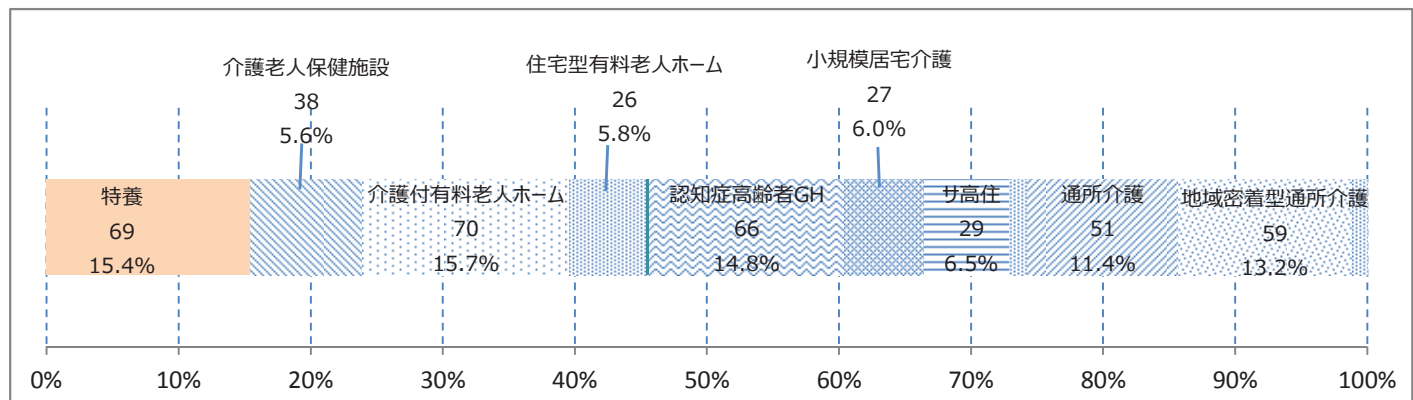
● 回収状況

443件（21%）

1 施設の形態について伺います。施設の形態はどれですか。

（単一回答 ※複数の形態がある場合は、主たる業務形態を選択してください。）

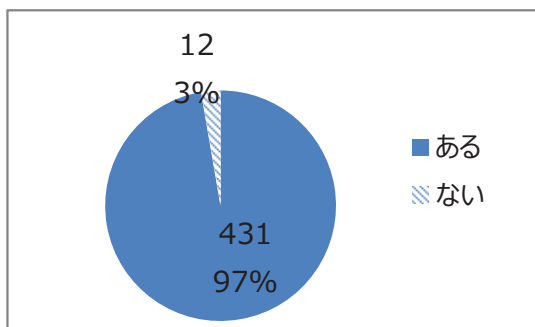
特別養護老人ホーム	69	15.4%
介護老人保健施設	38	8.5%
介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）	70	15.7%
住宅型有料老人ホーム	26	5.8%
軽費老人ホーム	1	0.2%
認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）	66	14.8%
小規模多機能型居宅介護	27	6.0%
サービス付き高齢者向け住宅	29	6.5%
ショートステイセンター	2	0.4%
ケアハウス	0	0.0%
養護老人ホーム	0	0.0%
看護小規模多機能型居宅介護	4	0.9%
通所介護	51	11.4%
地域密着型通所介護	59	13.2%
認知症対応型通所介護	5	1.1%
総計	447	100.0%



2 施設利用者が急変した際のマニュアル（対応手順書等）がありますか。

ある	431	97%
ない	12	3%
総計	443	100%

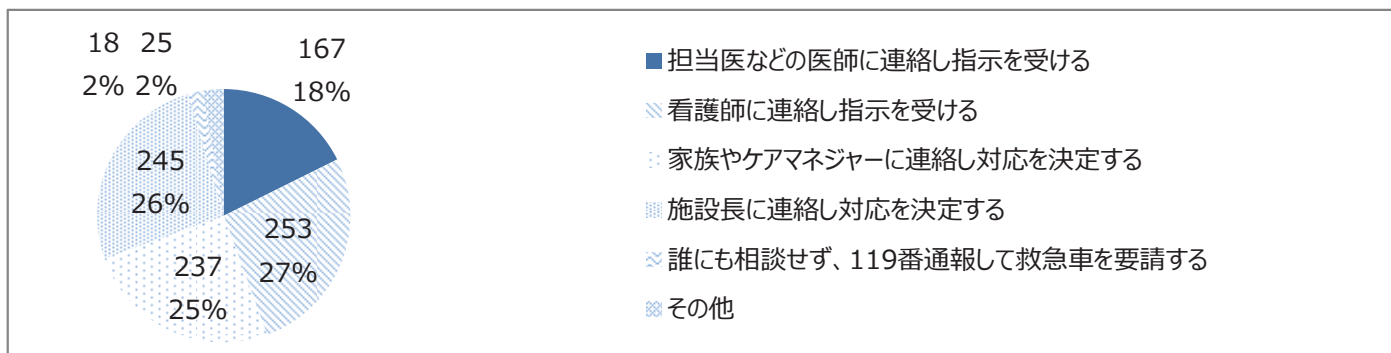
ほとんどの施設が、施設利用者が急変した際のマニュアルがある（97%）と回答した。



3 上記の質問で「ある」と回答された施設に伺います。施設利用者が急変した際には、どのように対応することになっていますか。（複数回答可）

担当医などの医師に連絡し指示を受ける	167	18%
看護師に連絡し指示を受ける	253	27%
家族やケアマネジャーに連絡し対応を決定する	237	25%
施設長に連絡し対応を決定する	245	26%
誰にも相談せず、119番通報して救急車を要請する	18	2%
その他	25	3%
総計	945	100%

ほとんどの施設が、利用者が急変した際には、担当医などの医師に連絡し指示を受ける（18%）、看護師に連絡し指示を受ける（27%）、家族やケアマネジャーに連絡し対応を決定する（25%）、施設長に連絡し対応を決定する（26%）のいずれかで対応することが多い。その他、ご家族と約束している手順により行うため、利用者によって異なる、協力医療機関の医師に相談・指示を仰ぐなどの回答があった。

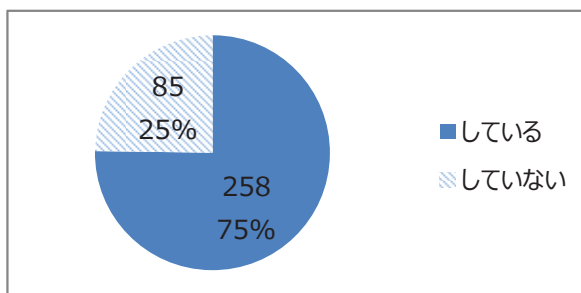


4～7は、通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護以外の施設にうかがいました。

4 施設利用者の「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認をしていますか（単一回答）

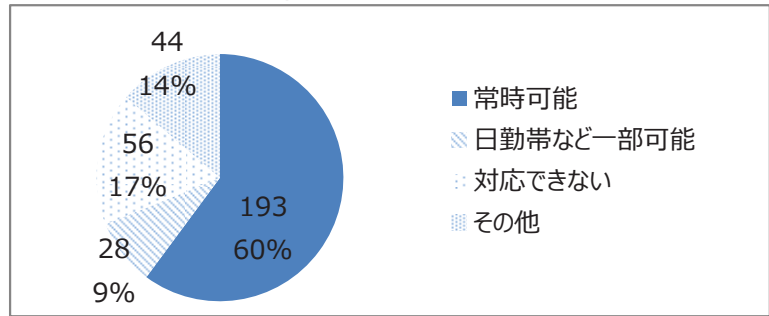
している	258	75%
していない	85	25%
総計	343	100%

多くの施設が利用者の延命処置を希望するか、しないかの意思確認をしている（75%）と回答した。



5 施設で「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができますか。(単一回答)

常時可能	193	60%
日勤帯など一部可能	28	9%
対応できない	56	17%
その他	44	14%
総計	321	100%



多くの施設で延命処置を希望しない意思がある方の看取りが常時可能（60%）、日勤帯など一部可能（9%）と回答した。その他、グループホームは医療体制が整っていないので、訪問診療医による対応の範囲である方に限られる、医師の指示書のもと看護師と連携が取れば可能などの回答があった。

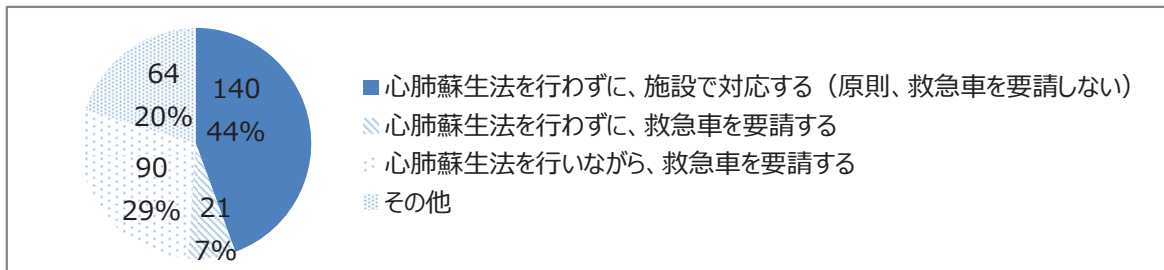
6 上記の質問で「対応できない」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができない理由をお聞かせください。(自由記載)

- ・ 24時間対応してもらえる医師がいないため
- ・ 連携する医療機関と看取りについて話し合いを行っていないため
- ・ 看取りの体制が整っていないため
- ・ 医療体制、人員体制、設備体制、制度体制など、各種体制の不備
- ・ 病院での積極的な延命措置は希望しないのであって、心肺蘇生などの最低限の救命措置は別だと考えるため

7 「延命処置を希望しない意思」があることが事前に判明している方が心肺停止に至った場合、どのように対応されていますか (単一回答)

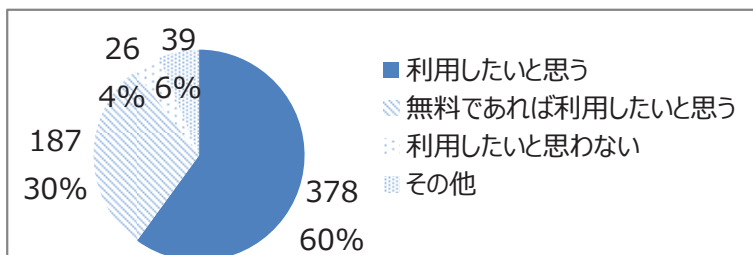
心肺蘇生法を行わずに、施設で対応する（原則、救急車を要請しない）	140	44%
心肺蘇生法を行わずに、救急車を要請する	21	7%
心肺蘇生法を行いながら、救急車を要請する	90	29%
その他	64	20%
総計	315	100%

延命処置を希望しない意思があることが事前に判明している方が心肺蘇生に至った場合、心肺蘇生法を行わずに、施設で対応する（原則救急車を要請しない）（44%）が最も多く、次いで、心肺蘇生法を行いながら救急車を要請する（29%）が多かった。その他、看取り対応になるかどうか事前に家族や医師とで最終確認を行い、その最終決定に基づき行動する、主治医に連絡するなどの回答があった。



8 施設利用者の容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思いませんか（単一回答）

利用したいと思う	378	60%
無料であれば利用したいと思う	187	30%
利用したいと思わない	26	4%
その他	39	6%
総計	630	100%



施設利用者の容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用したいと思う（60%）が最も多く、次いで無料であれば利用したい（30%）が多かった。その他、サービスの質による、施設の車で対応できる、家族の希望にもよるなどの回答があった。

9 質問18で「利用したいと思わない」と回答した施設にお伺いします。利用したいと思わない理由をお聞かせください。（自由記載）

- ・ 救急指定病院以外の利用者のかかりつけ医療機関への搬送に利用できるとありがたい。
- ・ 施設の車が出払ってしまっているときは利用の可能性はある。
- ・ 緊急性の判断基準があいまいでわからないから
- ・ 消防救急車の方が迷いがなく対応できることと、信頼性も高いと判断するため
- ・ 病院医師への情報のつながりが上手くいか不明なため

介護施設等における救急車利用に関するアンケート調査結果

調査方法：横浜市内の介護施設等の管理者を対象に、救急車利用に関するアンケートを実施した。

実施期間：平成29年10月23日（月）～11月12日（日）

調査対象：横浜市内の介護施設等 2099件

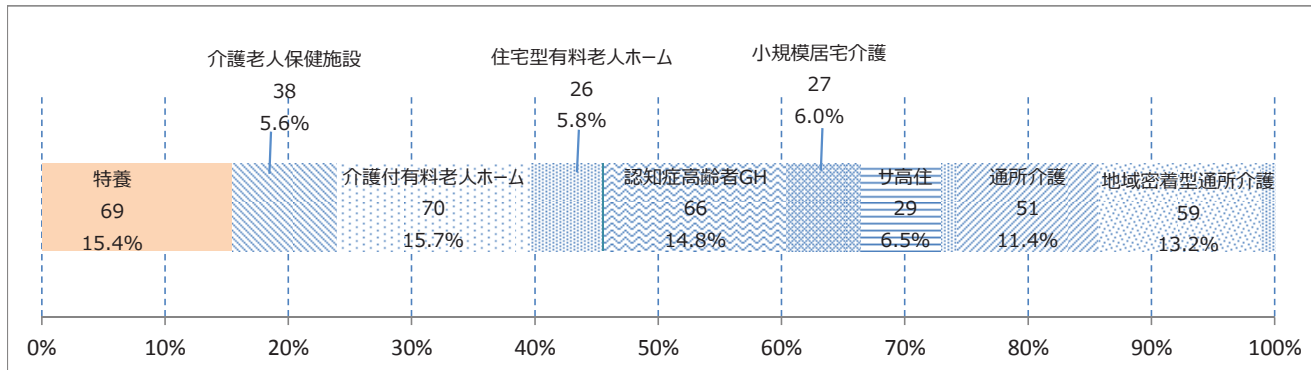
回収状況：433件（21%）

調査結果：以下のとおり

質問 1：施設の形態について伺います。

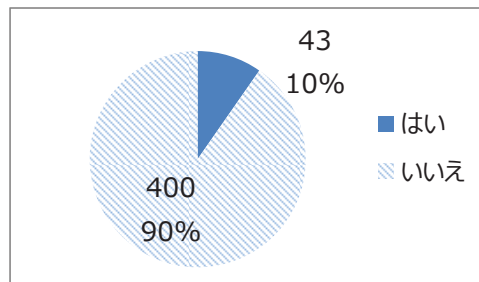
（1）施設の形態はどれですか（○は一つ。※複数の形態がある場合は、主たる業務形態を選択してください。）

特別養護老人ホーム	69
介護老人保健施設	38
介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）	70
住宅型有料老人ホーム	26
軽費老人ホーム	1
認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）	66
小規模多機能型居宅介護	27
サービス付き高齢者向け住宅	29
ショートステイセンター	2
ケアハウス	0
養護老人ホーム	0
看護小規模多機能型居宅介護	4
通所介護	51
地域密着型通所介護	59
認知症対応型通所介護	5
総計	447



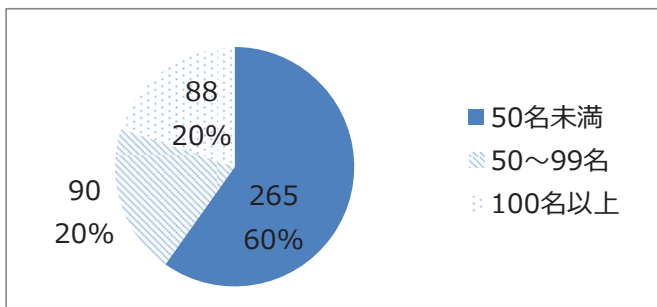
（2）施設長は医師ですか

はい	43	10%
いいえ	400	90%
総計	443	100%



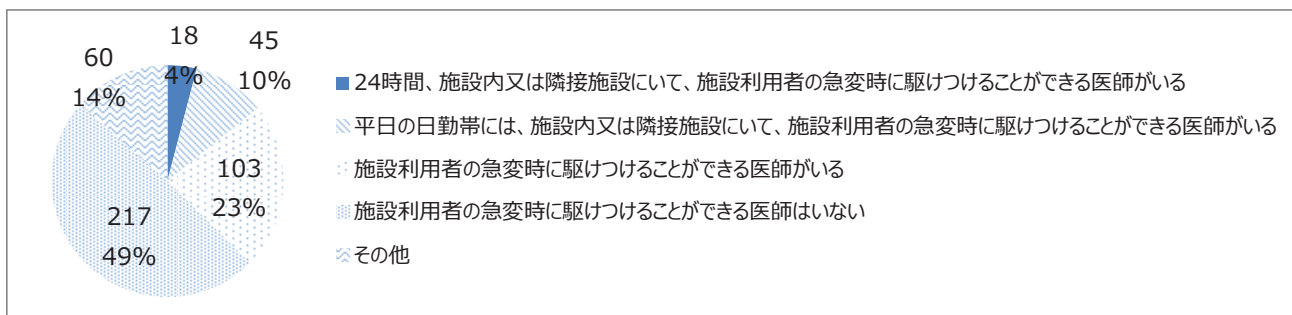
(3) 届け出ている施設の定員数

50名未満	265	60%
50～99名	90	20%
100名以上	88	20%
総計	443	100%



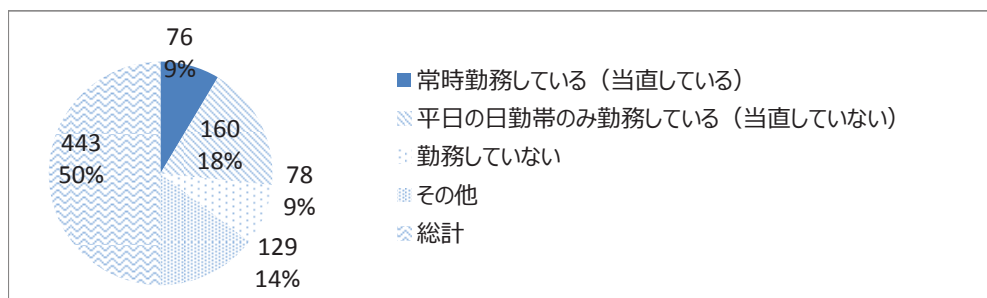
質問2：施設に医師はいますか（単一回答）

24時間、施設内又は隣接施設において、施設利用者の急変時に駆けつけることができる医師がいる	18	4%
平日の日勤帯には、施設内又は隣接施設において、施設利用者の急変時に駆けつけることができる医師がいる	45	10%
施設利用者の急変時に駆けつけることができる医師がいる	103	23%
施設利用者の急変時に駆けつけることができる医師はいない	217	49%
その他	60	14%
総計	443	100%



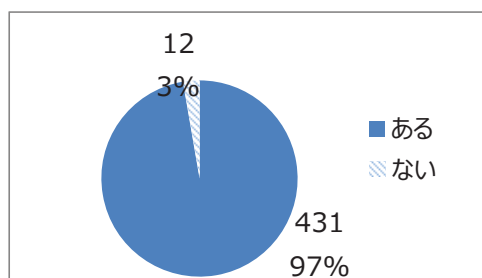
質問3：施設に看護師はいますか（単一回答）

常時勤務している（当直している）	76	17%
平日の日勤帯のみ勤務している（当直していない）	160	36%
勤務していない	78	18%
その他	129	29%
総計	443	100%



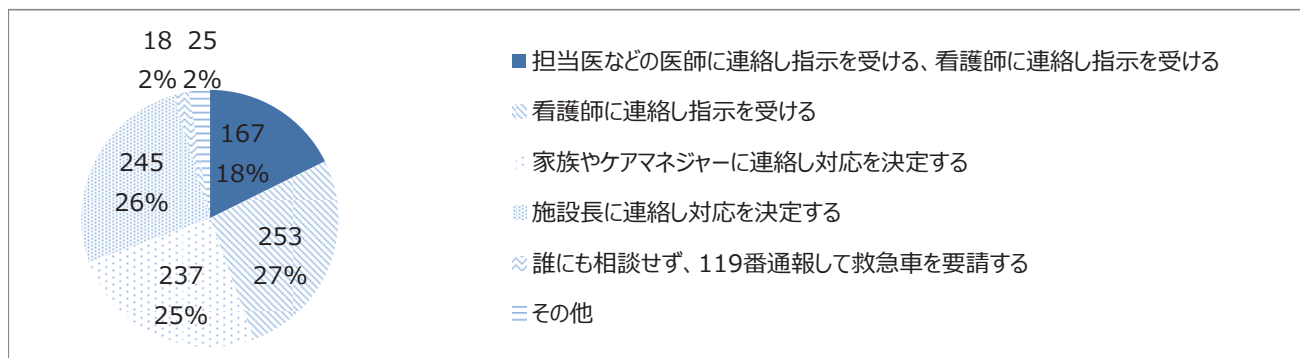
質問4：施設利用者が急変した際のマニュアル（対応手順書等）がありますか

ある	431	97%
ない	12	3%
総計	443	100%



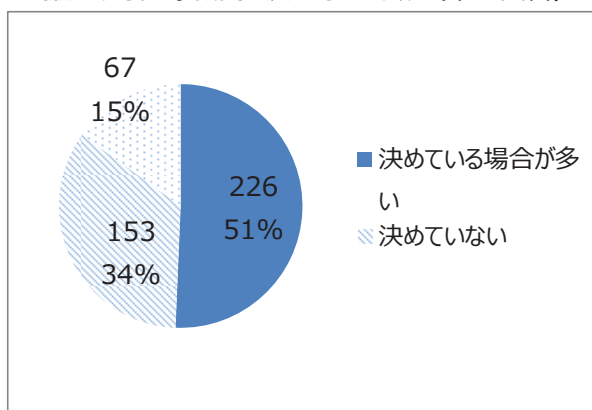
質問 5：質問 4 で「ある」と回答された施設に伺います。施設利用者が急変した際には、どのように対応することになって
いますか。（複数回答可）

担当医などの医師に連絡し指示を受ける、看護師に連絡し指示を受ける	167	18%
看護師に連絡し指示を受ける	253	27%
家族やケアマネジャーに連絡し対応を決定する	237	25%
施設長に連絡し対応を決定する	245	26%
誰にも相談せず、119番通報して救急車を要請する	18	2%
その他	25	3%
総計	945	100%



質問 6：普段、施設利用者が急変し救急車を要請した際には、搬送する医療機関を決めていますか（単一回答）

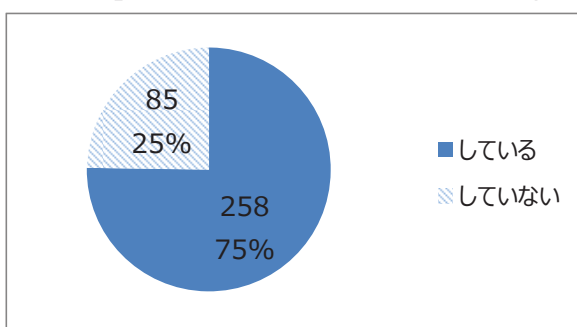
決めている場合が多い	226	51%
決めていない	153	34%
その他	67	15%
総計	446	100%



質問 7～質問17は、
通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護以外の施設にうかがいました。

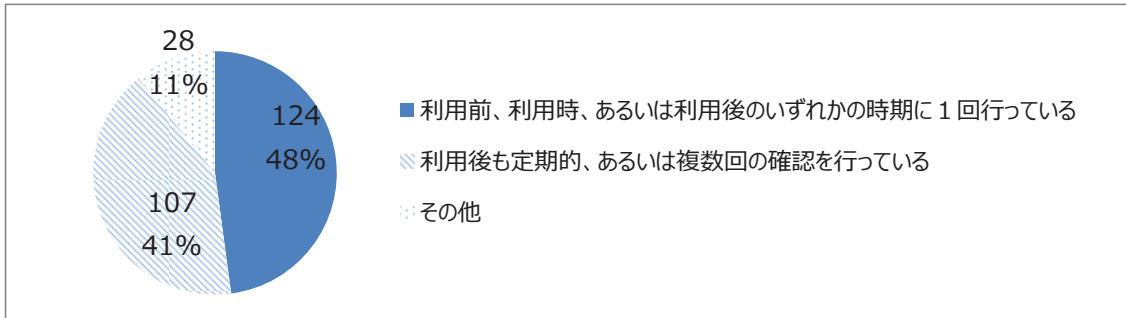
質問 7：施設利用者の「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認をしていますか（単一回答）

している	258	75%
していない	85	25%
総計	343	100%



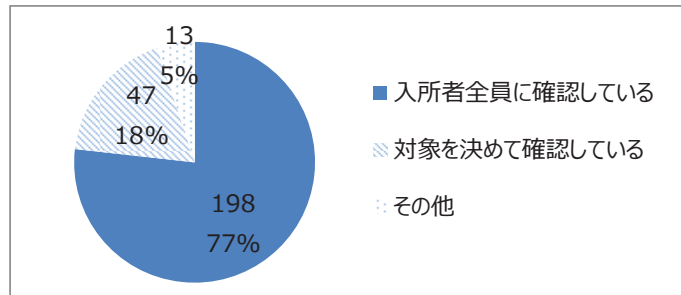
質問8：質問7で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認はどのように行っていますか（単一回答）

利用前、利用時、あるいは利用後のいずれかの時期に1回行っている	124	48%
利用後も定期的、あるいは複数回の確認を行っている	107	41%
その他	28	11%
総計	259	100%



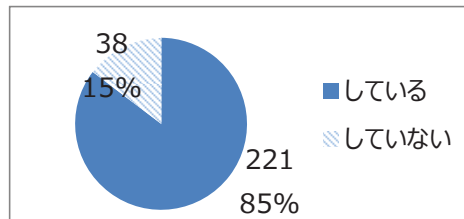
質問9：質問7で「している」と回答された施設に伺います。どのような方が利用されたときに「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認を行っていますか（単一回答）

入所者全員に確認している	198	77%
対象を決めて確認している	47	18%
その他	13	5%
総計	258	100%



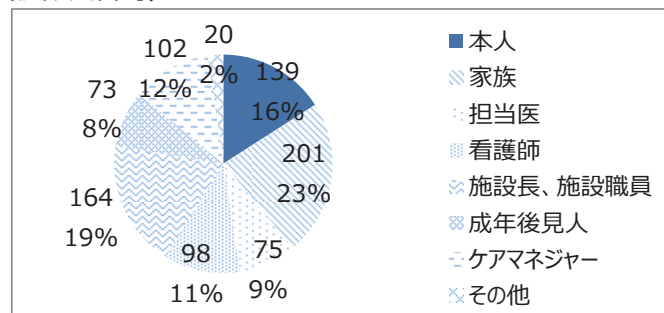
質問10：質問7で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認に関する書類を作成していますか。（単一回答）

している	221	85%
していない	38	15%
総計	259	100%



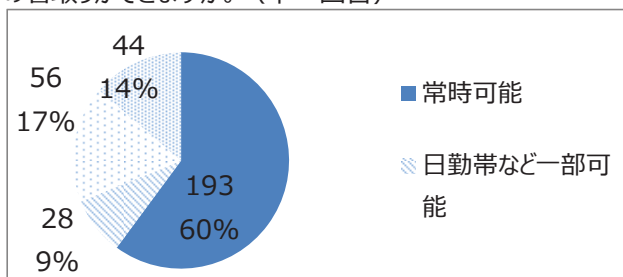
質問11：質問10で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認に関する書類は、どなたが関わって作成されていますか（複数回答可）

本人	139	16%
家族	201	23%
担当医	75	9%
看護師	98	11%
施設長、施設職員	164	19%
成年後見人	73	8%
ケアマネジャー	102	12%
その他	20	2%
総計	872	100%



質問12：施設で「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができますか。（単一回答）

常時可能	193	60%
日勤帯など一部可能	28	9%
対応できない	56	17%
その他	44	14%
総計	321	100%

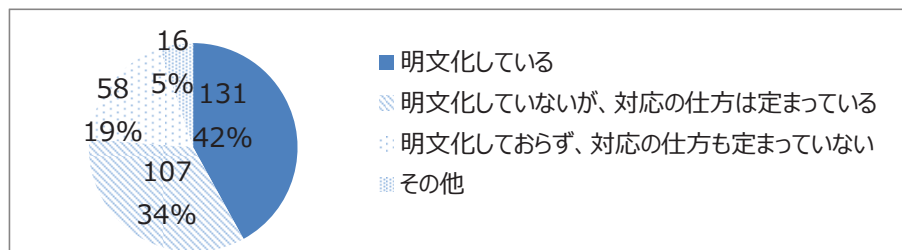


質問13：質問12で「対応できない」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができない理由をお聞かせください。（自由記載）

回答は別紙

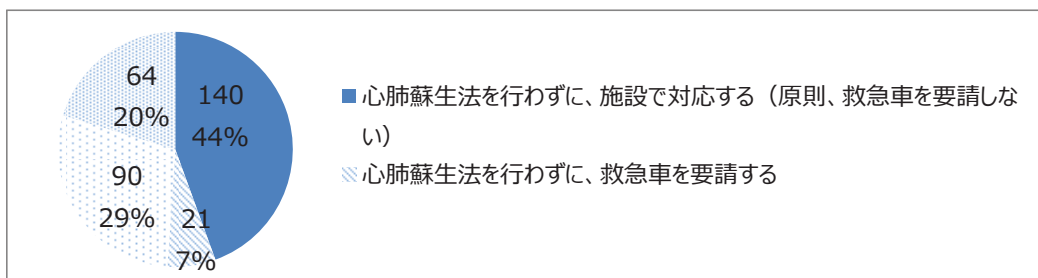
質問14：施設として「延命処置を希望しない意思」がある方への対応の仕方について明文化していますか。（単一回答）

明文化している	131	42%
明文化していないが、対応の仕方は定まっている	107	34%
明文化しておらず、対応の仕方も定まっていない	58	19%
その他	16	5%
総計	312	100%



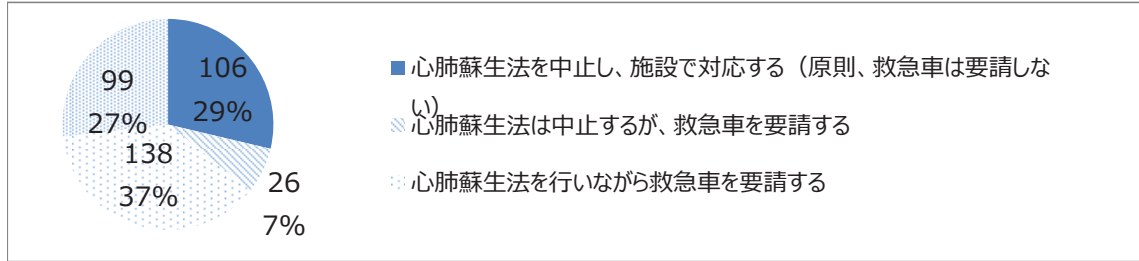
質問15：「延命処置を希望しない意思」があることが事前に判明している方が心肺停止に至った場合、どのように対応されていますか（単一回答）

心肺蘇生法を行わずに、施設で対応する（原則、救急車を要請しない）	140	44%
心肺蘇生法を行わずに、救急車を要請する	21	7%
心肺蘇生法を行いながら、救急車を要請する	90	29%
その他	64	20%
総計	315	100%



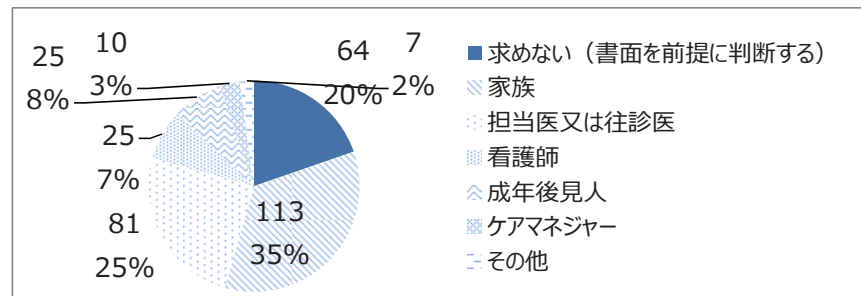
質問16：心肺停止に至った施設利用者に施設職員が心肺蘇生法を開始した後に、その方が「延命処置を希望しない意思」があることが判明した場合、どのように対応されていますか（単一回答）

心肺蘇生法を中止し、施設で対応する（原則、救急車は要請しない）	106	29%
心肺蘇生法は中止するが、救急車を要請する	26	7%
心肺蘇生法を行いながら救急車を要請する	138	37%
その他	99	27%
総計	369	100%



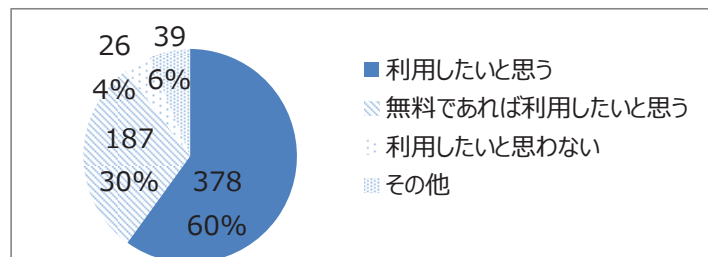
質問17：質問15で「心肺蘇生法を行わずに、施設で対応する」と回答された施設または、質問16で「心肺蘇生法を中止し、施設で対応する」と回答された施設にお伺いします。心肺蘇生法を行わない、あるいは心肺蘇生法を中止する判断をどなたに求めていますか。（複数回答可）

求めない（書面を前提に判断する）	64	20%
家族	113	35%
担当医又は往診医	81	25%
看護師	25	8%
成年後見人	25	8%
ケアマネジャー	10	3%
その他	7	2%
総計	325	100%



質問18：施設利用者の容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思いますか（単一回答）

利用したいと思う	378	60%
無料であれば利用したいと思う	187	30%
利用したいと思わない	26	4%
その他	39	6%
総計	630	100%



質問19：質問18で「利用したいと思わない」と回答した施設にお伺いします。利用したいと思わない理由をお聞かせください。
（自由記載）
回答は別紙

その他・自由記載

質問2：施設に医師はいますか（単一回答）

- ・24時間訪問診療のクリニックが協力医療機関ではあるが、急変時の駆けつけはしないことが多い
- ・ケアプラザの指定管理で協力医は配置していて年間30回の来所がある
- ・ご利用者様、個々のかかりつけ医のため、駆けつけることができない場合もある
- ・テナントとして訪問診療の医師はいらっしゃいますが、普段は往診に行かれています。
- ・医師が動ける場合であれば急変時に駆けつけることができるが、駆けつけることができないことが多い。
- ・医師はいない
- ・医師はいないので、急変時は救急車対応。看護師は在籍しているので急変時にはかけつけることが出来る。
- ・一部、訪問診療を利用している入居者がいらっしゃるので、そのご利用者様の急変時には、訪問診療医師が駆けつけます。
- ・往診に2つの医療機関が入っており、それぞれが急変時に医師が駆けつけられる医療機関と、駆けつけられない医療機関である。
- ・往診依頼をしている利用者は緊急で診てもらえる
- ・往診医療機関はあるが、急変時には病院への受診をすすめられる。
- ・隔週で往診。急変時は電話連絡して指示を乞う。死亡時は来所して診断書を作成する。
- ・看取り時は9時～22時頃（一部曜日除く）対応可。緊急時は医師が対応できる場合（たまたま近隣に来ていた、日中である等）を除き電話等の指示を通じて救急搬送となる場合が多い
- ・看取り対応の場合は駆けつけることの出来る医師がいる
- ・希望者のみ往診医がいる
- ・機能強化型在宅療養支援診療所と契約を結び、365日24時間体制で訪問診療及び電話相談に対する指示が受けられる
- ・急変時には隣接の病院を受診する。対応困難な場合は救急要請をする。
- ・急変時に駆けつける事ができる医師は利用者によって契約を行っているかによって変わります。現状では半数程度が急変時に駆けつける事ができる状態かと思えます。
- ・急変時は往診医に上申し、指示を仰ぐ。医師の指示により救急要請をする。
- ・急変時は訪問医に連絡し指示を頂いています。
- ・協力医がいて相談することはできる。
- ・協力医療機関のクリニックと隣接しており、日中は医師・看護師がいる。夜間及び休日は、法人の役員に医師がおり、24時間体制で駆けつけることができる。
- ・協力医療機関の医師が、24時間連絡が取れるようになっており、急変時などに往診に来てくださいます。
- ・協力医療機関はあるが、往診は日程が決まっており急変時に駆けつけることは出来ない。
- ・協力病院の医師はいるが、直ぐに駆けつける事は困難。（時間帯、曜日にもよる）
- ・緊急である為、駆けつける事ができるが、指示を仰ぎ対応する事が多数。
- ・駆けつけられる日は限られているが365日24時間オンコール対応可能
- ・駆けつけることもできるが住まいが離れているため時間を要する
- ・月、木曜日午後14：00～15：00内科医、第2、第4火曜日13：30～14：00精神科医
- ・月2回往診あり。24時間連絡体制あり。
- ・個別に往診契約を締結されている方については『いる』が、往診契約を締結されていない方については『いない』
- ・在宅クリニックの先生が往診してくれる
- ・在宅なので主治医の指示に従う
- ・施設には常時いないが、月2回の往診と24時間連絡がとれる
- ・施設に医師はいない。同法人のクリニック及び介護老人保健施設に医師がいて、診療中あるいは勤務中はかけつけることが出来る
- ・施設内、隣接施設に医師はいないが、往診医が利用者の主治医となっている事と訪問看護ステーションが施設内にあり24時間対応をしている為、緊急時にも対応出来るように連携を取っている。
- ・施設利用者によっては急変時に駆けつけてくれる医師がいる。
- ・週1回の嘱託医
- ・週に1日、訪問診察として医師が来所。急変時に駆けつけることができるかどうかは、その時により。
- ・週一回の定期回診
- ・住宅内に医師はいない。入居者で訪問診療等を契約されている方は医師が訪問する場合もある。
- ・小規模の通所なので医師はいません。
- ・状況によります
- ・嘱託医（非常勤）を配置しているが、全てのケースに対応することは難しい。
- ・嘱託医として週1で来所し、回診を行う。急変時は嘱託医の病院へ運ぶこととなっている。
- ・通所介護なので、お一人お一人違います。

- ・通所介護なので、急変時は、家族へ連絡して対応。
- ・通所介護施設のため
- ・提携先の訪問クリニックと契約している方は、急変時に駆け付けられることができる医師がいる。
- ・入居者様が通院している先生に往診をお願いされると24時間急変時でも駆けつけてくださいます。
- ・配置医師が週に1回、半日の勤務をしている。急変時に治療のために駆けつけることはできないが、施設内にて心停止をした場合に配置医師に死亡診断をしてもらうことを了承されている入居者の場合には、時間が取れる時に施設に来て死亡診断をして
- ・平日の日勤帯は可能だが、休日などは、オンコールで対応可
- ・訪問介護を利用している方で、緊急時に来てくださる方はいるが、職員で医師免許を保有している者はいない
- ・訪問診療を使用している。臨時の往診はしている。
- ・訪問診療医に急変時の指示を受けることができるが、ご利用者（身元引受人）が契約された方のみが対象となる
- ・訪問診療契約者のみ、駆け付け対応あり。
- ・毎月2回の定期的な往診があり、急変時など24時間連絡が取れる態勢になっています。
- ・利用者それぞれにかかりつけ医が居る為、一人ひとり対応が異なる。
- ・利用者様の希望で往診医を契約されている方は24時間対応可能。利用されていない方は日中の急変は主治医に連絡し対応指示を頂く。夜間は家族・管理者に連絡し救急要請の判断を行う。
- ・連絡がとれる医師はいるが、常時駆けつけられる状況ではない。

質問3：施設に看護師はいますか（単一回答）

- ・12/29～1/3の年末年始の休み以外、月～日の日勤帯は勤務している。
 - ・1単位につき15分程度の配置。他の時間帯は近隣の訪問看護ステーションとの連絡・駆け付け体制を確保している。
 - ・24時間いつでも急変時と週2回の訪問看護契約をしている。
 - ・2時間から4時間の短時間勤務。
 - ・365日、日勤帯のみ勤務しており、当直は無し。
 - ・365日日勤帯で勤務。夜間帯はオンコール対応
 - ・7：30～19：00の間勤務している。
 - ・8：30～21：30勤務 夜間オンコール
 - ・サービス実施中はいる。
 - ・シフト勤務でない日もある。
 - ・デイサービス稼働の月～土の日勤帯
 - ・デイサービス提供時間内は非常勤看護師がいる
 - ・デイの利用時間に配置
 - ・パートの看護師がいる。
 - ・医療連携により、週1回訪問看護を受けている。
 - ・医療連携による看護師はいるが、常駐ではない。
 - ・医療連携体制の看護師がおり、24時間サポート体制が取れている。
 - ・医療連携体制を整え、週に一回訪問する看護師はいる。協力医療機関の看護師。
 - ・営業時、勤務している。火～土曜 9：30～16：30
 - ・営業日（月～土）の日勤帯のみ勤務している（当直していない）
 - ・営業日に一時間ほどの勤務
 - ・営業日の昼食後まで勤務
 - ・介護職と兼務で日勤帯勤務
 - ・看護師資格はあるが、施設形態上、機能訓練指導員として毎日2時間だけの非常勤として勤務している。
 - ・管理者が看護師なので、状況判断を行っています。訪問看護が入っている方は事業所に連絡しています。
 - ・機能訓練指導員として看護師がいます。
 - ・機能訓練指導員として週に3日。2時間程度いる日がある。
 - ・機能訓練指導員として短時間勤務
 - ・休日・祝日も含め、日勤帯に勤務しております。
 - ・協力医療機関のクリニックと隣接しており、日中は医師・看護師がいる。
 - ・業務兼務在職している
 - ・業務時間が日中のみ。デイについては、祝日含め、月から土に営業。ナースは営業時間内には常時勤務している。
 - ・勤務がシフト制のため、非常勤で2名の職員はいるが、勤務は不定期的（あくまで免許はあるが、仕事の内容は看護ではなく、介護の仕事になります。）
 - ・勤務時間8時～18時。それ以外はオンコール体制をとっている。
 - ・月火水は近隣の訪看ステーションと午前の1時間の訪問に加えオンコール出動の契約を締結。
- 木金は自社のパート看護師が10時～16時の間常勤。自社パート看護師の募集を続けており、採用できれば訪看ステーション
- ・月数回の勤務

- ・施設には常時いないが、週1～2日出勤している。24時間連絡がとれる
- ・週1～2日、昼食前後4時間の勤務の看護師
- ・週1回以上看護師が訪問
- ・週1回訪問あり。24時間連絡体制あり。
- ・週1日6時間勤務の看護師が1名と月2回往診日勤務の看護師1名で常勤はいません。
- ・週3日程度
- ・週5日勤務（土、日含む）
- ・週7日の日勤帯（7：30～17：30）のみ勤務している。
- ・週に1回勤務
- ・週に1度3時間
- ・常時ではないが、常勤で配置している
- ・常時看護師はいるが、日勤帯のみの勤務である
- ・常時勤務しているが当直はしていない。
- ・通所介護サービス実施日の日勤帯に勤務している
- ・通所介護営業時間中の定められた時間、勤務している。
- ・土日を含む日勤帯のみ勤務している。
- ・当直なく
- ・当直はないが、毎日9時～18時まで勤務しています。
- ・日勤のシフトに准看護師を配置
- ・日勤のみだが土日祝を含む全日程
- ・日勤の時間帯のみ勤務。
- ・日勤帯（7：30～19：30）勤務
- ・日勤帯（7：30-17：30）は365日勤務しています。
- ・日勤帯・夜間帯にいますが、24時間体制ではなく、朝夕に2時間ずつ不在の時間帯が狭間である。
- ・日勤帯の2時間勤務している
- ・日勤帯のみ365日勤務している。
- ・日勤帯のみ平日・土日・祝日も勤務している
- ・日中のみ勤務している
- ・日中は看護職員がおり、夜間はオンコール体制
- ・日中は施設看護師在中、夜間は訪問看護ステーションによるオンコール体制
- ・日曜日以外の午前中のみ
- ・半日程度勤務の看護師3名いて、ほぼ毎日いる。いない日もある
- ・非常勤看護師
- ・併設しているデイサービスに平日の日勤で勤務している。
- ・併設のデイサービスに、平日の日勤帯のみ勤務している
- ・平日、休日とも日勤帯のみ勤務している
- ・平日、土日、祝祭日ともに規定人数の看護師を配置している。
- ・平日、土日、祝日の日勤帯のみ勤務している（当直はしていない）
- ・平日・休日・祝日の日記帯のみ勤務。夜間に関しては、携帯電話で連絡が取れるようになっていて、介護職員からの相談に対しての指示または施設に来所が可能。
- ・平日・休日共に日勤帯のみ勤務している（当直していない）
- ・平日・土日祝の日勤帯のみ勤務している。
- ・平日に限らず日勤帯のみ勤務している
- ・平日の日勤帯と月20日程は夜間帯も居る
- ・平日及び休日も日勤帯のみ勤務あり。
- ・平日半日週2回勤務（当直していない）
- ・法人にて看護師が勤務しており急変時の指示や駆けつけられる体制となっている。
- ・訪問看護ステーションと契約しており、急変時の相談・訪問をしてくれる。
- ・訪問看護と契約
- ・訪問看護は週に一回来られています。
- ・訪問看護師が週1回3時間程度勤務している
- ・毎営業日9：30から13：30勤務。（休業日の日曜日は除く）
- ・毎日、9：00～18：00の勤務
- ・毎日、日勤のみ勤務している
- ・毎日、日勤帯のみ勤務している。夜間はオンコール体制。
- ・毎日8：45～16：45の時間帯で勤務している

- ・毎日 8 時～20 時
- ・毎日 9 時から 19 時まで勤務しており、夜間は携帯電話にて待機当番を設け、必要時には出勤する体制にしている。
- ・毎日ではないが、当直している費が月に 10 日ほどある。
- ・毎日ではないが勤務している
- ・毎日勤務、看護師の夜勤は行っていない
- ・毎日日中 9 時～18 時のみ勤務している。
- ・夜間不在（19 時～翌 7：00）当直なし・土日問わず
- ・曜日によって勤務している
- ・利用者がいる時間帯に勤務
- ・隣接施設にはいます

質問 5：質問 4 で「ある」と回答された施設に伺います。施設利用者が急変した際には、どのように対応することになって
いますか。（複数回答可）

- ・看護師が状況判断し、家族やケアマネジャーおよび施設長に連絡し対応を決定する。
- ・重要事項説明書によりご家族と約束している手順により行う為、人により違う。
- ・状況によっては、相談する時間がロスになってしまうため、現場のリーダーがすぐに救急要請する場合がある。
- ・利用者の状態ごとに看護師、医師、救急搬送とどのように対応するかが明記されている。
- ・必要に応じて主治医とも連絡をとる
- ・マニュアルに沿って要請する場合あり
- ・急変時は、お客様の状態（心停止等）により、看護師に連絡する前に救急へ連絡する場合もありうる。
- ・個々の対応マニュアルを元に勤務している看護師と一緒に対応
- ・提携病院へ緊急受入れを要請
- ・協力医療機関の医師に相談・指示を仰ぐ
- ・夜間帯は、P H S 当番に連絡し指示を仰ぐ。
- ・基本的には施設長とナースとで救急車出動の必要性を判断することを原則として対応している。
- ・呼吸がない場合は直ちに救急要請
- ・NSの応援を依頼し、一人は施設に残り、一人は付き添いする
- ・応急処置のマニュアルがある。また救急搬送が必要な場合には、あらかじめどこまでの医療行為を望まれるか家族、本人に意向を確認し、書類に残している。それでも急変時は家族に再確認の連絡を入れ、対応を決定している。
- ・管理者に連絡し対応を決定する
- ・状況に応じて、先に救急車に要請。その後に家族・ケアマネに連絡
- ・生命に危険がある場合は救急車要請。その他は往診医に連絡。
- ・判断に迷ったときは管理者に連絡し指示を受ける。
- ・併設のデイサービスにいる看護師に連絡し、指示を受ける。訪問診療や訪問看護を利用している方については、それぞれに連絡し、対応を決定する。
- ・24時間往診の契約を結んでいる方は医師や看護師に指示を受けることができる。
- ・意識レベル、呼吸状態によっては、直ぐに 119 番通報し救急車要請する事もあります。
- ・訪問医にかかっている場合は医師に TEL、指示を頂く。それ以外の場合は介護職から看護師を通じて事務所施設長含め対応を判断していく。生死にかかわる際には直で救急車を呼ぶ場合もある。
- ・意思に連絡がつかず判断に困る時は「# 7 1 1 9」にかけるよう指示を出してある
- ・上記チェックを入れたが、いわゆる「急変」の場合は、結果、救急車を要請する。

質問 6：普段、施設利用者が急変し救急車を要請した際には、搬送する医療機関を決めていますか（単一回答）

- ・お客様によっては、指定の病院があるが、ほぼ、救急対応できる病院でお願いしている。
- ・かかりつけがある方はそこを優先するが、受入れ拒否がある場合は、それ以外の医療機関となる。
- ・かかりつけの医療機関が入院ベットがあれば救急隊に伝えますが、症状により救急隊にお任せします。
- ・かかりつけの病院のある方はまずその病院を第一選択肢に。ない場合は救急隊に依存。
- ・かかりつけの病院や家族が希望される病院がある方は施設から事前に連絡をするが、ない場合は救急隊にお任せとなる。
- ・かかりつけ医に TEL する。家族に希望を聞く
- ・かかりつけ医療機関、協力医療機関へ搬送依頼する。受け入れがされない場合には救急隊に調整をお願いする。
- ・かかりつけ病院がある方はその旨、救急隊員に伝えています
- ・ご家族の希望がある場合は聞いているが、緊急時は、希望に添えない事が多い。
- ・ご入居者個人ごとに、決まっている方、決まっていない方がいます。
- ・ご利用者のかかりつけの病院があれば搬送先とする。
- ・ご利用者様かかりつけがあればその病院を指定する
- ・ご利用者様によっては決めていないときもある

- ・ご利用者様の定期受診などでカルテがある病院に緊急受診の依頼をしても受け入れていただけない場合と受け入れてもらえない場合があります。受け入れ不可の場合は救急隊の方にお問い合わせしております。
- ・まず、通院したことのある病院を希望し、受け入れが無理なら、お任せします
- ・往診医の連絡により搬送している
- ・家族からの指定がある場合のみ決まっている。
- ・家族から希望を聞き決めている場合があるが、多くはない
- ・家族によりかかりつけ病院の指定希望あり。救急隊に伝えるが希望であり、搬送は他病院になる事を家族へ伝えている。
- ・掛かった事のある病院（診察検討からも）の有無を救急隊に伝える。受け入れ不可の場合は救急隊に一任。
- ・掛かりつけの病院を救急隊に知らせる。
- ・掛かりつけ医に連絡をし、受け入れ態勢が整えばそちらに搬送する。それ以外は救急隊員に任せる。
- ・急変した方が、以前にかかったことのある医療機関に連絡を取る。
- ・急変度の状況により異なる。基本は、カルテがある医療機関への相談、又は、近隣医療機関へ受入相談をしてから搬送のケースが多い。
- ・救急患者ご本人が通院されている病院でさえ、救急は別扱い！として受け入れを拒否されることがある。施設も救急隊員もその点で苦労することが多いので予め搬送先などは決められないのが実情。他方ご家族にとっても新たな搬送先で初診料を徴収される等、経済合理性の観点からも奇妙な対応。病院側の姿勢（救急搬送者はその病院で治療していても別扱いという姿勢）も改めていかないと、現場到着まで10分前後、受け入れ先探しに60分というバカげた事態を繰り返し、救急車の消防署帰着までの所要時間も無駄に費やすことになっていく。
- ・救急隊から連絡してほしい等医療機関にれんらくしても決まらない場合がある。
- ・救急搬送時は、あくまでも急を要する事なので、協力病院を第一搬送先、若しくは事前に緊急時の搬送先を家族に確認してはいますが、現状は救急隊に一任します。
- ・協力病院はなく、基本的に救急隊に決めていただくが、ご入居者様によっては指定の病院がある。また主治医より紹介していただき、病院へ行く場合もある。
- ・近隣の病院に連絡をして、断られた際は、様態によって待てないので、救急車を要請します。
- ・決まっている方と決まっていない方がいる
- ・決めていても、対象者の「病状」から受け入れてもらえないことが多いと思う。
- ・決めていないが利用者の医療情報を提供している。
- ・決めている場合もあり。夜間は決められない。
- ・決めている場合もある（半々）急変の状況により。
- ・決めている場合もある。
- ・決めている利用者もいる。
- ・決めてはいないが、協力医療機関に連絡し要請を原則とする。
- ・個々の主治医等の情報を救急隊に提供している
- ・施設側では特に決めてはいないが、利用者本人または家族の希望により指定されている場合がある。
- ・施設利用者のかかりつけ医師に確認する。
- ・事前に確認している利用者の搬送希望病院を救急隊に伝えている
- ・持病のかかりつけがある場合は、病院に受け入れ可能かどうかを先に確認して、受け入れできる場合は救急隊員に伝える。それ以外は、お任せする。
- ・主治医のいる医療機関とするが、救急体制の整わないクリニックが主治医の場合には、救急隊に任せている。
- ・主治医等（利用したことのある病院も含む）が救急医療を行っている病院であればそこを要請する
- ・受け入れをしてくれる医療機関
- ・受診や入院歴がある医療機関又は往診医の判断。ない場合は協力医療機関
- ・想定される利用者についてはご家族関係機関と共に取り決めを行います。それ以外の緊急時は主治医などお伝えするようにしています。
- ・通所介護なので基本在宅の方であり利用者ごとに異なる。
- ・通常かかっている入院可能な病院であれば、そこを伝える。
- ・提携医療機関へ搬送をするが、ベッド状況により、他の医療機関へ紹介・転院することがある。
- ・入院歴のある病院などをお伝えするようにしています。また、ご家族の希望の病院をお伝えします。
- ・入居時に搬送先の医療機関を決めている方の場合は決めるが、それ以外は救急隊の対応。
- ・入所時に家族や本人に意向を確認するが、その病院に受け入れができない場合は、近隣の病院に連絡する。
- ・入所者によっては、決めている場合もあるが、殆どの方は決めていない。
- ・半々位
- ・搬送する医療機関は決めているが救急車は要請しない。
- ・搬送希望がある方は希望先を優先。希望先の受け入れが難しい場合や希望が無い方は受け入れが出来るところへ搬送する

- ・搬送経験はないが、マニュアルにて、担当医の病院が対応出来る病院なら、その搬送場所になる。
- ・訪問診療医により、搬送先を決めて頂く事が多数
- ・利用者が決めている場合は、そちらへ搬送をお願いする。
- ・利用者が利用している医療機関を利用
- ・利用者ごとに受診歴がある医療機関を優先する。
- ・利用者それぞれにかかりつけ医が居る為、かかりつけの病院や搬送希望先を救急隊へお知らせするが、基本的には救急隊へ任せ
- ・利用者により異なる。また、診療する科により異なる。
- ・利用者による。
- ・利用者指定の病院を聞いている場合はその病院へ。聞けていない場合は救急車に任せる
- ・隣接している病院で対応

質問8：質問7で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認は
どのように行っていますか（単一回答）

お体の状態低下がある場合など、状態により実施。

ご家族と話し合い、個別に対応になる。

サービス利用前にお伺いしている

ターミナルケア状況にて、往診医にて看取りの説明し同意を得る際、但し状態により再度確認を行う。

以前行なったが定期的に複数回行なっていなかった

救急対応が必要な状態が近いと判断されたときに確認している。

契約時に行っている。状況によっては、複数回行う場合がある。

現在は入居時に確認を行っているが、それ以前に入居した方については身体状況が変化したタイミングなどに適宜確認を行っている。

自身で判断ができる場合はその判断ができる状態で一度行う。判断ができない場合はご家族に確認を行う。但し直前に考えが変わる事もあり臨機応変に対応が求められる。

状態の変化に応じて本人、家族に意思確認を行っています。

全ての利用者に対して確認しているわけではなく、必要な利用者(終末期等)に対して確認している。

体調に変動があった時、急変リスクが高い時

入居したときに、今後担当医師になる方が本人と確認している

入居時・状態変化時に確認。随時

入居者の状態に合わせて適時実施。

入居前及びターミナル期に確認している。

入所契約時、ケアプラン更新時、入院等のイベントがあった際など複数回している。

入所時に書面で意向の確認をとる。状態が悪くなった時に再度書面にて確認する。

病状や状態が悪化してきた場合には利用中に意思確認を行う。

不定期

利用開始時と体調に大きな変化があった時

利用契約時に意思確認をしているが、希望しない方は、救急時にも電話にて確認をしている。

利用時と重篤になられた時

利用前、利用時、あるいは利用後のいずれかの時期に1回以上行う。急変時には可能な限り再確認を行うこととしている。

利用前に確認をまずしています。利用後も体調が悪化した際には、今後の対応について往診医も交えて話合いをする場合があります。

利用中必ず意思確認を御本人・ご家族に確認する。また看取りに入った時には改めて確認を行う。

老衰、可能性がある時

質問9：質問7で「している」と回答された施設に伺います。どのような方が利用されたときに「延命処置を希望するか、
しないか」の意思確認を行っていますか（単一回答）

・ある時期から入居時に確認する事としています。時期前に入居されている方は未確認。

・お体の状態低下がある場合など、状態により実施。

・ご利用者が高齢の為、緊急時（急変）し救急搬送になった際の延命の希望有無については入居者全員に入居契約時に取り交わしている。また、希望が変わった際には再度取り交わしを行っている。看取り同意書については別途その方の状態とご家族の希望も交えて一部で取り交わしている。

・その場にならないと解りかねる。一度は確認するが、その時に確認している。

・ターミナルケア状況にて、往診医にて看取りの説明の上、同意を得た場合

・現在6割の入居者から頂いているが、今後は全員を対象に同意書をいただく予定。現在進行中。

- ・上記の通り、現在は入居時に確認を行っているが、以前入居された方については身体状況が変化した事で急変のリスクが高まった方や入退院のあった方などを対象に実施している。
- ・状況が悪化していくときに家族に確認しています。大体は往診医も入っているので先生も確認しています。
- ・体調悪化のとき
- ・対象は全員となるが、すべて聞き取りは出来ていない。
- ・文書で確認を出したが、文書では個別の対応ができないものがあり、保留になっている。
- ・平成28年度以降入所された方には全員確認している（意思を表明しない方もいる）。の方は、その方の状態及びご家族等の状況を見ながら必要に応じて確認している。
- ・話の流れでしている

質問11：質問10で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認に関する書類は、どなたが関わって作成されていますか（複数回答可）

- ・協力医療機関
- ・本社法務部で書式を作成し、本人及びご家族からの確認書をコピーをご家族・各個人ファイルへ原本は緊急持ち出し用個人ファイルへ保管している。
- ・身寄りがなく意思表示できる方には本人に聞く。
- ・意向確認は全員に対し行っているが、医師の診断による看取り同意書の締結とは違うので、法的にもあくまで参考でしかない。
- ・相談員（相談室）
- ・本人の意向が言えない認知症のある方がほとんどです。
- ・生活相談員。様式の作成については医師と生活相談員で行いました。実際に、延命を希望されるかどうかの回答は本人および家族で記載されています。
- ・管理者
- ・入居相談員
- ・上記チェックは、担当医以外になっているが、書類のサインする欄は、利用者氏名、身元引受人、施設職員氏名となっている。（施設職員氏名は、特定の職種に限定していないため）
- ・医師に関しては、体調悪化時に家族と面談し意向をうかがい作成を行う。
- ・支援相談員
- ・生活相談員

質問12：施設で「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができますか。（単一回答）

- ・「看取り」は人それぞれの為、全ての方が可能とはいきれない。状態的に無理な方はお断りするケースもあり。
- ・「急変時には〇〇に連絡せよ。救急車は呼ぶな。〇〇が対応して、場合によってはそのまま看取る」という指示があらかじめ出れば、そのようにする。
- ・24時間医療行為がないことホームで対応できる環境がある場合のみ
- ・AEDのみ対応
- ・GHは医療体制が整っていないので、訪問診療医による対応の範囲である方に限られる。
- ・医師、家族、施設で対応を協議して決定する。
- ・医師、家族の判断のもとできる範囲の対応を行っている。
- ・医師の指示書のもと、訪問看護と連携が取れば可能です。
- ・医師の診断により、看取り段階であると診断されており、本人、家族より同意書が取れている場合には看取りが可能。予測できなかった心停止には、その際の死亡診断を施設内で行うことを了承されている家族には、配置医師による死亡診断をしている。
- ・医師の診断による看取りを家族が認め同意書がもらえている場合は可能。
- ・医療関係で対応できれば可
- ・医療的処置（夜間看護師不在のため吸引が必要など）が必要な場合は、対応が出来ません。
- ・医療度が高い場合は不可
- ・一人経験はあるが、痛み等の訴えない方で最後寝たきりになったのも数日だったので、問題なかったが、完全な個室もないため、状況による
- ・一定の条件の基で可能
- ・延命措置の在り方については、現在、文書にて準備中であり、内容も検討中。ご家族の意向や延命の種類等、職員も含めご家族様の知識や理解の乏しい為情報収集している段階である。
- ・往診医・看護師・ケアマネージャー・管理者・ご家族と看取り時期にムンテラを行い、当施設での対応が可能でありご家族含め承諾があれば可能。
- ・家族と相談

- ・看取りに関して担当医、家族との話し合いが十分にされており、施設の看取りに対する介護方針に同意された場合に可能。
- ・看取りはしていない
- ・看取りは実施しているが、夜間の痰の吸引等が発生した場合は、難しい。医師、ご家族と状況を協議した上で受け入れている。
- ・看取り対応は可能だが、24時間医療処置行為が要のご入居者様に対しては受入不可。
- ・基本常時行っていますが、ご本人の状態によっては、ご家族と相談し病院なども検討することがあります。
- ・基本的には常時可能であるが、看取り期間中急性期の治療が必要なケースが発生した際（肺炎、骨折等、痛み苦しみを伴うケース）には救急搬送～入院と言う流れもある。
- ・現在、見取りはしていないが、医療処置がなく、自然死を入居者、家族が選択した場合は、対応して行く必要があると思っている。
- ・在宅医療で対応でき、施設側も対応可能な時。
- ・治療が必要な場合は、医療へつなげ、看取りの状態と施設医師の判断と、利用者及び家族の希望があれば、看取りを行います。
- ・終日、医療行為に必要な方の看取りは不可。それ以外は、施設で可能な範囲を説明し、了承されれば看取り可能。
- ・条件により可能
- ・状態によって、対応の有無を、カンファレンスし、決定する
- ・嘱託医及びご家族と相談の上、施設で看取りを行うと決定した場合可能。
- ・他利用者の状況に応じて可能。
- ・対応できるケースとできないケースがあります。
- ・対象者の状態等によって可能か判断する。
- ・通所なので延命処置、看取りは対応していない。
- ・泊り利用時の部屋に空きがある場合は宿泊可能。利用者の定員以内なら利用可能。
- ・病状による（強い痛みを伴う、出血が多いなど不可）
- ・複数の利用者さんが看取りの状態になったり、ご家族の協力が得られない場合は出来ない。
- ・訪問医との連携により判断する。看取り不可ではない。
- ・訪問診療で対応が出来る範囲の方であれば対応が可能
- ・訪問診療と契約を行っていただき、緊急時の対応が可能となれば看取りも出来る。
- ・本人の病状によるが、看取り受け入れている。
- ・利用者本人、利用者家族、利用者のその時の状況等で判断する。過去に4例実績あり。

質問13：質問12で「対応できない」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができない理由をお聞かせください。（自由記載）

- ・連携する医療機関と看取りについて話し合いを行っていないため。
- ・24時間対応してもらえる医師がいないため。
- ・グループホームの方針。連携している医療機関対応。
- ・ご家族未確認の為
- ・ターミナルケアは行っていない。
- ・モニター等の機器や家族が宿泊する部屋がない。
- ・意思確認が無いため、入居者の主治医に連絡した際に救急搬送の支持が多くあるため
- ・医師、看護師が常駐していないので、看取り時に緩和ケアを十分に行うことができないため。
- ・医師が常駐していないため
- ・医療体制、人身体制、設備体制、制度体制など、各種体制の不備。
- ・延命措置の希望の有無を確認していないため。
- ・延命措置の在り方については、現在、文書にて準備中であり、内容も検討中。ご家族の意向や延命の種類等、職員も含めご家族様の知識や理解の乏しい為情報収集している段階である。看取りに関しては今後の課題として前向きに捉えて行く意向はある。
- ・介護職員人員不足
- ・会社自体が積極的に看取りを行う決定をしていない。また、スタッフの教育が行き届いていない。ご家族との信頼関係が整っていない。
- ・各個人の看取りの対応に違いがあるため、状況に応じてご家族との話し合いを行い可能なものに限って、対応している。
- ・環境が整っていない。医療機関を受診し、対応をする。
- ・看護師が常勤1名なので、不在の時もある。担当医に施設に来ていただくことが不可能。ご自宅にて過ごし、訪問で対応することは可能。
- ・看護師が不在の日もあり、対応困難。また、機能訓練型の施設の為重度の方のご利用が無い
- ・看取りの可能性がある方は主治医がついている場合がほとんどで、その主治医の指示のもと対応することになっています。
- ・看取りの体制が整っていない為

- ・看取りをしていない体制のため、対応が出来ません。
- ・看取りをすることは、今の時点ではできない体制だから
- ・看取りを行っていないので家族と延命処置の話をしていない。
- ・看取りを実施するシステムが未完成の為。
- ・看取り加算を算定していない
- ・看取り介護は系列の施設に移住するシステムとなっている。
- ・看取り介護を行う体制が整っておらず、またご家族との間で看取り介護に関しての説明、同意を得ていないため。
- ・看取り体制が整っていないため。
- ・機能訓練型の短時間利用の施設のため他の利用者の対応に支障が生じる
- ・狭いフロア内では他の利用者に見られてしまう。とりあえず救急車で搬送してもらう。
- ・緊急搬送するため
- ・緊急搬送をする為
- ・施設にて看取り対応していない為。
- ・施設の方針により
- ・施設設備が整っていないため
- ・施設方針として看取りを行う態勢が整えられず、検討中であることから
- ・死亡診断の為にすぐに掛け付けてくれる医師が居ない為。
- ・治療が必要な場合は、医療へつなげ、看取りの状態と施設医師の判断と、利用者及び家族の希望があれば、看取りを行います
- ・主治医、ご家族、職員、の協力体制が万全ならば看取りは可能。
- ・常時医師不在、夜間看護師不在、「延命」の内容も人それぞれの為。例) 経口摂取が困難となれば、それ以上栄養補給は望まない。等あれば対応できるが、IVH希望は不可、主治医が外部の医師の場合綿密な打ち合わせがどこまでできるか等
- ・人的配置ができない為
- ・設備や人員が確保されていない
- ・体制が整っていない。
- ・地域密着型通所介護施設で宿泊対応を行っていないため
- ・地域密着型通所介護事業所として、ご家族、ケアマネからの依頼により医療処置はするが、他の利用者の対応もある為個人に對し対応しきれない状態があります。
- ・通所の為
- ・通所の施設なので、利用中の看取りは想定していない。看取り希望の場合でも基本的にはご自宅で看取っていただく。
- ・通所介護のため、利用該当にあたらない。ターミナルケアの受け入れ経験あるが、状態悪化していくと利用中止となる
- ・通常業務に支障が出る可能性がある。
- ・日勤帯だけの事業である。
- ・日中の支援施設では基本的には空間・マンパワー等の物理的条件も含めて不可能。
- ・認可が取れていない
- ・病院での積極的な延命措置は希望しないのであって、人工呼吸や心肺蘇生など最低限の救命措置は別だと考えるので。
- ・老健は在宅復帰を目指す施設であり、当施設もそのように考えているため。

質問14：施設として「延命処置を希望しない意思」がある方への対応の仕方について明文化していますか。（単一回答）

- ・ターミナル時に医師、ホーム、家族とムンテラを行い意思確認を行っている
- ・延命処置の意味を誤解しているかもしれない。病院に行った後、管をつけ、どんな状態でも命をつなげることだと思っていた。
- ・延命処置を希望しない場合は主治医に對応の指示を仰ぎます
- ・家族の意向は変化する。兄弟により意見違う場合もあり。状況に応じ、主治医交え意思確認していく。
- ・家族連絡にて自宅へ送迎する。
- ・看取りに関する指針に策定
- ・看取り希望の方が過去にも現時点でも不在のため検討中である。
- ・質問の意図がわかりません。明文化とは？
- ・重度化の指針として書類を作成、同意いただければ署名、捺印を頂いている。
- ・通所なので延命処置は対応していない。
- ・入居基準（契約書）に常時医療対応する方は含まれていない。
- ・明文化していないが、入居者の主治医に連絡をし判断を仰ぐ
- ・明文化しておらず、ケースバイケースで対応
- ・利用者ごとに家族、主治医等と相談して決めている。
- ・利用者によって主治医が違う為、主治医や医療関係者の指示に従いながら対応していく

質問15：「延命処置を希望しない意思」があることが事前に判明している方が心肺停止に至った場合、どのように対応されていますか（単一回答）

- ・看取りの契約がなされている利用者に対しては心肺蘇生は行わず施設で対応。「延命処置を希望しない意思」が明確な利用者でも家族からの希望があれば心肺蘇生法を行ないながら救急車を要請することがある。
- ・DNARが取れている方の場合には施設配置医師に連絡を入れ、配置医師により死亡診断を行っている。延命処置と救命処置は分けて確認をしている。
- ・お看取り対応になる前にご家族と担当医とで最終確認を行い、そこでの最終決定に基づき行動する。
- ・ケースによりけりであるが、事前の取り決め（対応方法）に則って対応を行う。原則救急車を要請せず、心肺蘇生法を行わないケースがほとんどです。
- ・ご家族、ケアマネに連絡し看護師と対応します。
- ・ご家族に連絡し、事前に延命しない意思は確認していても、直前にも再度意思を確認し、救急車を要請しない。
- ・そのようなケースになったことが無いため判断ができない
- ・ターミナルケア対応中など心肺停止に近い将来に見込まれていた方であれば心肺蘇生法を行わずに施設対応をするが、所謂「急変」の場合は心肺蘇生法を行いながら救急車を要請する。
- ・ターミナル期として対応している場合は施設で対応するが、急変時には心肺蘇生を実施し救急車を要請する場合もある。
- ・まず、ご家族へ連絡・相談する。
- ・延命を希望している・いないに関わらず、急性期による容態変化については心肺蘇生及び救急搬送を実施します。所謂終末期介護における施設内での心肺停止については対応事例がありません。
- ・延命希望の確認は入居時に一度行っているが、この時点で家族はそれほど現実的に考えていないことが多い。突発で心肺停止が確認された際は基本的には蘇生は行っている。生活の中で次第に容態が変化していき（老衰）、それを医師が確認し、再度家族に延命の希望確認をした際に「延命を希望しない・お看取り希望」の場合は心肺蘇生は行わない。
- ・延命処置の意思確認は行っていない。都度、身元引受人に判断を依頼している。基本的には心肺蘇生法を行いながら救急車を要請する方針。
- ・延命処置を希望しない意思の確認が取れていない
- ・延命処置を希望しない場合は主治医に対応の指示を仰ぎます
- ・延命処置を希望しなくても、看取り対応になっていなければ、救急車要請し、看取りの場合は施設で対応
- ・往診の医師と家族と確認する。
- ・往診医に連絡し指示を仰ぐ
- ・往診医の指示
- ・家族と話し合った方法で、対応する
- ・家族連絡の上、対応を決める。
- ・看取りに移行されている方以外は、心肺蘇生法を行いながら、救急車を要請する。
- ・看取りに近い方は蘇生せず往診医に連絡、元気な方の急変時は施設だけでは判断出来ないため、蘇生しながら救急車を要請します。
- ・看取りの場合と看取り出ない場合とで対応が異なる。
- ・看取りの状況になっているかどうかなど、その時の状況による。
- ・看取りの体制に入っており、医師との話し合いが出来ていればcallせず。
- ・看取りの対応中（契約）の方は救急要請はせずに、看取りの対応とする。
- ・看取りの同意を得ている方、居ない方で対応が変わります。
- ・看取り希望の方が過去にも現時点でも不在のため検討中である。
- ・看取り契約をしている方以外は心肺蘇生を行い、救急車を要請する
- ・看取り対応中の方は心肺蘇生を行わず、救急車も要請しない。看取りでない方の場合は心肺蘇生を行い救急車を要請するとともに、家族の意向を再確認し、医師に報告する。
- ・看取り同意書を取り交わしている場合に限る。急変時同意書に延命希望ない場合で、看取り同意書を取り交わしていない場合は心肺蘇生（AED等）実施し、救急搬送となる。
- ・関連施設の病院に搬送します。
- ・基本は、心肺蘇生法は、延命措置を希望しない場合は、行わないが、施設医師の判断により、施設で対応等を確認。
- ・急変であれば、救命と判断し、心肺蘇生法をおこないながら、救急車を要請する。看取りの状況の場合は、心肺蘇生をおこなわ
- ・今まで、そのような利用者様はいなかった。医療機関ではないので、そのまま放置をいう事は出来ない為、救急車は呼びます。そのままだと、家族が知らない場合は訴訟問題になります。
- ・最低限の処置（AED等）は行い、主治医とご家族様に連絡し、その後の判断を行う。
- ・施設での看取り契約をされていなければ、救急車を要請する。心肺蘇生は判断つかない。看取り契約をしていれば呼ばない。
- ・施設担当医に相談する
- ・事前に看取り介護対応となっている場合は、往診医・家族へ連絡となっている。

- ・主治医ならびにご家族に連絡し、その指示や判断に従う。ただし、上記の流れはケースバイケース
- ・主治医に連絡する。
- ・主治医の指示に従う
- ・終末期の看取りは行なっているが、急変は救急車要請する。
- ・状況を家族に、往診医の意見も踏まえて説明し
- ・心肺蘇生はすべての方に行い、同時にご家族様への連絡を行い、救急車の要請を行うか？の意思確認を行っいる。
- ・心肺蘇生を行いながら、往診医・家族様に連絡し意向確認。
- ・心肺蘇生を行わずに、隣接病院の医師に対応をお願いしている。
- ・心肺蘇生法を行いながら、施設で対応する
- ・心肺停止しているかどうか、介護職では判断できないこともあり、延命のためではなく、救命のために救急要請すると思います。
- ・心肺停止になった方がいない
- ・心配蘇生法は行わず、救急車の要請もしないことが原則だが、主治医の指示に従う。
- ・担当医の指示による
- ・通所なので延命処置は対応していない。
- ・提携医療機関に連絡する。
- ・当施設では、最低限の延命処置をし、病院に搬送をします。その後、病院での延命処置をするかはアセスメントしています。
- ・入居者が契約している在宅の医師に連絡し対応方法を仰ぐ
- ・訪問医と連携図っている
- ・本人・家族の希望によって対応しています。例) 高度な延命は望まないが、心臓マッサージやAEDは希望などその方の希望に応じて対応しています。
- ・利用者ごとの主治医の指示に従う

質問16：心肺停止に至った施設利用者に施設職員が心肺蘇生法を開始した後、その方が「延命処置を希望しない意思」があることが判明した場合、どのように対応されていますか（単一回答）

- ・いかなる場合でも異変があれば、家族へ一報し指示を仰いだり、話し合いのもと対処する。
- ・このケースはないが、心肺蘇生法を行いながら救急車を要請すると思います。
- ・ご家族、ケアマネに連絡して看護師と対応します。
- ・ご家族に意思を確認し指示をえる。確認できない場合は、要請する
- ・ご家族に連絡し、経緯の説明と指示を仰ぎ、臨機応変に対応する。
- ・ご家族やCMに連絡し指示を仰ぐ。それまでは蘇生を続ける。
- ・そのようなケースになったことが無いため判断ができない
- ・その機会はなかなかありませんが、中止の判断は介護職がするものかどうか。近年、刑事事件に問われるケースもあり、介護施設で判断したことが、救命に手を尽くさず死に至らしめたと解釈されるおそれがないわけではないので、対応を決められないところもあります。
- ・その状況の検討ができていないので現在は判断できません。
- ・どのように対応したらよいか、わかりません
- ・まず、ご家族へ連絡・相談する。
- ・意思確認が取れている場合は情報共有をしているので事例がない。
- ・意思確認していても、ご家族の意向が変わることがあるため、リスク回避のために再確認します。
- ・医師にすべて連絡する
- ・医師の指示を仰ぐ。
- ・延命に関する意志の把握は十分にされている為、後からわかる事は無い。
- ・延命処置の意思確認は行ってない。都度、身元引受人に判断を依頼している。基本的には心肺蘇生法を行いながら救急車を要請する方針。
- ・往診医に連絡し指示を仰ぐ
- ・家族からの希望あれば心肺蘇生法を行ないながら救急車を要請することがある。
- ・家族の判断にゆだねる
- ・家族連絡の上、対応を決める。
- ・看取りの場合と看取り出ない場合とで対応が異なる。
- ・看取りの場合は中止し、施設で対応する。看取りでない場合は心肺蘇生を行いながら救急車を要請する。ご家族の意向を再確認し、医師に報告する。
- ・看取りの状況になっているかどうかなど、その時の状況による。
- ・看取りの体制に入っており、医師との話し合いができていればcallせず。
- ・看取りの同意を頂いていない方に対しては、救急要請を行います。

- ・看取りの方の共有をしているので、最期まで看取っている
- ・看取り希望の方が過去にも現時点でも不在のため検討中である。
- ・看取り同意書を取り交わしている場合に限る。急変時同意書に延命希望ない場合で、看取り同意書を取り交わしていない場合は心肺蘇生（AED等）実施し、救急搬送となる。
- ・看取り同意書を頂いていなければ救急車を要請する。
- ・間違った対応はしないものとする。
- ・基本は、心肺蘇生法は、延命措置を希望しない場合は、中止するが、施設医師の指示を確認し、施設で対応等を確認。
- ・基本的に確認してから実施はしていますが、途中で分かった場合は、ご家族に延命の意思を確認し、蘇生法を停止します。
- ・急変であれば、救命と判断し、心肺蘇生法をおこないながら、救急車を要請する。看取りの状況の場合は、心肺蘇生をおこなわない。
- ・救急車を要請しない方に関しては、往診をご利用されている方のみとしており、基本的には救急車を要請いたしません。
- ・契約時にまず急変時の対応を確認している
- ・現時点でお客様に延命処置の希望までとはっていない。
- ・今までそのようなケースがないので、対応したことはありません。
- ・最低限の処置（AED等）は行い、主治医とご家族様に連絡し、その後の判断を行う。
- ・施設の中で、延命措置を否定されても、心肺蘇生をせずに、ほおっておくことは、施設上できないため、無理。基本的には、心配組成を行いながら、救急車を要請します。
- ・施設担当医に相談する
- ・事前（契約時）に確認している対応を行なう（ケアマネジャー・主治医に連絡する等）
- ・事前に確認をしているので、後から判明することはない。
- ・事例がない
- ・主治医・訪問看護に連絡
- ・主治医ならびにご家族に連絡し、その指示や判断に従う。ただし、上記の流れはケースバイケース
- ・主治医に相談する。
- ・主治医に連絡する。
- ・主治医の指示に従う。
- ・心肺蘇生は行なわない
- ・心肺蘇生を行いながら、往診医・家族様に連絡し意向確認。
- ・心肺蘇生法を行いながら、施設で対応する
- ・心肺蘇生法を行いながら医師（嘱託医）に指示を仰ぐ
- ・前例がないため何とも言えない
- ・即、関連施設の病院に搬送します。
- ・体調の悪化に伴い、カンファや対応はその都度話し合っているため、心肺蘇生は行わないで医師への連絡を行う。
- ・担当医の指示による
- ・通所なので延命処置は対応していない。
- ・提携医療機関に連絡する。
- ・入居者が契約している在宅の医師に連絡し対応方法を仰ぐ
- ・入所契約時と入所時に意思確認をしているので原則そのようなケースはない。家族連絡し、確認しておいた意思から意向が変わった場合には、その意向に沿って対応する。
- ・入所時及び必要時に必ず確認するため、事後判明となるケースはない。

質問17：質問15で「心肺蘇生法を行わずに、施設で対応する」と回答された施設または、質問16で「心肺蘇生法を中止し、施設で対応する」と回答された施設にお伺いします。心肺蘇生法を行わない、あるいは心肺蘇生法を中止する判断をどなたに求めていますか。（複数回答可）

- ・事前に、確認をしていることで、心肺蘇生はしない。
- ・事前に医師と家族の間でしっかりと意志の確認が行われている場合には「求めない」が、意志の確認が不十分であったり施設側で不安のある場合には、医師・家族双方に確認を行う。
- ・管理者
- ・本人
- ・看取りの場合は事前に医師・家族（本人）施設とで取り決めたことに従って施設で対応する。看取り以外は家族に再度確認し医師に報告する。
- ・施設長

質問18：施設利用者の容態が急変した場合で緊急性がない場合、消防救急車に代わる患者搬送サービスがあったら利用しようと思いますか（単一回答）

- ・KPのご意向による。
- ・ご家族と相談して決めます
- ・サービスの質によると思います。専門性のあるスタッフや設備があればお願いしたいです。
- ・サービス内容が具体的ににならないと、利用できない。
- ・そのような状態であれば施設の車で搬送できると思われるため。
- ・その時の状況にもよる。時間帯や勤務内容によって対応が難しい場合には利用を考えたい。
- ・そもそも、緊急性が無い場合は、救急搬送は行わないため、内容の詳細を確認しないと、回答が難しいです。
- ・できるだけ家族の対応をお願いしたい。
- ・家族の要請があれば、利用する。
- ・基本的には施設車両を使用するが、状況により利用する場合が予測される
- ・急変時に緊急性がなければ施設車両による受診とします。しかし、人員等も限られているためそのようなシステムが無料且つ迅速に使用できるようであれば検討させていただきたいです。
- ・緊急性がないのであれば、施設または家族での対応が困難な場合（車両の形態など）に限り、利用するかもしれない。
- ・緊急性がない場合はご家族や施設にて病院まで搬送している。
- ・緊急性がない場合は救急車を呼びません。
- ・緊急性がない場合は自前の搬送車で通院する。
- ・緊急性のない場合は家族に迎えに来てもらい、受診してもらっています。緊急の場合は救急車の対応となります。
- ・緊急性のない場合は基本救急車は使わず、施設送迎車を使っているので利用しない
- ・原則、付き添いが必要な方は施設にて対応することが契約書にて明文化されている。
- ・現行、隣接病院での対応
- ・現在も、緊急性が無い場合は、有料の搬送サービスを利用している。
- ・公的なサービスであれば利用する可能性がある。
- ・今現在必要ではない。
- ・施設で様子を見るか、支援病院を受診する。
- ・施設の車がかえれないときは民間救急サービスや介護タクシーを利用している。
- ・施設職員で対応（搬送）可
- ・自施設での搬送を行う。
- ・受診はしてほしいが、利用者の身体状況と合わせて必要性を確認してサービスを決めたいと思う。
- ・送迎時間帯との絡みにもよるが、緊急性がない場合には、施設の送迎車にてご自宅または主治医の医院までお送りすることを原則としており、介護職若しくは必要に応じ、自社ナースまたはオンコールの訪看を添乗させてお送りすることとしている。
- ・送迎車がある。
- ・当該利用者または家族等の希望による。
- ・当施設で搬送していることが多い。
- ・日中は救急車を呼ぶレベル以下であれば施設車両で通院送迎を実施している。夜間帯は、施設車両が使えない為、緊急受診の多くが救急車対応となるケースが多い。ただし、急変し緊急性がないのかあるのかの判断も難しく、意識消失のような危険な状態と判断し救急要請をしても、到着時にある程度回復しているケースもあり、特に夜間帯において救急車なのか患者搬送サービスで良いのか判断は難しい。誤った判断が施設側の責任にも繋がる。また、搬送サービスも人の品質（接客力）が大切であり、一部救急隊員に見受けられる強い態度や物
- ・明らかに緊急性が無いのなら判断できるが施設看護師の判断能力や介護職員の判断能力で緊急性か否かはなかなか難しい。モンスター家族もいるので事前の確約書類も必要かと思う。施設やデイサービスに勤務する看護師は「名ばかりの方」も多いので判断は出来ないであろうと思う。
- ・夜間であれば利用したい
- ・容体が急変して緊急性がないという状況設定が理解できない。急変すれば、緊急性があるものとする。
- ・容態が急変したのに緊急性がないという判断を誰がするのか不明で、救急車との判別をどうするのか分からない。
- ・利用者家族またはケアマネージャーの判断による
- ・利用者様の同意が事前に得られれば利用してもいいとは思う
- ・利用料は、同意を得て本人や家族に負担を求めることになると思うが、そのようにできれば利用するべきだと思う。

質問19：質問18で「利用したいと思わない」と回答した施設にお伺いします。利用したいと思わない理由をお聞かせください。
（自由記載）

- ・その場合は、施設車両で搬送可能であるから。

・急変時に救急車を依頼する最大の埋田か、どのような医療処置が必要であるかか、当方で判断が出来ない事が埋田です。そのような判断と適切な医療機関を選定して頂けるのが、救急車の役割と考えていますので、単なる患者搬送サービスには必要性を感じません。（当施設では、自前で車椅子・ストレッチャーを搬送できる車を所有しており、緊急性が無い場合は、その車を使用しています。）

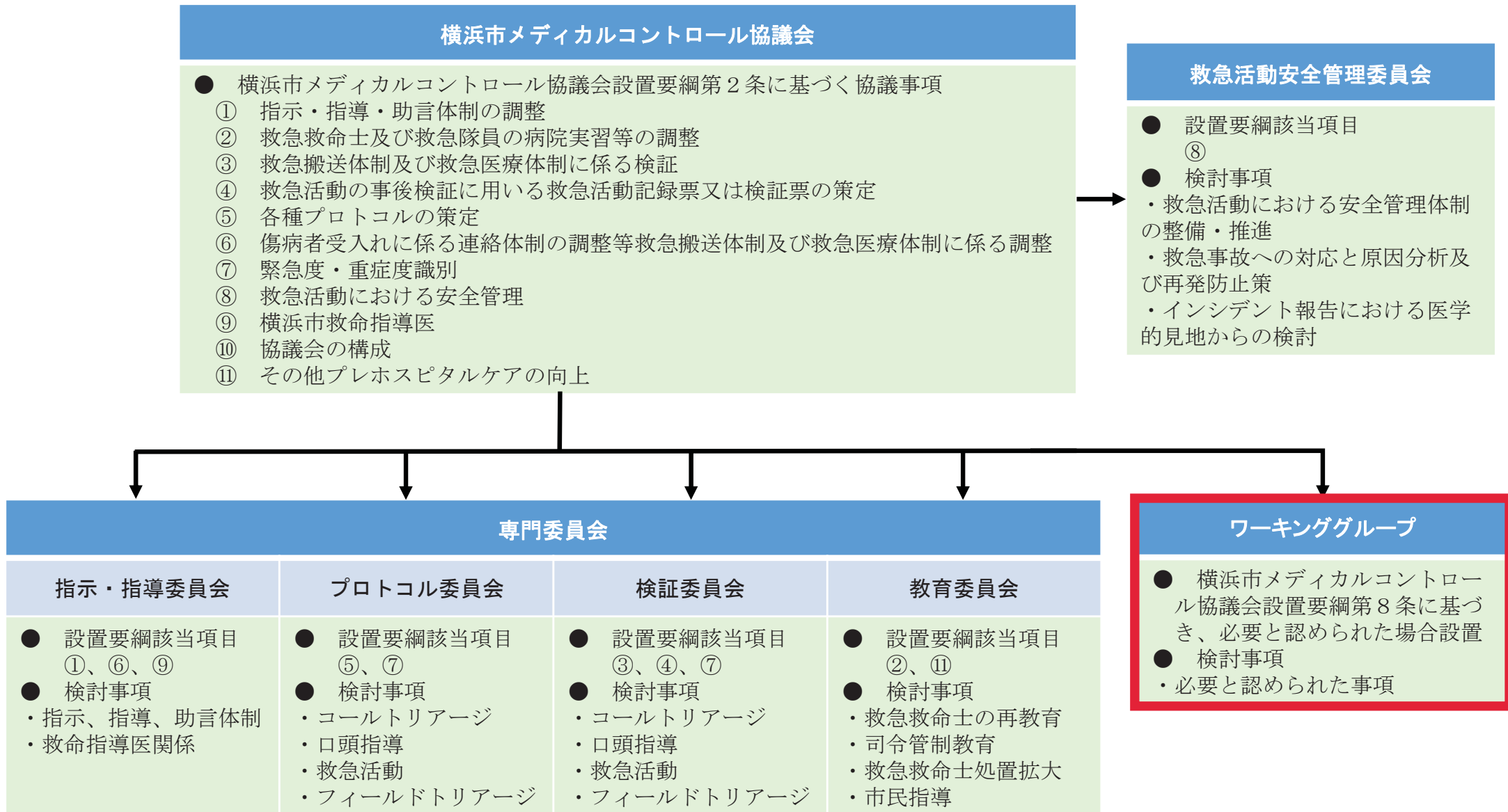
- ・救急指定病院でない、利用者ごとのかかりつけ医療機関までの搬送に利用できるありがたい
- ・救急車は急を要する時のみ使用するようにしているため。
- ・緊急時以外は、外来受診対応をしているので、使う必要がない。
- ・緊急性がないかどうかの判断が難しい。選択肢が増えることで、対応方法が複雑になる気がする。
- ・緊急性がないのであれば施設の車で対応する
- ・緊急性がない場合は、施設車とスタッフで対応しています。
- ・緊急性がない場合は施設の車で搬送できているため。施設の車がすべて出払ってしまっているような状況の場合は利用の可能性はある。
- ・緊急性がなければ施設の車で搬送かご家族に迎えに来ていただくので。
- ・緊急性がなければ主治医に連絡をとり指示を仰ぎ提携病院に施設で対応する、それ以外としても救急車は呼びます。
- ・緊急性が無い場合でも急変した際、救急車でないと病院が受け入れてくれない可能性が高い。
- ・緊急性の判断基準が曖昧で判らない
- ・施設に車両があるため
- ・施設に搬送可能な車があるため
- ・施設専用の救急搬送という手段であれば考えられるが、誰が何に基づいてその判断をするのか、質問からは明確に利用可否についての回答は出来かねる。

・車両より、同行する人手が問題な現状である。緊急性のない受診は、ご家族や職員が付き添うことが必要と考え、自前の車両で行った方が良く考える。ご家族がしっかりしてご家族のみの同行で済むようなら、無料の搬送サービスがあるとよいかも。デイご利用時ではなく、在宅（高齢者世帯、独居が増加）のサービスとして、無料又は低価格の患者搬送サービスはニーズがあるのではないかと。

- ・消防救急車と決めていたほうが迷いなく対応ができること、信頼性も高いと判断するため。
- ・到着時の対応や搬送先選定に不安がある。搬送だけの介護タクシー的なサービスであれば不要。※医師の診断により「医療処置を行っても回復が見込めない」事が認められている入居者はごく少数であり、多くの入居者は家族から「延命希望しない」意思表示を書面で受けていても、延命処置を怠れば我々が処罰される事になる。
- ・搬送中も救急隊による処置が必要な場合があるため。
- ・病院の医師への情報のつながりが上手くゆかが不明なため
- ・紛らわしい、面倒なことになりそうなので避けたい。
- ・法人の車を使って連れて行くから
- ・容体が急変した場合でも、緊急性が無ければ救急車でなく、施設の社用車で搬送することになっている。
- ・隣接に病院があり常駐医師がいる為自家用の救急車および搬送車輛がある為
- ・老健施設のため、救急搬送か施設車輛での外来受診かは、施設医師が判断するため、緊急性がある場合しか、救急要請をしないため。

横浜市メディカルコントロール協議会執行体制について

資料3
平成29年12月6日
横浜市救急業務検討委員会



平成29年度 横浜市メディカルコントロールワーキンググループ構成表

ワーキンググループ(20名 オブザーバー2名含む)					
医師現場参画ワーキンググループ(7名)		超高齢社会における救急活動 ワーキンググループ(6名)		消防ヘリの医療面活用 ワーキンググループ(5名)オブザーバー(2名)	
座長	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 竹内 一郎	座長	横浜市立市民病院 伊巻 尚平	座長	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 竹内 一郎
委員	横浜市立市民病院 大井 康史	委員	一般社団法人 横浜市医師会 恵比須 享	委員	公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 加藤 真
委員	独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院 中森 知毅	委員	一般社団法人 横浜市医師会 赤羽 重樹	委員	横浜市立みなと赤十字病院 武居 哲洋
委員	社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院 船曳 知弘	委員	社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院 山崎 元靖	委員	横浜市立市民病院 大井 康史
委員	独立行政法人国立病院機構横浜医療センター 古谷 良輔	委員	横浜市医療局 栗原 政幸	委員	横浜市消防局 小山 修
委員	横浜市医療局 栗原 政幸	委員	横浜市消防局 中畑 郁実	オブザーバー	横浜市消防局 警防課係長
委員	横浜市消防局 前野 勉			オブザーバー	横浜市消防局 高橋 一夫
検討事項	YMAT、ドクターカーの現場参画方法について、多数傷病者発生時に現場の医師と指導医との役割分担について検討	検討事項	超高齢化社会における救急活動の在り方について検討	検討事項	消防ヘリの医療への活用に関して検討

心肺蘇生等の中止後も、医師によって死亡診断されるまでは命ある身体として傷病者に対応すべきである。

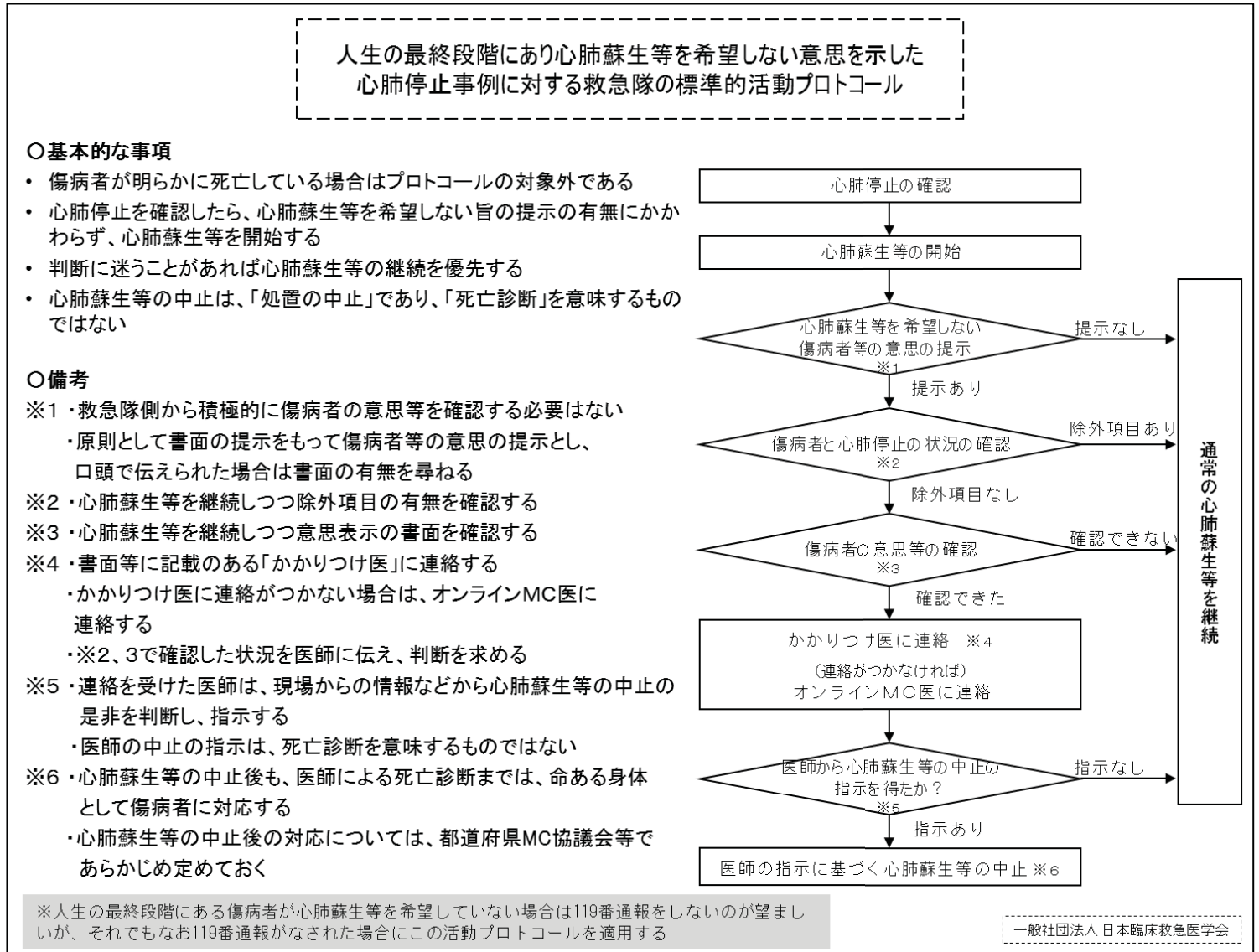
7. 心肺蘇生等の中止後の対応

心肺蘇生等を中止したあとに医師による死亡診断をどのように行うか等の対応については、都道府県MC協議会等においてあらかじめ定めておく。救急隊はそのあらかじめ定められた対応に沿って活動する。

8. 救急活動記録票等への必要事項の記載と事後検証

医師の指示に基づいて心肺蘇生等を中止したか、もしくはそれを検討した際には、**図表5**の項目等について救急活動記録票等に記載する。そして、そのような事例については、都道府県MC協議会等において事後検証を行う。検証結果は、地域プロトコルの修正、救急隊やオンラインMC医等の対応の改善や研修に反映させる。

図表1 標準的活動プロトコール



図表 4 心肺蘇生等に関する医師の指示書（様式の例）

心肺蘇生等に関する医師の指示書（例）

当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代諾者）の自発的な意思に基づいて行われた「心肺蘇生等を受けない」決定を尊重し、心肺蘇生等を実施しないでください。指示にあたっては標準的な医療水準等を考慮し、患者（代諾者）と多専門職の医療従事者間において十分な話し合いを行ったうえで、意思決定についての合意が形成されています。

患者氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日
 連絡先電話番号： _____ - _____
 住所： _____ 県 _____ 市 _____ 町
 病状の概要：（終末期の状況など）

医師署名欄： _____ 平成 _____ 年 月 日
 医療機関の名称： _____
 所在地 _____ 県 _____ 市 _____ 町
 連絡先電話番号 _____ - _____
 もしくは _____ - _____ （時間外など）

<患者（代諾者）記入欄>

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生等を受けない」決定をしました。心肺蘇生等を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医等と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{2,3}

患者署名欄⁴： _____ 平成 _____ 年 月 日
 （代筆した場合、代筆者の氏名： _____ 患者との関係： _____）
 代諾者署名欄⁵： _____ 患者との関係： _____

¹ かかりつけ医等の心肺蘇生等の非実施の指示

² 心肺蘇生等を希望しない旨について、かかりつけ医等と話し合ったうえで同意するという意思表示。患者が署名する場合、かかりつけ医等は、患者が健やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認する。代諾者が署名する場合、代諾者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名する。かかりつけ医等は、代諾者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、標準的な医療水準等を考慮した合理的な判断であることを確認し、代諾者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録する。

³ かかりつけ医等は、患者もしくは代諾者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録する。

⁴ 手が不自由など、患者が自分で署名することができない場合は代筆可。その場合はカッコ内に代筆者の氏名、患者との関係を記載する。

⁵ 患者が自分で判断できない場合は、代諾者（家族等）が署名する。ここで言う代諾とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指す。

議題「超高齢社会における救急広報のあり方」について

<趣旨説明>

- 1 救急車利用に関するアンケート調査結果を踏まえ、今後、在宅医療関係者や介護サービス関係者向けに広報すべきポイント及びその手法についてご議論をお願いします。
- 2 人生の最終段階における傷病者の意思に沿った心肺停止傷病者に対する「救急隊の応急処置のあり方」については、市民及び在宅医療関係者等の十分な理解を得ておく必要があると考えています。市民や在宅医療関係者等への効果的な広報活動の進め方についてご議論をお願いします。

市民公開シンポジウム

入場
無料

日時：平成29年10月19日（木）14:00～16:30（開場13:30）

会場：横浜市健康福祉総合センター4階ホール

住所：神奈川県横浜市中区桜木町1-1

先着
280名

テーマ：『人生の最終段階を あなたはどこで過ごしますか』

- 14:00～ ご挨拶 横浜市医師会 会長 水野 恭一 氏
- 14:05～ 横浜市の現状 横浜市医療局 医療医務監 修理 淳 氏
- 14:25～ シンポジウム
座長 横浜市医師会 常任理事 赤羽 重樹 氏
- シンポジストによる講演
 - ・ オカダ外科医院 院長 岡田 孝弘 氏
 - ・ 昭和大学横浜市北部病院 緩和医療科 横山 和彦 氏
 - ・ 神奈川区医師会訪問看護ステーション
管理者 木村 光代 氏
 - ・ 福祉の森 神奈川 管理者 菊地 恵子 氏

病院、施設、在宅の中で、残された時間を過ごすとなれば自分にはどこが一番合っているのか、今のうちに考えておきませんか。それぞれの利点と欠点、家族への負担はどうなるのか、家族がいない場合はどうしたらよいのか、費用はどの程度かかるのか。がんになってしまい、治ることが難しくなってしまった場面を想定して、具体的なイメージから、自分にはどこが適しているのか、今のうちから考えておく機会として、このシンポジウムを企画しました。



対象：一般市民、在宅医療を担う医療関係者等
どなたでもご参加いただけます。

一般社団法人 横浜市医師会
横浜市中区桜木町1-1
横浜市健康福祉総合センター7階
TEL 045-201-7366

主催：一般社団法人 横浜市医師会
共催：横浜市医療局

消防局の救急広報の取組事例

1 放送関係（ケーブルテレビ）

市内ケーブルテレビ局7局（接続世帯数105万世帯、64%をカバー）で放送実績があります。



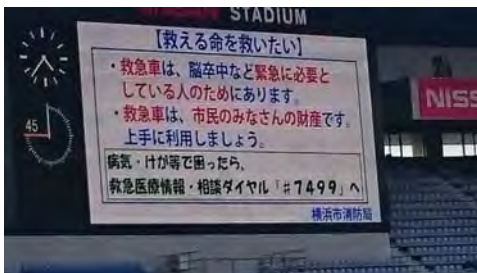
予防救急広報 H28.11~12



予防救急広報 H29.11~12

2 デジタルサイネージ

日産スタジアム、横浜駅、横浜アリーナ等の大型集客施設のほか、駅、病院、区役所などのデジタルサイネージを活用した広報を実施しています。



日産スタジアム H16~H29



横浜駅 H29.8~11



横浜アリーナ入口 H29.7~9

3 広報誌、インターネット

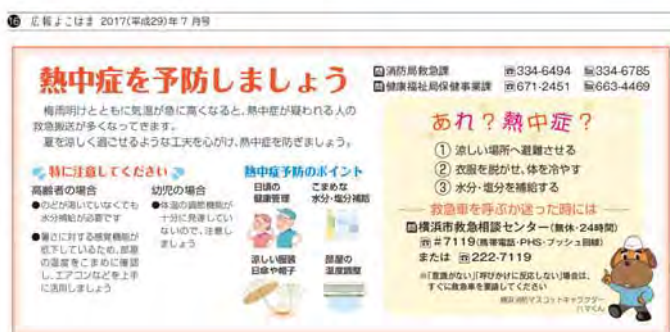
毎年、熱中症の予防広報について、広報よこはま（全戸配布）に掲載実績があるほか、救急車適正利用ちらしの全戸回覧、民間の子育てウェブサイトを活用した救急受診ガイドの広報を実施しています。



救急車適正利用ちらし H28.3



子育てウェブサイト H28



広報よこはま H28.7

4 民間企業、関係機関との連携

郵便局や森永乳業などの民間企業や、健康福祉局などの関係機関と連携した熱中症予防広報を実施しています。



郵便局と連携した熱中症予防広報 H28、29



森永乳業の牛乳配達車ででの広報 H29

5 講演等

横浜シニア大学	平成 28、29 年度に各区で「ケガの予防」について講演しています。 シニア大学では、市内の 60 歳以上の方を対象に教養の向上・健康の増進並びに時代に適応した社会感覚と知識を深めるための学習活動として開講しています。
介護施設等	平成 28 年度に社会福祉協議会高齢福祉部会において、介護施設等からの救急車要請の提供の協力について情報提供を実施しました。 施設職員に対し、救命講習等を実施しています。
各消防署での取組	予防査察実施時に併せて救急車の適正利用について啓発を実施しています。
	救命講習、防災指導時に併せて救急車の適正利用について啓発を実施しています。
	各区役所と連携し、赤ちゃん教室、地域ケアプラザ、ケアマネや民生委員が集まる場などに消防職員が出向き、救急車の適正利用、けがの予防について啓発広報を実施しています。
	介護施設等、幼稚園、企業など様々な場所に消防職員が出向き、救急車の適正利用やけがの予防について啓発広報を実施しています。

6 イベント等（H29 年度実績）

年間を通して開催される様々なイベントに出向し、救急広報を実施しています。

4 月	世界トライアスロン審判員講習
	横浜市民防災センターリニューアルオープン 1 周年記念イベント
5 月	看護フェスティバル
6 月	MAMACO フェスタ
7 月	横浜市民防災センターサマーフェスタ
8 月	トミカ博
	防災フェア
9 月	救急消防フェア
11 月	住宅防火防災推進シンポジウム
	秋の火災予防運動
1 月	横浜消防出初式
3 月	春の火災予防運動



データサイエンスにより救急需要を予測しました

～2030年の救急車の出場件数は～

年々増え続ける救急需要に対応するため、将来の救急需要予測（救急出場件数）について、今年7月から消防局と横浜市立大学による共同研究を進めてきました。

このたび、研究結果がまとまりましたので、研究の概要及び今後の取組等についてお知らせします。

1 共同研究の概要

横浜市立大学医学部臨床統計学教室（山中竹春教授）が中心となり、データサイエンス[※]の手法を用いて2030年までの救急出場件数を予測しました。研究にあたっては、消防局の保有する15年間分、約250万人の救急搬送記録に加え、市内の将来人口推計や流入人口、インバウンド、気象の影響等を加味しました。

なお、予測件数は、年間出場件数のほか、時間帯や18行政区別の出場件数、傷病程度別などの視点から算出しました。

※データサイエンス…社会の様々な分野で生まれる膨大なデータから、統計学や計算機科学等をベースに意味のある情報、関連性を導き出す学問領域。

2 研究結果のポイント

- (1) 横浜市は、2019年をピークに人口減少期に入りますが、高齢者の救急搬送は増加傾向で、**2030年の救急出場件数は24万件超（2015年の1.36倍）に達する見込み**です。(グラフ1)
- (2) 時間帯別では、現在のピークタイムである午前中がさらに増加傾向となり、10時台の平均出場件数が40件（2015年の1.43倍）となる等、**日中の救急出場件数が大幅に増加する見込み**です。(グラフ2)
- (3) 行政区別では、**10年以上救急出場の最高件数を記録してきた中区を、区内人口が多く高齢化率の高い複数の区（戸塚区、港北区、鶴見区）が追い越す見込み**です。(グラフ3及びグラフ4)
- (4) 事故種別では、**交通事故による救急出場が減少する一方で、急病と一般負傷は増加する見込み**です。特に高齢者にあってはその傾向が顕著です。(グラフ5)

<裏面あり>

3 今後の取組

大幅な救急出場件数の増加により、救急業務だけでなく、119番通報の受信業務にも大きな影響が生じることから、次の取組を重点的に進めていきます。

- (1) 消防局と横浜市立大学の共同研究（出場件数増加に伴う現場到着時間の延伸等）の継続
- (2) 研究結果のオープンデータ化による救急需要対策に関する公民連携事業（救急広報活動、病院救急車や患者等搬送事業者の活用等）の検討
- (3) 国内唯一の消防局コールトリアージシステム[※]を用いた119番通報対応要領の検討
- (4) 救急需要増加に適切に対応できる救急体制（救急車台数、配置場所、急増する日中の救急要請に対応する救急隊等）の検討

等に取り組みます。また、引き続き、医療関係団体や救急医療機関等と連携した救急車利用に関する市民広報活動に取り組みます。

※コールトリアージシステム…119番通報者からの聴取内容により傷病者の緊急度及び重症度を識別するシステム。

【基礎データ】（平成29年12月1日現在）

救急隊は18消防署51消防出張所に73隊595人（うち救急救命士は478人）を配置

救急隊の勤務形態は、隔日勤務（24時間二交代制）

救急隊は救急車1台、救急有資格者3名（隊長、隊員、機関員）で構成

※救急有資格者3名のうち、1名以上は救急救命士

救急活動時間（平均）の推移（単位：分）

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
出場指令から現場到着まで	6.7	6.8	6.9	6.9	7.0
現場到着から搬送開始まで	20.3	20.8	20.9	21.1	21.2
搬送開始から病院到着まで	9.3	9.4	9.4	9.3	9.2

お問合せ先

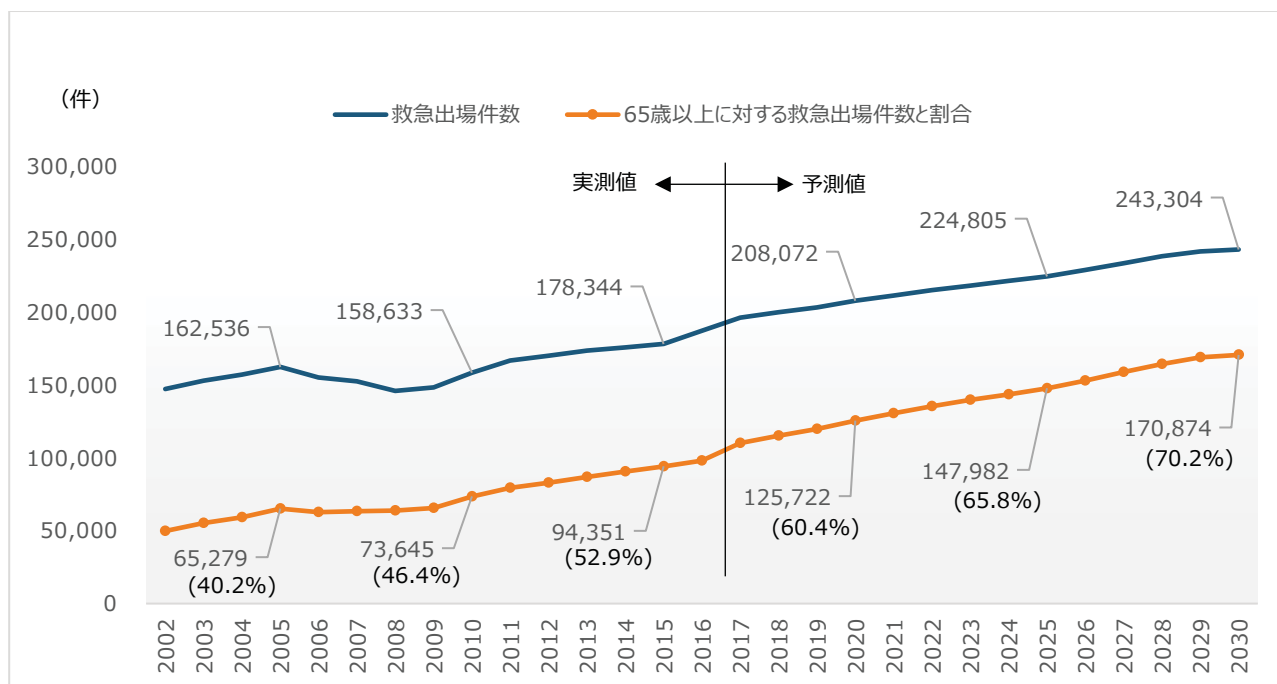
横浜市消防局 警防部救急課 救急課長 西川 浩二 TEL 045-334-6771

横浜市立大学 医学部臨床統計学教室 助教 窪田 和巳 TEL 045-787-2572

資料

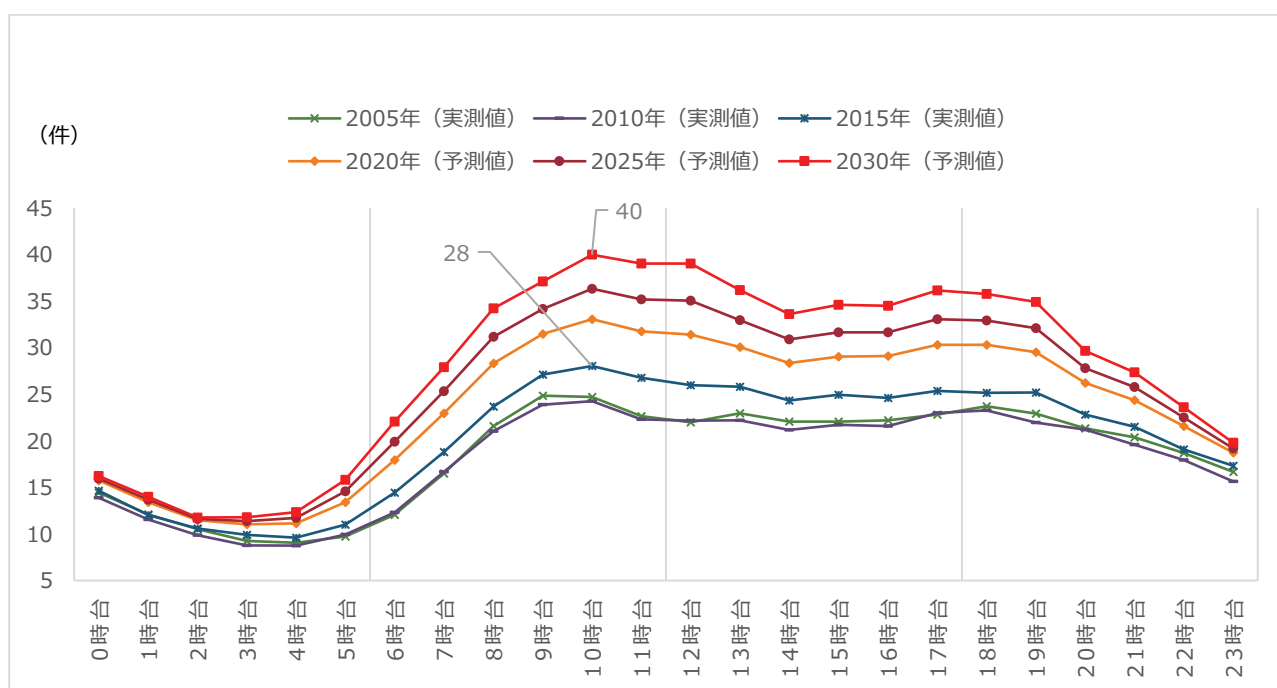
予測値・・・今回の研究で予測した値

グラフ1 年間救急出場件数



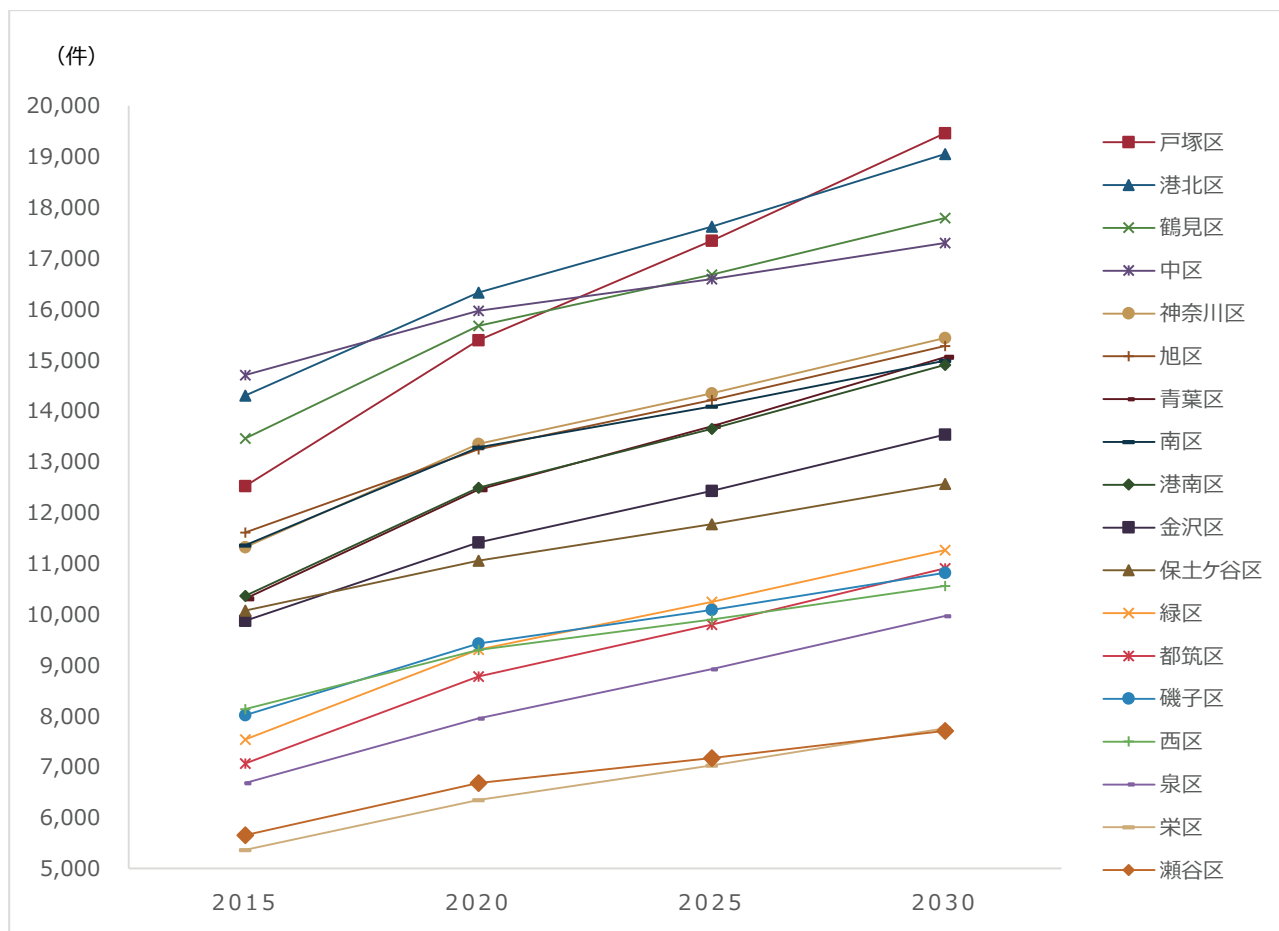
高齢者の救急搬送は増加傾向で、2030年の救急出場件数は24万件超（2015年の1.36倍）に達し、65歳以上に対する救急出場については全体の約70%を占める見込みです。

グラフ2 時間当たりの平均救急出場件数



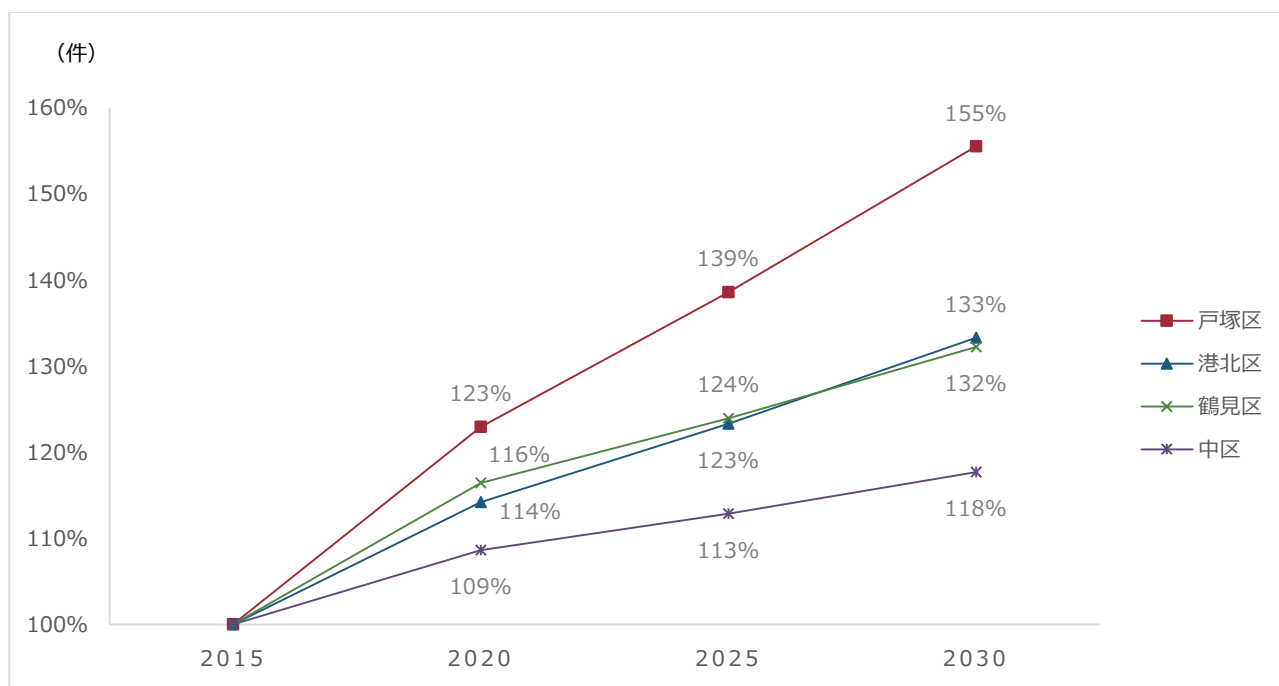
現在のピークタイムである午前中がさらに増加傾向となり、10時台の平均出場件数が40件（2015年の1.43倍）となる等、日中の救急出場件数が大幅に増加し、夜間との差が顕著になっていく見込みです。

グラフ3 年間救急出場件数（行政区別）

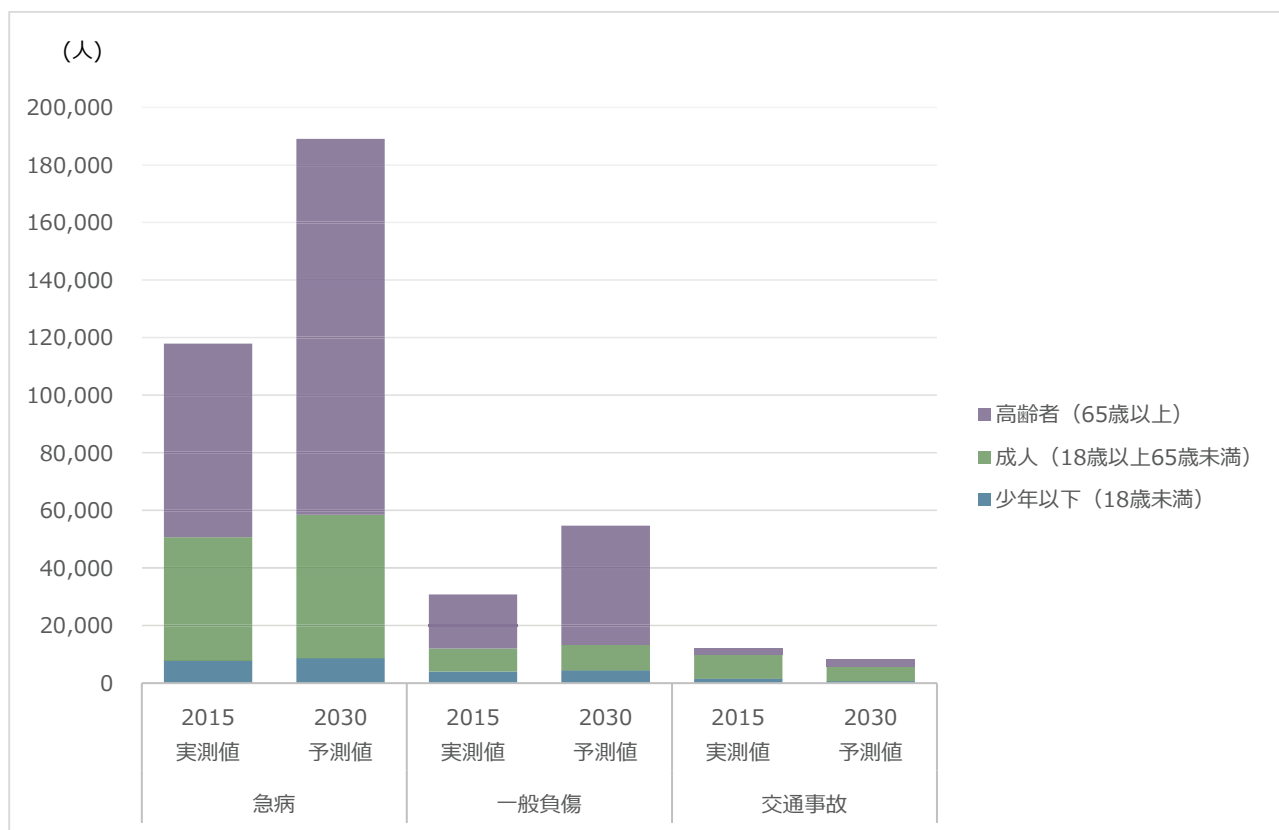


全ての行政区において救急出場件数が増加を続けますが、10年以上救急出場の最高件数を記録してきた中区を、区内人口が多く高齢化率の高い複数の区（戸塚区、港北区、鶴見区）が追い越す見込みです。

グラフ4 年間救急出場件数の増加率（出場件数上位4区）



グラフ5 事故種別と世代別傷病者数



交通事故による救急出場が減少する一方で、急病と一般負傷は増加しますが、特に高齢者にあつてはその傾向が顕著で、その増加分のほとんどが高齢者となる見込みです。

参考資料 1

研究概要について

◆研究内容

横浜市における救急出場件数のモデリングおよび予測について

◆研究者

横浜市立大学 臨床統計学教室

三枝祐輔 助教・窪田和巳 助教・山中竹春 教授

◆目的

- ・1日あたりの救急出場件数（件数／日）のモデル化を行う。
（救急出場件数にどのような要因が影響し、どのように関係するのかを検討する）
- ・得られたモデルを用いて、将来の件数／日を予測する。

◆解析対象

横浜市消防局に蓄積された2002-2016年における救急出場データ 約250万件

◆解析方法

①以下の項目ごとに1日あたりの救急出場件数（件数／日）を算出し、それに対する最適なモデルを検討した。

- ・住居区分（どこに住んでいるか=市内、市外、国外）
- ・行政区（横浜市18区のどこで起こったか）
- ・年代（高齢者、成人、少年以下）と事故種別（急病、一般負傷、交通事故）のクロス分類

②以下の要因を用いて件数／日のモデルを検討した。

- ・人口動態（横浜市の50歳以上の人口※、日中の流入人口、外国人観光客数など）
※60歳以上の人口、70歳以上の人口なども検討した。
- ・気象（平均気温、前日との気温差、日照時間など）
- ・暦（月、連休後の平日など）
- ・その他の救急関連情報（#7119利用率、救急車適正利用広報費など）

モデル化は、件数／日を応答変数、上記の要因候補を説明変数とする重回帰分析を用いて行い、モデルの誤差項には自己回帰構造を仮定した。モデル選択はAIC（赤池情報量基準）にもとづいて行った。

③探索によって得られた最適なモデルを用い、2017-2030年における件数／日および件数／時を予測した。

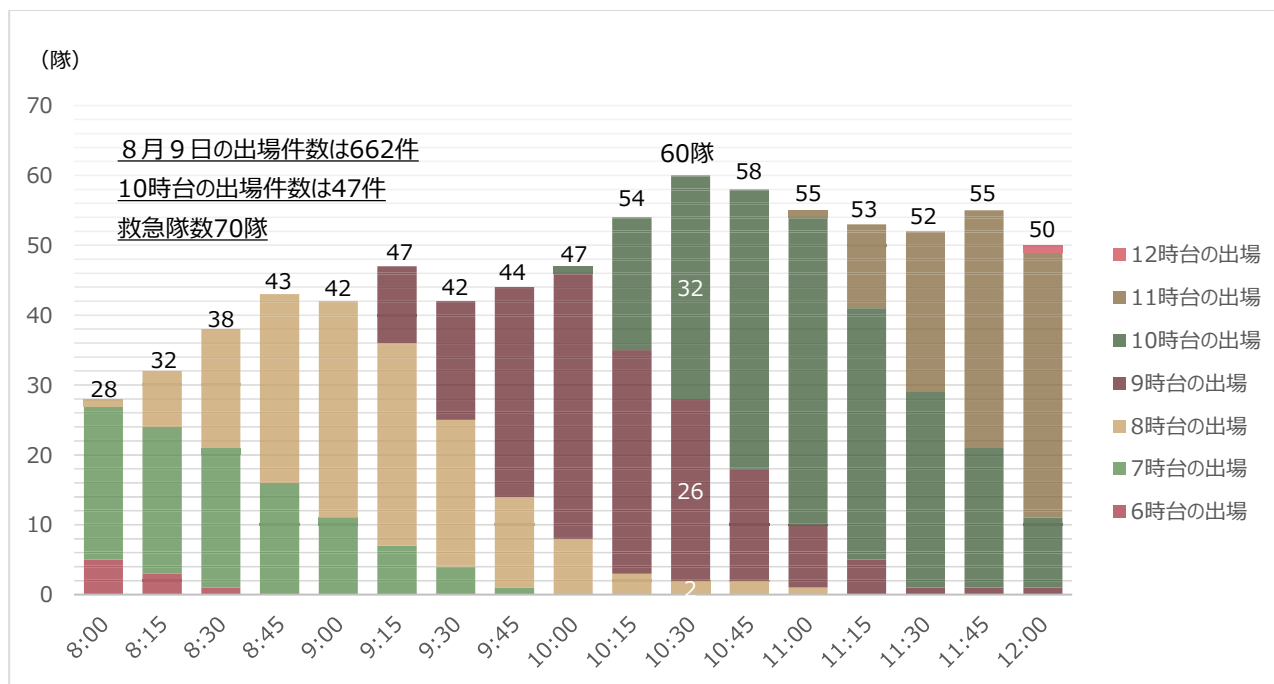
参考資料 2

2030年の一日当たりの平均救急出場件数は、667件（243,304件/365日）と予測しています。

その出場状況をイメージしていただくために、本年8月9日(水)（662件出場※）午前中の状況を例示します。

※2017年（11月末時点）の一日当たりの平均救急出場件数は526件（175,587件/334日）

活動中の救急隊数（2017年8月9日(水)午前中の状況）



救急隊は出場1回当たりの活動に約90分程度を必要とします。

10時30分の時点では、8時台に出場した救急隊が2隊、9時台に出場した救急隊が26隊、10時以降に出場した救急隊が32隊、計60隊の救急隊が活動中でした。

この日は、救急出場件数が非常に多い一日で、消防署所から出場できる救急隊が非常に限られる状態が続きました。

2030年には、このような状態が恒常的に発生し、地域によって出場可能な救急車が不在といった事態が生じる恐れがあります。

住宅へ救急出場したが既に死亡していたため搬送しなかった高齢者数(65歳以上)

