

平成29年度救急医療検討委員会

第2回高齢者救急専門部会

参考資料

<平成30年3月13日>

1	横浜市救急医療体制参加医療機関・救急告示医療機関一覧	・・・P	1
2	補助金要綱		
2-1	二次救急拠点病院事業実施要綱（別表部分）	・・・P	5
2-2	病院群輪番制事業実施要綱（別表部分）	・・・P	7
3	平成29年度 第1回高齢者救急専門部会説明資料 （現行救急医療体制の検証・病院ヒアリング結果）	・・・P	9
4	救急需要予測（消防局・横浜市立大学共同研究資料） （平成29年12月6日横浜市記者発表資料）	・・・P	3 5
5	医療局実施のアンケート概要及び調査結果、調査票 （平成28年度 第2回救急医療検討委員会資料から抜粋）	・・・P	4 3
6	消防局実施のアンケート概要及び調査結果、調査票 （平成29年度 第2回救急業務検討委員会資料から抜粋）	・・・P	8 5
7	救急搬送件数（平成20年度～平成28年度）		
7-1	救急車搬送件数の医療機関別比較【全時間帯傷病程度別】	・・・P	1 4 9
7-2	救急車搬送割合の医療機関別比較【全時間帯傷病程度別】	・・・P	1 5 1
7-3	救急車搬送件数の医療機関別比較【夜間・休日傷病程度別】	・・・P	1 5 3
7-4	救急車搬送割合の医療機関別比較【夜間・休日傷病程度別】	・・・P	1 5 5
7-5	輪番病院の救急車搬送受入状況	・・・P	1 5 7
8	横浜市救急医療検討委員会（第7次提言の要約）	・・・P	1 5 9

救急医療体制参加医療機関 救急告示病院

平成30年2月9日現在

No.	二次医療圏	行政区	医療機関名	神奈川県告示	救命救急センター	二次救急拠点病院(A)	二次救急拠点病院(B)	輪番病院(内・外)	脳血管疾患	急性心疾患	外傷	精神輪番	小児救急拠点	輪番病院(小児)	周産期救急連携	県周産期	YMAT連携病院	MC連携医療機関	災害拠点/DMAT指定病院
1	北部	鶴見	済生会横浜市東部病院	○	● 重症外傷センター	○			○	○	○		○		○	○ 中核	○	○	○
2	北部	港北	横浜労災病院	○	○	○			○	○	○		○		○	○ 中核	○	○	○
3	北部	青葉	昭和大学藤が丘病院	○	○	○			○	○	○		○		○	○ 中核	○	○	○
4	北部	都筑	昭和大学横浜市北部病院	○		○			○	○	○		○		○	○ 中核		○	○
5	西部	保土ヶ谷	横浜市立市民病院	○	○	○			○	○	○		○		○	○ 中核	○	○	○
6	西部	戸塚	国立病院機構横浜医療センター	○	○	○			○	○	○		○		○	○ 中核	○	○	○
7	西部	泉	国際親善総合病院	○		○			○	○	○							○	
8	南部	中	市立みなと赤十字病院	○	○	○			○	○	○		○		○	○ 中核	○	○	○
9	南部	港南	済生会横浜市南部病院	○		○			○	○	○		○		○	○ 中核		○	○
10	南部	金沢	横浜南共済病院	○	○	○			○	○	○					△ 協力	○	○	○
11	南部	栄	横浜栄共済病院	○		○			○	○	○							○	
12	北部	鶴見	汐田総合病院	○			○		○										
13	北部	港北	菊名記念病院	○			○		○	○	○								
14	北部	緑	横浜新緑総合病院	○			○		○		○								
15	北部	青葉	横浜総合病院	○			○		○	○	○								
16	西部	西	けいゆう病院	○			○			○						△ 協力			○
17	西部	保土ヶ谷	聖隷横浜病院	○			○		○	○	○								
18	西部	旭	上白根病院	○			○		○		○								
19	西部	旭	横浜旭中央総合病院	○			○		○	○	○			○					
20	西部	戸塚	東戸塚記念病院	○			○		○	○	○								
21	西部	戸塚	戸塚共立第1病院	○			○				○								
22	西部	戸塚	戸塚共立第2病院	○			○				○			○					
23	南部	中	JCHO横浜中央病院	○			○		○	○	○								
24	南部	磯子	康心会汐見台病院	○			○							○					
25	北部	鶴見	ふれあい鶴見ホスピタル	○				○											
26	北部	港北	高田中央病院	○				○	○		○								
27	北部	緑	牧野記念病院	○				○			○			○					
28	北部	緑	鴨居病院	○				○						○					
29	北部	緑	長津田厚生総合病院	○				○											
30	北部	青葉	たちばな台病院	○				○											
31	北部	青葉	青葉さわい病院	—				○											
32	西部	保土ヶ谷	横浜保土ヶ谷中央病院	○				○											
33	西部	旭	横浜鶴ヶ峰病院	○				○											
34	西部	戸塚	西横浜国際総合病院	○				○			○								
35	西部	戸塚	ふれあい東戸塚ホスピタル	—				○											
36	西部	泉	湘南泉病院	○				○											
37	南部	中	ふれあい横浜ホスピタル	○				○											
38	南部	中	本牧病院	○				○											
39	南部	中	横浜掖済会病院	○				○											
40	南部	南	佐藤病院	○				○			○								
41	南部	港南	横浜東邦病院	—				○											
42	南部	磯子	磯子中央病院	○				○	○		○								
43	南部	金沢	金沢文庫病院	○				○			○								
44	南部	金沢	横浜市立大学附属病院	○				○	○	○		○			○	○ 中核			○
45	北部	神奈川	脳神経外科東横浜病院	○					○										
46	北部	青葉	横浜新都市脳神経外科病院	○					○		○								
47	西部	保土ヶ谷	イムス横浜狩場脳神経外科病院	○					○										
48	西部	旭	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○				○	○				○		● 基幹	○	○	○
49	南部	南	横浜市立大学市民総合医療センター	—	● 重症外傷センター				○	○		○				● 基幹	○	○	○
50	南部	港南	秋山脳神経外科・内科病院	○					○		○								
51	南部	磯子	横浜市脳卒中・神経脊椎センター	○					○		○								
52	南部	南	県立こども医療センター	—						○ (小児のみ)						● 基幹			
53	南部	金沢	神奈川県立循環器呼吸器病センター	○															
54	西部	戸塚	戸塚共立リハビリテーション病院	○							○								
55	西部	瀬谷	瀬谷ふたつ橋病院	—							○								
56	南部	金沢	金沢病院	○							○								
57	北部	神奈川	大口東総合病院	○										○					
合計				51	9	11	13	20	30	23	33	2	7	9	9	14	9	13	13

救急医療体制不参加医療機関

救急告示病院

平成30年2月9日現在

No.	二次医療圏	行政区	医療機関名	神奈川県告示	内科	外科	整形外科 (脊椎含む)	泌尿器科	皮膚科	眼科	消化器 内科・外科	リハビリ テーション科	神経内科	脳神経 外科	循環器 内科	呼吸器 内科・外科	乳腺外科	耳鼻咽喉 科	その他診療科
1	北部	戸塚	医療生協かながわ生活協同組合戸塚病院	○	○	○	○	○		○		○	○						
2	北部	鶴見	生麦病院	○	○	○	○				○		○						
3	北部	鶴見	さいわい鶴見病院	○	○	○	○		○		○			○	○	○	○		糖尿病内科、内視鏡検査、漢方外来
4	西部	鶴見	徳田病院	○	○										○	○			胃腸科、小児科、放射線科
5	西部	鶴見	佐々木病院	○	○		○	○		○		○					○	○	耳鼻咽喉科、放射線科
6	西部	鶴見	平和病院	○	○	○	○	○	○	○		○		○					形成外科
7	西部	神奈川	神奈川県済生会神奈川病院	○		○	○	○	○	○	○	○	○		○	○			糖尿病内科、腎臓内科・外科、総合内科、口腔外科
8	西部	金沢	神奈川県済生会若草病院	○	○	○	○	○	○	○			○	○				○	血管外科・婦人科
9	西部	港北	内藤外科胃腸科医院	○		○			○		○								肛門科
10	西部	戸塚	平成横浜病院	○	○	○	○	○	○	○	○		○				○	○	総合診療内科・リウマチ科・歯科・口腔外科、小児科、内視鏡室
合計				10	8	8	8	6	6	6	5	5	4	4	3	3	3	3	

(別表1)

○二次救急拠点病院の機能基準

基準	二次救急拠点病院A	二次救急拠点病院B
位置づけ	<p>①毎夜間・休日に、内科・外科の比較的重症度の高い患者(中等症以上)を中心に受け入れる。</p> <p>②搬送困難事案を受け入れる。</p>	<p>①毎夜間・休日に、内科・外科の比較的重症度の低い患者(中等症以下)を中心に受け入れる。</p> <p>②同左</p> <p>③毎夜間深夜帯において、内科の初期救急患者を受け入れる。</p>
人員・体制	<p>①毎夜間・休日に、もっぱら内科の外来救急患者(救急車による搬送患者を含む。)の診療にあたる医師1名に加えて、内科及び外科各1名以上の医師体制が確保されていること。</p> <p>②外科については、一般外科医師又は消化器外科医師による対応が可能な体制をとること。ただし、一般外科医師又は消化器外科医師による当直体制がとれない場合は、外科系医師が当直した上で、一般外科医師又は消化器外科医師による緊急呼出体制をとること。</p> <p>③内科及び外科を標榜し、夜間・休日に入院した患者の診療を、翌診療日に当該各科の常勤医師に引き継ぐことのできる体制を有すること。</p> <p>④毎夜間・休日に、救急患者の診療に必要な薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師及び事務職員等を適正数配置するとともに、応援医師及び応援看護師等について、緊急呼出体制がとられていること。</p>	<p>①同左</p> <p>②同左</p> <p>③同左</p> <p>④同左</p>
病床	<p>①内科及び外科の病床、救急専用病床(概ね8床以上)並びに集中治療室を有しており、毎夜間・休日に入院患者を受け入れるための空床の確保が概ね3床以上可能なこと。</p>	<p>①内科及び外科の病床を有しており、毎夜間・休日に入院患者を受け入れるための空床の確保が概ね3床以上可能なこと。</p>
検査・処置	<p>①毎夜間・休日に、尿検査、血算・血沈検査、生化学検査、心電図検査、腹部超音波検査、エックス線検査(CT検査を含む。)等の緊急検査が可能なこと。</p> <p>②消化管内視鏡検査及び処置が可能な体制確保に努めること。なお、情報は横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。</p>	<p>①毎夜間・休日に、尿検査、血算・血沈検査、生化学検査、心電図検査、腹部超音波検査、エックス線検査等の緊急検査が可能なこと。</p> <p>②同左</p>
手術	<p>①毎夜間・休日に、麻酔科医師及び外科応援医師等の緊急呼出体制がとられており、全身麻酔下における緊急開腹手術が可能なこと。</p>	<p>①同左</p>
その他	<p>①毎夜間・休日に、内科、外科、その他当直医師等の専門分野に関する情報(消化管内視鏡検査及び処置の情報を含む。)を、消防局司令センター等に提供し、当該分野の救急患者の受入りに協力できること。なお、情報は神奈川県救急医療情報システム及び横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。</p> <p>②消防局司令センターに指導医を派遣し、心肺停止患者の緊急受入りに協力できること。</p> <p>③重症以上の救急車搬送患者の受入実績が、一定数以上あること。</p>	<p>①毎夜間・休日に、内科、外科、その他当直医師等の専門分野に関する情報を、消防局司令センター等に提供し、当該分野の救急患者の受入りに協力できること。なお、情報は神奈川県救急医療情報システム及び横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。</p>

(別表 2)

○補助金交付額

単位：円

二次救急拠点病院	体制確保費		救急患者受入実績加算 ^{※1}		搬送困難事案受入実績加算 ^{※2}			医師賠償責任保険料 ^{※3}
	区分	補助単価	受入件数	補助単価	受入率	受入件数	補助単価	補助単価
二次救急拠点病院	A	11,000,000	5,000件以上	6,000,000	80%以上	30件以上	2,000,000	42,000
	B ^{※5}	9,000,000	4,500件以上	5,250,000		15件以上	1,000,000	
			4,000件以上	4,500,000	60%以上	30件以上	1,000,000	
			3,500件以上	3,750,000		15件以上	500,000	
			3,000件以上	3,000,000	60%未満	—	0	
			2,500件以上	2,250,000				
			2,000件以上	1,500,000				
			1,500件以上	750,000				
		1,500件未満	0					

- ※1 救急患者受入実績は、申請年の1月から12月までの夜間・休日の受入実績（横浜市消防局医療機関別程度別搬送人員による）とする。
 なお、夜間の時間帯は、午後5時から翌日午前9時まで、休日の時間帯は、日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日及び年末年始（12月30日から1月3日まで）の午前9時から午後5時までとする。
 また、受入件数が「1,500件以上」の区分は二次救急拠点病院Bのみ適用。
- ※2 搬送困難事案受入実績は、申請年の1月から12月までの横浜市消防局による救急搬送のうち搬送困難事案における受入率及び受入件数とする。
 ただし、平成27年度に限り、運用開始時期から12月までの横浜市消防局による救急搬送のうち搬送困難事案における受入率及び受入件数とし、運用開始時期及び受入件数の条件について別に定める。
- ※3 二次救急拠点病院が小児科輪番に参加した場合、医師賠償責任保険料は50,000円とする。
- ※4 この事業に年度途中で参加、参加を辞退、又は休止した場合の補助金の交付額は、別表2の合計の補助額を12で除した額に参加月数を乗じて得た額を交付する。（1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。）
- ※5 申請年の前年の1月から12月の横浜市消防局による夜間・休日の救急患者搬送人員が、1,000件以上の受入実績がある二次救急拠点病院B及び輪番病院については、別表1基準「人員・体制」欄中の①同左における、「内科及び外科各1名以上の医師体制」については、内科及び外科のうち、いずれか一方の診療科に限り、緊急呼出体制も可とする。ただし、その場合は体制確保費を8,000,000円とする。

(別表第1)

		参加基準	
		一般(内科・外科)輪番病院	小児科輪番病院
位置づけ	①輪番日に、内科・外科の比較的重症度の低い患者(中等症以下)を中心に受け入れる。		
人員・体制	<p>①輪番日に、内科及び外科各1名以上の医師体制が確保されていること。</p> <p>②外科については、一般外科医師又は消化器外科医師による対応が可能な体制をとること。ただし、一般外科医師又は消化器外科医師による当直体制がとれない場合は、外科系医師が当直した上で、一般外科医師又は消化器外科医師による緊急呼出体制をとること。</p> <p>③内科及び外科を標榜し、夜間・休日に入院した患者の診療を、翌診療日に当該各科の常勤医師に引き継ぐことのできる体制を有すること。</p> <p>④輪番日に、救急患者の診療に必要な薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師及び事務職員等を適正数配置するとともに、応援医師及び応援看護師等について、緊急呼出体制がとられていること。</p>	<p>①輪番日に、小児科医1名以上の医師体制が確保されていること。</p> <p>②小児科を標榜し、夜間・休日に入院した患者の診療を、翌診療日に当該各科の常勤医師に引き継ぐことのできる体制を有すること。</p> <p>③輪番日に、救急患者の診療に必要な薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師及び事務職員等を適正数配置するとともに、応援医師及び応援看護師等について、緊急呼出体制がとられていること。</p>	
病床	①内科及び外科の病床を有しており、輪番日に入院患者を受け入れるための空床の確保が概ね3床以上可能なこと。	①小児科の病床を有しており、輪番日に入院患者を受け入れるための空床の確保が概ね2床以上可能なこと。	
検査・処置	①輪番日に、尿検査、血算・血沈検査、生化学検査、心電図検査、腹部超音波検査、エックス線検査等の緊急検査が可能なこと。	①輪番日に、尿検査、血算・血沈検査、生化学検査、心電図検査、エックス線検査等の緊急検査が可能なこと。	
手術	①輪番日に、麻酔科医師及び外科応援医師等の緊急呼出体制がとられており、全身麻酔下における緊急開腹手術が可能なこと。		
その他	①輪番日に、内科、外科、その他当直医師等の専門分野に関する情報を消防局司令センター等に提供し、当該分野の救急患者の受入に協力できること。 なお、情報は神奈川県救急医療情報システム及び横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。	①輪番日に、小児科、その他当直医師等の専門分野に関する情報を消防局司令センター等に提供し、小児科の救急患者の受入に協力できること。 なお、情報は神奈川県救急医療情報システム及び横浜市救急医療情報システム(YMIS)に入力すること。	

(別表第2)

補助金額

区分	体制確保費		救急患者受入実績加算 ^{※1}		医師賠償責任保険料
		年末年始加算	搬送件数	年間補助額	年間補助額
	(輪番1回当たり)	(輪番1回当たり)			
内科 ・外科	150,000 ^{※2}	62,600	1,000件以上	3,000,000	42,000
			750件以上	2,000,000	
			500件以上	1,000,000	
			500件未満	0	
小児科	100,000	62,600			25,000

※1 救急患者受入実績は、申請年の1月から12月までの夜間・休日の受入実績とします。
 なお、夜間の時間帯は、午後5時から翌日午前9時まで、休日の時間帯は、日曜日、国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)第3条に規定する休日及び年末年始(12月30日から1月3日まで)の午前9時から午後5時までとします。

※2 内科・外科の輪番病院の体制確保費は、500万円を上限とします。

※3 内科・外科の輪番病院で、輪番日1回あたりの救急車受入件数が1件に満たない場合、補助金額を減額措置とします。
 減額措置対象になった初年度は補助金額を75%に、2年連続減額措置対象になった場合は、補助金額を50%とします。また、2年連続減額措置対象となった翌年度以降に、初めて輪番に参加する場合、当該年度については補助金は不交付となります。
 ただし、当該年度において輪番日1日あたりの救急受入件数が1件を超えた場合、その翌年度以降は補助金の交付対象とします。

※4 二次救急拠点病院及び輪番病院(内科・外科)が小児科輪番に参加した場合、医師賠償責任保険料は50,000円とします。
 二次救急拠点病院の場合は二次救急拠点病院補助金において、交付します。

※5 補助金の支払いは毎年度終了後、一括払いとします。(救急車受入実績が確定してから、補助金の支払いを行う。)

平成29年度救急医療検討委員会
第1回高齢者救急専門部会 説明資料
＜平成29年12月26日＞

資料1 高齢者救急専門部会について

資料2 平成29年度第1回救急医療検討委員会 まとめ

資料3 高齢者救急の課題の整理

資料4 現行の救急医療体制の検証

資料5 病院ヒアリング（中間まとめ）

資料6 病院へのアンケート・照会調査

資料7 今後のスケジュール

■ 「高齢者救急専門部会」について

1 横浜市救急医療検討委員会

横浜市救急医療検討委員会は、救急医療に関する課題検討を行い、横浜市に施策提言を実施する附属機関。

◇ 検討期間

平成 29・30 年度の 2 か年（原則）

◇ 検討テーマ（平成 29 年 9 月開催の検討委員会にて決定）

横浜市では、初期・二次・三次救急医療として、症状に応じたきめ細やかな独自の救急医療体制を構築してきました。そうした中で、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には、本市における高齢者は約 100 万人になると見込まれており、高齢者の救急需要の大きな増加が見込まれています。

～ 急速に進展する超高齢社会における救急医療体制の強化について ～

◎現行の初期・二次・三次救急医療体制が、今後も増加し続けていく高齢者の救急需要に対応できるものであるのか検証を実施。

◎そのうえで、特に救急需要の増加が見込まれる二次救急医療を中心に、「超高齢社会における救急医療受入体制の強化」を目指した検討を進める。

2 高齢者救急専門部会

高齢者救急専門部会は、横浜市救急医療検討委員会の下部組織として、

①横浜市救急医療体制の検証

②超高齢社会における救急医療受入体制の強化

について検討を行い、検討委員会に報告を行っていただくこととします。

■ 平成 29 年度第 1 回救急医療検討委員会 まとめ

1 初期救急医療体制

- ◇ 高齢者は、軽症の段階では通院せず、かなり症状が悪化して中等症・重症の段階になって救急搬送を要請する傾向があるため、夜間急病センター・休日急患診療所の利用が低いと推測される。
- ◇ 多くの高齢者は、かかりつけ医を持っているため、夜間急病センター・休日急患診療所・#7119 の利用率が低いと推測される。
- ◇ 慢性疾患を抱えている高齢者が、夜間急病センター等に来院されても、適切な検査等が出来ないことも想定される。
- ◇ 円滑・適正に医療につなげるためにも、#7119 の周知をさらに図る必要があるのではないか。
- ◇ 高齢者の救急車の利用は増えているが、夜間急病センター・休日急患診療所・#7119 の利用実績が上がっていない状況からすると、移動手段がないために症状が悪くなってから救急車を要請するケースが多いと推測される。今後は、高齢者の搬送手段にも目を向けないといけない。

2 二次・三次救急医療体制

- ◇ 横浜市は医療政策として、二次救急拠点病院を中心として救急医療体制の強化を図ってきた。そのため、輪番病院は、夜間や休日の受入れに消極的な傾向がある。
- ◇ 輪番病院については、医師等のマンパワーが充実している昼間の時間帯であれば、救急受入を拡充することができるのではないか。
- ◇ 搬送困難案件を中心に、中核的な病院がまずは救急搬送を受け入れ、短期間で周りの地域の病院に引き継ぐ協力体制が見られる区がある。
- ◇ 高齢者の救急搬送の受入拒否理由について、「ベッド満床」の割合が一番多い理由について確認する必要がある。
- ◇ かかりつけ病院があっても、ショックの場合には救命救急センターに搬送される。延命等の治療方針を把握している地域の病院に搬送できるようにすることも検討する必要がある。そのことが救命救急センターの負担軽減につながる。
- ◇ 高齢者の場合、家族などの付き添いの有無により、救急搬送の応需が大きく左右される。明らかに入院が必要な高齢者については、付添がいなくてもまずは受入れるという仕組みづくりも重要である。

3 在宅医療・高齢者施設等と救急医療

- ◇ 在宅医療を受けている高齢者の急変時の搬送先について、かかりつけ医を飛び越えて救急病院に搬送される事案が多くある。救急現場では、かかりつけ医の確認が重要であり、それが救急搬送の適正な選定につながる。
- ◇ 指導医は、救急隊にかかりつけ医の有無について確認するよう指示のうえ搬送先を選定している。
- ◇ 高齢者施設からの救急搬送が増えている。高齢者施設と病院の連携強化を図ることが重要である。また、地域の中で、高齢者施設の患者は決まった病院に搬送するというような仕組みづくりも重要である。

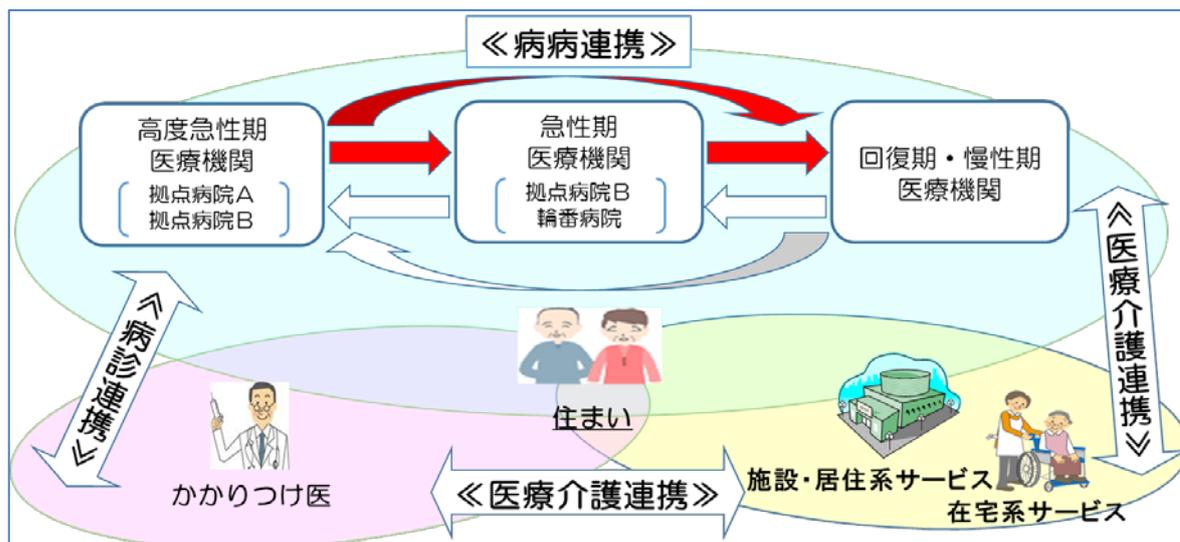
- ◇ 訪問看護ステーションは市内に約 270 か所あり、24 時間体制のステーションも多くある中で、高齢者の利用率は 25%にも至っていない状況にある。訪問看護の利用率がもっと上がれば、円滑に主治医や救急隊につながるという流れが出来る。
- ◇ ケアマネジャーには何のメリットもないため、救急車への同乗は行わない。円滑な救急搬送を実現するためにも、ケアマネジャーの同乗に対するインセンティブを考えてはどうか。

4 DNAR・リビングウィル

- ◇ 本人が事前に、延命治療を希望しないという意思表示をしていても、家族からするとなんとか助けて欲しいということになり、救急医療機関に搬送されるケースも多くある。
- ◇ 高齢者の延命治療については、本人の意思の確認や、家族の価値観間など、複雑な問題がある。延命治療の中止については法的な問題も関係し、全国的な社会的コンセンサスをとる必要がある問題である。

高齢者救急の課題の整理

1 高齢者救急の概略図



2 前回の救急医療検討委員会 第7次提言（平成27・28年度）

高齢者の救急医療に係る施策として、主に、円滑な救急搬送の実現、関係機関の連携強化の視点から、次の施策提言を受けました。

- ① 受診の必要性を判断するフェーズとして、「救急相談センター（#7119）」の周知・活用
- ② 救急搬送されるまたは救急医療を受診するフェーズとして、高齢者の情報をいち早く把握し、救急隊や救急医療機関等の関係機関で共有するための「情報共有ツールの有効活用」
- ③ 医療機関で治療後の退院時や退院後のフェーズとして、救急医療機関と高齢者施設等の関係機関の間で顔を見える関係を築くための「医療介護の連携会議の開催促進」

特に上記②・③については、「病病」・「病診」・「医療介護」の連携強化に向けて共通する包括的な施策提言として位置付けることができます。

3 第8次提言に向けた課題検討の方向性

◇ 目的

高齢化の進展を受け、高齢者を中心に救急搬送需要が増加する中における

- ① 現行の初期・二次・三次救急医療体制の検証
- ② 救急医療受入体制の強化に向けた検討

◇ 第7次提言との整理

関係機関との連携の視点からは、特に「病病連携の強化」に焦点をあて詳細な分析を進めます。

◇ 主な分析視点

◎ 初期救急医療の利用実績の把握

- ⇒ 夜間急病センター、休日急患診療所の利用状況
- ⇒ 二次救急医療機関のウォークイン患者の受入状況

◎ 高齢者を中心に救急需要の大きな増加が見込まれる、二次救急医療の受入状況・見通しの把握

◎ 平成 22 年度に市内に構築された、拠点病院 A・拠点病院 B・輪番病院を中心とする二次救急医療体制の課題等の整理

- ⇒ 現行の二次救急医療体制により、今後大きな増加が見込まれる高齢者の救急搬送に対応することができるか。
- ⇒ 各体制における傷病程度別の受入状況の把握

- 〔 拠点病院 A：比較的重症度の高い患者（中等症以上）を中心に受入
- 〔 拠点病院 B：比較的重症度の低い患者（中等症以下）を中心に受入
- 〔 輪 番 病 院：比較的重症度の低い患者（中等症以下）を中心に受入

◎ 病病連携における課題等の整理

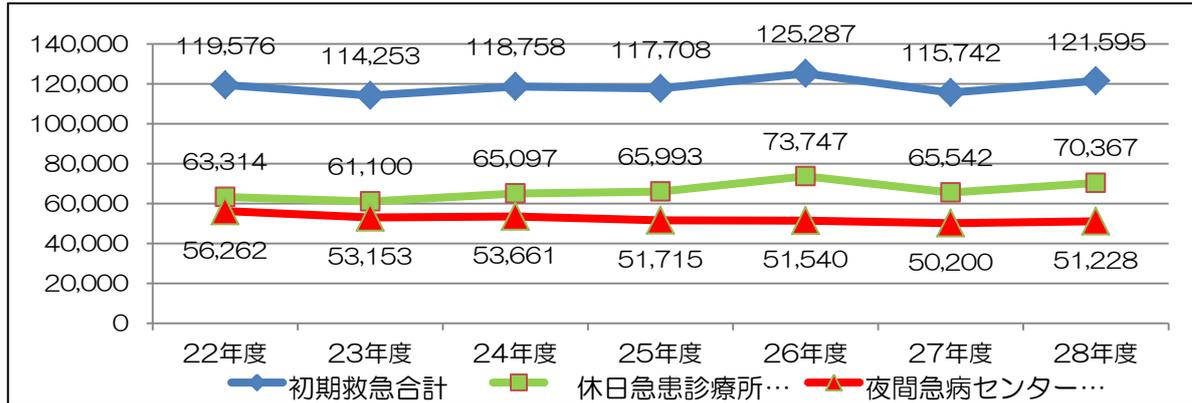
■ 現行の救急医療体制の検証（概略）

※ 別紙「平成29年度第1回救急医療検討委員会 説明資料」から要旨を抜粋のうえ、一部データを追加

1 初期救急医療体制

(1) 夜間急病センターと休日急患診療所の利用状況

- ◎ 受入患者数は経年的にほぼ横ばいの状況で推移。
- ◎ 14歳以下の利用が約5割を占めている。
- ◎ 高齢者の利用は約5%の低位で推移。すでにかかりつけ医がいる、重症化してから通院になるなどの要因が考えられる。

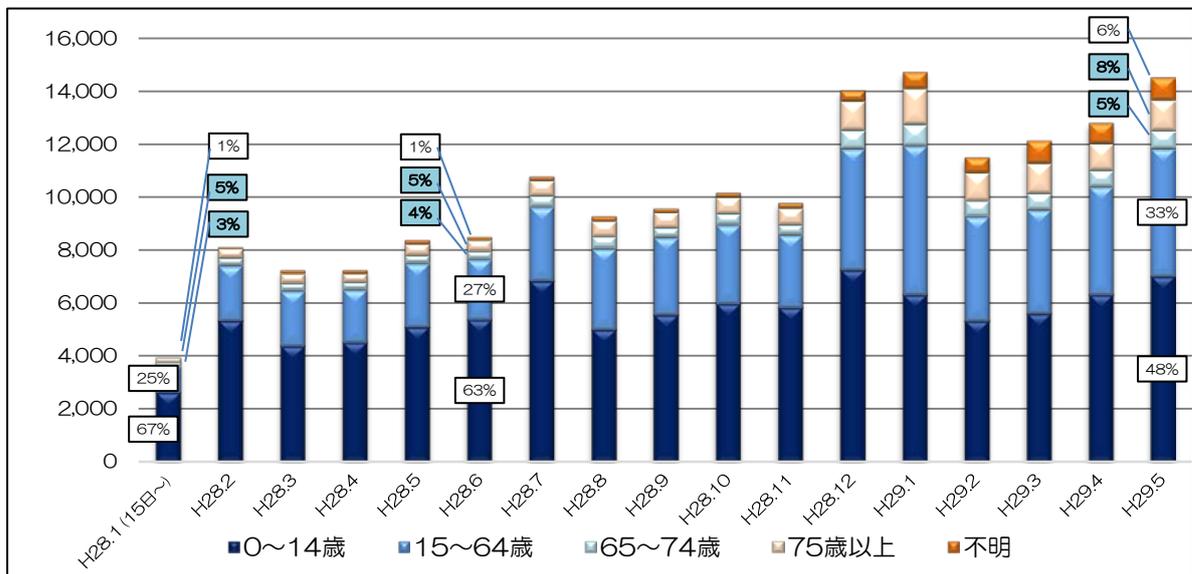


	22年度		23年度		24年度		25年度		26年度		27年度		28年度	
	患者数	割合												
0～4歳	38,712	32.4%	37,526	32.8%	36,089	30.4%	35,219	29.9%	33,408	26.7%	33,133	28.6%	33,037	27.2%
5～9歳	19,752	16.5%	17,760	15.5%	15,529	13.1%	17,599	15.0%	17,465	13.9%	18,013	15.6%	18,055	14.8%
10～14歳	7,716	6.5%	7,694	6.7%	7,234	6.1%	7,375	6.3%	8,900	7.1%	7,482	6.5%	8,275	6.8%
15～64歳	48,132	40.3%	45,702	40.0%	53,296	44.9%	50,789	43.1%	58,146	46.4%	50,293	43.5%	54,797	45.1%
65～歳	5,264	4.4%	5,571	4.9%	6,510	5.5%	6,726	5.7%	7,368	5.9%	6,803	5.9%	7,431	6.1%
合計	119,576	100%	114,253	100%	118,658	100%	117,708	100%	125,287	100%	115,724	100%	121,595	100%

＜夜間急病センター・休日急患診療所運営事業実施状況報告書に基づき医療局が作成＞

(2) 救急相談センター（#7119）の救急電話相談の利用状況

- ◎ 0歳から14歳までの小児の利用が5割弱を占めている。
- ◎ 15歳以上の利用が増加の傾向にあり、高齢者（65歳以上）は事業開始当初の8%から13%までへと上昇している。

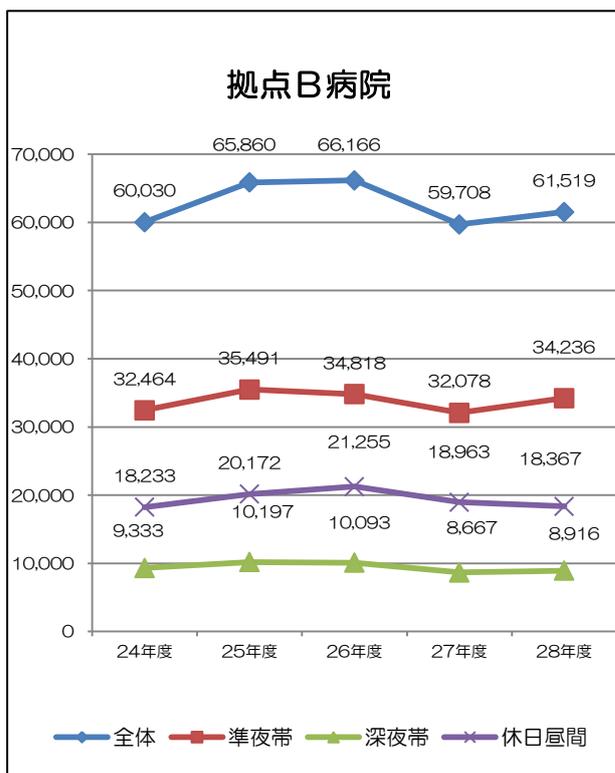
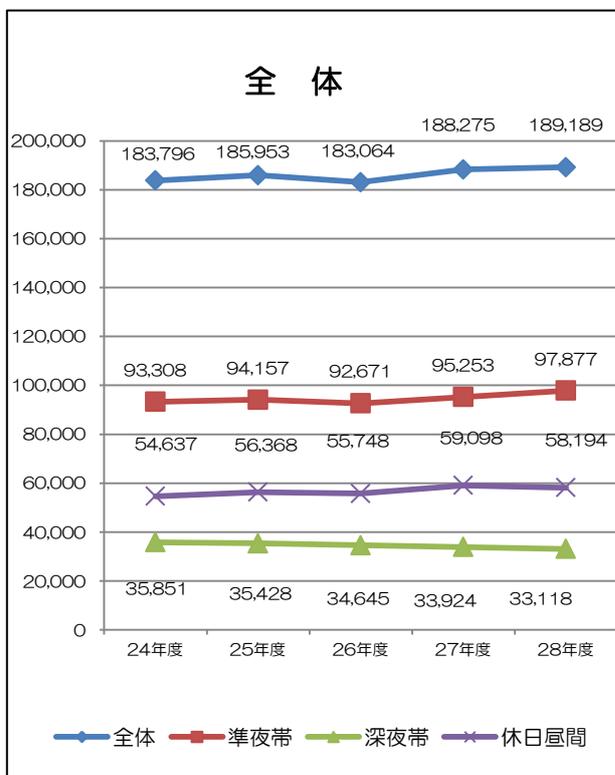


＜救急相談センター利用実績に基づき医療局が作成＞

(3) 夜間・休日のワークインの状況

平成24年度と平成28年度の夜間・休日のワークイン状況を比較すると、

- ◎ 全体の件数は約5,400件増加している。
- ◎ 拠点病院Aは約4,600件減少している。初診時の選定療養費などの要因が考えられる。なお、総受入件数は拠点病院B・輪番病院と比べて最も多い。
- ◎ 輪番病院は約8,500件増加している。



2 二次・三次救急医療体制

(1) 平成 28 年度救急搬送の現状

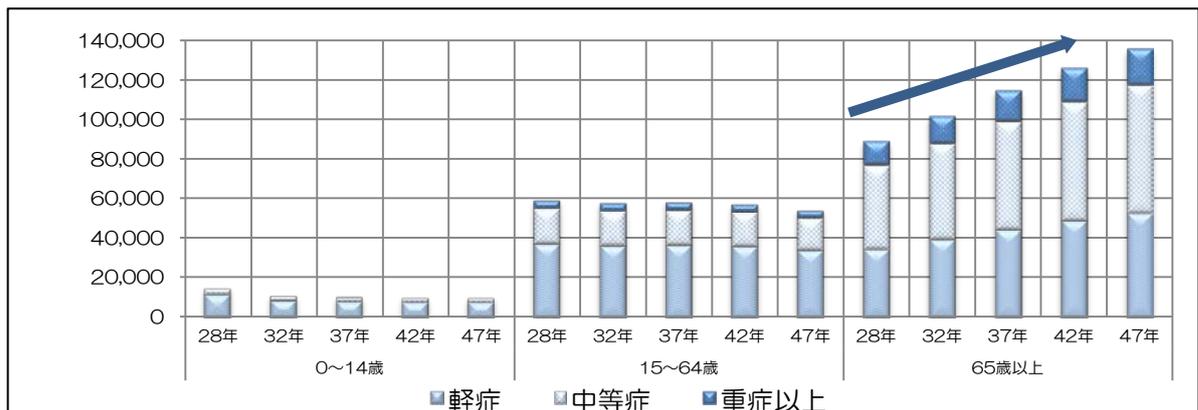
- ◎ 高齢者は「軽症・中等症」の搬送割合・件数が高い。
- ◎ 高齢者は他の年代に比べて「中等症」「重症」の割合が高い。

年齢区分	救急搬送件数	軽症		中等症		重症	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合
0～6歳	11,095	8,740	78.8%	2,165	19.5%	190	1.7%
7～14歳	3,945	3,121	79.1%	764	19.4%	60	1.5%
15～64歳	59,469	37,491	63.0%	18,022	30.3%	3,955	6.7%
65歳以上	91,327	35,497	38.9%	43,410	47.5%	12,420	13.6%
65～74歳	25,446	11,655	45.8%	10,602	41.7%	3,189	12.5%
75歳以上	65,881	23,842	36.2%	32,808	49.8%	9,231	14.0%
合計	165,836	84,849	51.2%	64,361	38.8%	16,625	10.0%

＜消防局統計データに基づき医療局が作成＞

(2) 救急搬送の将来予測

- ◎ 0～14歳と15歳～64歳、また高齢者についても65歳～74歳は減少傾向にあると予測される。
- ◎ 一方で、75歳以上が大きく増加し、全体としては増加傾向にあると予測される。（「中等症」「軽症」「重症以上」の順で搬送件数が多い）
- ◎ 2016年の救急搬送と比較し、2025年は市内で1日あたり約55件の増、2035年は約100件の増と予測される。

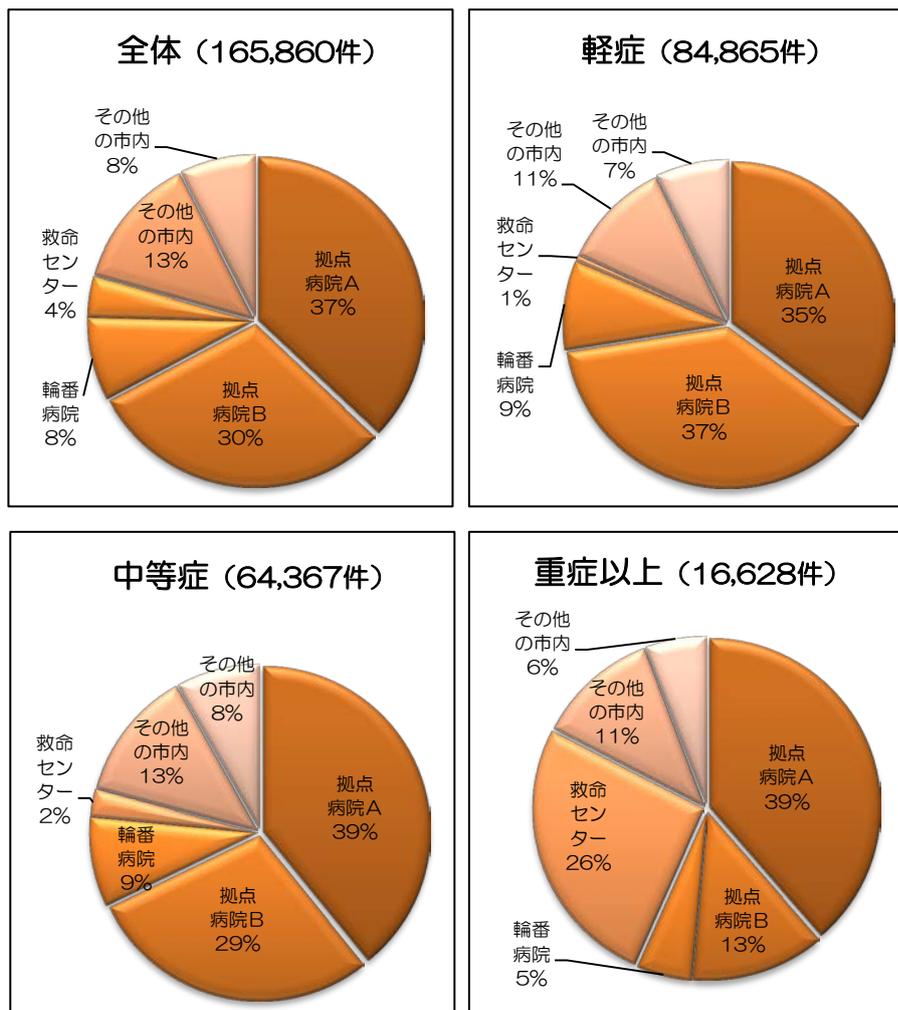


年齢区分	軽症	中等症	重症以上	28年	32年	37年	42年	47年	28年対37年	28年対47年
				(2016)	(2020)	(2025)	(2030)	(2035)	増減	増減
0～14歳	軽症	11,929	8,917	8,382	8,162	8,102	▲ 3547	▲ 3827		
	中等症	2,945	2,201	2,069	2,015	2,000	▲ 876	▲ 945		
	重症以上	251	188	177	172	171	▲ 74	▲ 80		
15～64歳	軽症	37,452	36,507	36,823	36,154	34,186	▲ 629	▲ 3266		
	中等症	18,012	17,558	17,710	17,388	16,442	▲ 302	▲ 1570		
	重症以上	3,983	3,883	3,916	3,845	3,636	▲ 67	▲ 347		
65～74歳	軽症	11,607	10,992	9,499	9,842	11,676	▲ 2108	69		
	中等症	10,568	10,009	8,649	8,961	10,631	▲ 1919	63		
	重症以上	3,168	3,000	2,593	2,686	3,187	▲ 575	19		
小計	99,915	93,255	89,818	89,225	90,031	▲ 10097	▲ 9884			
75歳以上	軽症	23,127	28,168	34,008	37,899	39,936	10,881	16,809		
	中等症	31,815	38,750	46,785	52,137	54,939	14,970	23,124		
	重症以上	8,944	10,894	13,152	14,657	15,445	4,208	6,501		
小計	63,886	52,512	93,945	104,693	110,320	30,059	46,434			
合計	163,801	171,067	183,763	193,920	200,350	19,962	36,549			

＜平成 26 年度の救急搬送将来予測に基づき医療局が作成＞

(3) 平成 28 年度傷病程度別の受入割合（医療機関別）

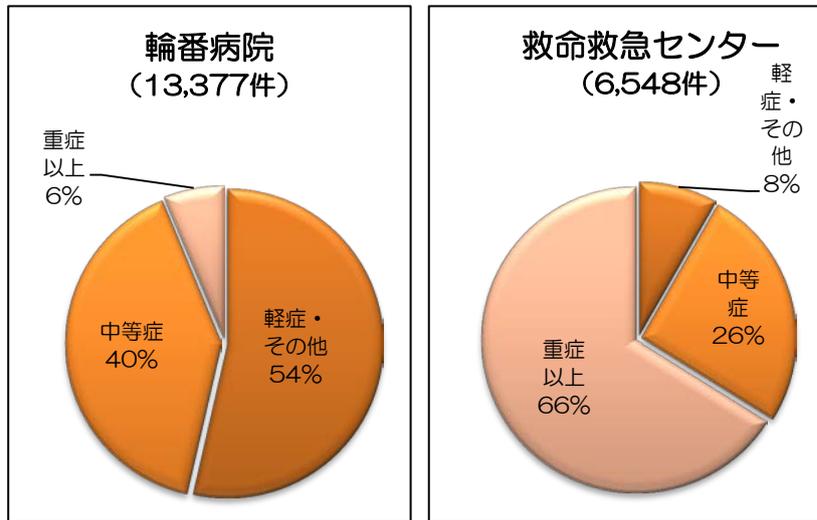
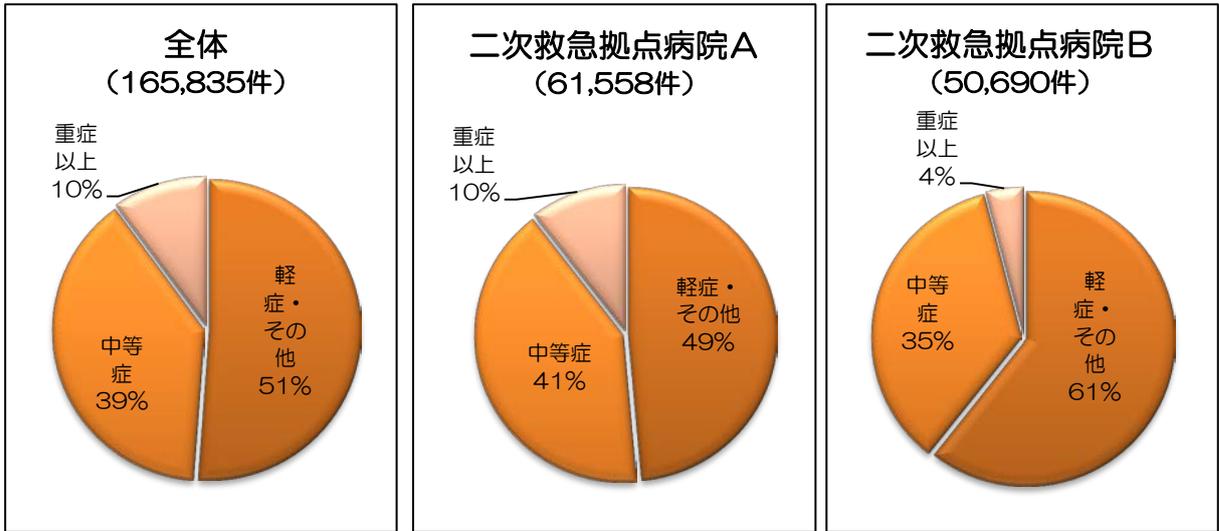
- ◎ 拠点病院 A・B が、全体の受入件数の約 3 分の 2 を占めている。
- ◎ 拠点病院 A は軽症・中等症・重症以上の全てを多く受けている。
- ◎ 拠点病院 B 及び 輪番病院は比較的中等症・重症以上の受入が多い。
- ◎ 救命救急センターは、重症以上の受入が多い。
- ◎ 平成 22 年度に構築した拠点・輪番病院体制において当初想定していた、傷病程度別に受入れる機能のすみ分けがおおよそ進んでいるが、拠点病院 A の軽症の受入が多い。



	二次救急拠点病院A	二次救急拠点病院B	輪番病院 (A・B病院以外)	救命救急センター	市内の その他の病院及び診療所	市外の病院及び診療所	合計
軽症・その他	29,906	31,604	7,495	539	9,232	6,089	84,865
中等症	25,229	18,395	5,630	1,684	8,205	5,224	64,367
重症以上	6,433	2,112	868	4,327	1,924	964	16,628
合計	61,568	52,111	13,993	6,550	19,361	12,277	165,860

＜消防局統計データに基づき医療局が作成＞

《参考》平成 28 年度医療機関毎の傷病程度別受入割合

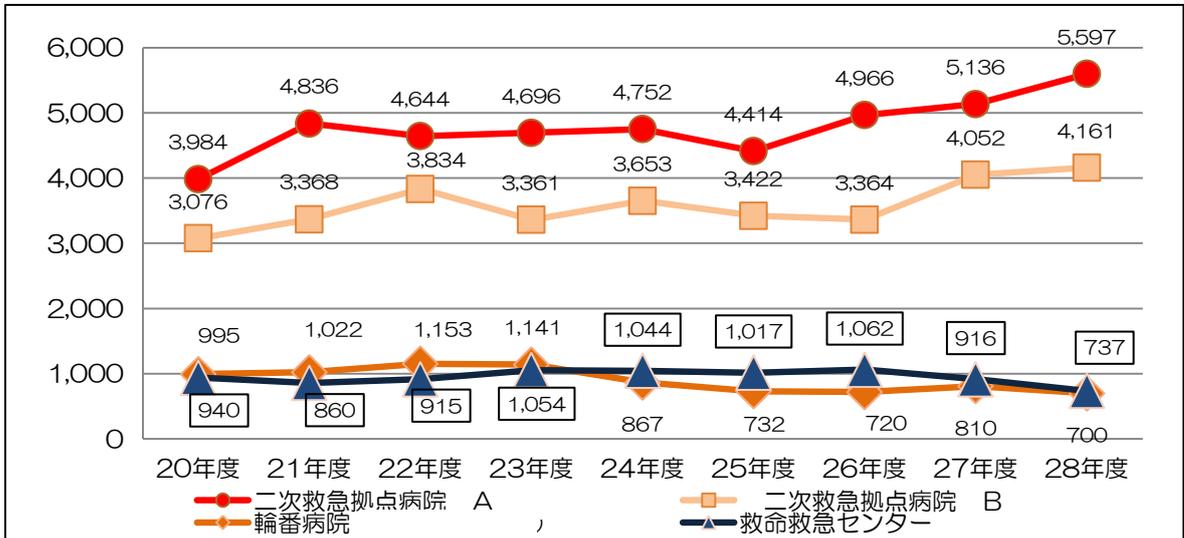


	0~14歳	15~64歳	65~74歳	75歳以上	合計
救急拠点病院 A	10,132	19,616	9,248	22,562	61,558
救急拠点病院 B	1,735	20,801	7,489	20,665	50,690
輪番病院 (A・B病院以外)	358	4,810	1,951	6,258	13,377
救命救急センター	294	2,143	1,207	2,904	6,548
市内のその他の病院及び診療所	1,994	7,236	3,504	8,651	21,385
市外の病院及び診療所	527	4,862	2,047	4,841	12,277
全 体	15,040	59,468	25,446	65,881	165,835

＜消防局統計データに基づき医療局が作成＞

(4) 一病院あたりの平均受入件数の推移（医療機関別）

- ◎ 拠点病院A・Bは受入件数が多く、増加傾向で推移。
- ◎ 輪番病院は減少傾向で低位で推移。
- ◎ 救命救急センターは9か所までの増設も受け、増減あり。



	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
二次救急拠点病院 A	51,788	53,193	51,083	46,961	47,516	48,558	54,630	56,493	61,568
A病院平均	3,984	4,836	4,644	4,696	4,752	4,414	4,966	5,136	5,597
二次救急拠点病院 B	21,533	23,573	26,840	36,976	40,186	44,483	47,091	44,572	49,931
B病院平均	3,076	3,368	3,834	3,361	3,653	3,422	3,364	4,052	4,161
輪番病院	23,885	24,538	27,682	20,536	15,612	12,445	12,238	15,381	13,993
輪番病院平均	995	1,022	1,153	1,141	867	732	720	810	700
救命救急センター	4,702	5,161	6,408	8,428	8,349	8,138	8,496	7,325	6,550
救命救急センター平均	940	860	915	1,054	1,044	1,017	1,062	916	737
市内のその他の病院及び診療所	18,741	18,237	20,612	23,486	26,119	25,909	19,191	20,811	21,541
市外の病院及び診療所	9,697	10,145	10,891	11,675	12,438	12,119	11,340	11,913	12,277
全 体	130,346	134,847	143,516	148,062	150,220	151,652	152,986	156,495	165,860

<消防局統計データに基づき医療局が作成>

(5) 平成 28 年度時間帯別の受入状況（医療機関別）

- ◎ 拠点A・拠点B・救命救急センターは、開院時間の昼間帯においては平均的に受け入れている。準夜帯（18 時以降）から深夜帯（0 時～診療開始時間）にかけて受入件数が減少する。
- ◎ 輪番病院は、午前 9 時前後の受入件数は多いが、午前中から時間の経過とともに減少し、準夜帯・深夜帯の受入は大きく減少している。

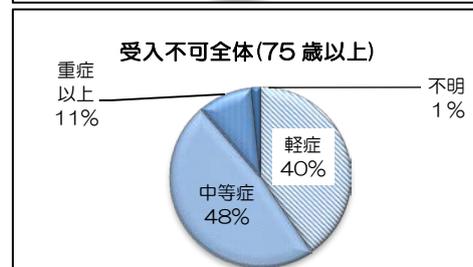
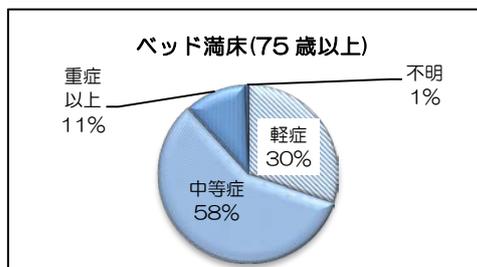
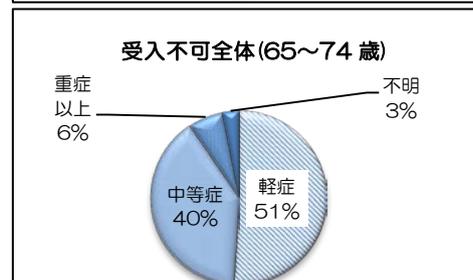
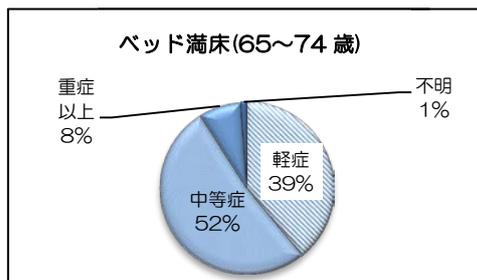
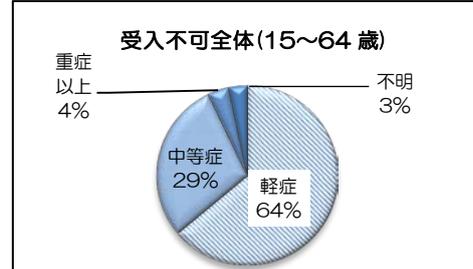
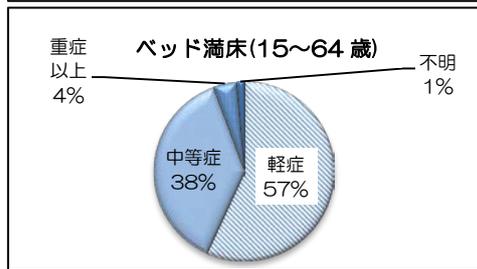
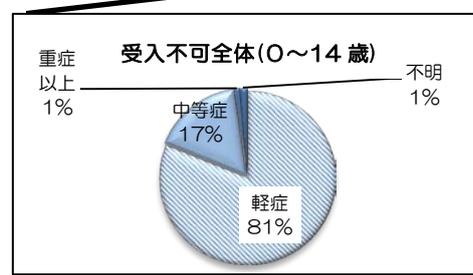
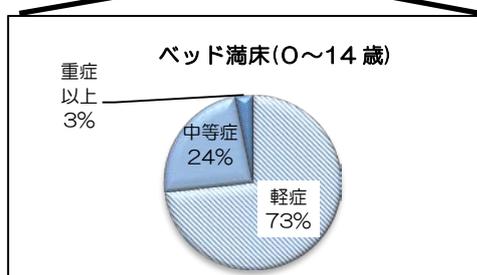


< 消防局統計データに基づき医療局が作成 >

(6) 平成 28 年度救急搬送の受入不可理由（年代別）

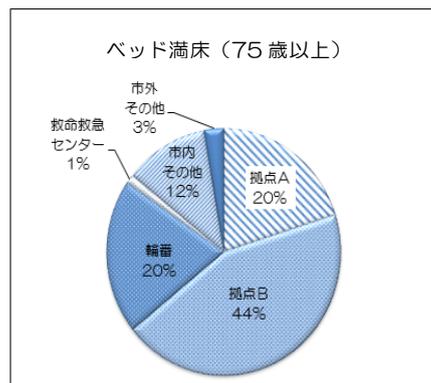
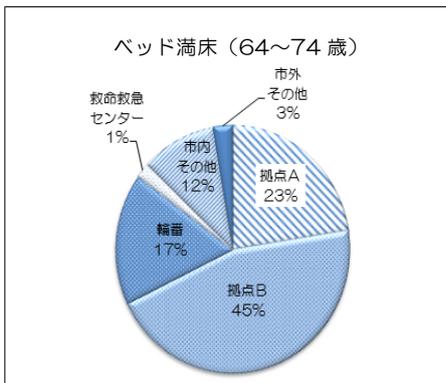
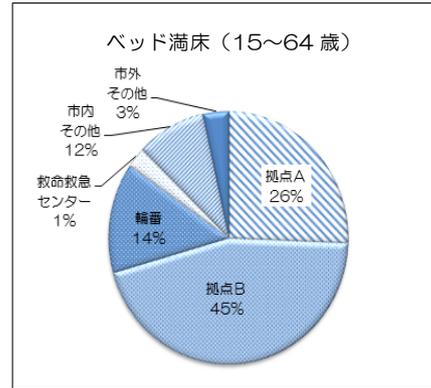
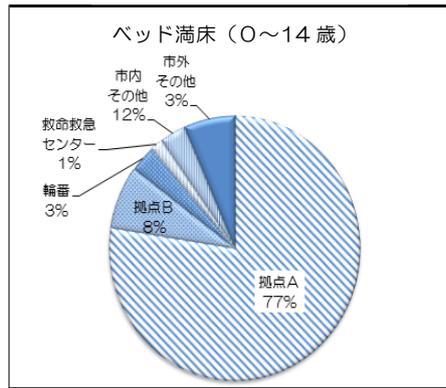
- ◎ 全年代ともに「処置多忙」・「処置困難」の割合が高い。
- ◎ 高齢者（65 歳以上）は「ベッド満床」の割合が高く、特に 75 歳以上については「ベッド満床」が受入不可理由の一番となっている。
- ◎ 「ベッド満床」は、年代が高くなるにつれて中等症以上（要入院）の割合が高く、特に 75 歳以上では約 7 割が中等症以上となっている。

	処置多忙	処置困難	専門外	ベッド満床	医師不在	隊判断	受付拒否	手術中	その他	理由不明	看護師拒否	合計
0~14歳	776	737	442	182	229	117	46	68	34	15	0	2,646
	29%	28%	17%	7%	9%	4%	2%	3%	1%	1%	0%	100%
15~64歳	4,018	3,912	2,222	1,655	819	725	616	414	276	86	0	14,743
	27%	27%	15%	11%	6%	5%	4%	3%	2%	1%	0%	100%
65~74歳	1,173	1,219	697	910	274	234	182	124	86	32	1	4,932
	24%	25%	14%	18%	6%	5%	4%	3%	2%	1%	0%	100%
75歳以上	3,006	3,002	1,821	3,847	740	599	399	241	224	83	1	13,963
	22%	21%	13%	28%	5%	4%	3%	2%	2%	1%	0%	100%



	0-14歳		15-64歳		65-74歳		75歳以上	
	ベッド満床	全体	ベッド満床	全体	ベッド満床	全体	ベッド満床	全体
軽症	93	1,547	576	6,077	218	1,658	635	3,523
中等症	30	316	382	2,763	290	1,288	1,220	4,182
重症以上	4	19	42	361	44	211	234	848
不明等	0	24	14	309	6	97	13	135
合計	127	1,906	1,014	9,510	558	3,254	2,102	8,688

《参考》平成 28 年度ベッド満床の体制別内訳



	0-14歳	15-64歳	65-74歳	75歳以上
拠点A病院	141	424	205	776
拠点B病院	14	744	412	1,693
輪番病院	6	233	157	784
救命救急センター	3	43	18	41
市内のその他医療機関	6	154	94	448
市外の医療機関	12	57	24	105
合計	182	1,655	910	3,847

＜消防局統計データに基づき医療局が作成＞

■ 病院ヒアリング（中間まとめ）

【概要】毎年度、二次救急医療機関を対象に、救急搬送の受入状況や救急医療検討委員会の検討課題等について、救急担当の医師・看護師・事務方を交え意見交換を実施

【実施期間】平成29年10月～平成30年1月（予定）

【対象】二次救急拠点病院A（11）、二次救急拠点病院B（13）、輪番病院（20）
上記以外の救急医療体制参加医療機関（1）

1 ウォークイン患者の受入状況

- ◇【拠点A】初診・再診時の選定療養費の負担以降、ウォークイン患者は減少の傾向にある。
- ◇【輪番】年々、高齢者のウォークイン患者が増加の傾向にある。
- ◇【全体】#7119の案内を受けて通院したという患者は少ない。高齢者の活用を広げていくためにも、#7119を地域でさらに周知していく必要がある。

2 高齢者を中心に増加する救急搬送の受入状況

《高齢者救急の特徴》

- ◇【全体】高齢者の救急搬送が大きく増加しており、搬送されたときには複数疾患を抱えており、重症化している。80歳・90歳代の入院患者が増えてきている。
- ◇【全体】高齢者の救急需要に現時点では対応できているとは考えるが、独居・金銭的な問題等で、自宅復帰や転院、在宅医療、福祉施設への入所が円滑に進まず、入院が長期となる、「出口問題」が課題となっている。
- ◇【全体】出口問題の解決に向けて、病病連携・病診連携・医療介護連携に向けた取組に着手し始めたところである。

《傷病程度別の受入状況》

- ◇【拠点A】高齢者救急が増加する中で、軽症・中等症患者の受入が多いという印象がある。一方で医師の人材育成の観点から、軽症から重症まで幅広く受け入れる必要あり。
- ◇【拠点B・輪番】中等症以下の受入が中心となる方が望ましい。

《輪番病院の受入状況》

- ◇【輪番】拠点病院を構築して以降、救急は拠点病院が積極的に受け入れるというような感覚があり、救急の受入意識は低くなってきている。現在、できる範囲で精一杯の対応協力をしている。
- ◇【輪番】非常勤医師の確保などに努めているが、夜間帯は医師が少なく、これ以上の輪番体制の拡充は困難。
- ◇【輪番】昼間の救急要請が減っている感覚があるが、もっと受けたいと思っている。昼間であれば医師や看護師等のスタッフも充実しており、救急受入に協力できると考える。
- ◇【輪番(一部)】今年度からスタッフ体制を充実させ、今後は一層救急に力をいれていく。

3 病病連携

《後方支援の受入体制》

- ◇ 【輪番】設備や人的体制が不足しているため、まずは高次医療機関で診てもらい、その後病状が安定してから引き受けるという方が安心である。
- ◇ 【輪番】専門医が少ないため、夜間で専門性の高い症状（脳卒中等）だと診ることができない。一度、精密検査を行った患者であれば受入が可能である。
- ◇ 【拠点A】夜間・休日に検査が他の病院でできないとき、検査のみ行い、一泊させて転院するケースがある。
- ◇ 【全体】増加する高齢者救急の円滑な受入には、高次医療機関で救急患者のファーストタッチをした後、後方支援をする医療機関に引き継ぐという方向性が良い。
- ◇ 【甲区】地域内で後方支援の病院体制を構築しているため、今後増加する需要に耐えられると考えている。拠点病院Bで救急を受け入れたあと、処置が困難であれば拠点病院Aに引き継ぎ、症状が安定してから再度拠点病院Bに戻すという流れもある。
- ◇ 【全体】DPC病院で入院当初に高額な治療を実施した後、すぐに後方支援病院に転院すると、経営上の問題が生じる側面もある。
- ◇ 【全体】地域の状況により、急性期病院及び後方支援病院の範囲が異なることも考えられる。
- ◇ 【全体】転院は、患者の生活圏内で行うという考え方が重要。
- ◇ 【全体】転院により追い出されたと感じる患者もいるなど、様々な理由から転院の望まない患者もいるため、救急搬送する際に一時的に治療を行う病院だと救急隊が伝える都市もある。

《病病連携が進んだ要因》

- ◇ 医師同士のつながりで連携している。
- ◇ グループ病院内で、双方向の転院を行い完結させている。
- ◇ 定期的な勉強会・研修等の開催、また、地域の中核的な病院や大学病院等から週1回非常勤医師として勤務してもらうことなどで、グループ外の病院でも関係ができています。

《神奈川県救急医療中央情報センターの利用》

- ◇ 利用は、月または年に数回程度。
- ◇ 急性期病院の選定は早いですが、症状が安定した患者を受入れる後方支援病院の選定には時間がかかる。
- ◇ 川崎市から受入依頼を受けることが多い。

4 その他

- ◇ 高齢者患者が増える中、地域包括ケア病床を活用して在宅復帰の支援を進めていきたい。
- ◇ 高齢者施設からの救急搬送が増えており、急変時の対応の協力体制の構築が重要である。
- ◇ 在宅医や高齢者施設とは、定期的に会議や研修会を開催しており、顔の見える関係を構築している。

■ 病院へのアンケート・照会調査

①救急医療体制の検証に活用するため、また、②病院ヒアリングでの意見の詳細確認や救急医療体制の強化に向けた検討を行うことを目的として、病院に対してアンケート・照会調査を実施します。

1 施設の機能（対象：全医療機関）

- Q. 横浜市救急医療体制参加医療機関か。
⇒三次・二次A・二次B・輪番・疾患別（脳疾患疾患・心疾患・外傷）
- Q. 救急告示医療機関か。
⇒はい / いいえ
- Q. 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の病床
⇒あり（ 床） / なし
- Q. 地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病床
⇒あり（ 床） / なし
- Q. 在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院の施設基準の届け出
⇒している / していない

2 ウォークイン患者の受入状況（対象：対象：横浜市救急医療体制参加医療機関・救急告示医療機関）

《現在の受入状況》

- Q. 28年度のウォークイン患者（365日・全時間帯）の受入実績は。
A. ●件（可能であれば年代・時間帯別（平日昼間・休日昼間・夜間）で記入）

《受入患者数の経年変化》

- Q. ウォークインの受入患者数に変化はあるか。
A. 【平日昼間】【夜間・休日】別
年々増加の傾向 / 年々減少の傾向 / 大きな変化なし

《今後の受入意向及び受入余力》

- Q. 今後のウォークイン患者の受入意向及び受入余力は。
A. 【平日昼間】【夜間・休日】別
より積極的に受け入れていきたい（一月あたり、 件程度の増加であれば対応可能） /
現在と同程度で受け入れていきたい /
現在より少ない受入の方が望ましい（一月あたり、 件程度の減少が望ましい）

3 救急搬送の受入状況（対象：横浜市救急医療体制参加医療機関・救急告示医療機関）

《受入意識の変化》

- Q. 平成22年度に拠点病院A・B、輪番病院を中心とする横浜市二次救急医療体制が構築されて以降の、救急搬送の受入意識の変化
A. 【平日昼間】【夜間・休日】別
積極的になった / 消極的になった / 変化なし

《救急患者受入用の病床数の増減》

Q. 平成 22 年頃と比較して救急患者受入用の病床数を増やしてきたか。

A. 増やしてきた / 減らしてきた / 大きな増減はない

《救急搬送の受入余力》

Q. 救急搬送の受入について、現時点では余力があるか。

A. 【平日昼間】【夜間・休日】別

まだ受入余力がある / 受入余力があまりない / 受入余力を超える受入依頼がある

《傷病程度別の受入割合》

Q. 現在の軽症・中等症・重症患者の受入割合について、どのように考えるか。

A. 軽症の受入割合が、多く感じる / 少なく感じる / 現状程度で適当である

中等症の受入割合が、多く感じる / 少なく感じる / 現状程度で適当である

重症の受入割合が、多く感じる / 少なく感じる / 現状程度で適当である

《今後の受入意向及び受入余力》

Q. 高齢者を中心に救急需要の増加が見込まれる中での、今後の救急搬送の受入意向及び受入余力は。

A. 【平日昼間】【夜間・休日】別

より積極的に受け入れていきたい(一月あたり 件程度の増加であれば対応可能) / 現在と同程度で受け入れていきたい /

縮小の方向で考えている(一月あたり 件程度の減少を想定)

4-1 病病連携(対象:横浜市救急医療体制参加医療機関・救急告示医療機関)

《急性期病院への転院状況》

Q. 患者急変時に救急治療を行うための急性期病院への転院の状況。

A. 1年あたりで、おおよそ(件)程度の受入をしている

1年あたりで、おおよそ(件)件程度の受入を依頼している

Q. 患者急変時に救急治療を行うための急性期病院への転院の経年的な変化

A. 【受け入れるケース】

年々、増えている傾向 / 年々、減っている傾向 / 変化なし

【受け入れを依頼するケース】

年々、増えている傾向 / 年々、減っている傾向 / 変化なし

《後方支援病院への転院状況》

Q. 救急患者の病状が安定したときなどの理由により行う、急性期病院から後方支援病院への転院の状況。

A. 1年あたりで、おおよそ(件)程度の受入をしている

1年あたりで、おおよそ(件)件程度の受入を依頼している

Q. 救急患者の病状が安定したなどの理由により行う、後方支援病院への転院の経年的な変化

A. 【受け入れるケース】

年々、増えている傾向 / 年々、減っている傾向 / 変化なし

【受け入れを依頼するケース】

年々、増えている傾向 / 年々、減っている傾向 / 変化なし

《急性期病院への転院の課題認識》

Q. 急性期病院への転院が円滑に進んでいると感じるか。

A. 円滑に進んでいる / 比較的円滑に進んでいる / 円滑に進んでいない

《後方支援病院への転院の課題認識》

Q. 後方支援病院への転院が円滑に進んでいると感じるか。

A. 円滑に進んでいる / 比較的円滑に進んでいる / 円滑に進んでいない

《病病連携の有無》

Q. 転院が円滑に進むよう、他病院と何らかの連携体制をとっているか。

A. 系列グループ内で連携体制あり / 系列グループ外で連携体制あり / 連携体制なし
(連携体制ありの場合《連携体制の構築方法》)

Q. どのようにして連携体制を構築しているか。

A. 連携会議や研修会の開催 / 非常勤医師の派遣 / 医療設備の共同利用 /
系列グループであるため、特に何らかの取組を行う必要がない。 / (自由意見)
(連携体制なしの場合《連携体制の構築の意向》)

Q. 今後、連携体制の構築に取り組んでいく意向はあるか。

A. 今後、取り組んでいく予定(具体的に記載) / 取り組む予定なし(理由)

《後方支援病院への転院の課題》

Q. 後方支援病院に転院を行うにあたっての課題。

A. ベッド満床 / 患者のバイタルが後方支援病院の受入意向に合わない /
本人・家族の金銭的な問題 / 転院先が本人・家族の生活圈エリアにない /
病院が移ること自体を本人・家族が希望しない / (自由記載)

《後方支援病院で必要となる病床》

Q. 後方支援病院に転院する際に、主に必要となる病床は。

A. 一般病床(●:●) / 療養病床 / 介護療養病床 / 地域包括ケア病床 /
回復期リハビリテーション病床

《療養病床等への転換》

Q. 救急で受け入れた患者の入院が長期化していることなどを受け、自院内で対処する
方法として、一般病床から療養病床や地域包括ケア病棟等への転換を行っているか。

A. 行っている / 行っていない / 行っていないが今後進める予定

4-2 病病連携(対象:横浜市救急医療体制参加医療機関・救急告示医療機関以外)

《後方支援病院への転院の課題認識》

Q. 急性期病院から後方支援病院への転院が円滑に進んでいると感じるか。

A. 円滑に進んでいる / 比較的円滑に進んでいる / 円滑に進んでいない

《病病連携の有無》

Q. 救急患者の病状が安定した後に引き受ける後方支援病院への転院が円滑に進んでい
るかと感じるか。

A. 円滑に進んでいる / 比較的円滑に進んでいる / 円滑に進んでいない

《後方支援病院への転院の課題》

- Q. 後方支援病院に転院を行うにあたっての課題。
- A. ベッド満床/患者のバイタルが後方支援病院の受入意向に合わない/
本人・家族の金銭的な問題 / 転院先が本人・家族の生活圏エリアにない /
病院が移ること自体を本人・家族が希望しない / (自由記載)

《後方支援病院としての協力の意向》

- Q. 救急患者の転院等が円滑に進まない、いわゆる「出口問題」の改善の一歩に向け、
救急患者の病状が安定した場合など、急性期病院から後方支援病院として転院を受入
れることに協力していただけるか。
- A. 協力していきたい / 条件が揃えば協力していきたい(条件) / 協力できない(理由)

5 神奈川県救急医療中央情報センター(対象：横浜市救急医療体制参加医療機関・救急告示医療機関)

《利用目的》

- Q. 急性期病院への転院と、後方支援病院への転院とでは、主にどちらを目的に利用し
ていますか。
- A. 主に急性期病院への転院 / 主に後方支援病院への転院 / どちらも目的として利用
している / あまり利用していない(理由)

《利用実績》

- Q. 神奈川県救急医療中央情報センターの利用実績は。
- A. 【急性期病院への転院】
受け入れるケース : 1年で、() 程度
受け入れを依頼するケース : 1年で、() 程度
- 【後方支援病院への転院】
受け入れるケース : 1年で、() 程度
受け入れを依頼するケース : 1年で、() 程度

《急性期病院への転院依頼の課題》

- Q. 急性期病院への転院依頼に際して感じる課題は。
- A. 転院先決定までに時間を要す / 転院先が遠方 / (自由記載)

《後方支援病院への転院利用》

- Q. 後方支援病院への転院依頼に際して感じる課題は。
- A. 転院先決定までに時間を要す / 転院先が遠方 / (自由記載)

■ 今後のスケジュール

【29年度】

- 29年9月 第1回救急医療検討委員会
・検討課題の決定
- 29年12月 第1回専門部会
・課題の抽出、アンケート・照会調査の検討
・中間報告書のとりまとめ
- 30年2月 第2回救急医療検討委員会
・アンケート・照会調査の確定
- 30年3月 事務局から病院に対するアンケート・照会調査の実施

【30年度】

- 30年5月 第1回専門部会
・アンケート・照会調査の確認
・最終報告書のとりまとめ
- 30年6月 第1回救急医療検討委員会
・第8次提言の検討
- 30年8月 第2回専門部会
・第8次提言の検討
- 30年12月 第2回救急医療検討委員会
・第8次提言の最終確認
- 31年1月 第8次提言を市長に提出



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

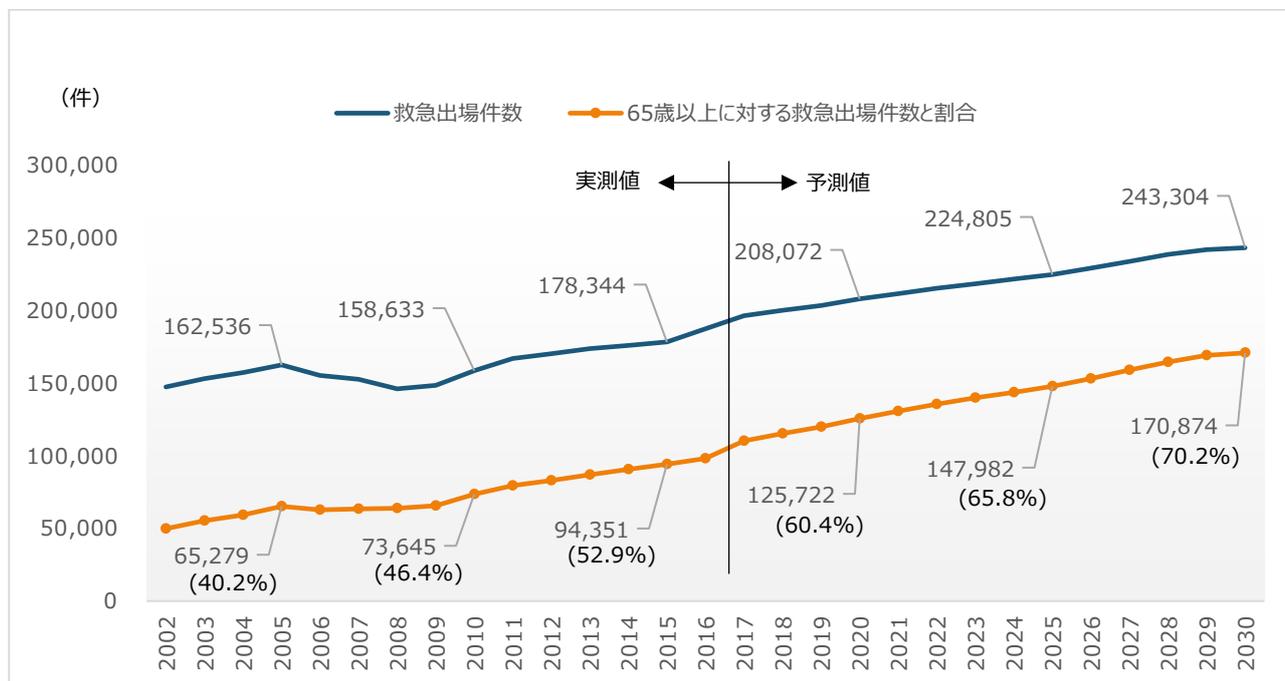
横浜市消防局 警防部救急課 救急課長 西川 浩二 TEL 045-334-6771

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

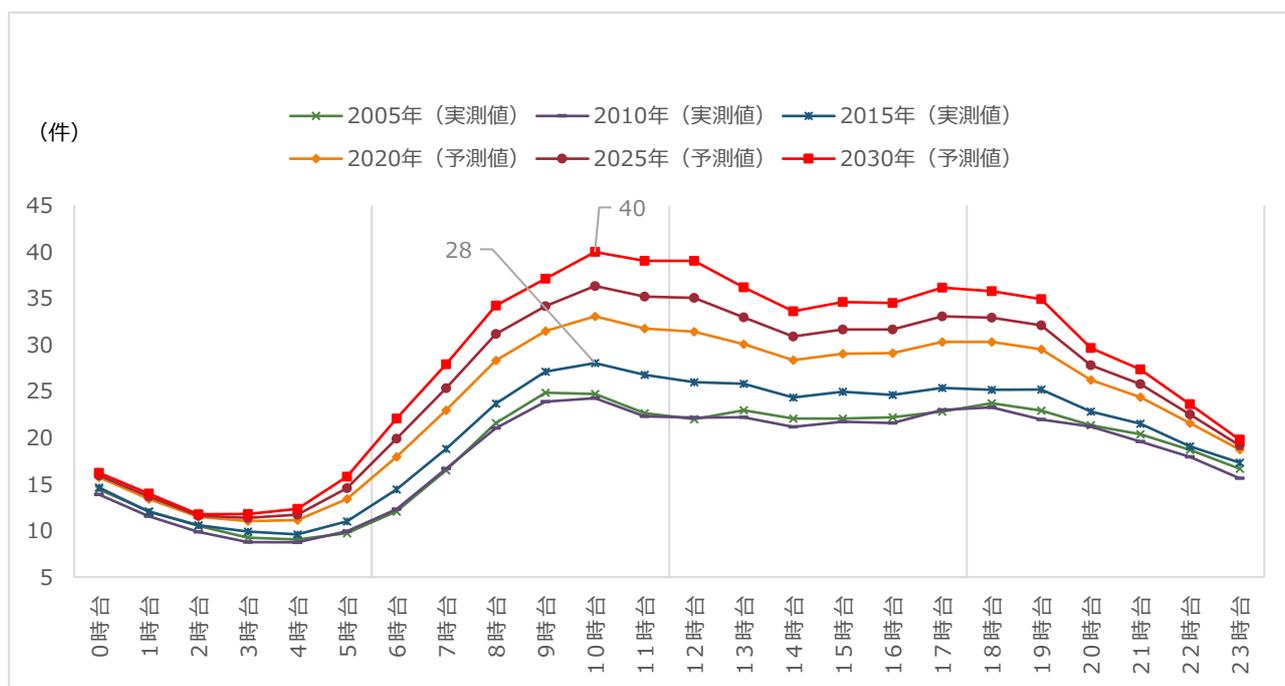
予測値・・・今回の研究で予測した値

グラフ1 年間救急出場件数



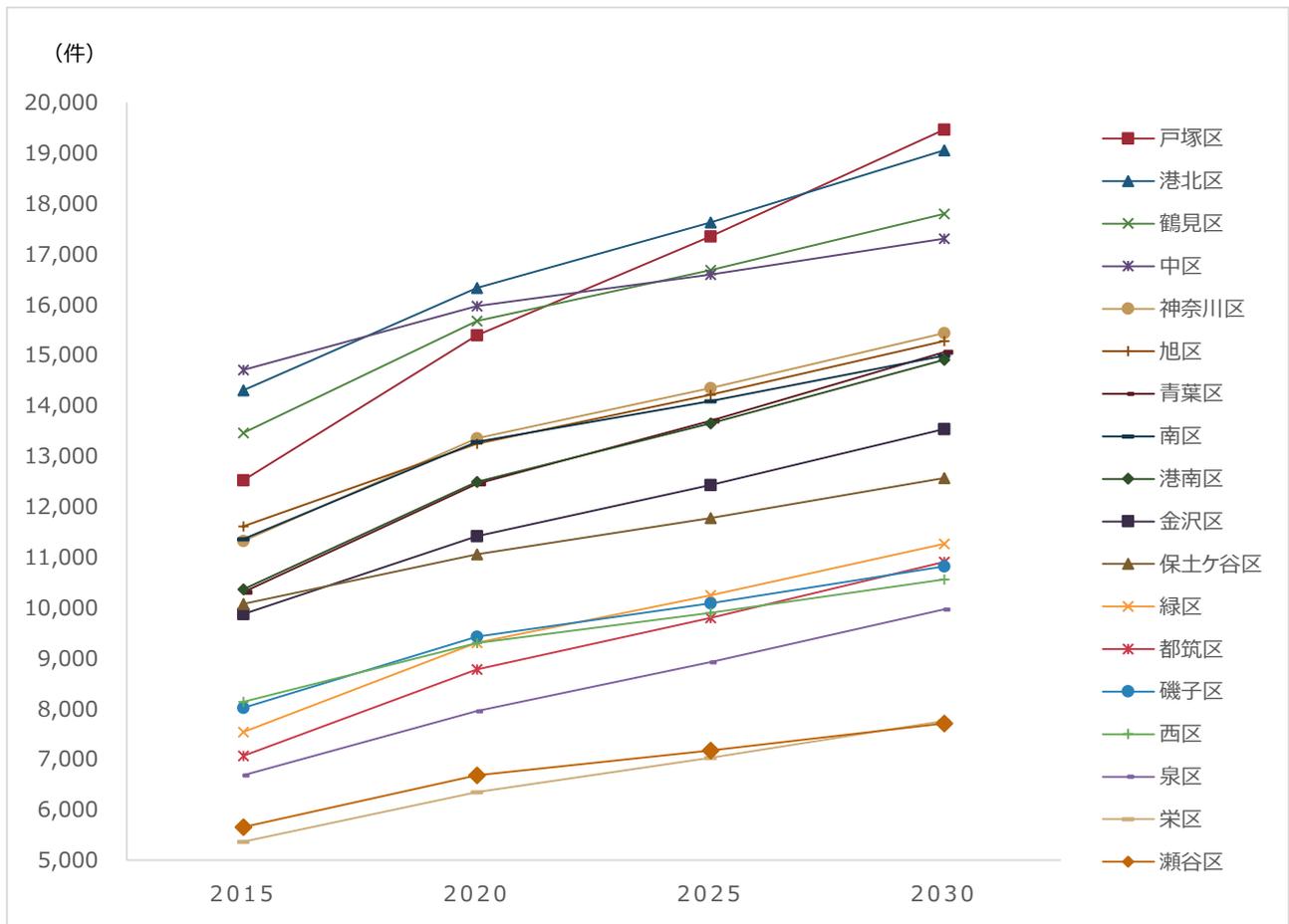
高齢者の救急搬送は増加傾向で、2030年の救急出場件数は24万件超（2015年の1.36倍）に達し、65歳以上に対する救急出場については全体の約70%を占める見込みです。

グラフ2 時間当たりの平均救急出場件数



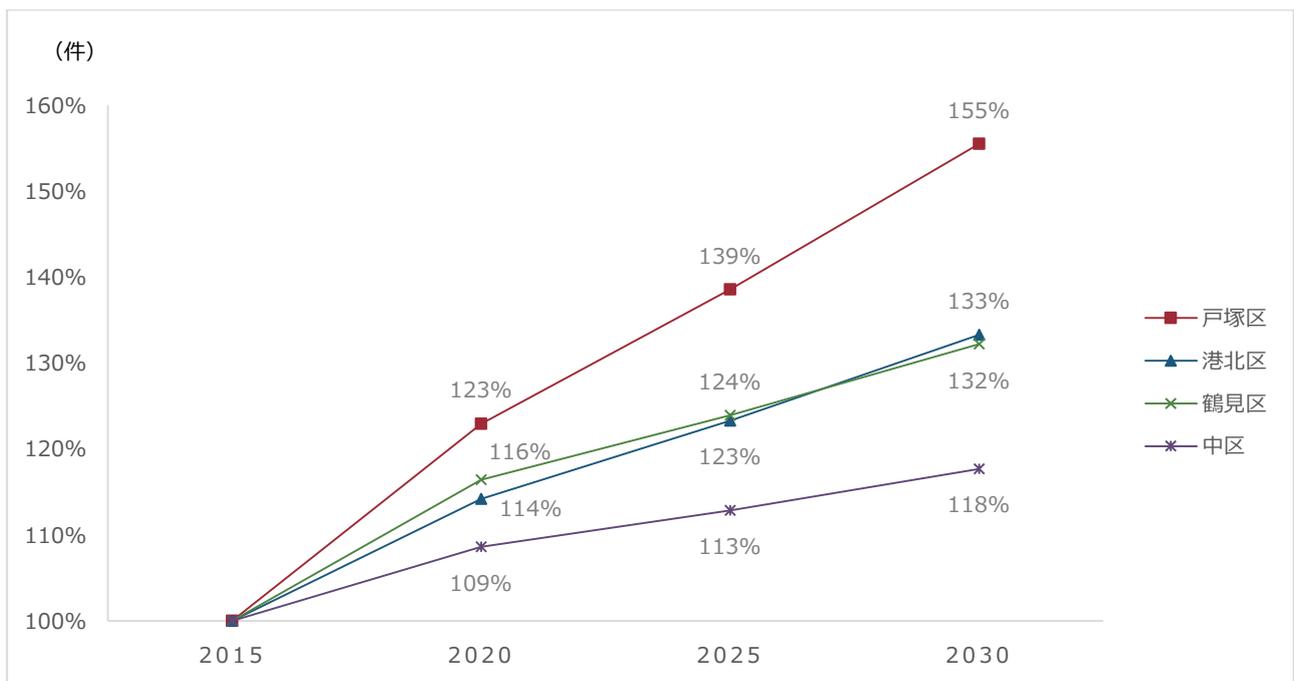
現在のピークタイムである午前中がさらに増加傾向となり、10時台の平均出場件数が40件（2015年の1.43倍）となる等、日中の救急出場件数が大幅に増加し、夜間との差が顕著になっていく見込みです。

グラフ3 年間救急出場件数（行政区別）

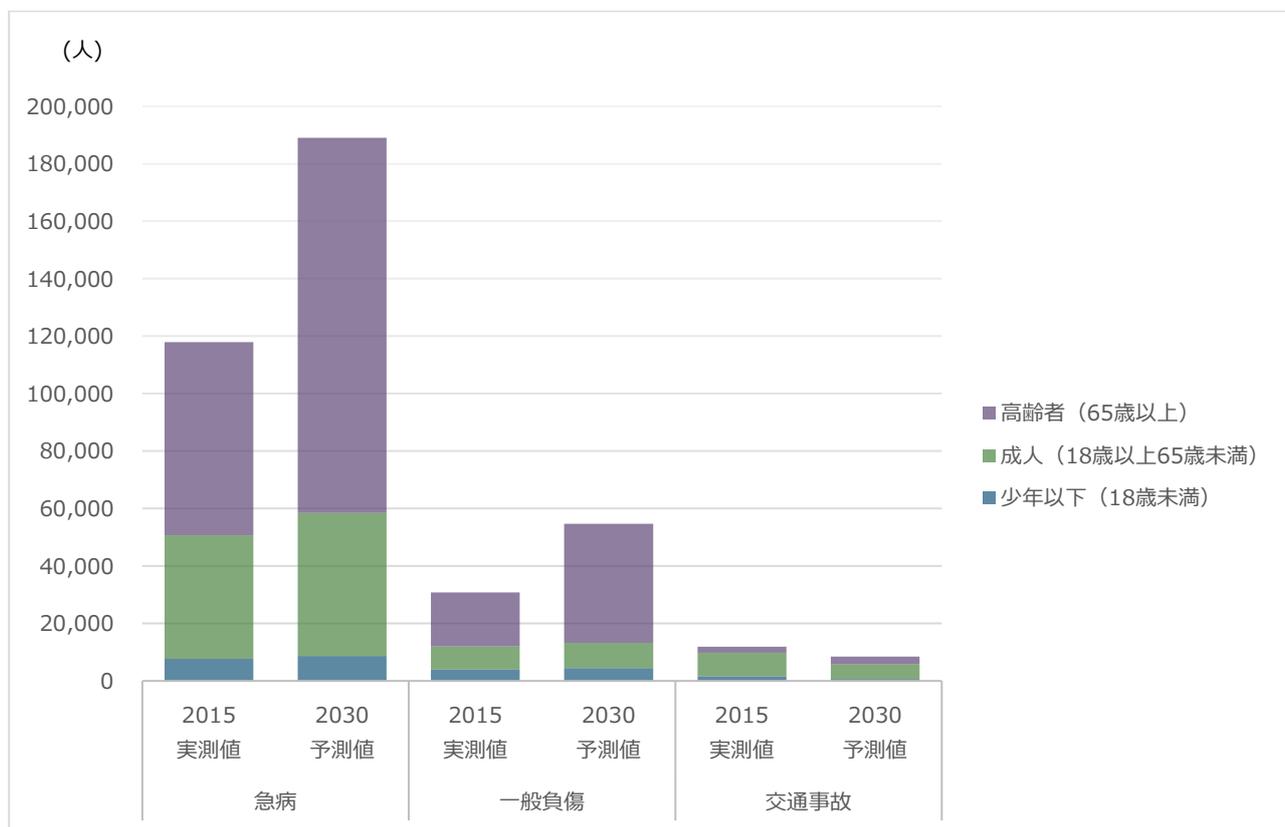


全ての行政区において救急出場件数が増加を続けますが、10年以上救急出場の最高件数を記録してきた中区を、区内人口が多く高齢化率の高い複数の区（戸塚区、港北区、鶴見区）が追い越す見込みです。

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。

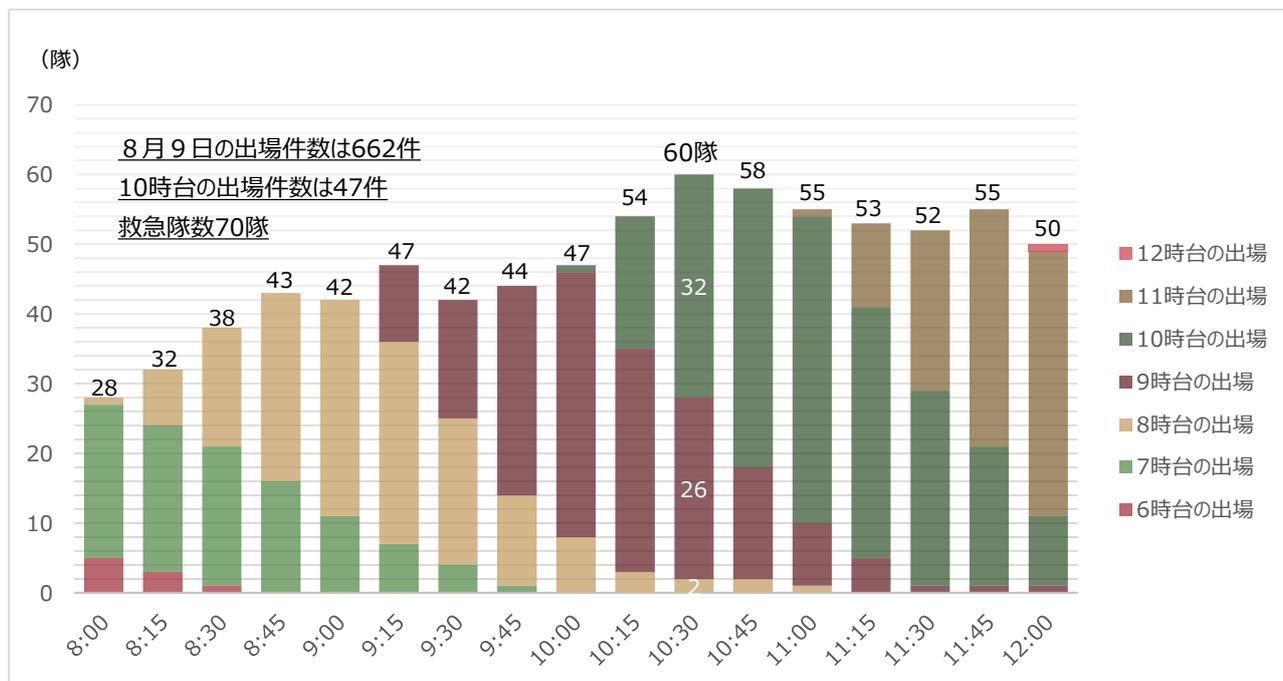
参考資料 2

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。

平成 28 年度

医療局実施アンケート概要及び調査結果

【平成28年度 第2回救急医療検討委員会資料から抜粋】

高齢者救急に係るアンケート調査概要について

<概要>

高齢者の救急医療の状況及び課題について、市内の救急医療機関、高齢者施設、救急隊にそれぞれの立場における状況を調査し、高齢者救急の状況把握及び課題考察の資料とします。

<アンケート対象>

(1)救急医療機関

本市救急医療体制参加医療機関

- ①救命救急センター
- ②二次救急拠点病院
- ③二次輪番病院
- ④疾患別(脳血管疾患、心疾患、外傷)救急医療体制)

調査対象 : 55 病院

(2)高齢者施設

- ①特別養護老人ホーム
- ②介護老人保健施設
- ③介護付有料老人ホーム等(特定施設入居者生活介護)
- ④住宅型有料老人ホーム
- ⑤認知症高齢者グループホーム
- ⑥小規模多機能型居宅介護施設
- ⑦看護小規模多機能型居宅介護施設

調査対象 : 876 施設

(3)救急隊

市内全 67 隊(1課、2課)

調査対象 : 134

<依頼日>

平成 28 年8月 18 日

<回答期限>

平成 28 年9月2日

高齢者の救急医療に関するアンケート調査(救急医療機関) 結果

1 施設の機能について

(1) 救急医療体制種別

種別	合計	救命救急センター	
		あり	なし
二次救急拠点病院 A	11	7	4
二次救急拠点病院 B	12	0	12
病院群輪番制病院	22	1 †	21 ‡
疾患別救急医療体制のみ参加	9	0	9
上記に該当なし	1	1	0
合計	55	9	46

†小児科のみ ‡小児科のみを含む

(2) 地域包括ケア病棟

(3) 療養病床

	療養病床あり 14/55 (25.5%)	療養病床なし 41/55 (74.5%)
地域包括ケア病棟あり 17/55 (30.9%)	4/55 (7.3%)	13/55 (23.6%)
地域包括ケア病棟なし 38/55 (69.1%)	10/55 (18.2%)	28/55 (50.9%)

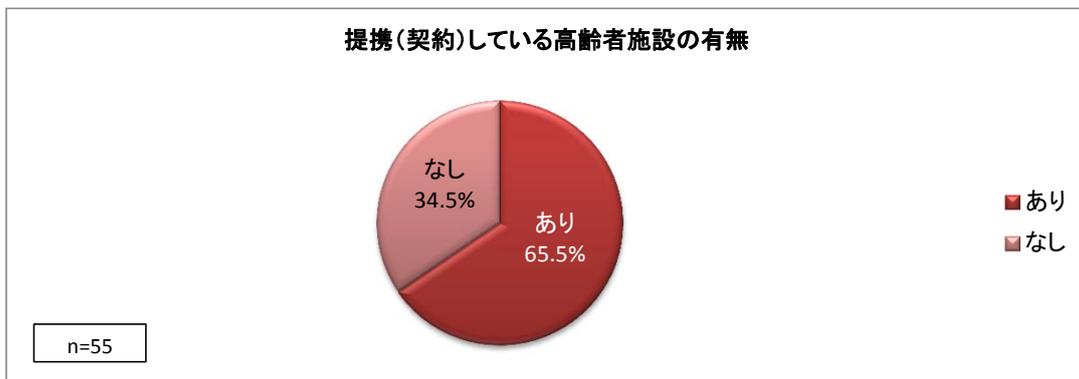
(4) 在宅療養後方支援病院の施設基準の届出

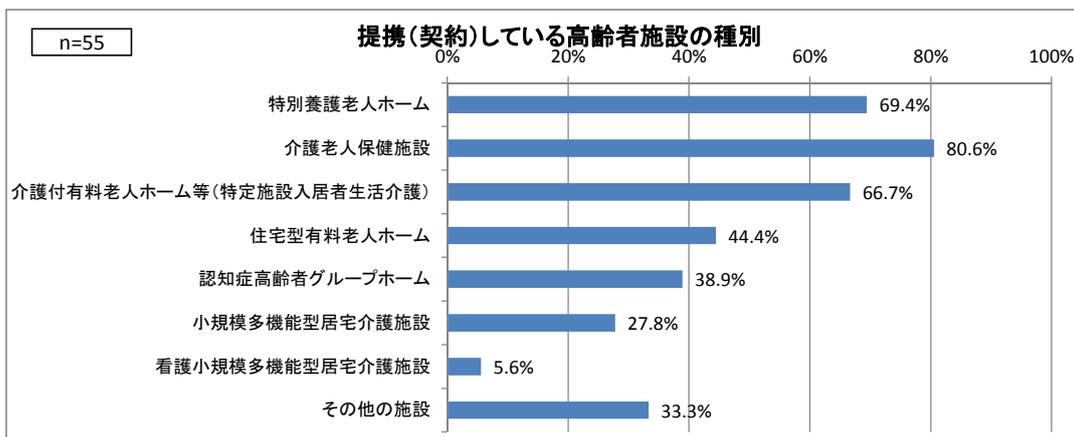
(5) 在宅療養支援病院の施設基準の届出

	在宅療養支援病院の 施設基準の届出あり 10/55 (18.2%)	在宅療養支援病院の 施設基準の届出なし 45/55 (81.8%)
在宅療養後方支援病院の 施設基準の届出あり 5/55 (9.1%)	0/55 (0%)	5/55 (9.1%)
在宅療養後方支援病院の 施設基準の届出なし 50/55 (90.9%)	10/55 (18.2%)	40/55 (72.7%)

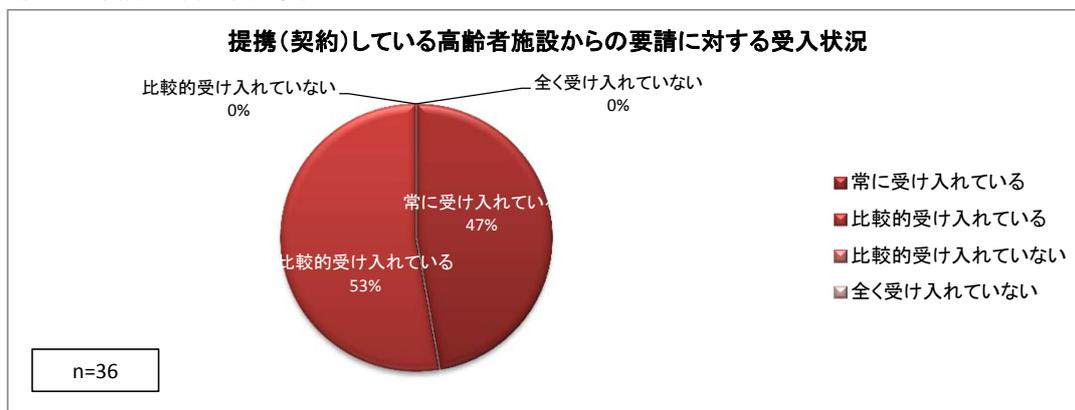
2 高齢者施設との連携について

(1) 急変時の患者受入に関して、提携(契約)している高齢者施設【複数選択可】

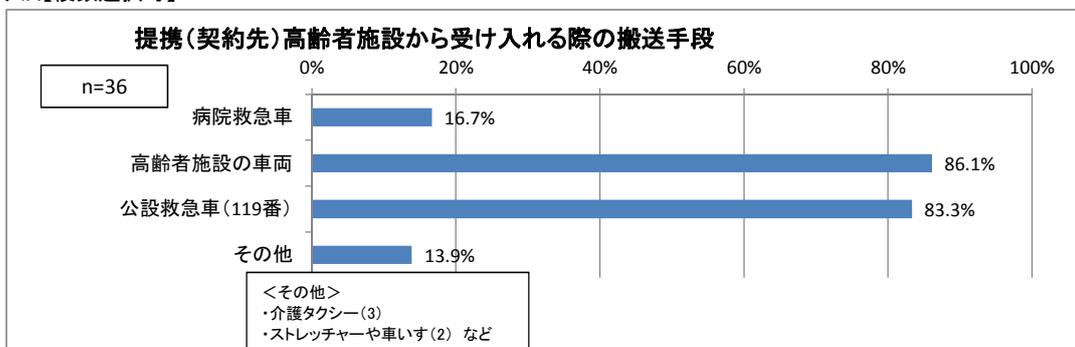




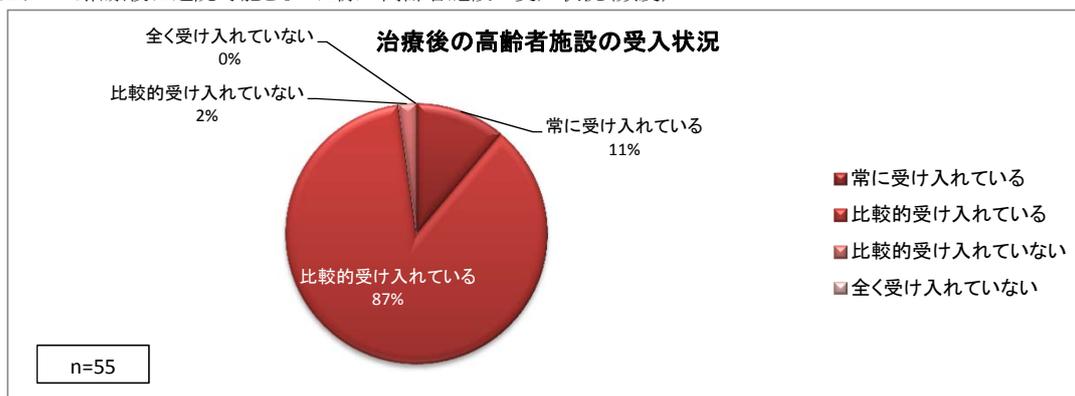
(2) 連携施設からの要請に対する受入状況



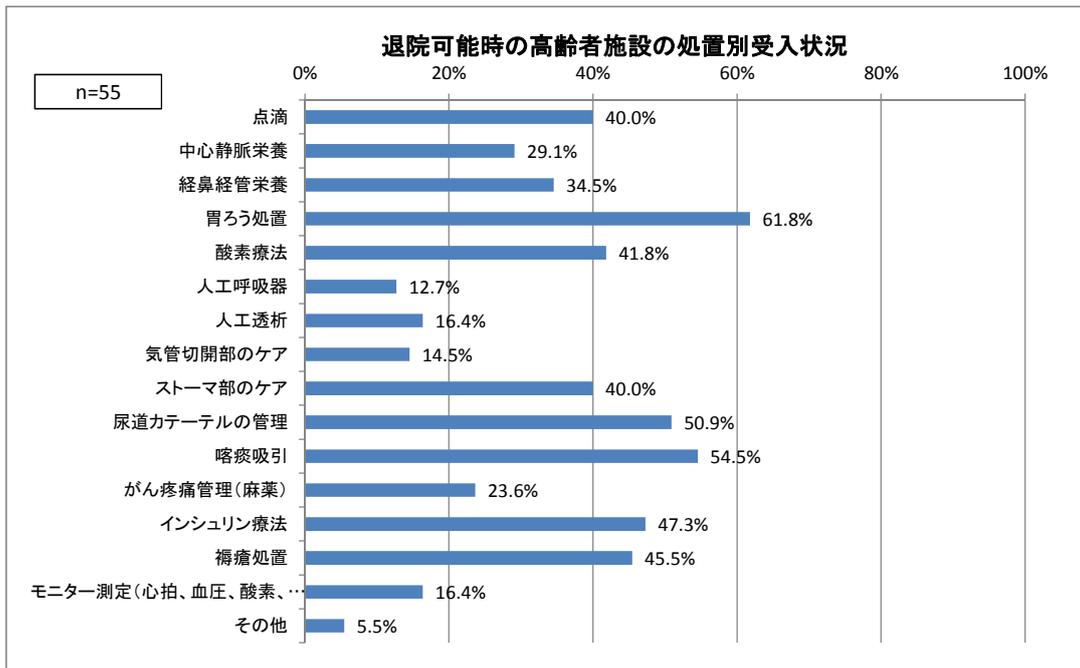
(3) 搬送手段【複数選択可】



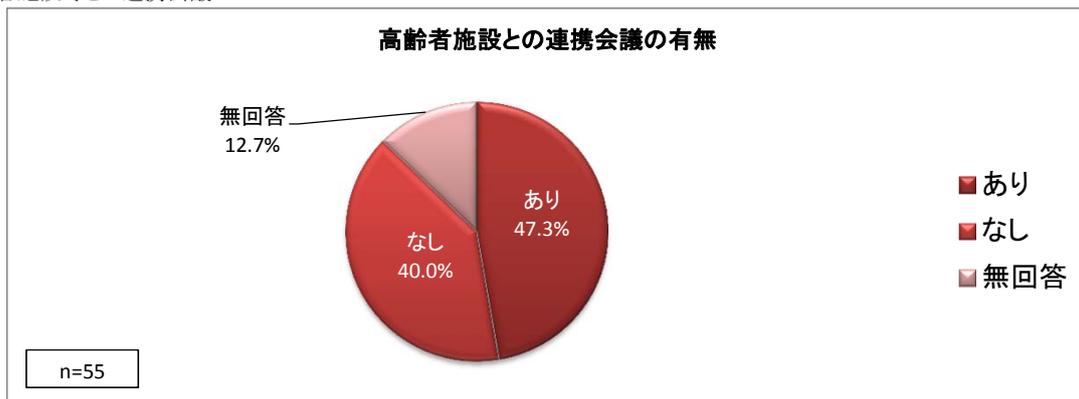
(4) 貴院において治療後に退院可能となった際の高齢者施設の受入状況(頻度)



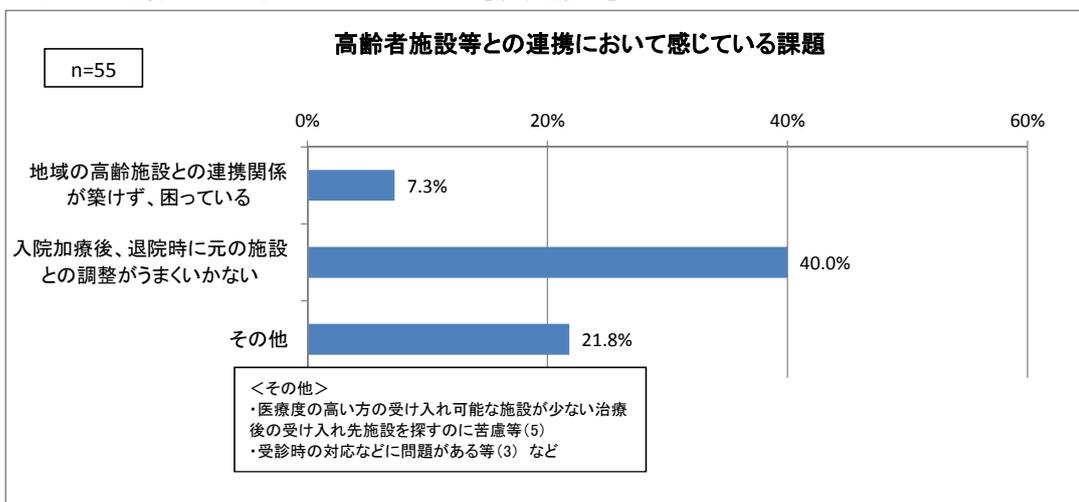
(5) 貴院において治療後に退院可能となった際の高齢者施設の処置別受入状況 (各処置が必要な患者を受け入れる施設があればチェックをつける)【複数選択可】



(6) 高齢者施設等との連携会議



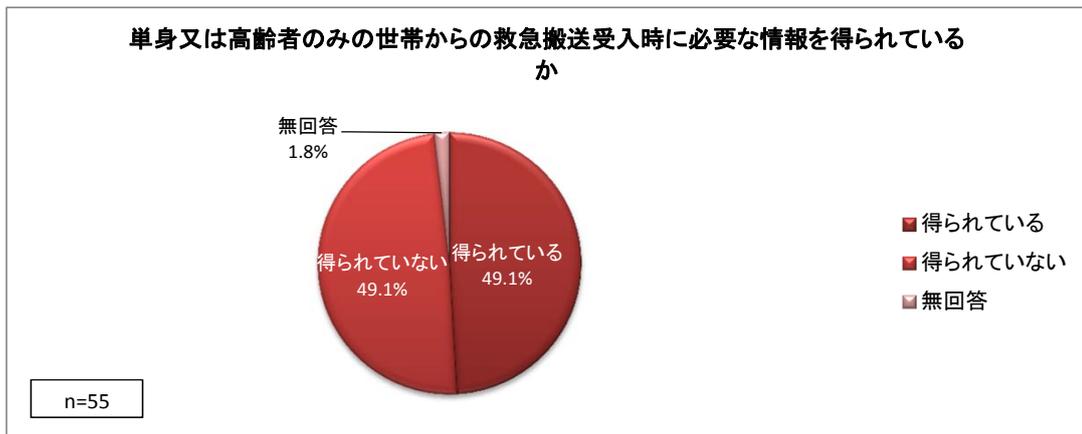
(7) 高齢者施設等との連携において感じている課題について【複数選択可】



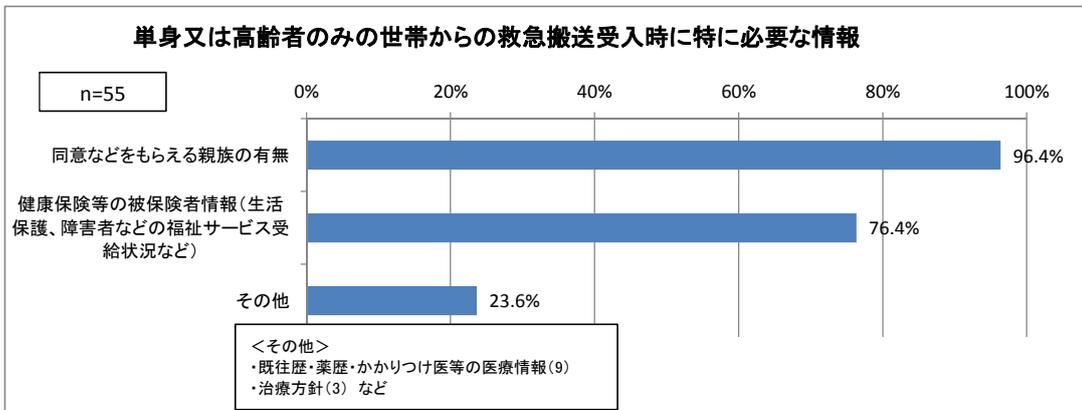
	高齢者施設等との連携に課題を感じている (選択肢1または2を選択) 25/55(45.5%)	高齢者施設等との連携に課題を感じていない (選択肢1、2を非選択) 30/55(54.4%)
高齢者施設等との 連携会議あり 26/55(47.3%)	9/26(34.6%)	15/26(57.7%)
高齢者施設等との 連携会議なし 22/55(40.0%)	14/22(63.6%)	8/22(36.4%)

3 患者情報の収集について

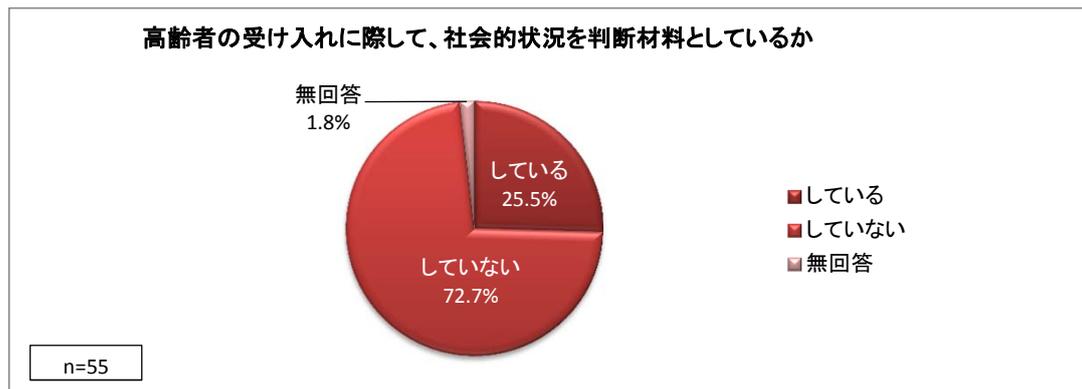
(1) 単身又は高齢者のみの世帯からの救急搬送受入時に必要な情報を得られていますか。



(2) 単身又は高齢者のみの世帯からの救急搬送受入時に特に必要な情報は何か。【複数選択可】

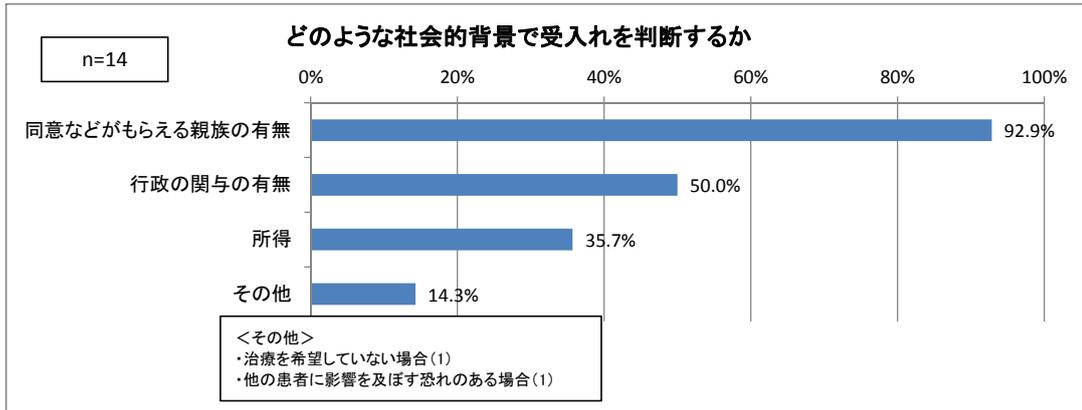


(3) 受け入れに際して、社会的状況を判断材料としますか。



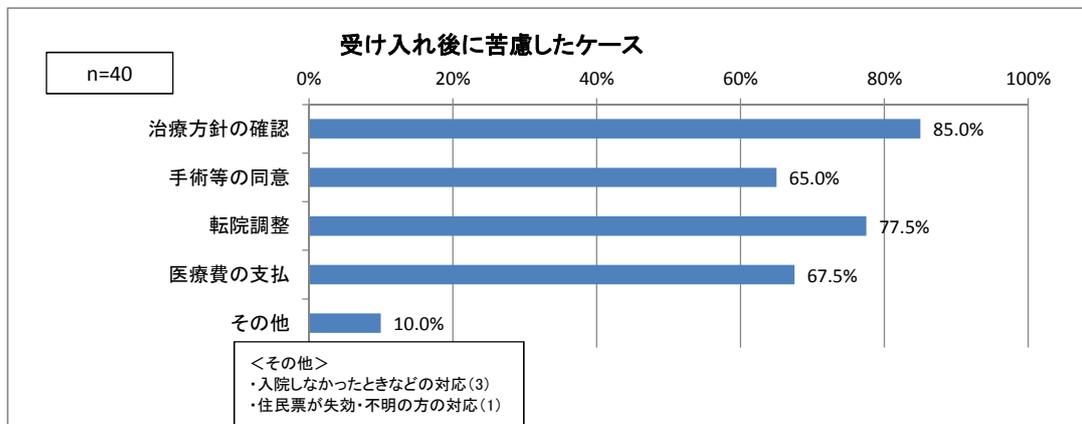
○3(3)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(4) どのような点で判断しますか。【複数選択可】(回答後、設問3(6)へ)

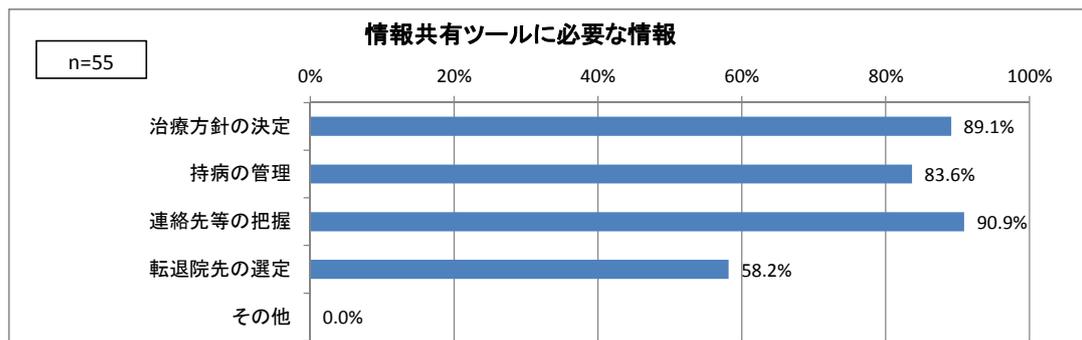
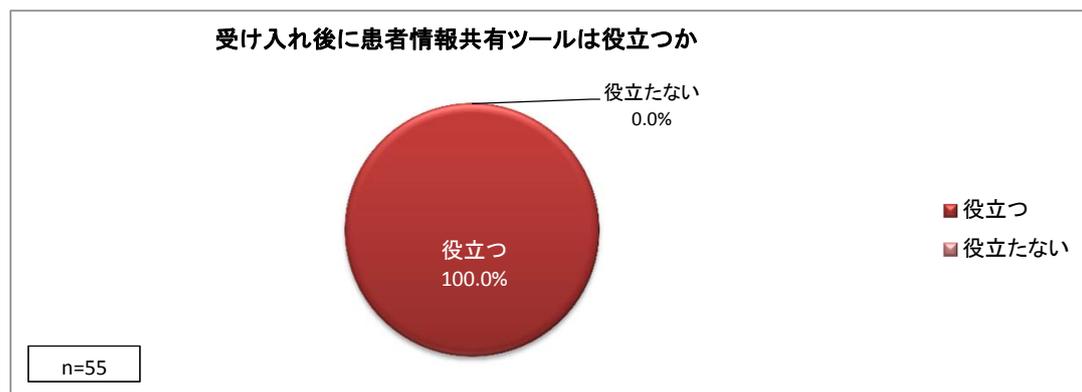


○(3)で2と回答された場合のみ、お答えください。

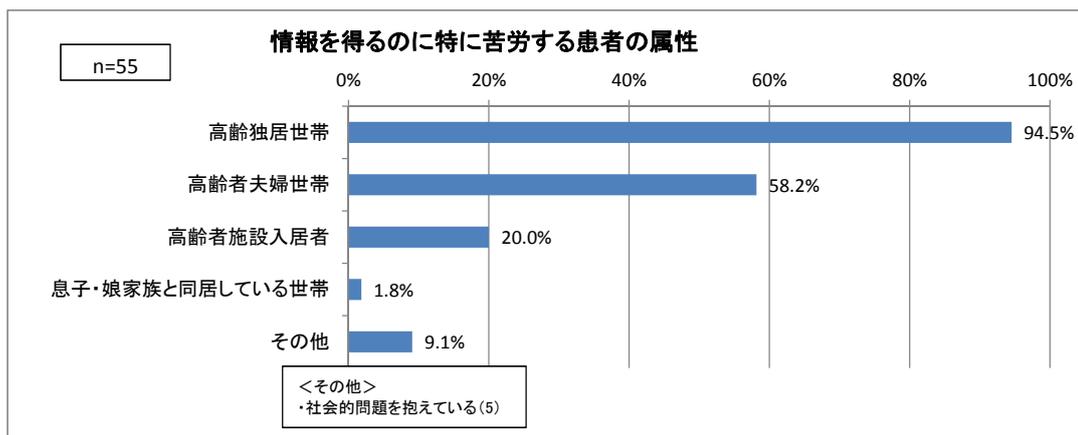
(5) 受け入れ後に苦慮したケースの中で、どのようなことがありますか。【複数選択可】



(6) 受け入れ後に患者情報共有ツールがあった場合、役立ちますか。必要な情報は、何ですか。【必要な情報は、複数選択可】

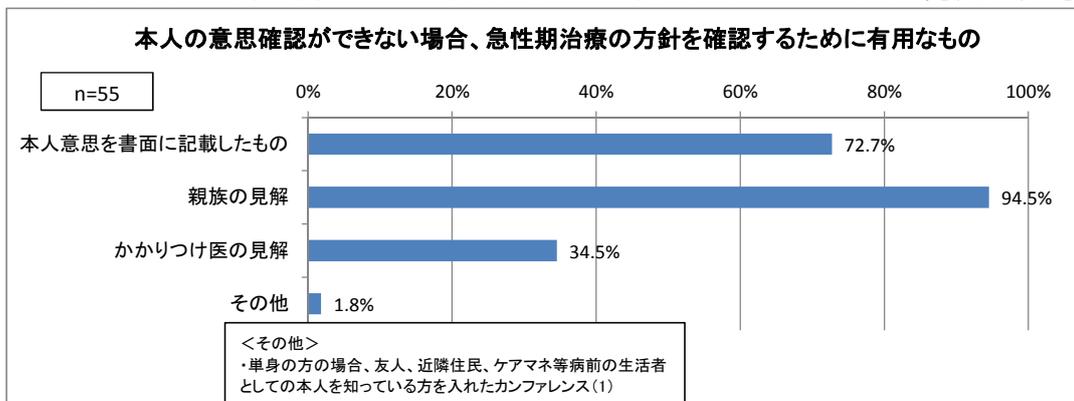


(7) 病院において、情報を得るのに特に苦勞する患者の属性【複数選択可】

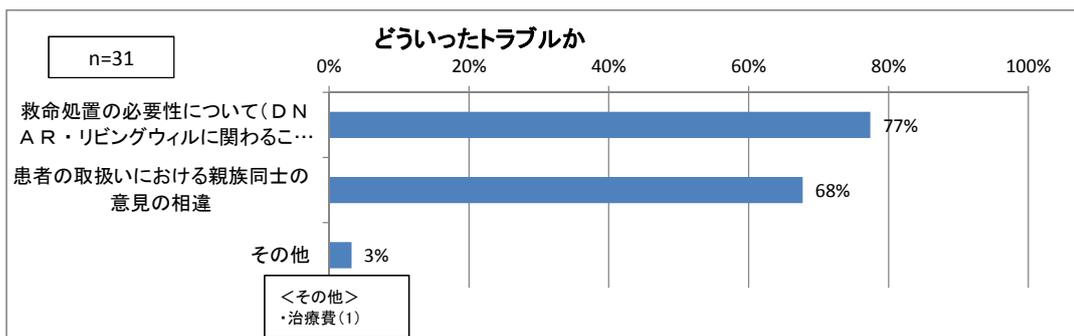
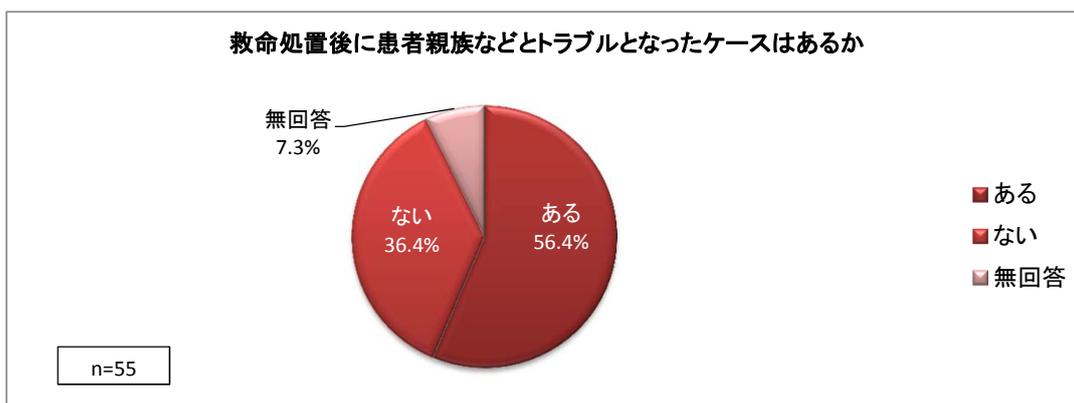


4 高齢者の救急受入後について

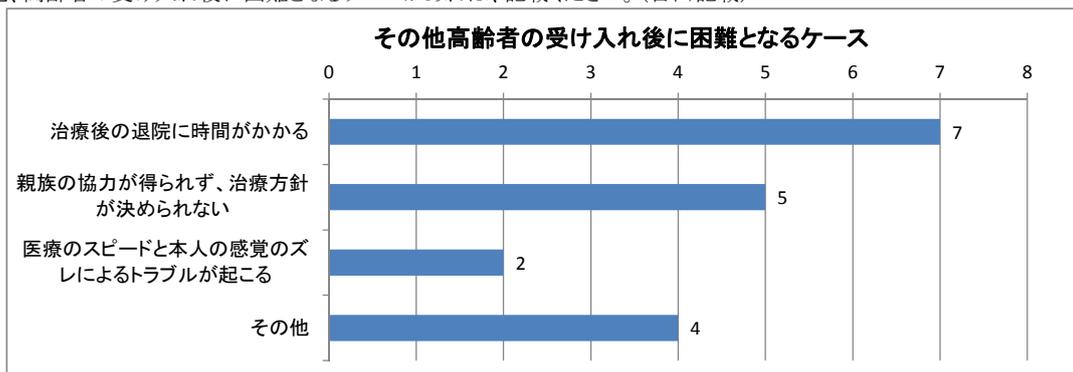
(1) 本人の意思確認ができない場合、急性期治療の方針を確認するためには、どのようなものが有用であるか。【複数選択可】



(2) 救命処置後に患者親族などとトラブルとなったケースがありますか、ある場合はどういったトラブルですか。【トラブル内容は、複数選択可】

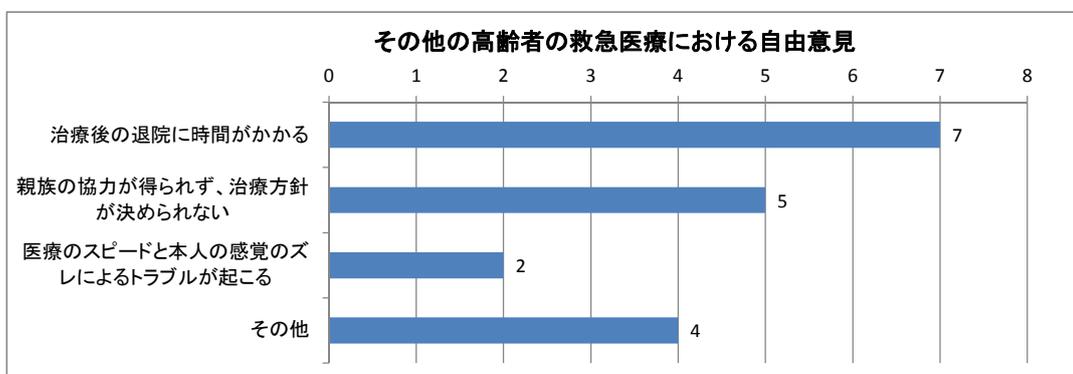


(3) その他、高齢者の受け入れ後に困難となるケースがあれば、記載ください。(自由記載)



5 その他の高齢者の救急医療について

その他の高齢者の救急医療について、御意見等あれば記載ください。(自由記載)記載欄が不足する場合は、別紙により回答可能。



高齢者の救急医療に関するアンケート調査(救急医療機関)

【調査目的】

本調査は、横浜市内の高齢者施設、救急病院及び救急隊におけるそれぞれの立場から、高齢者の救急搬送状況を明らかにし、本市における高齢者救急患者に対する施策を検討することを目的に実施します。
御多忙のところ大変恐縮でございますが、本アンケートに御協力くださいますようお願い申し上げます。
なお、御回答いただいた個々の施設や救急隊が特定されるような集計はいたしません。

【記載方法】

□のなかには、《レ点》を、点線の□の中には数値を、()には文字を記入してください。

病院名			
記入者	所属		
	氏名	連絡先(TEL)	—

1 施設の機能について

(1) 救急医療体制種別【複数選択可】

- 1 横浜市二次救急拠点病院
 2 横浜市病院群輪番制病院
 3 横浜市疾患別救急医療体制(脳疾患、心疾患、外傷(整形外科・脳神経外科))

(2) 地域包括ケア病棟

- 1 あり 床 2 なし

(3) 療養病床

- 1 あり 床 2 なし

(4) 在宅療養後方支援病院の施設基準の届出

- 1 している 2 していない

(5) 在宅療養支援病院の施設基準の届出

- 1 している 2 していない

2 高齢者施設との連携について

(1) 急変時の患者受入に関して、提携(契約)している高齢者施設【複数選択可】

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 あり 施設 | <input type="checkbox"/> 1 特別養護老人ホーム
<input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/> 3 介護付有料老人ホーム等(特定施設入居者生活介護)
<input type="checkbox"/> 4 住宅型有料老人ホーム
<input type="checkbox"/> 5 認知症高齢者グループホーム
<input type="checkbox"/> 6 小規模多機能型居宅介護施設
<input type="checkbox"/> 7 看護小規模多機能型居宅介護施設
<input type="checkbox"/> 8 その他の施設 | <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">施設</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">施設</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">施設</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">施設</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">施設</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">施設</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">施設</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">施設</div> |
| <input type="checkbox"/> 2 なし | | |

(2) 連携施設からの要請に対する受入状況

- 1 常に受け入れている
 2 比較的受け入れている
 3 比較的受け入っていない
 4 全く受け入っていない

(3)搬送手段【複数選択可】

- 1 病院救急車
 2 高齢者施設の車両
 3 公設救急車(119番)
 4 その他 ()

(4)貴院において治療後に退院可能となった際の高齢者施設の受入状況(頻度)

- 1 常に受け入れている
 2 比較的受け入れている
 3 比較的受け入っていない
 4 全く受け入っていない

(5)貴院において治療後に退院可能となった際の高齢者施設の処置別受入状況(各処置が必要な患者を受け入れる施設があればチェックをつける)【複数選択可】

- 点滴 中心静脈栄養 経鼻経管栄養 胃ろう処置 酸素療法
 人工呼吸器 人工透析 気管切開部のケア ストーマ部のケア
 尿道カテーテルの管理 喀痰吸引 がん疼痛管理(麻薬) インシュリン療法
 褥瘡処置 モニター測定(心拍、血圧、酸素、飽和度)
 その他 ()

(6)高齢者施設等との連携会議

- 1 あり 年 回程度
 2 なし

(7)高齢者施設等との連携において感じている課題について【複数選択可】

- 1 地域の高齢施設との連携関係が築けず、困っている。
 2 入院加療後、退院時に元の施設との調整がうまくいかない。
 3 その他 ()

3 患者情報の収集について

(1)単身又は高齢者のみの世帯からの救急搬送受入時に必要な情報を得られていますか。

- 1 得られている
 2 得られていない

(2)単身又は高齢者のみの世帯からの救急搬送受入時に特に必要な情報は何か。【複数選択可】

- 1 同意などをもらえる親族の有無
 2 健康保険等の被保険者情報(生活保護、障害者などの福祉サービス受給状況など)
 3 その他 ()

(3)受け入れに際して、社会的状況を判断材料としますか。

- 1 している(設問3(4)へ)
 2 していない(設問3(5)へ)

○3(3)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(4)どのような点で判断しますか。【複数選択可】(回答後、設問3(6)へ)

- 1 同意などがもらえる親族の有無
 2 行政の関与の有無
 3 所得
 4 その他 ()

○(3)で2と回答された場合のみ、お答えください。

(5)受け入れ後に苦慮したケースの中で、どのようなことがありますか。【複数選択可】

- 1 治療方針の確認
- 2 手術等の同意
- 3 転院調整
- 4 医療費の支払
- 5 その他 ()

(6)受け入れ後に患者情報共有ツールがあった場合、役立ちますか。必要な情報は何か。【必要な情報は、複数選択可】

- 1 役立つ
 - 2 役立たない
- 1 治療方針の決定
 - 2 持病の管理
 - 3 連絡先等の把握
 - 4 転退院先の選定
 - 5 その他 ()

※情報共有ツール

家族やキーパーソンの連絡先、既往症、かかりつけ医、薬歴リストなどの緊急時に役立つ情報を集約し、救急隊や医療機関に対して情報を共有するペーパーやファイルのことをいう。

(7)病院において、情報を得るのに特に苦勞する患者の属性【複数選択可】

- 1 高齢独居世帯
- 2 高齢者夫婦世帯
- 3 高齢者施設入居者
- 4 息子・娘家族と同居している世帯
- 5 その他 ()

4 高齢者の救急受入後について

(1)本人の意思確認ができない場合、急性期治療の方針を確認するためには、どのようなものが有用であるか。【複数選択可】

- 1 本人意思を書面に記載したもの
- 2 親族の見解
- 3 かかりつけ医の見解
- 4 その他 ()

(2)救命処置後に患者親族などとトラブルとなったケースがありますか、ある場合はどういったトラブルですか。【トラブル内容は、複数選択可】

- 1 ある
 - 2 ない
- 1 救命処置の必要性について(DNAR・リビングウィルに関わること)
 - 2 患者の取扱いにおける親族同士の意見の相違
 - 3 その他 ()

(3)その他、高齢者の受け入れ後に困難となるケースがあれば、記載ください。(自由記載)

5 その他の高齢者の救急医療について

その他の高齢者の救急医療について、御意見等あれば記載ください。(自由記載)記載欄が不足する場合は、別紙により回答可能。

御協力ありがとうございました。

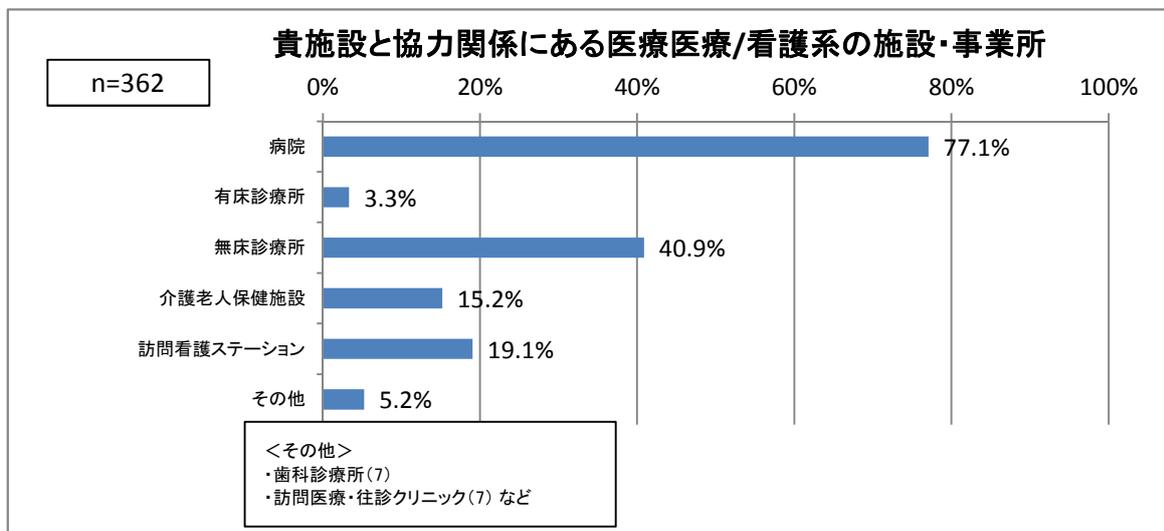
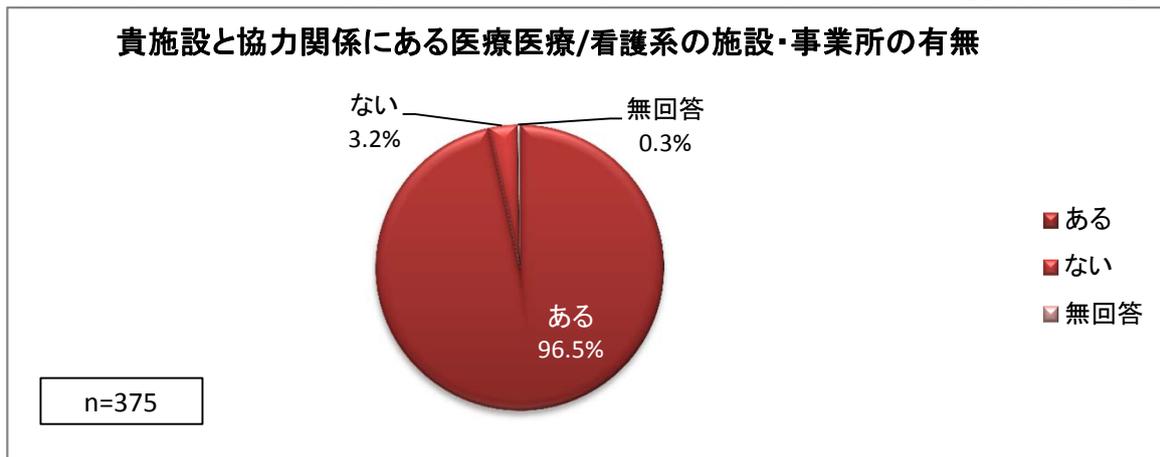
高齢者の救急医療に関するアンケート調査（高齢者施設）結果

1 施設の体制について

(1) 高齢者施設種別

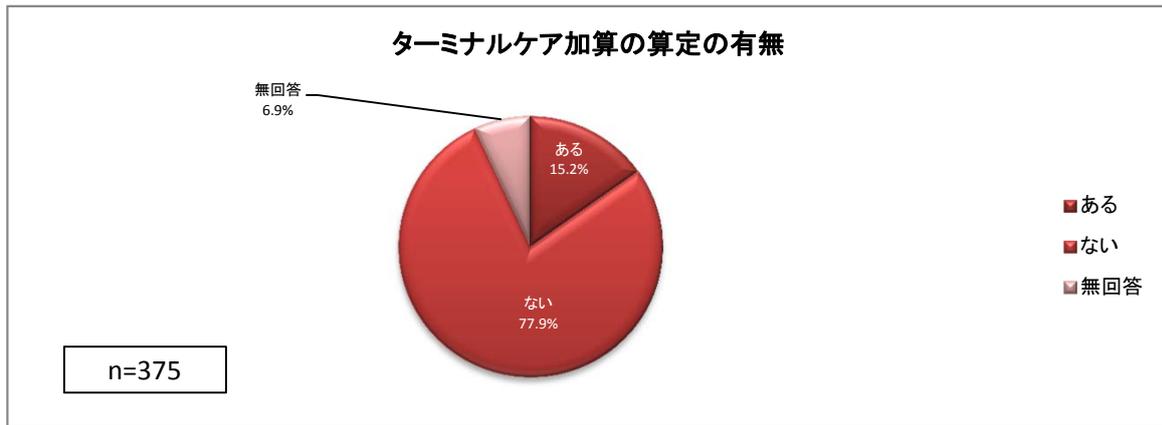
	回答数	施設数	回答率
1 特別養護老人ホーム	94	146	64.4%
2 介護老人保健施設	35	82	42.7%
3 介護付有料老人ホーム等 (特定施設入居者生活介護)	78	150	52.0%
4 住宅型有料老人ホーム	36	73	49.3%
5 認知症高齢者グループホーム	94	294	32.0%
6 小規模多機能型居宅介護施設	32	122	26.2%
7 看護小規模多機能型居宅介護	6	9	66.7%
合計	375	876	42.8%

(5) 貴施設と協力関係にある医療/看護系の施設・事業所の有無（協定・契約施設など）【複数選択可】

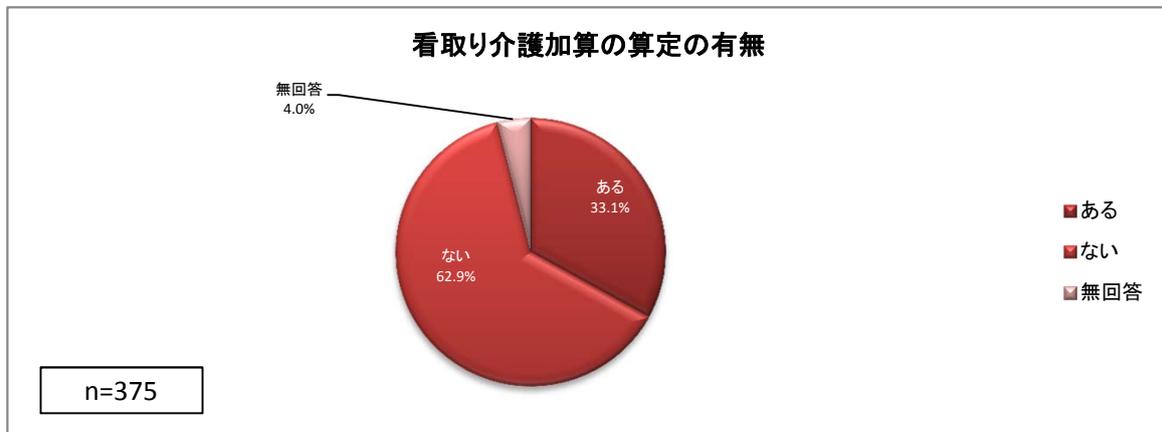


(6) 加算の状況 (平成28年1月～6月)

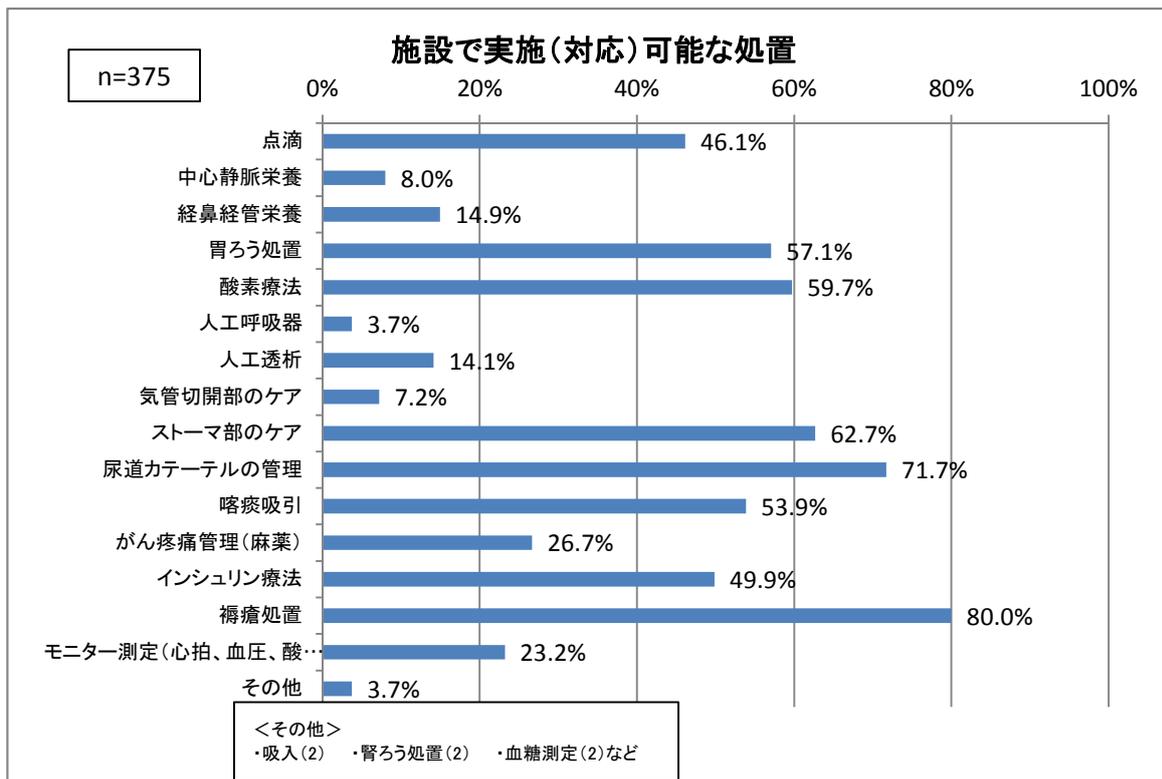
・ターミナルケア加算の算定の有無



・看取り介護加算の算定の有無

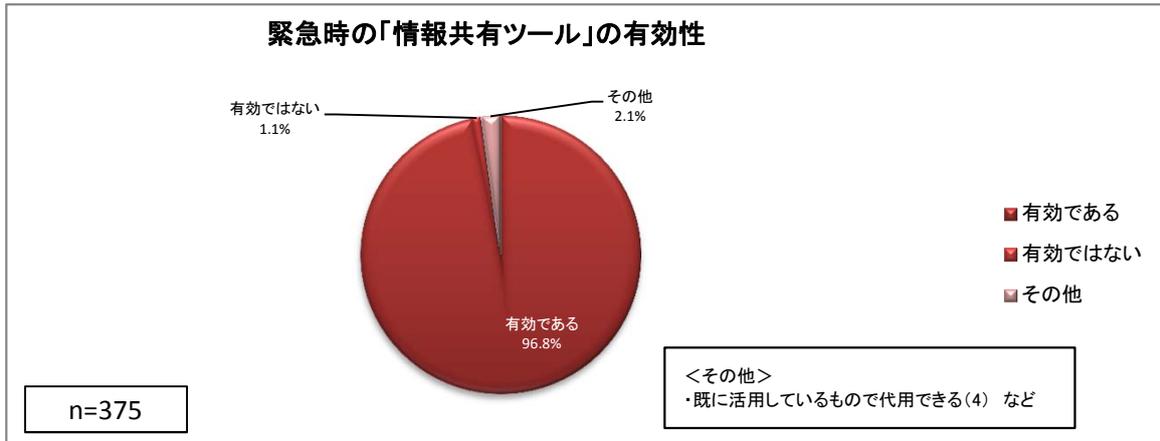


(7) 施設で実施(対応)可能な処置【複数選択可】

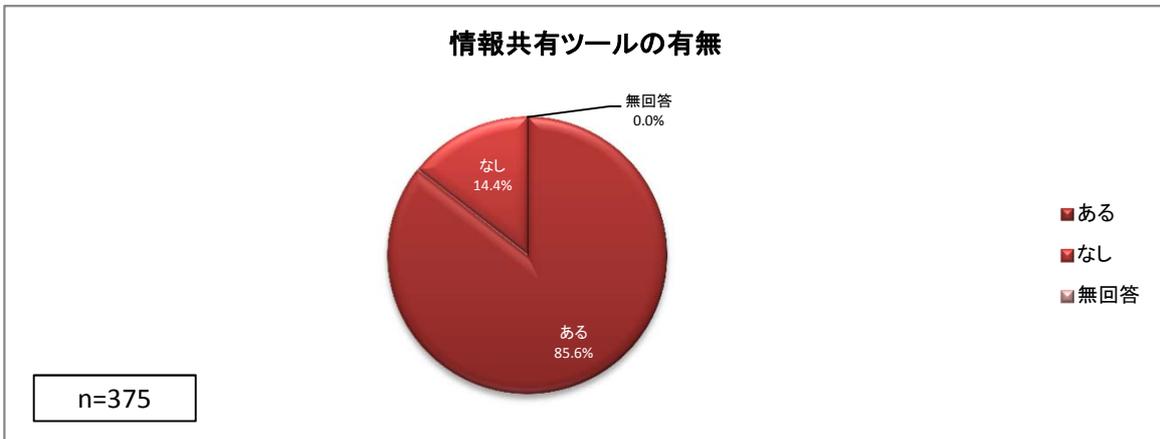


2 患者情報の把握について

(1) 緊急時に入所者等の情報を把握する目的の情報共有ツール(以下、「情報共有ツール」という。)の有効性についてどう考えますか。

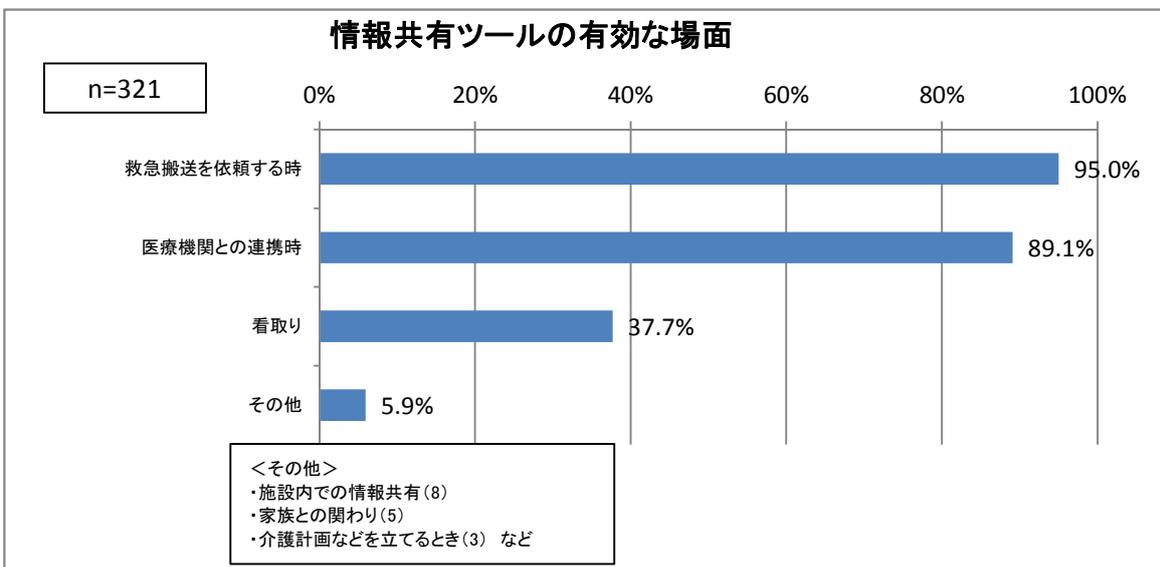


(2) 情報共有ツールの有無

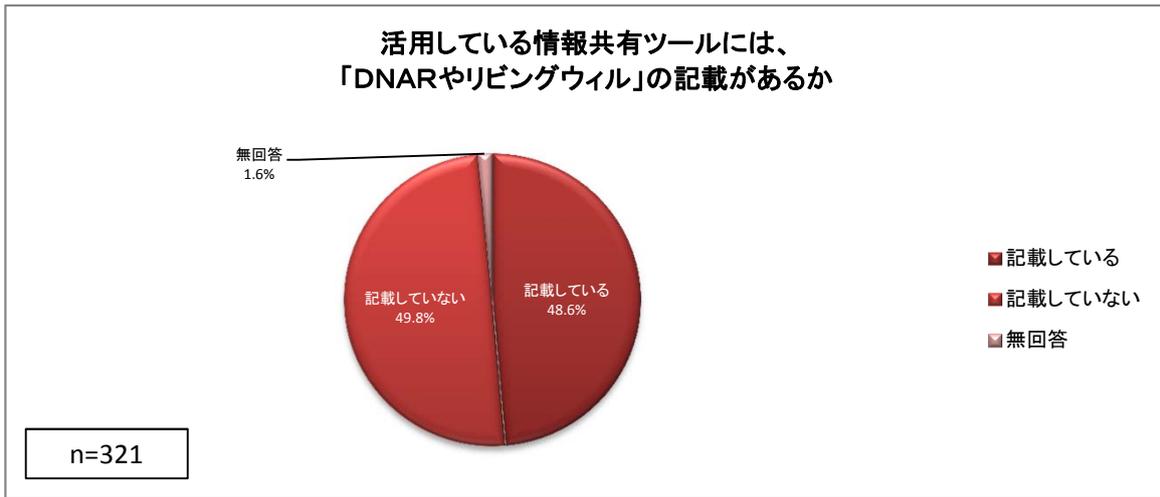


○以下、2(2)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(3) 情報共有ツールは、どのような場面で有効と考えますか。【複数選択可】

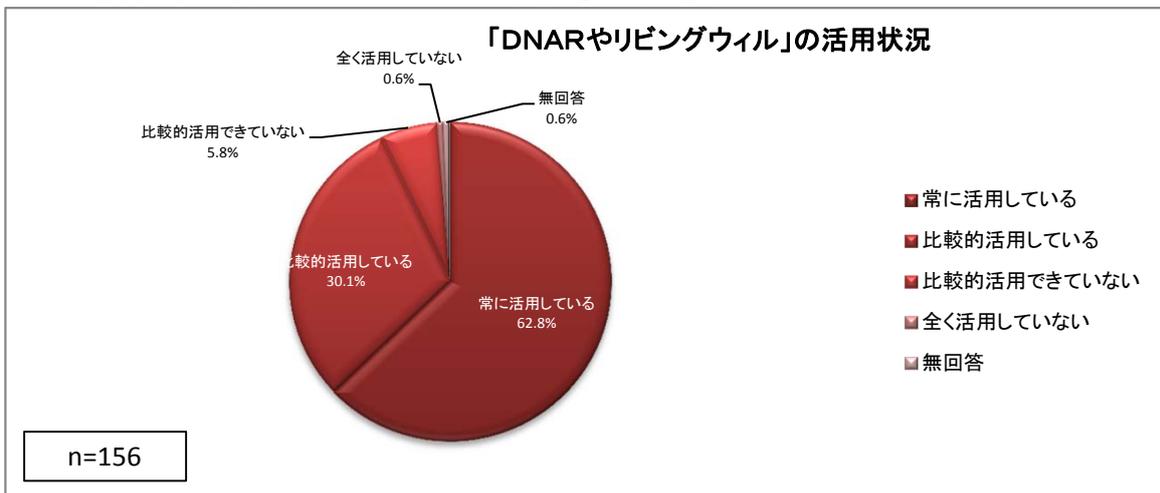


(4) 貴施設で活用されているツールには、「DNARやリビングウィル」を記載していますか。



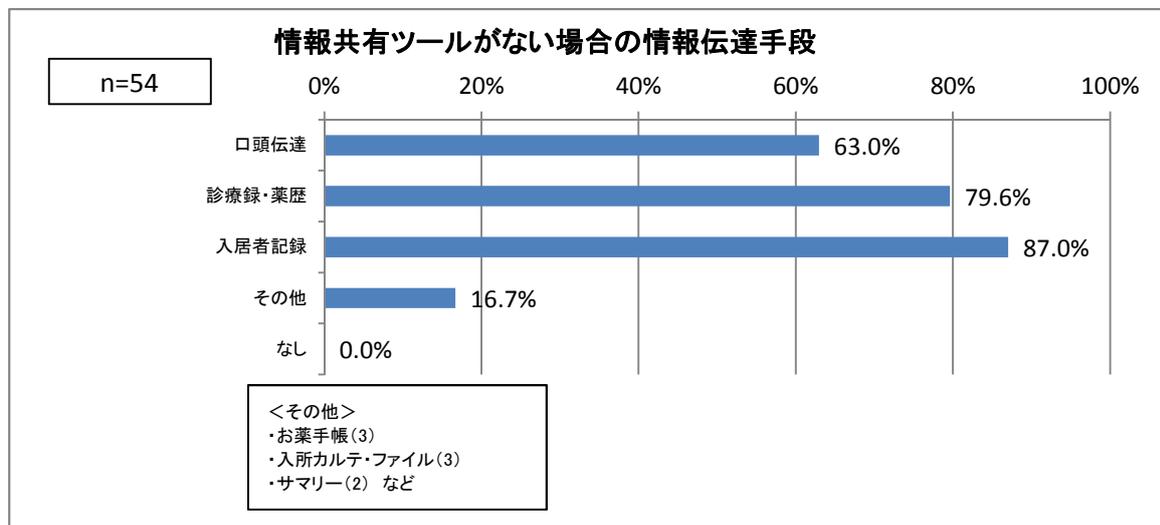
○2(4)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(5) 急変した入所者等に対する「DNARやリビングウィル」の活用状況



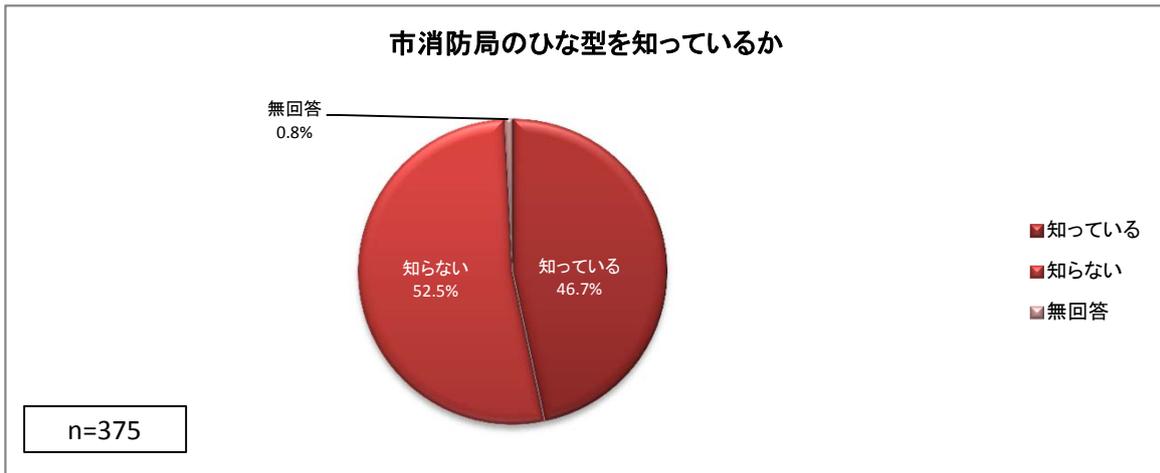
○2(2)で2と回答された場合のみ、お答えください。

(6) 情報共有ツールがない場合、どのような手段で情報伝達していますか。【複数選択可】

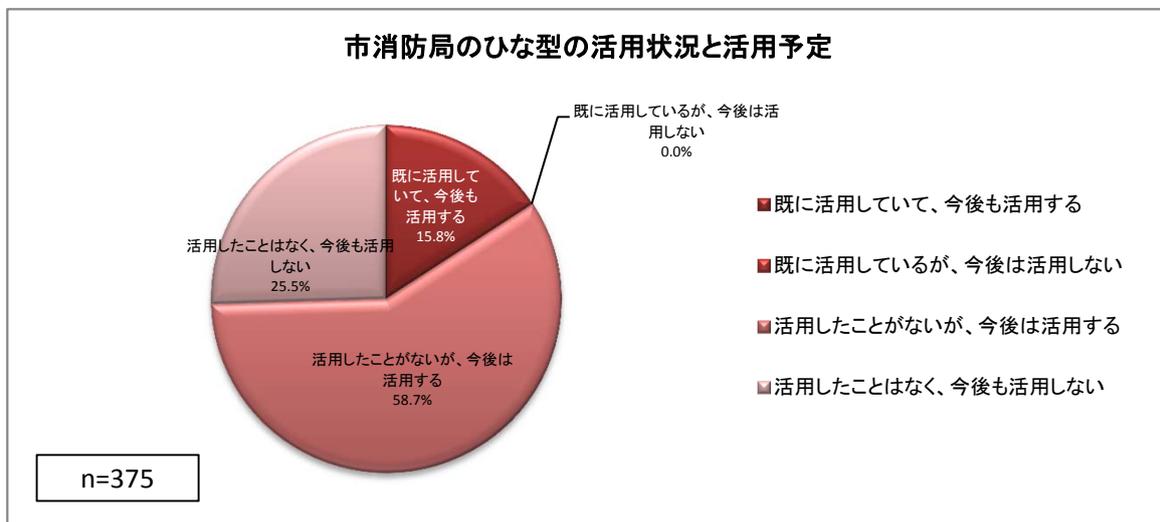


○以下、全ての施設において、お答えください。

(7) 市消防局で作っているひな型(別添)があることを知っていますか。

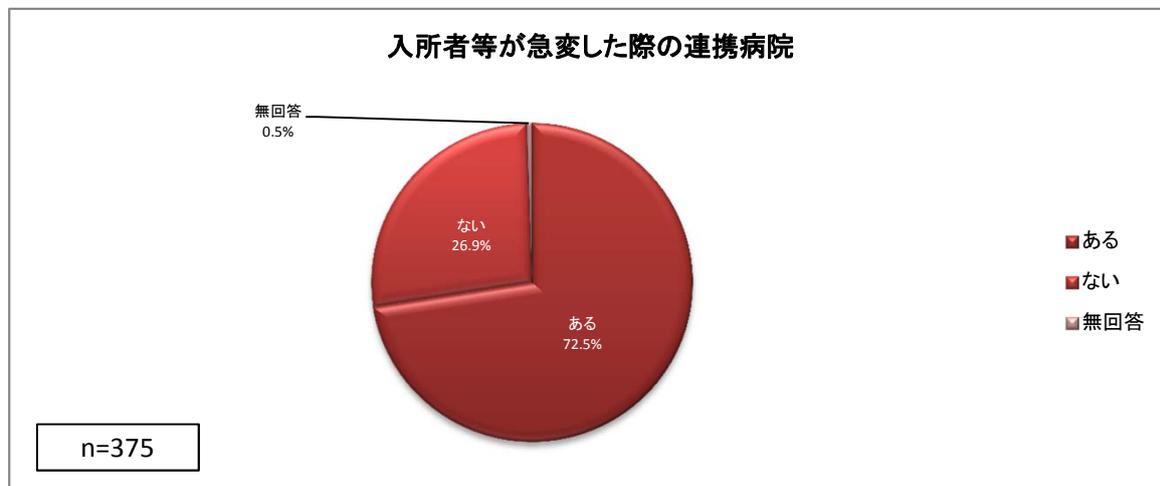


(8) 市消防局で作っているひな型(別添)を活用したことがありますか。また、今後活用したいと思いますか。



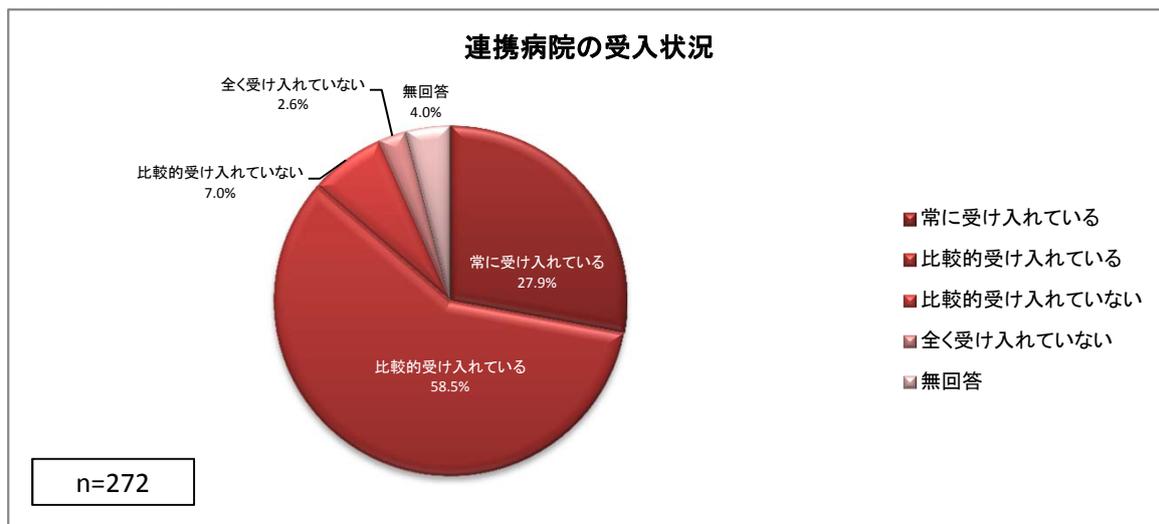
3 入所者等の体調が悪くなった時の対応について

(1) 貴施設の入所者等が急変した場合の救急受入や、入院患者の退院時の施設受入などで連携している病院(以下、「連携病院」という。)の有無について

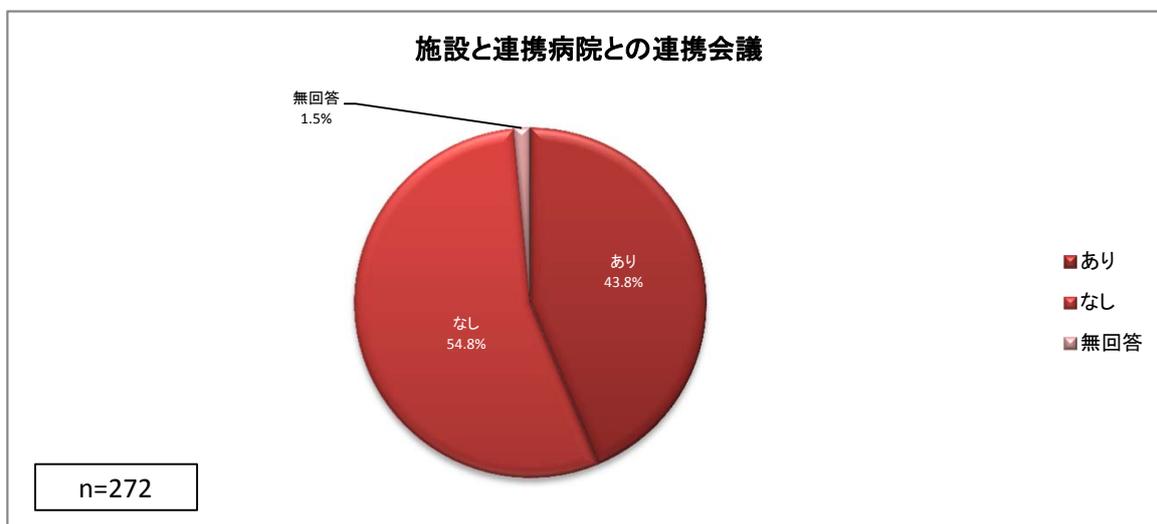


○以下、3(1)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(2) 連携病院の受入状況

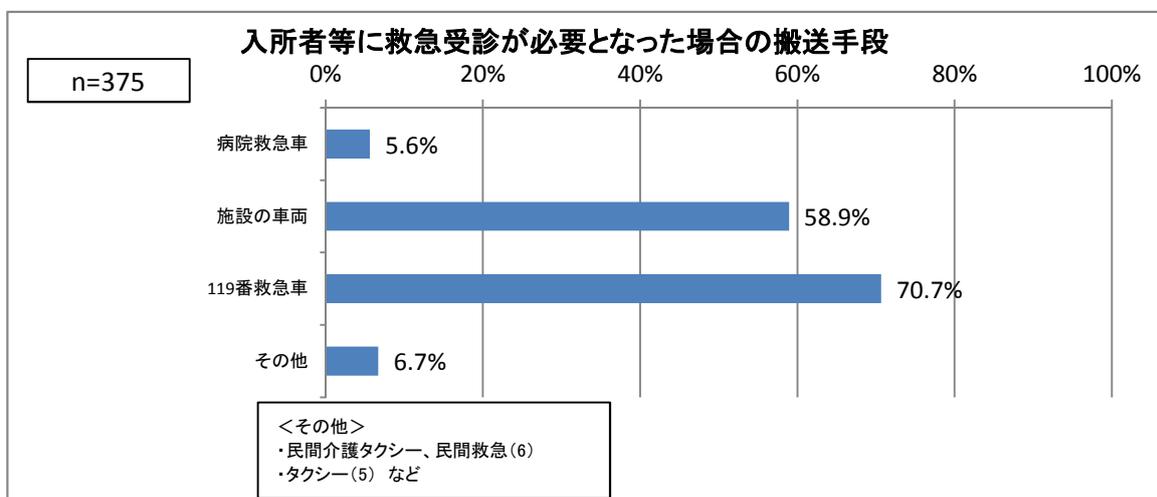


(3) 貴施設と連携病院との連携会議等

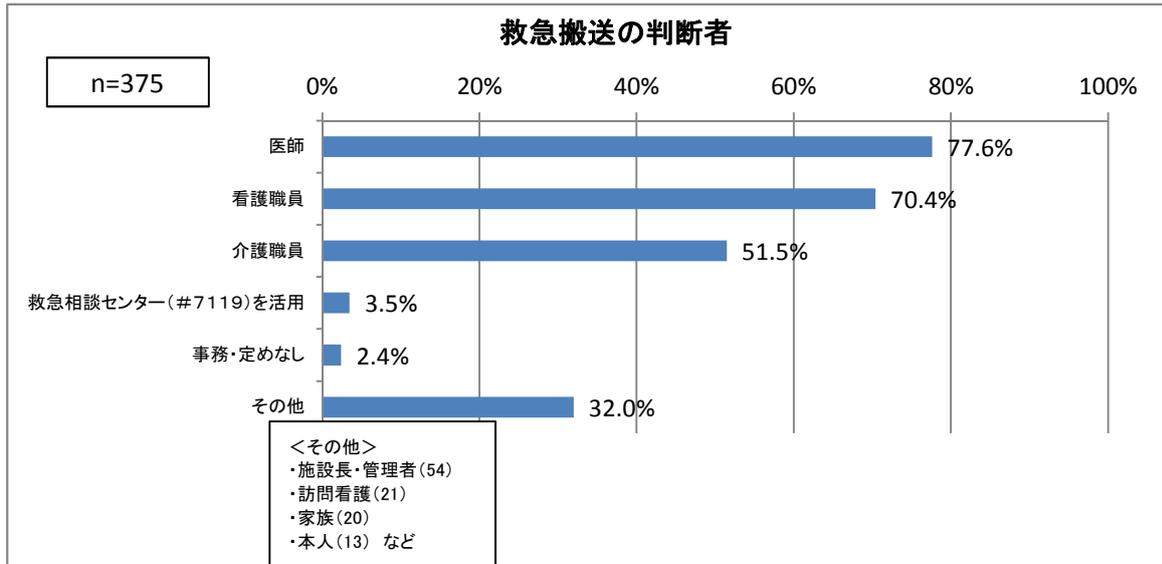


○以下、全ての施設において、お答えください。

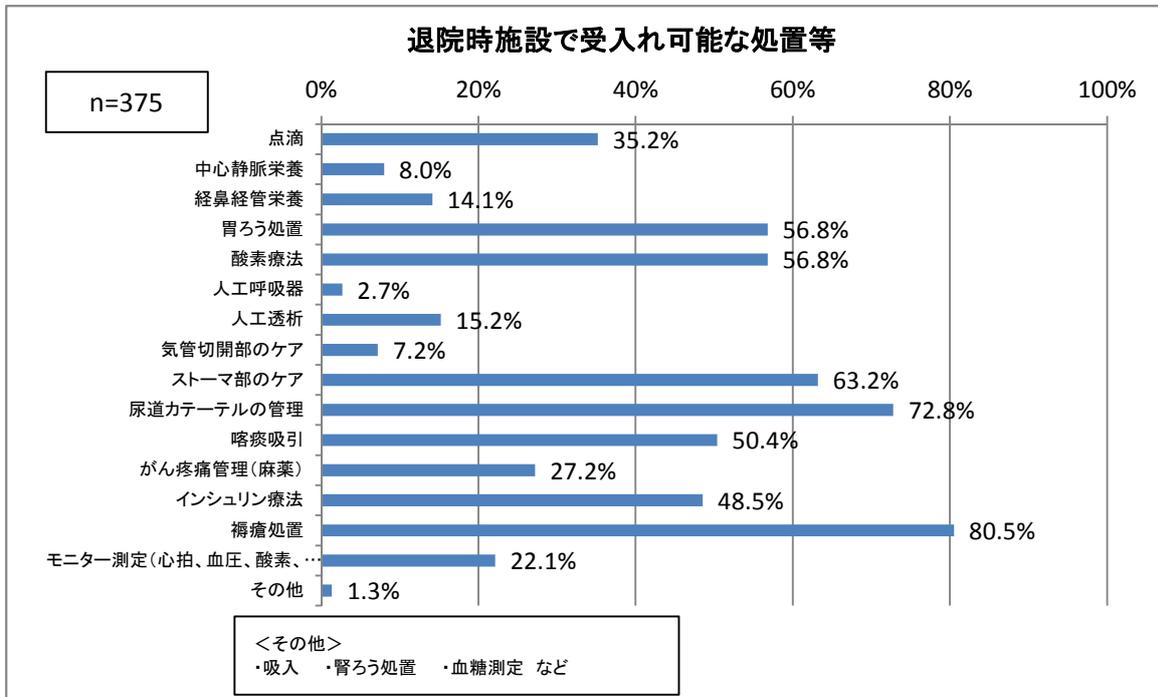
(4) 入所者等に救急受診が必要となった場合の搬送手段ごとの件数の実績(平成28年1月～6月)



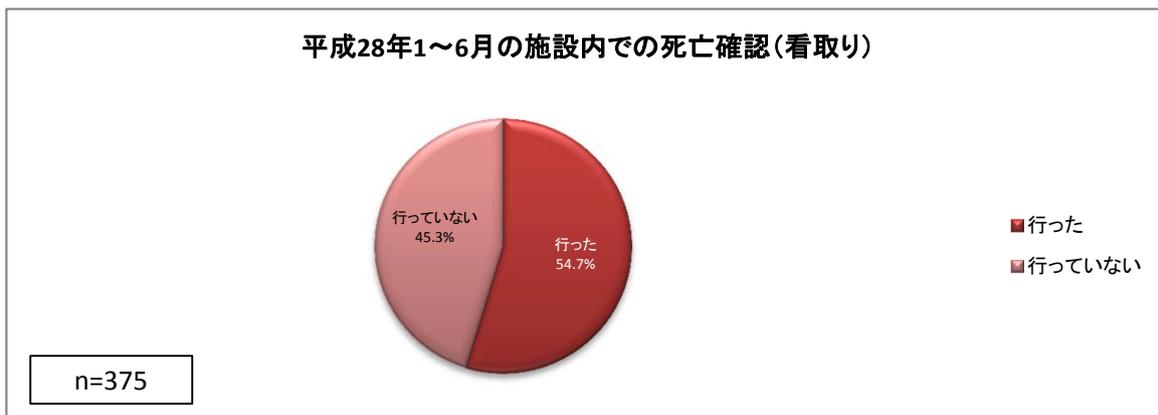
(5) 救急搬送の判断者【複数選択可】



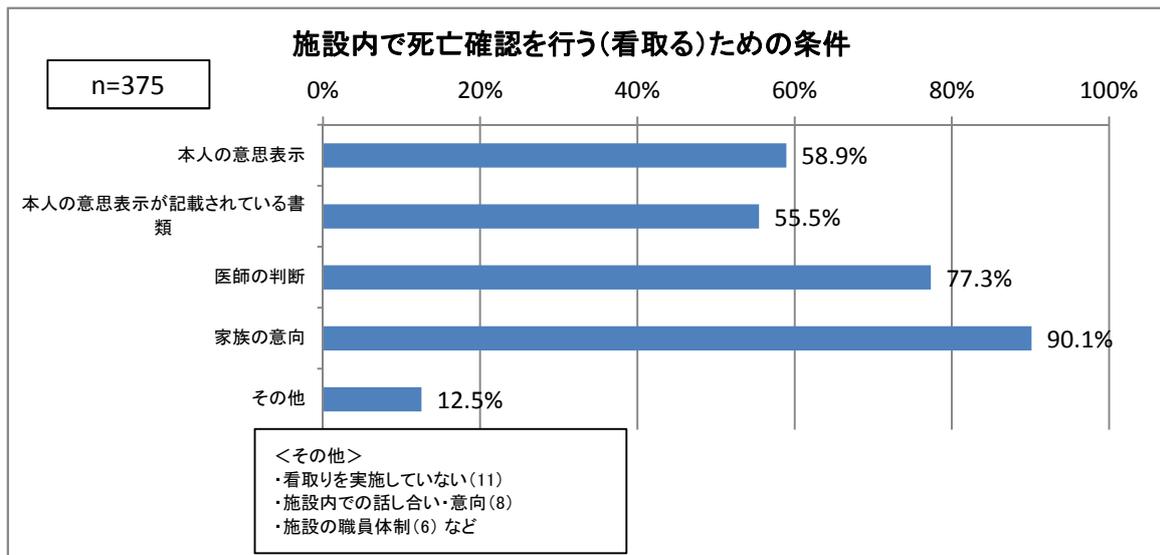
(6) 救急病院に搬送した患者が、退院可能となった際の施設で受入れ可能な処置等【複数選択可】



(7) 施設内での死亡確認を行った(看取った)人数(平成28年1～6月)

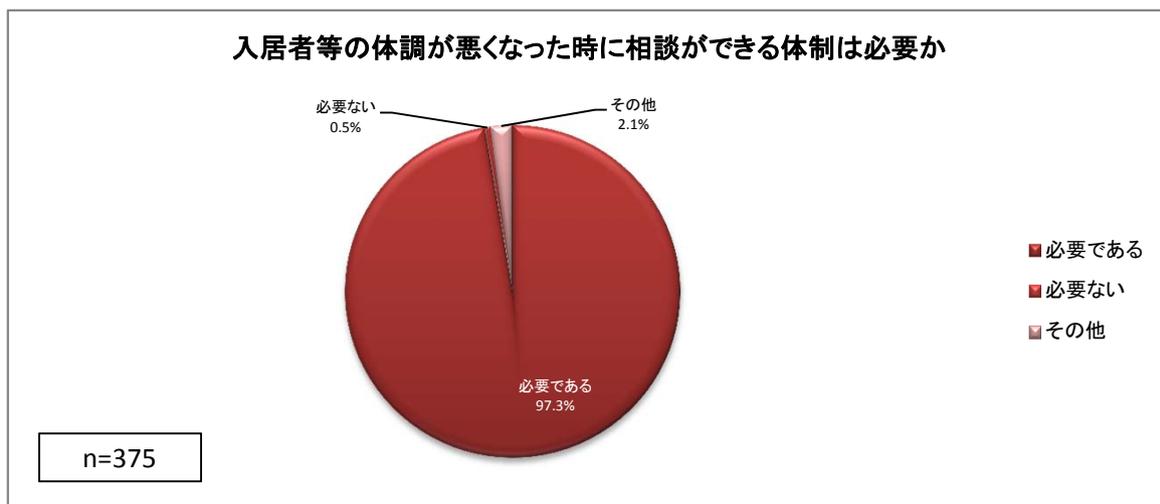


(8) 施設内で死亡確認を行う(看取る)ための条件は何ですか。【複数選択可】

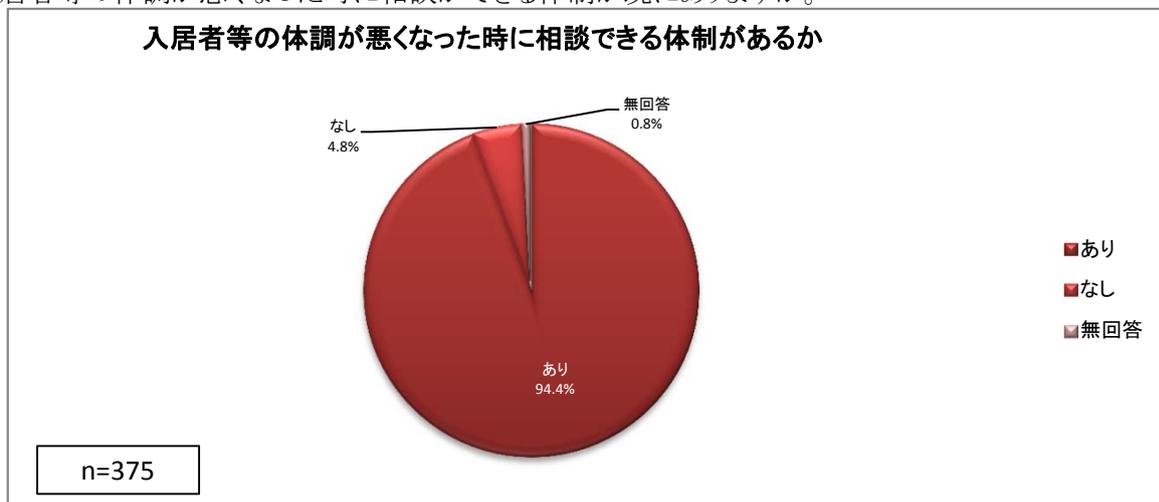


4 入居者等の体調が悪くなった時の相談体制について

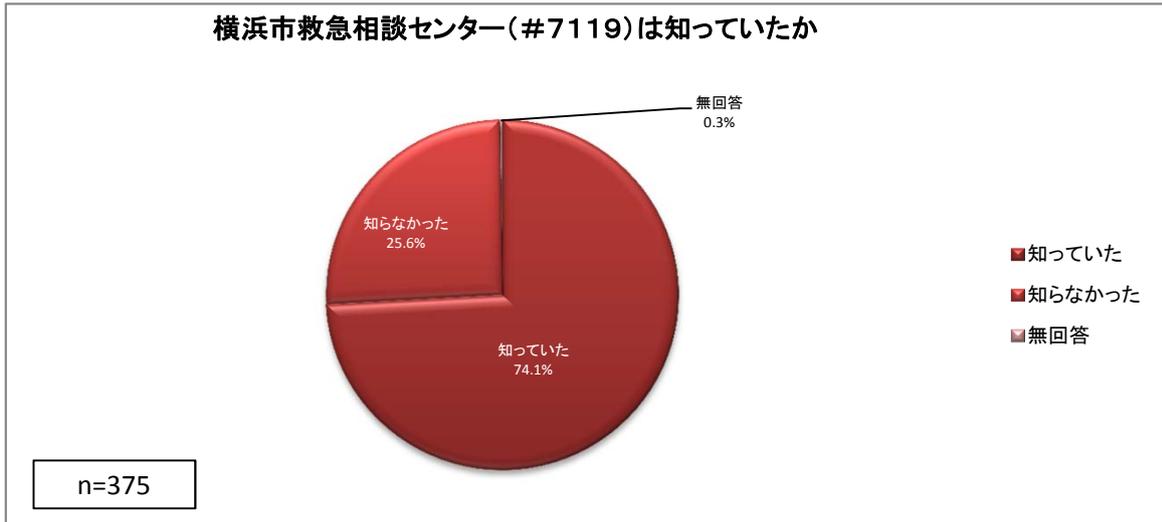
(1) 入居者等の体調が悪くなった時に相談ができる体制は必要と考えますか。



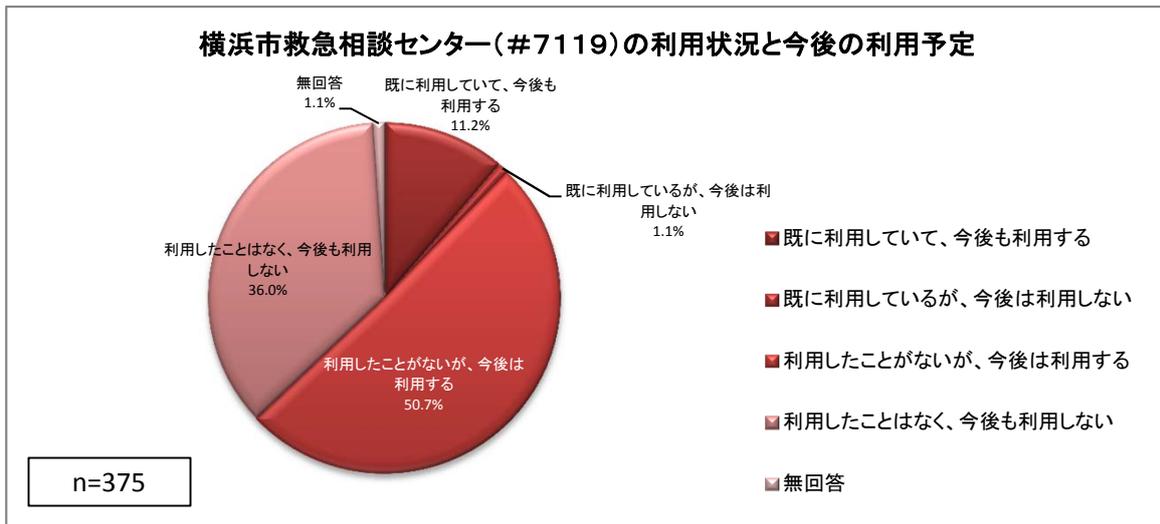
(2) 入居者等の体調が悪くなった時に相談ができる体制が既にありますか。



(3) 横浜市救急相談センター（#7119）は知っていましたか。



(4) 入居者等の体調が（救急車を呼ぶかどうか迷う程度に）悪くなった時などに横浜市救急相談センター（#7119）を利用したことがありますか。また、今後利用したいと思いますか。



高齢者の救急医療に関するアンケート調査（高齢者施設）

【調査目的】

本調査は、横浜市内の高齢者施設、救急病院及び救急隊におけるそれぞれの立場から、高齢者の救急搬送状況を明らかにし、本市における高齢者救急患者に対する施策を検討することを目的に実施します。御多忙のところ大変恐縮でございますが、本アンケートに御協力くださいますようお願い申し上げます。なお、御回答いただいた個々の施設や救急隊が特定されるような集計はいたしません。

【記載方法】

□のなかには、《レ点》を、点線の□の中には数値を、()には文字を記入してください。設問中に指定がない限り、平成28年4月1日現在の状況で回答してください。

施設名				
記入者	所属			
	氏名	連絡先(TEL)	—	

1 施設の体制について

(1) 高齢者施設種別

- 1 特別養護老人ホーム
 2 介護老人保健施設
 3 介護付有料老人ホーム等(特定施設入居者生活介護)
 4 住宅型有料老人ホーム
 5 認知症高齢者グループホーム
 6 小規模多機能型居宅介護施設
 7 看護小規模多機能型居宅介護

(2) 入所者等の数(施設定員) 人 (人)

※「入所者等」は「入所者・入居者・利用者」を指す。

(3) 施設と関わっている医師の状況【1、3について、複数選択可】

- 1 日中出勤日 頻度 毎週 隔週 月1回
曜日 日 月 火 水 木 金 土
- 2 急変時の対応 24時間対応
(直接・オンコール) 平日昼間のみ対応
 相談体制なし
 その他 ()
- 3 専門分野 内科系 外科系 整形外科 精神科 心療内科
 神経内科 リハビリテーション科
 その他 ()

(4) 看護師の配置状況(オンコール)

- | | | | | | |
|--------|----------------------|---|---|----------------------|----|
| 1 平日日中 | <input type="text"/> | 人 | (| <input type="text"/> | 人) |
| 2 休日日中 | <input type="text"/> | 人 | (| <input type="text"/> | 人) |
| 3 夜間 | <input type="text"/> | 人 | (| <input type="text"/> | 人) |

(5) 貴施設と協力関係にある医療/看護系の施設・事業所の有無(協定・契約施設など)【複数選択可】

- 1 ある { 病院 有床診療所 無床診療所
 介護老人保健施設 訪問看護ステーション
 2 ない { その他 ())

(6) 加算の状況(平成28年1月～6月)

・ターミナルケア加算の算定の有無

- 1 ある (算定人数 人)
 2 ない

・看取り介護加算の算定の有無

- 1 ある (算定人数 人)
 2 ない

(7) 施設で実施(対応)可能な処置【複数選択可】

- 点滴 中心静脈栄養 経鼻経管栄養 胃ろう処置 酸素療法
 人工呼吸器 人工透析 気管切開部のケア ストーマ部のケア
 尿道カテーテルの管理 喀痰吸引 がん疼痛管理(麻薬) インシュリン療法
 褥瘡処置 モニター測定(心拍、血圧、酸素、飽和度)
 その他 ())

2 患者情報の把握について

(1) 緊急時に入所者等の情報を把握する目的の情報共有ツール(以下、「情報共有ツール」という。)の有効性についてどう考えますか。

- 1 有効である。
 2 有効ではない。
 3 その他 ())

※情報共有ツール

家族やキーパーソンとの連絡先、既往症、かかりつけ医、薬歴リストなどの緊急時に役立つ情報を集約し、救急隊や医療機関に対して情報を共有するペーパーやファイルのことをいう。

(2) 情報共有ツールの有無

- 1 ある(設問2(3)へ)
 2 なし(設問2(6)へ)

○以下、2(2)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(3) 情報共有ツールは、どのような場面で有効と考えますか。【複数選択可】

- 1 救急搬送を依頼する時
- 2 医療機関との連携時
- 3 看取り
- 4 その他 ()

(4) 貴施設で活用されているツールには、「DNARやリビングウィル」を記載していますか。

- 1 記載している(設問2(5)へ)
- 2 記載していない(設問2(7)へ)

※DNAR(do not attempt resuscitation) <日本救急医学会HPより引用>

患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと。

※事前指示書(リビングウィル) <厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書(H26.3)」より引用>

自身が治療の選択について自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかあるいは受けたくないか、自分で判断できなくなった場合に備えて代わりに誰に判断してもらいたいかをあらかじめ記載する書面

○2(4)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(5) 急変した入所者等に対する「DNARやリビングウィル」の活用状況

- 1 常に活用している
- 2 比較的活用している。
- 3 比較的活用できていない。
- 4 全く活用していない。

} 設問2(7)へ

○2(2)で2と回答された場合のみ、お答えください。

(6) 情報共有ツールがない場合、どのような手段で情報伝達していますか。【複数選択可】

- 1 口頭伝達
- 2 診療録・薬歴
- 3 入居者記録
- 4 その他 ()
- 5 なし

○以下、全ての施設において、お答えください。

(7) 市消防局で作っているひな型(別添)があることを知っていますか。

- 1 知っている
- 2 知らない

(8) 市消防局で作っているひな型(別添)を活用したことがありますか。また、今後活用したいと思いますか。

- 1 既に活用していて、今後も活用する。
- 2 既に活用しているが、今後は活用しない。
- 3 活用したことがないが、今後は活用する。
- 4 活用したことはなく、今後は活用しない。

3 入所者等の体調が悪くなった時の対応について

(1) 貴施設の入所者等が急変した場合の救急受入や、入院患者の退院時の施設受入などで連携している病院(以下、「連携病院」という。)の有無について

1 ある(設問3(2)へ)

病院名

2 ない(設問3(4)へ)

○以下、3(1)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(2) 連携病院の受入状況

- 1 常に受け入れている
- 2 比較的受け入れている
- 3 比較的受け入れていない
- 4 全く受け入れていない

(3) 貴施設と連携病院との連携会議等

- 1 あり 年 回
- 2 なし

○以下、全ての施設において、お答えください。

(4) 入所者等に救急受診が必要となった場合の搬送手段ごとの件数の実績(平成28年1月～6月)

- 1 病院救急車 (搬送件数 件)
- 2 施設の車両 (搬送件数 件)
- 3 119番救急車 (搬送件数 件)
- 4 その他 () (搬送件数 件)

(5) 救急搬送の判断者【複数選択可】

- 1 医師
- 2 看護職員
- 3 介護職員
- 4 救急相談センター(#7119)を活用
- 5 事務・定めなし
- 6 その他 ()

(6) 救急病院に搬送した患者が、退院可能となった際の施設で受入れ可能な処置等【複数選択可】

- 点滴 中心静脈栄養 経鼻経管栄養 胃ろう処置 酸素療法
- 人工呼吸器 人工透析 気管切開部のケア ストーマ部のケア
- 尿道カテーテルの管理 喀痰吸引 がん疼痛管理(麻薬) インシュリン療法
- 褥瘡処置 モニター測定(心拍、血圧、酸素、飽和度)
- その他 ()

(7)施設内での死亡確認を行った(看取った)人数(平成28年1～6月)

人

(8)施設内で死亡確認を行う(看取る)ための条件は何ですか。【複数選択可】

- 1 本人の意思表示
- 2 本人の意思表示が記載されている書類
- 3 医師の判断
- 4 家族の意向
- 5 その他 ()

4 入居者等の体調が悪くなった時の相談体制について

(1)入居者等の体調が悪くなった時に相談ができる体制は必要と考えますか。

- 1 必要である。
- 2 必要ない。
- 3 その他 ()

(2)入居者等の体調が悪くなった時に相談ができる体制が既にありますか。

- 1 あり
- 2 なし

(3)横浜市救急相談センター(#7119)は知っていましたか。

- 1 知っていた。
- 2 知らなかった。

※横浜市救急相談センター(#7119)

急な病気やけがで、救急車を呼ぶか迷った際に、医療機関へ行くか救急車を呼ぶかを緊急度・重症度から判断し、看護師がアドバイスする相談センター
(年中無休・24時間対応)

(4)入居者等の体調が(救急車を呼ぶかどうか迷う程度に)悪くなった時などに横浜市救急相談センター(#7119)を利用したことがありますか。また、今後利用したいと思いますか。

- 1 既に利用していて、今後も利用する。
- 2 既に利用しているが、今後は利用しない。
- 3 利用したことがないが、今後は利用する。
- 4 利用したことはなく、今後も利用しない。

5 入居者等の急性期における課題

入居者等の急性期医療について課題を挙げてください。(自由記載)記載欄が不足する場合は、別紙により回答可能。

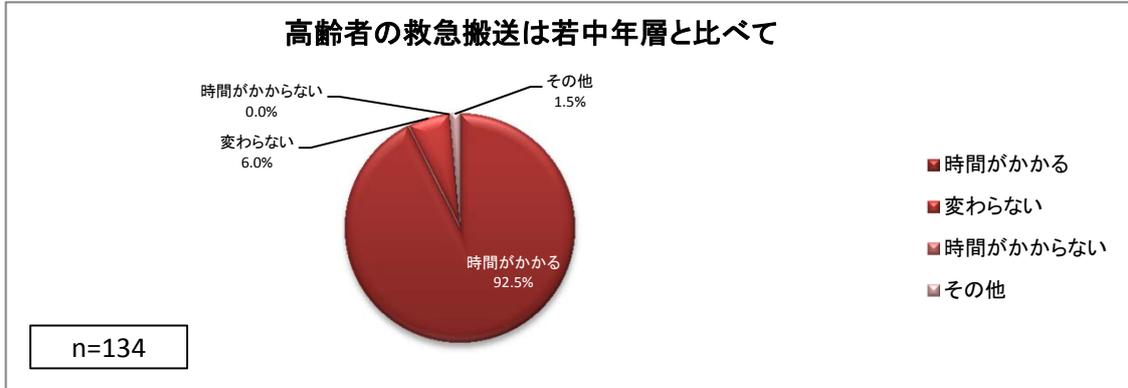
1	
2	
3	

御協力ありがとうございました。

高齢者の救急医療に関するアンケート調査（救急隊）結果

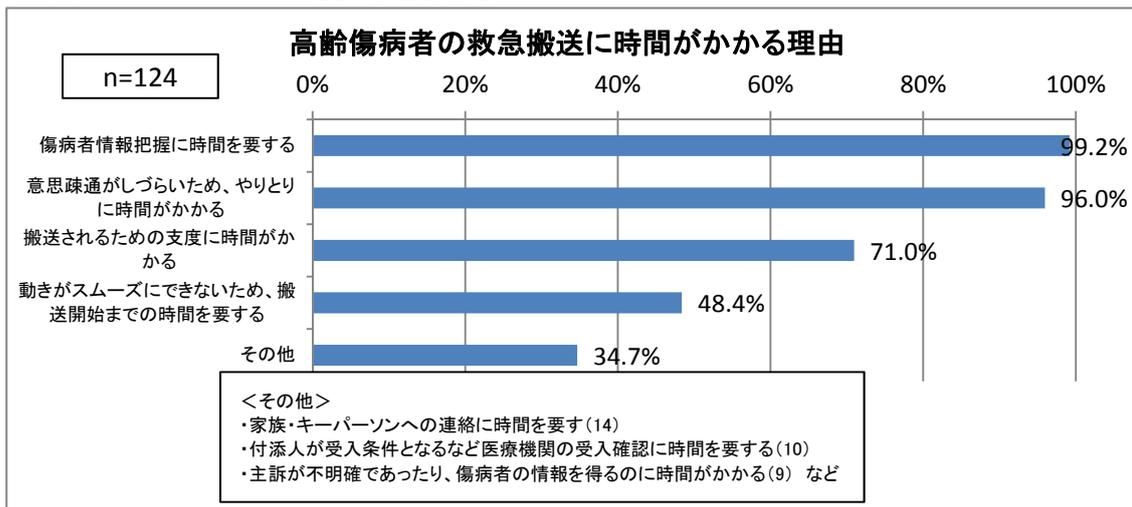
1 高齢傷病者に対し、救急活動を行うにあたって

(1) 高齢者の救急搬送は、若中年層の救急搬送と比べて



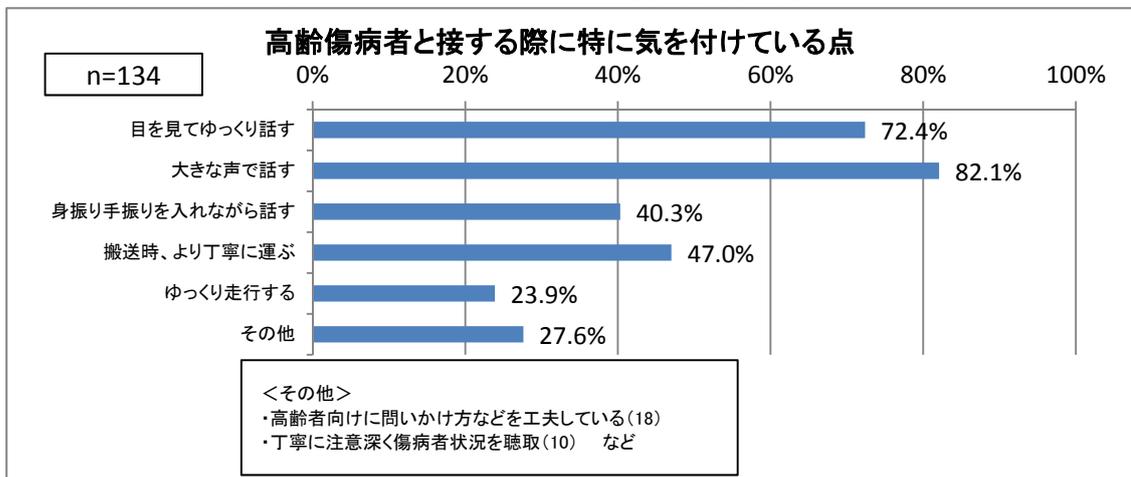
○1(1)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(2) 時間がかかるその理由【複数選択可】

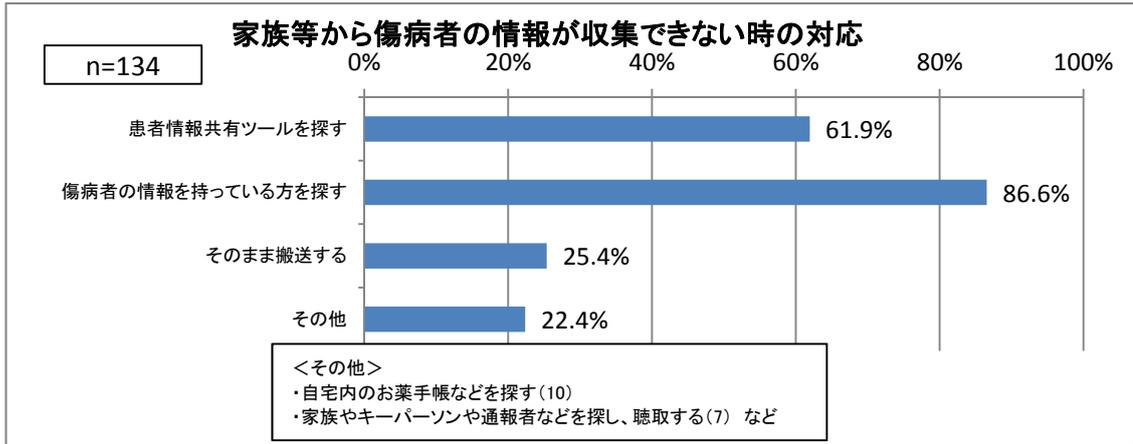


○以下、すべての隊において、お答えください。

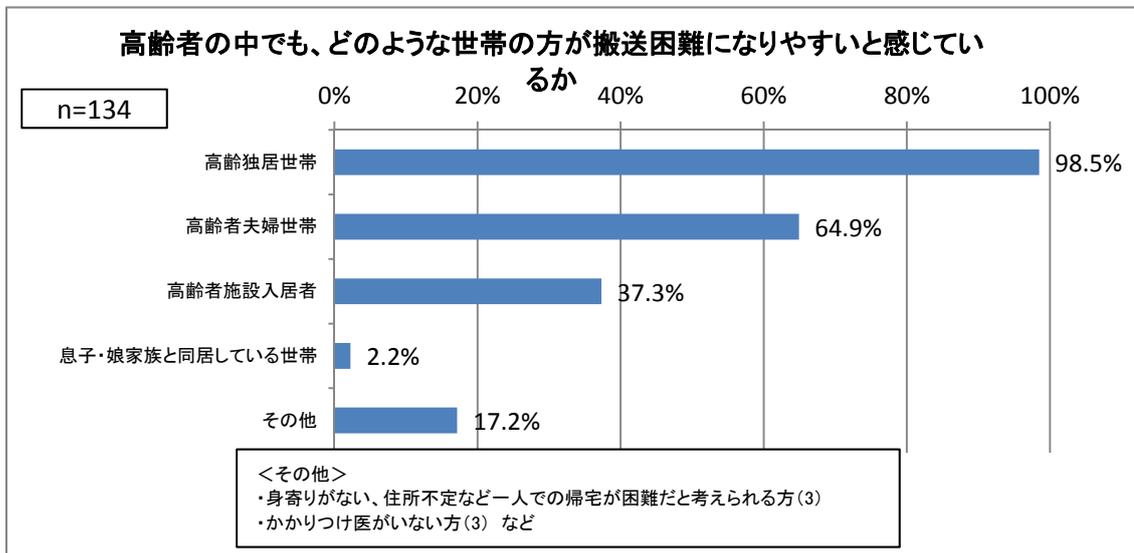
(3) 高齢傷病者と接する際に特に気を付けている点【複数選択可】



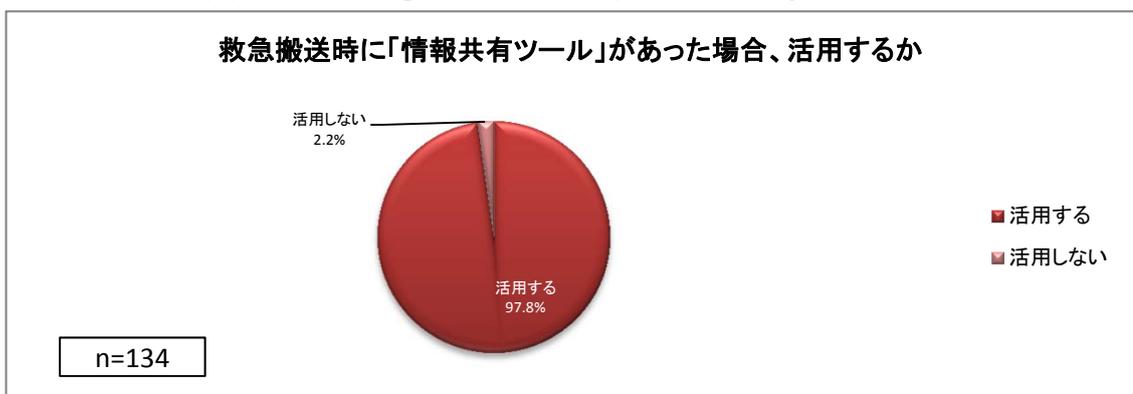
(4) 家族等から傷病者の情報が収集できない時の対応【複数選択可】



(5) 高齢者の中でも、どのような世帯の方が搬送困難になりやすいと感じているか。【複数選択可】

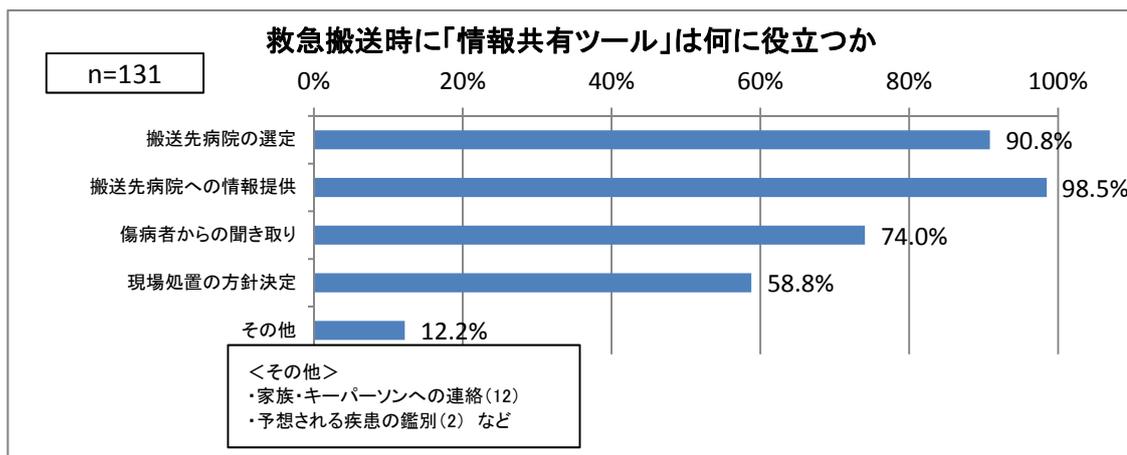


(6) 救急搬送時に「情報共有ツール」があった場合、活用するか。

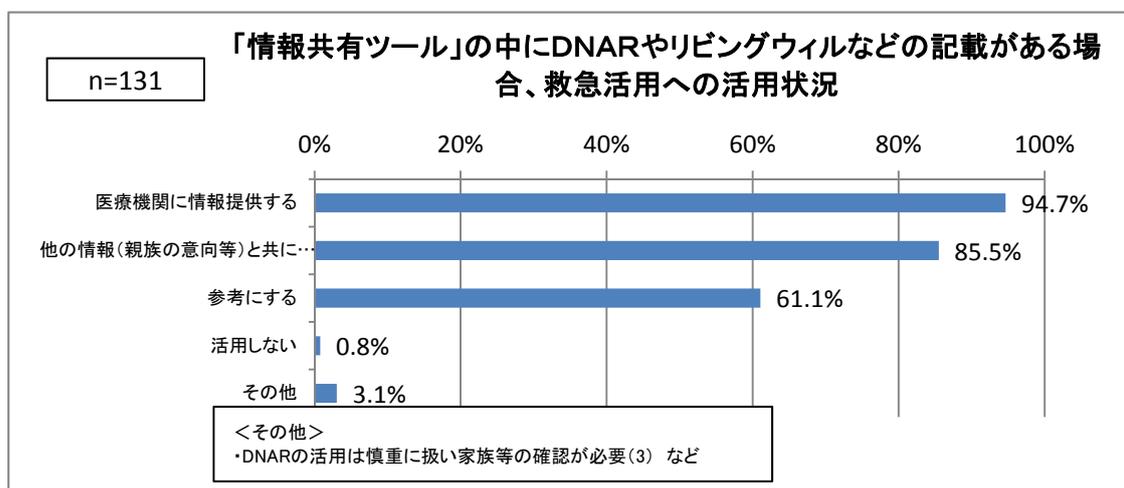


○以下、1(6)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(7) 救急搬送時に「情報共有ツール」は何に役立つか。【複数選択可】

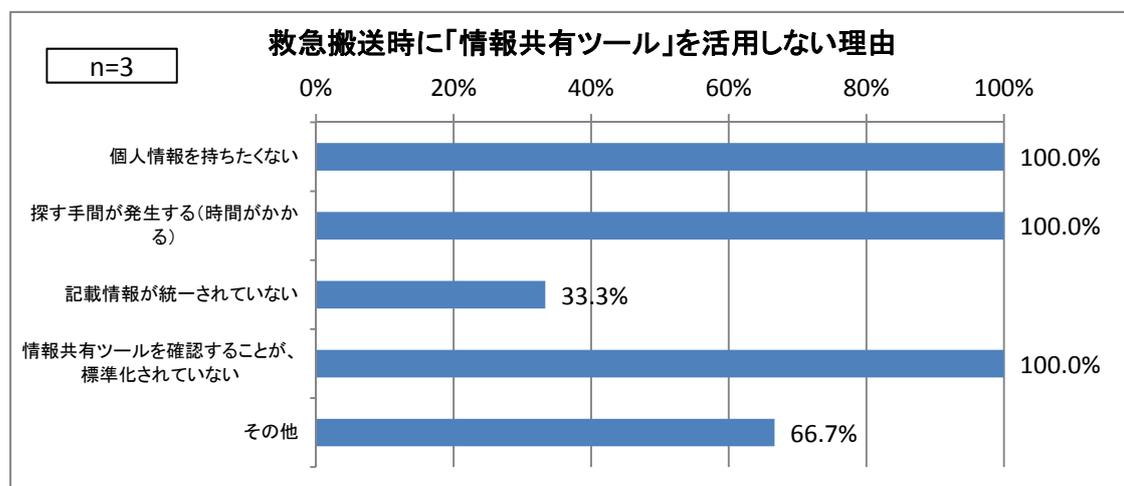


(8) 「情報共有ツール」の中にDNARやリビングウィルなどの記載がある場合、救急活動への活用状況【複数選択可】(回答後、設問1(10)へ)



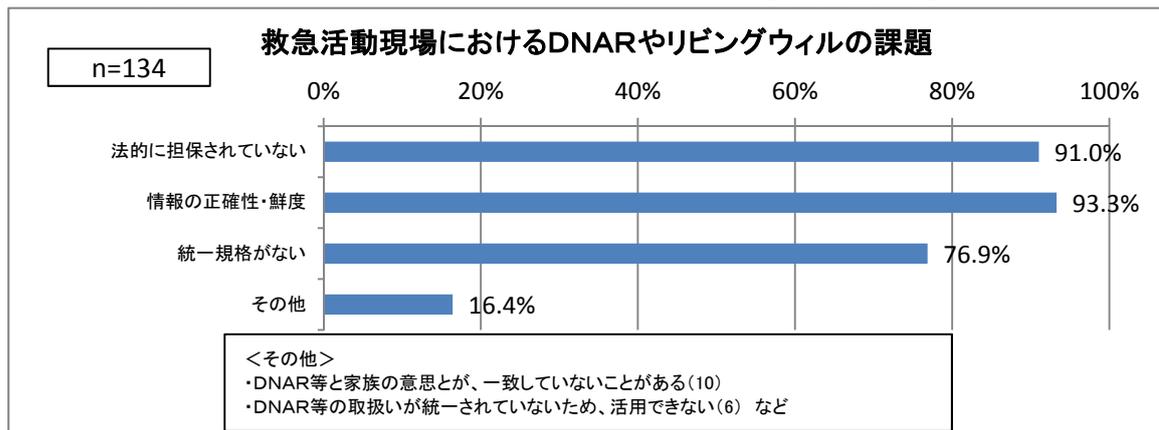
○1(6)で2と回答された場合のみ、お答えください。

(9) 救急搬送時に「情報共有ツール」を活用しない理由は何か。【複数選択可】

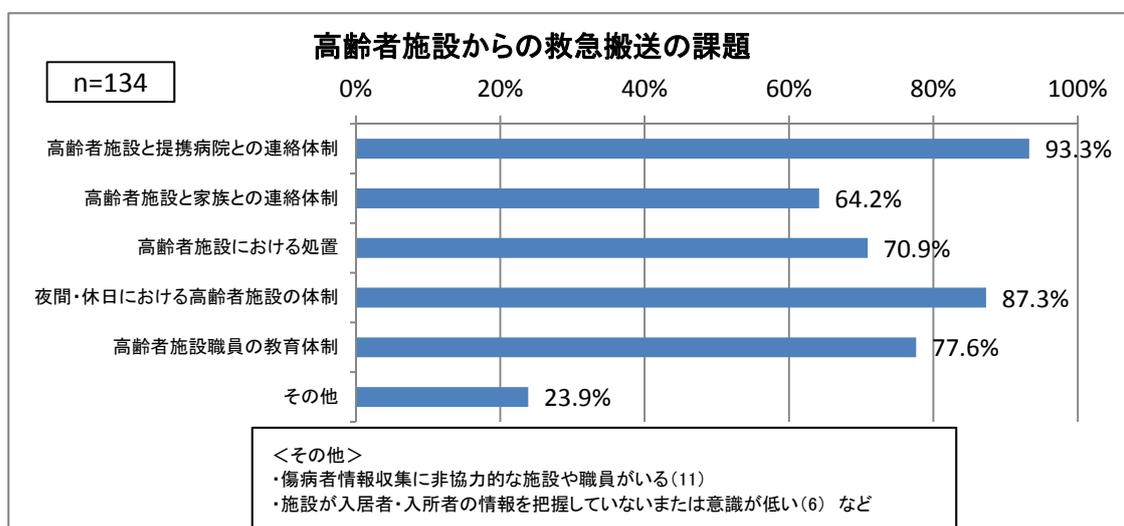


○以下、すべての隊において、お答えください。

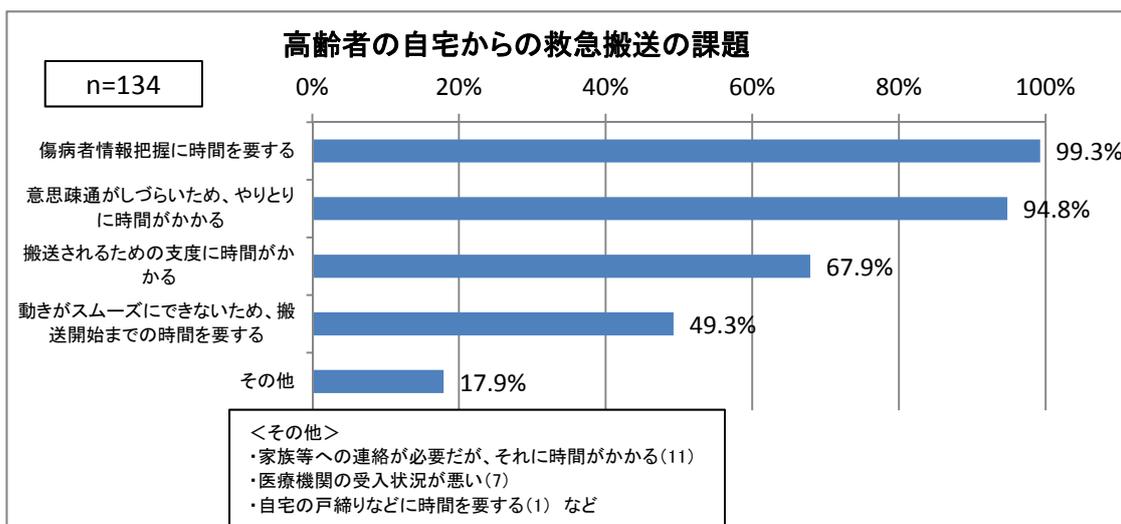
(10) 救急活動現場におけるDNARやリビングウィルの課題【複数選択可】



2 高齢者施設からの救急搬送について課題に感じていること【複数選択可】

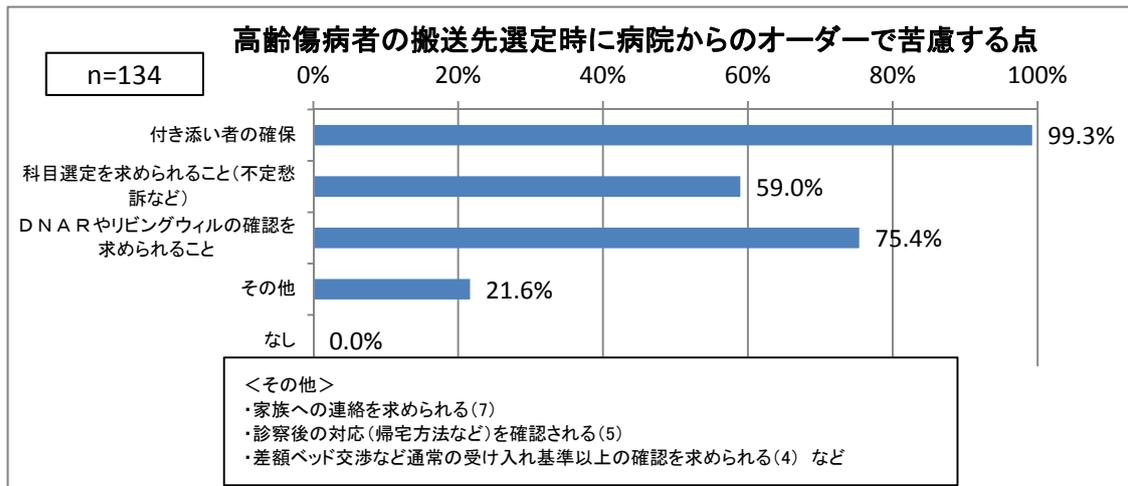


3 高齢者の自宅からの救急搬送について課題に感じていること【複数選択可】



4 高齢傷病者の搬送先医療機関選定について

病院からのオーダーで苦慮している点【複数選択可】



高齢者の救急医療に関するアンケート調査（救急隊）

【調査目的】

本調査は、横浜市内の高齢者施設、救急病院及び救急隊におけるそれぞれの立場から、高齢者の救急搬送状況を明らかにし、本市における高齢者救急患者に対する施策を検討することを目的に実施します。

御多忙のところ大変恐縮でございますが、本アンケートに御協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、御回答いただいた個々の施設や救急隊が特定されるような集計はいたしません。

【記載方法】

□のなかには、《レ点》を、（ ）には文字を記入してください。

救急隊名	救急隊	1課
------	-----	----

1 高齢傷病者に対し、救急活動を行うにあたって

(1) 高齢者の救急搬送は、若中年層の救急搬送と比べて

- 1 時間がかかる(設問1(2)へ)
- 2 変わらない(設問1(3)へ)
- 3 時間がかからない(設問1(3)へ)
- 4 その他(設問1(3)へ) ()

○1(1)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(2) 時間がかかるその理由【複数選択可】

- 1 傷病者情報把握に時間を要する
- 2 意思疎通がしづらいため、やりとりに時間がかかる
- 3 搬送されるための支度で時間がかかる
- 4 動きがスムーズにできないため、搬送開始までの時間を要する
- 5 その他 ()

○以下、すべての隊において、お答えください。

(3) 高齢傷病者と接する際に特に気を付けている点【複数選択可】

- 目を見てゆっくり話す
- 大きな声で話す
- 身振り手振りを入れながら話す
- 搬送時、より丁寧に運ぶ
- ゆっくり走行する
- その他 ()

(4) 家族等から傷病者の情報が収集できない時の対応【複数選択可】

- 1 患者情報共有ツールを探す
- 2 傷病者の情報を持っている方を探す
- 3 そのまま搬送する
- 4 その他 ()

(5) 高齢者の中でも、どのような世帯の方が搬送困難になりやすいと感じているか。【複数選択可】

- 1 高齢独居世帯
- 2 高齢者夫婦世帯
- 3 高齢者施設入居者
- 4 息子・娘家族と同居している世帯
- 5 その他 ()

※情報共有ツール

家族やキーパーソンの連絡先、既往症、かかりつけ医、薬歴リストなどの緊急時に役立つ情報を集約し、救急隊や医療機関に対して情報を共有するペーパーやファイルのことをいう。
(例: 鶴見区医師会作成の連携ノート)

(6) 救急搬送時に「情報共有ツール」があった場合、活用するか。

- 1 活用する (設問 (7) へ)
- 2 活用しない (設問 (9) へ)

○以下、1(6)で1と回答された場合のみ、お答えください。

(7) 救急搬送時に「情報共有ツール」は何に役立つか。【複数選択可】

- 1 搬送先病院の選定
- 2 搬送先病院への情報提供
- 3 傷病者からの聞き取り
- 4 現場処置の方針決定
- 5 その他 ()

(8) 「情報共有ツール」の中にDNARやリビングウィルなどの記載がある場合、救急活動への活用状況【複数選択可】(回答後、設問1(10)へ)

- 1 医療機関に情報提供する
- 2 他の情報 (親族の意向等) と共に複合的に活用
- 3 参考にする
- 4 活用しない
- 5 その他 ()

○1(6)で2と回答された場合のみ、お答えください。

(9) 救急搬送時に「情報共有ツール」を活用しない理由は何か。【複数選択可】

- 1 個人情報を持ちたくない
- 2 探す手間が発生する (時間がかかる)
- 3 記載情報が統一されていない
- 4 情報共有ツールを確認することが、標準化されていない
- 5 その他 ()

○以下、すべての隊において、お答えください。

(10) 救急活動現場におけるDNARやリビングウィルの課題【複数選択可】

- 1 法的に担保されていない
- 2 情報の正確性・鮮度
- 3 統一規格がない
- 4 その他 ()

2 高齢者施設からの救急搬送について課題に感じていること【複数選択可】

- 1 高齢者施設と提携病院との連絡体制
- 2 高齢者施設と家族との連絡体制
- 3 高齢者施設における処置
- 4 夜間・休日における高齢者施設の体制
- 5 高齢者施設職員の教育体制
- 6 その他 ()

3 高齢者の自宅からの救急搬送について課題に感じていること【複数選択可】

- 1 傷病者情報把握に時間を要する
- 2 意思疎通がしづらいため、やりとりに時間がかかる
- 3 搬送されるための支度にかかる時間がかかる
- 4 動きがスムーズにできないため、搬送開始までの時間を要する
- 5 その他 ()

4 高齢傷病者の搬送先医療機関選定について

病院からのオーダーで苦慮している点【複数選択可】

- 1 付き添い者の確保
- 2 科目選定を求められること（不定愁訴など）
- 3 DNARやリビングウィルの確認を求められること
- 4 その他 ()
- 5 なし

5 その他の高齢者の救急医療について

その他の高齢者の救急医療について、御意見等あれば記載ください。（自由記載）
記載欄が不足する場合は、別紙により回答可能。

御協力ありがとうございました。

平成 29 年度

消防局実施アンケート概要及び調査結果

【平成29年度 第2回救急業務検討委員会資料から抜粋】

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

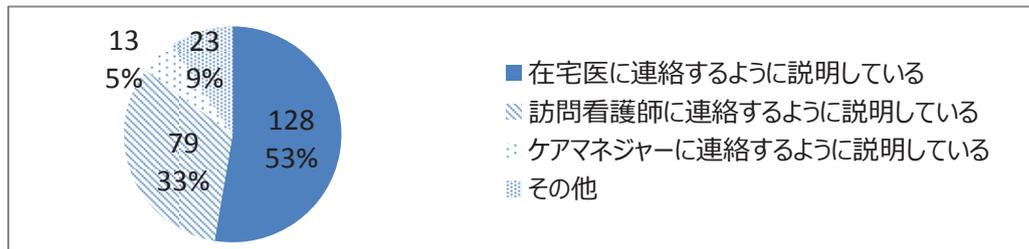
在宅医療をしている医療機関157件（38%）、在宅医療をしていない医療機関261件（全体の62%）

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%

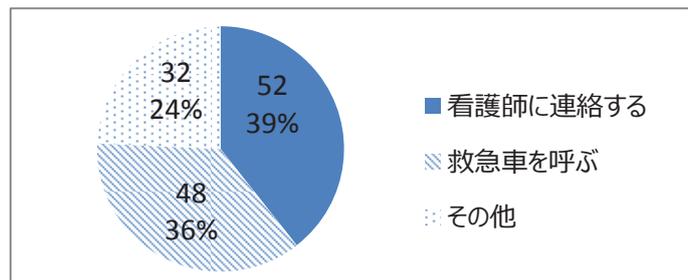
担当している患者さんが急変した場合の対応について、ほとんどの在宅医が、在宅医に連絡するように説明している（53%）か、看護師に連絡するように説明している（33%）。その他、自宅で看取るか救急搬送するか事前に希望を聞いているなどの回答があった。



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%

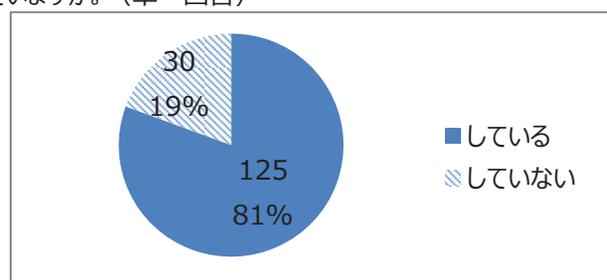
在宅医に連絡がつかないときの対処として、多くの医師が看護師に連絡する（39%）か、救急車を呼ぶ（36%）ようにしている。その他、連携医療機関に連絡している、他の医師が担当する、症例により異なるなどの回答があった。



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%

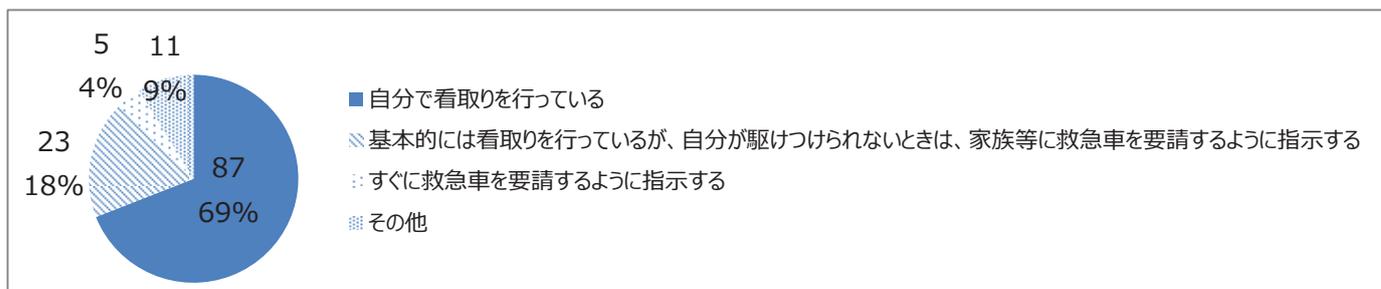
ほとんどの在宅医が、患者さんの「延命処置を希望するか、しないかの意思」を確認している（81%）。



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。



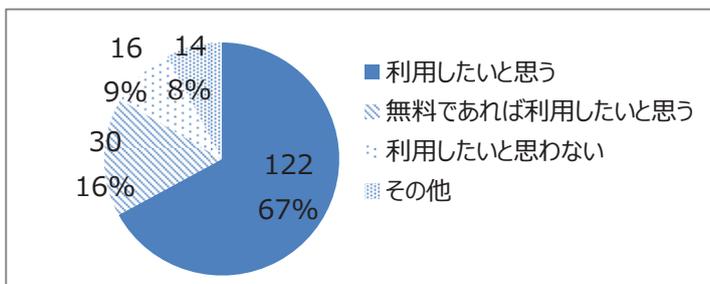
5 上記の質問で「すぐに救急車を要請するように指示する」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りをしていない理由をお聞かせください。（自由記載）

- ・ 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。

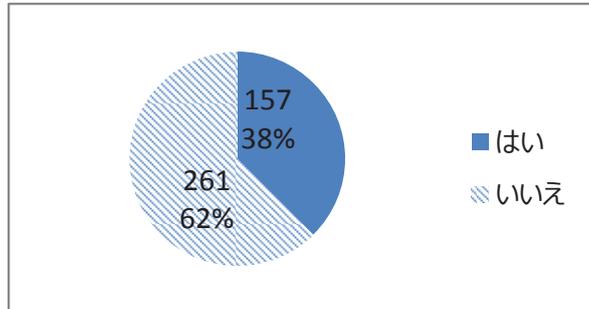
実施期間：平成29年11月6日（月）～11月12日（日）

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%

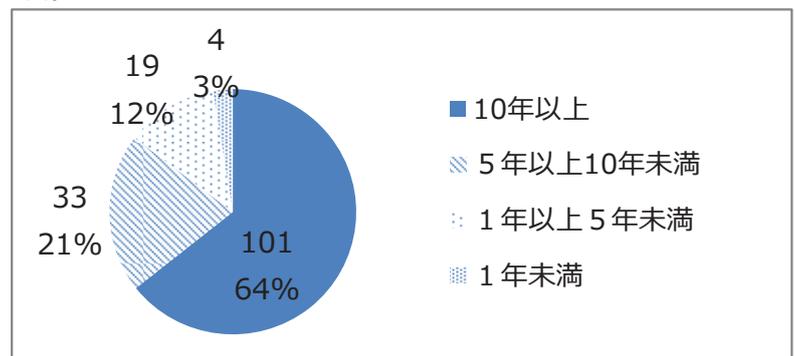


質問1で「いいえ」と回答した方は、以上でアンケートは終了

質問1で「はい」と回答した方は、質問2へ

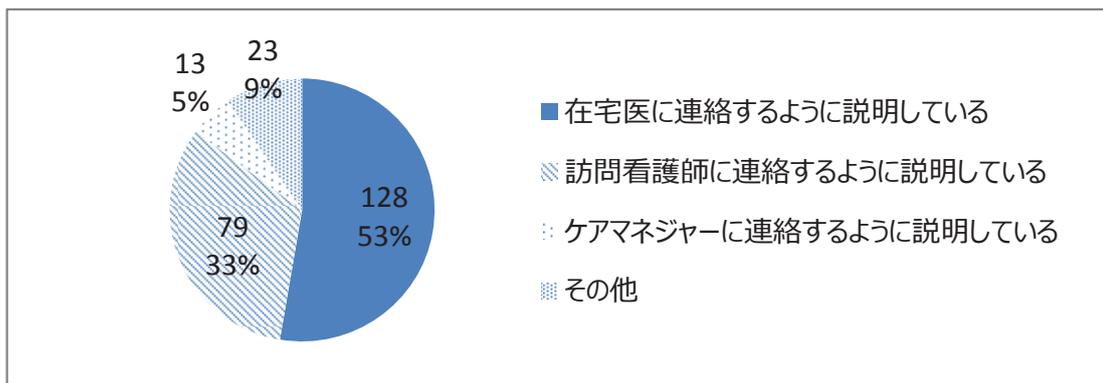
質問2：在宅医療を行うようになって何年ですか（単一回答）

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%



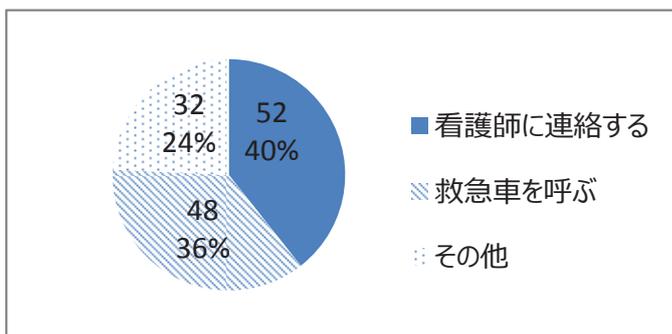
質問3：担当している患者さんが急変した場合の対応について、患者さんにどのように説明していますか（複数回答可）

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%



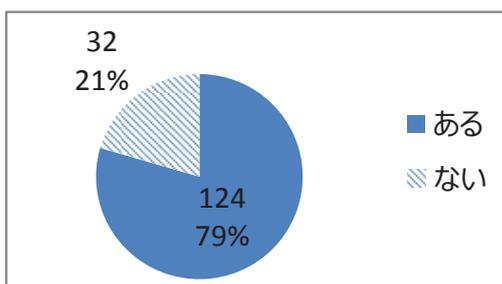
質問4：質問3で「在宅医に連絡するように説明している」と回答された方に伺います。もし在宅医に連絡がつかないときの対処は、どのようにしていただいていますか（単一回答）

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%



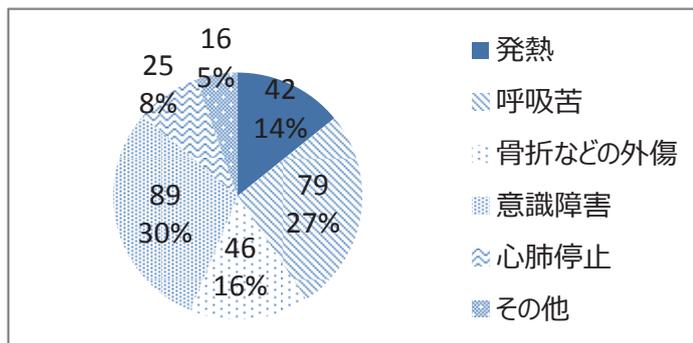
質問5：担当している患者さんが急変し、救急車を要請した経験がありますか（単一回答）

ある	124	79%
ない	32	21%
総計	156	100%



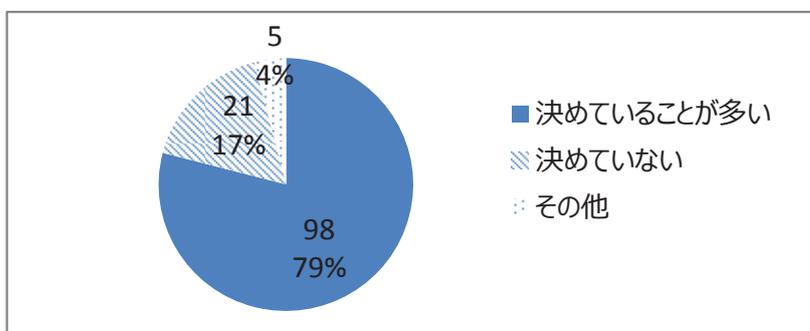
質問6：質問5で「ある」と回答された方に伺います救急車を要請したのは、どのような症状の時が多かったですか。（複数回答可）

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%



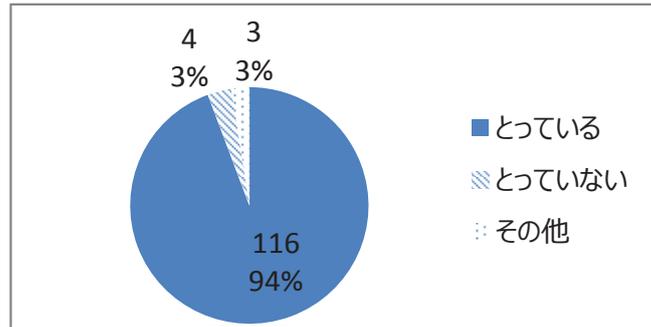
質問7：質問5で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したとき、搬送する医療機関を決めていましたか。（単一回答）

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%

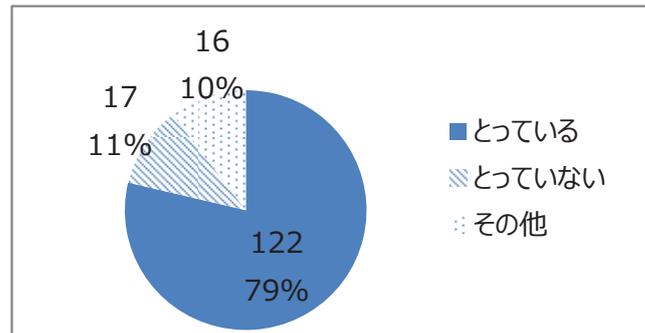


質問9：質問8で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。（自由記載）

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%

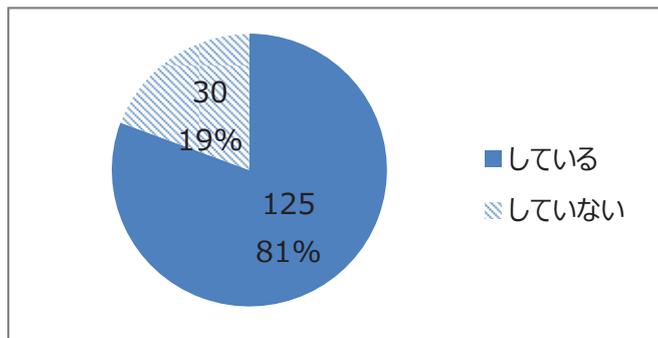


質問11：質問10で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。（自由記載）

回答は別紙

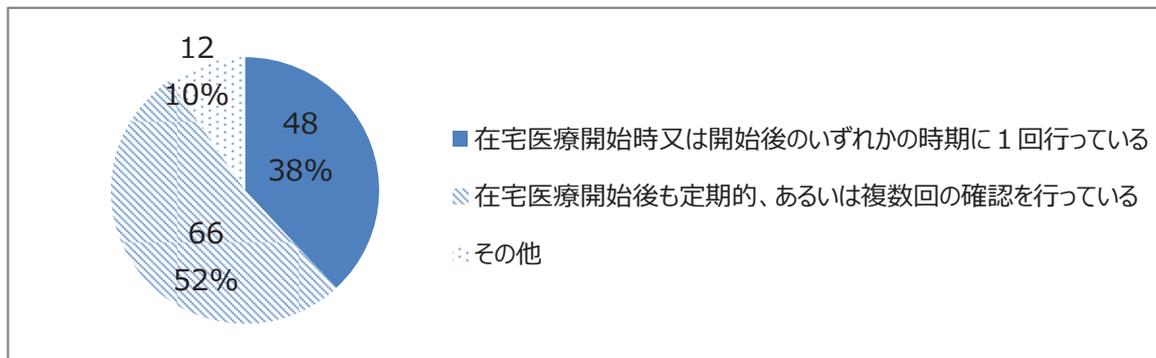
質問12：患者さんの「延命処置を希望するか、しないか」の意思を確認していますか。（単一回答）

している	125	81%
していない	30	19%
総計	155	100%



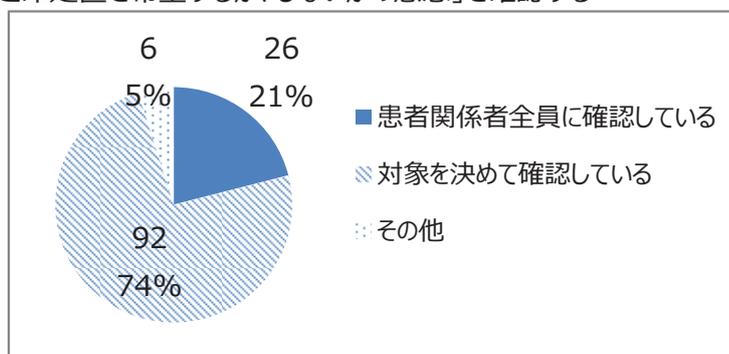
質問13：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望するか、しないかの意思」の確認はどのように行っていますか。（単一回答）

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%



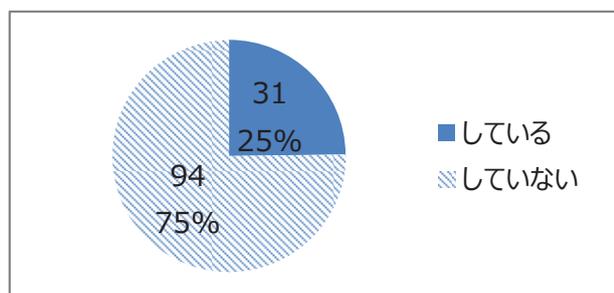
質問14：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命処置を希望するか、しないかの意思」を確認する対象は、どのような方々ですか。（単一回答）

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%



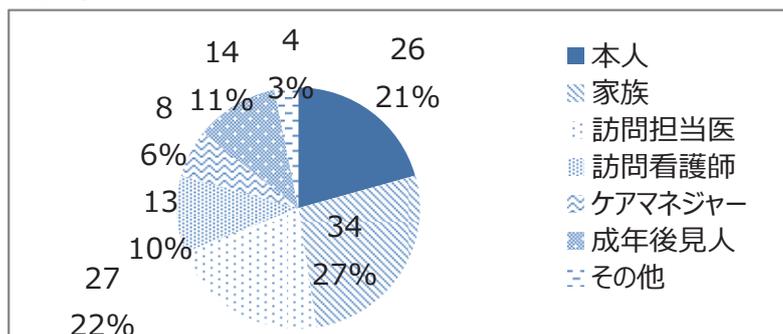
質問15：質問12で「している」と回答された方に伺います。「延命を希望するか、しないかの意思」に関する書類は作成されていますか。（単一回答）

している	31	25%
していない	94	75%
総計	125	100%



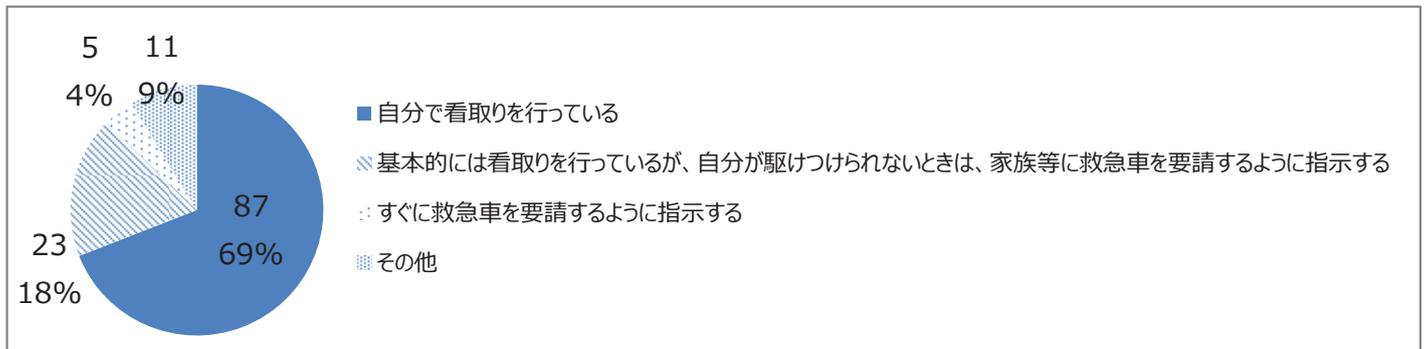
質問16：質問15で「している」と回答された方に伺います。「延命を希望するか、しないかの意思」に関する書類は、どなたが関わって作成されていますか。（複数回答可）

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%

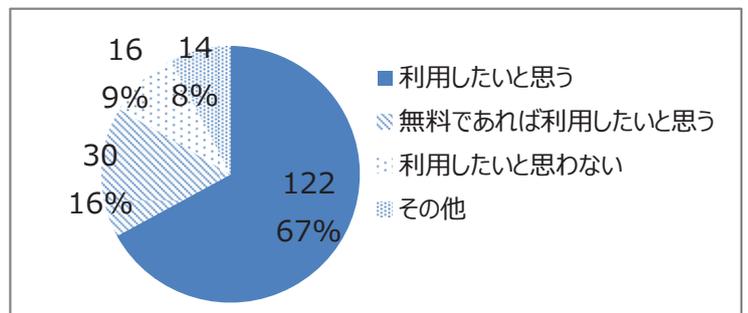


質問18：質問17で「すぐに救急車を要請するように指示する」と回答された方に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りをしていない理由をお聞かせください。（自由記載）

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。

在宅医療における救急車利用に関するアンケート調査票

質問 1. 在宅医療（訪問診療又は往診）をされていますか

- a. はい
- b. いいえ

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です。

質問 1で「はい」と回答した方は、質問 2 へお進みください。

質問 2. 在宅医療を行うようになって何年ですか（○は一つ）

- a. 1 年未満
- b. 1～5 年未満
- c. 5～10 年未満
- d. 10 年以上

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るかお聞かせください（複数回答可）

- a. 在宅医に連絡するように説明している
- b. 訪問看護師に連絡するように説明している
- c. ケアマネージャーに連絡するように説明している
- d. その他（)

質問 4. 質問 3 で「a. 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（○は一つ）

- a. 看護師に連絡する
- b. 救急車を呼ぶ
- c. その他（)

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（○は一つ）

- a. ある
- b. ない

質問6. 質問5で「a. 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）

- a. 発熱
- b. 呼吸苦
- c. 骨折などの外傷
- d. 意識障害
- e. 心肺停止
- f. その他（)

質問7. 質問5で「a. 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（○は一つ）

- a. 決めていることが多い
- b. 決めていない
- c. その他（)

質問8. 質問5で「a. 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（○は一つ）

- a. とっている
- b. とっていない
- c. その他（)

質問9. 質問8で「b. 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）

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（○は一つ）

- a. とっている
- b. とっていない
- c. その他（)

質問 11. 質問 10 で「b. 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)

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
(○は一つ)

- a. している
- b. していない

質問 13. 質問 12 で「a. 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 (○は一つ)

- a. 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
- b. 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
- c. その他 ()

質問 14. 質問 12 で「a. 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 (○は一つ)

- a. 患者関係者全員に確認している
- b. 対象を決めて確認している
- c. その他 ()

質問 15. 質問 12 で「a. 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
(○は一つ)

- a. している
- b. していない

質問 16. 質問 15 で「a. 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）

- a. 本人
- b. 家族
- c. 訪問担当医
- d. 訪問看護師
- e. ケアマネージャー
- f. 成年後見人
- g. その他（

質問 17. 質問 12 で「a. 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）

- a. 自分で看取りを行っている
- b. 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
- c. すぐに救急車を要請するように指示する
- d. その他（

質問 18. 質問 17 で「c. 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）

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（○は一つ）

- a. 利用したいと思う
- b. 無料であれば利用したいと思う
- c. 利用したいと思わない
- d. その他（

質問 20. 質問 19 で「c. 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）

御協力ありがとうございました。

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（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

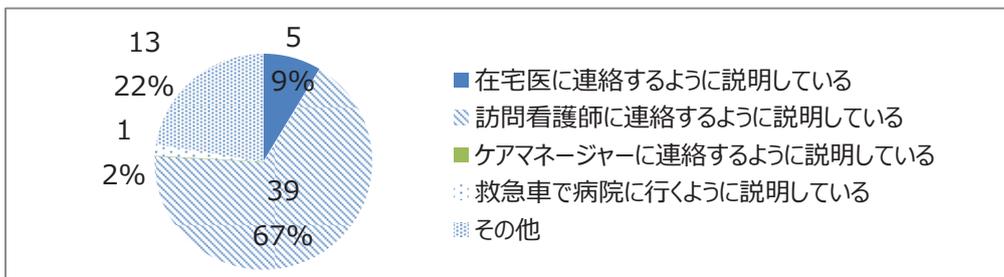
● 回収状況

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%

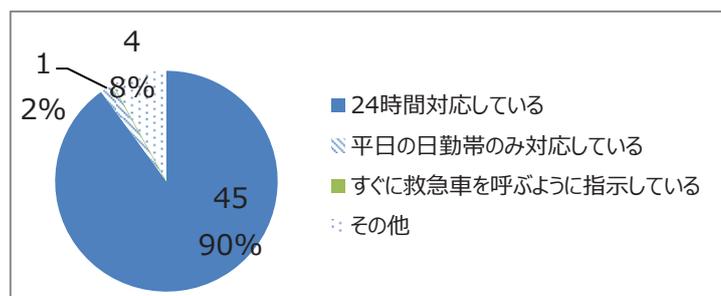
容態の急変が予測される患者さんに対し、容態が急変した場合の対応について、ほとんどが訪問看護師に連絡するように説明している（67%）だった。次いで、その他が多く、予測される病態、起こった症状、家族や本人への説明や理解度によって対応が異なる、主治医のいる病院へ連絡するなどの回答があった。



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%

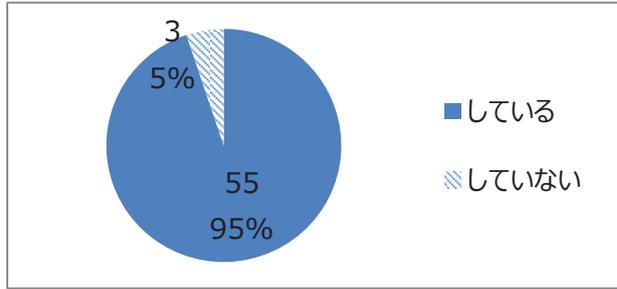
患者さんから急変したと連絡があった場合、24時間対応している（90%）が最も多かった。その他、看護師の到着を待てない場合などは救急車を呼ぶ、自家用車で病院へ行くなど臨機応変に対応しているなどの回答があった。



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%

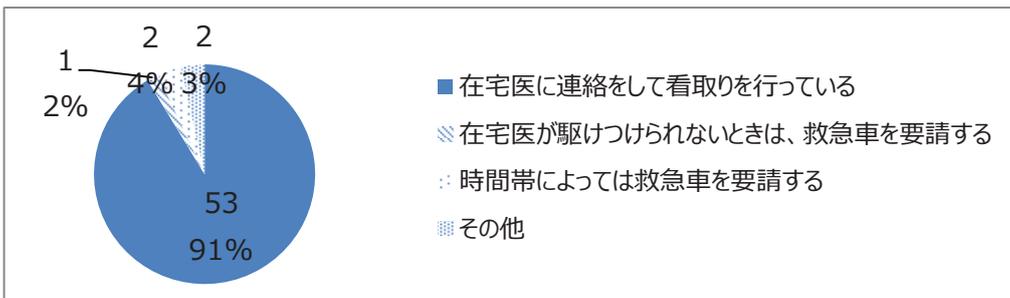
ほとんどが、患者さんに看取りの場所はどこにするか確認している（95%）。



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%

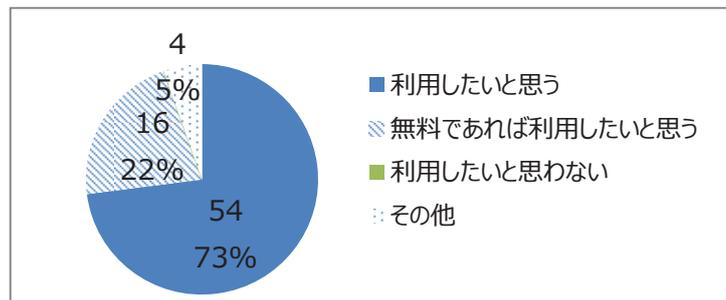
自宅での看取りを希望している患者さんが訪問看護中に心肺停止に至った場合、ほとんどが在宅医に連絡をして看取りを行っている（91%）。その他、24時間対応していないため病状が悪化すると24時間対応の事業所に変更になる、在宅医に指示をもらい対応しているなどの回答があった。



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）

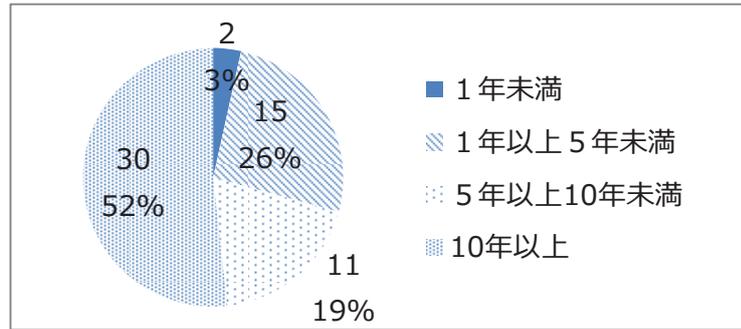
調査対象：横浜市の訪問看護ステーション 223件

回収状況：58件（26%）

調査結果：以下のとおり

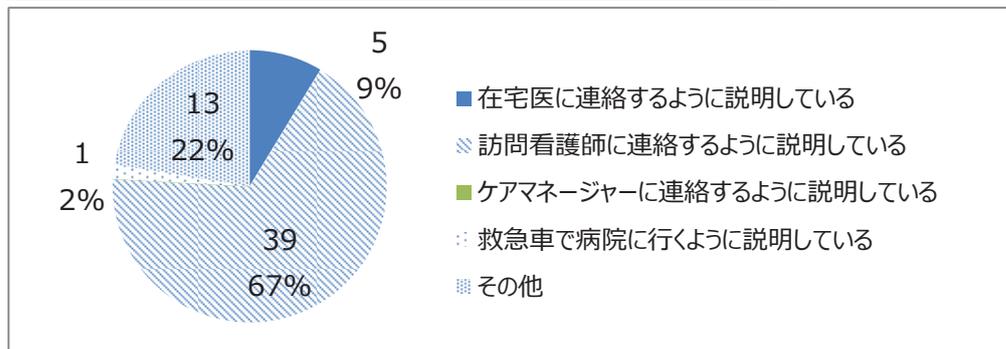
質問1：現在勤務している訪問看護ステーションは開設されて何年ですか（単一回答）

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%



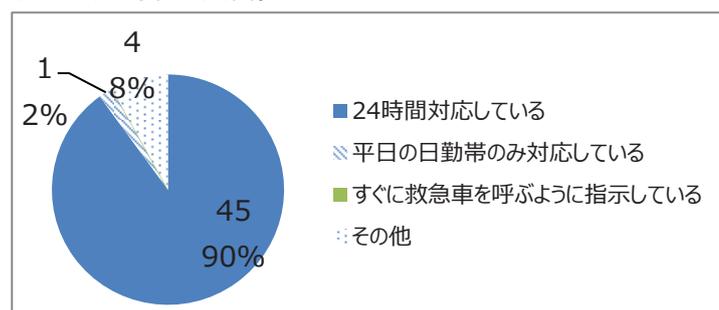
質問2：容態の急変が予測される患者さんに対し、容態が急変した場合の対応についてどのように説明しているか
お聞かせください（単一回答）

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%



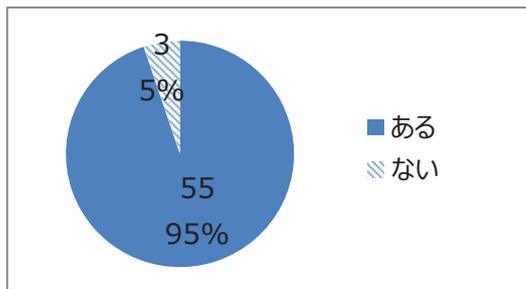
質問3：質問2で「b. 訪問看護師に連絡するように説明している」と回答した方に伺います。患者さんから急変したと連絡があった場合、どのような対応をとっていますか（単一回答）

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%



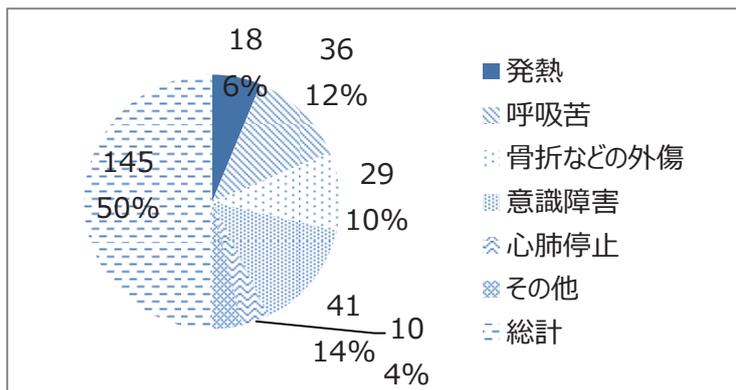
質問 4 : 担当している患者さんが急変し、救急車を要請した経験がありますか (単一回答)

ある	55	95%
ない	3	5%
総計	58	100%



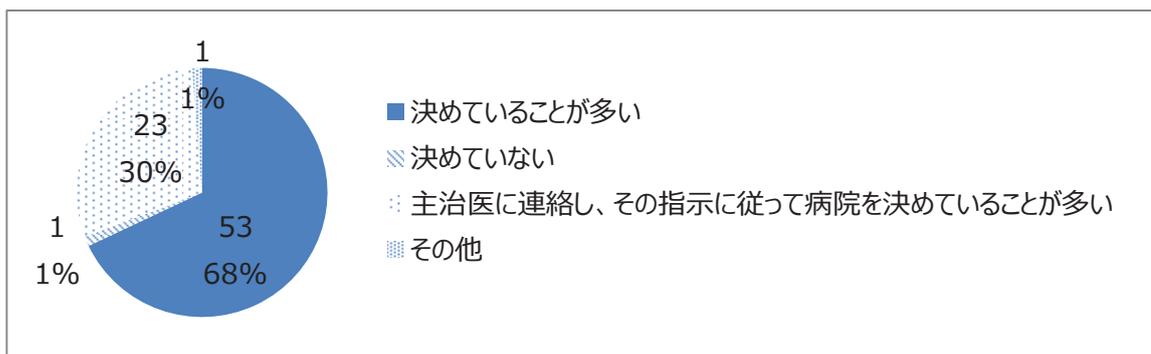
質問 5 : 質問 4 で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したのは、どのような症状の時が多かったですか。(複数回答可)

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%



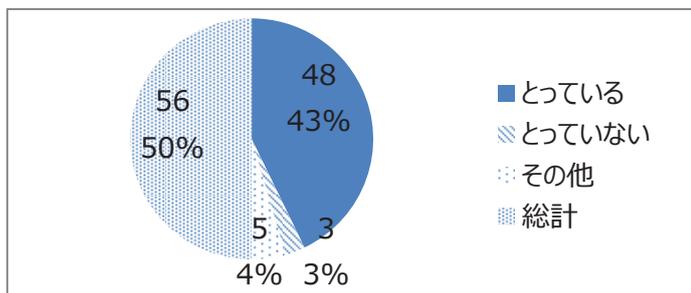
質問 6 : 質問 4 で「ある」と回答された方に伺います。救急車を要請したとき、搬送する病院を決めていましたか (単一回答)

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%

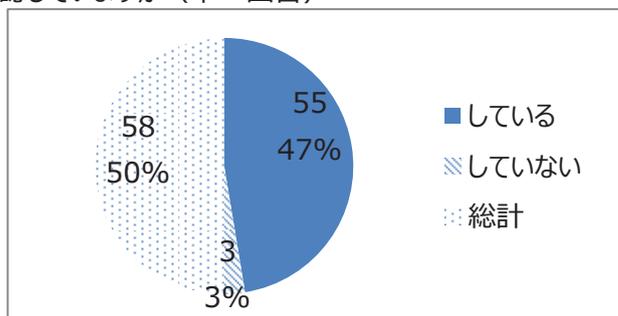


質問 8 : 質問 7 で「とっていない」と回答された方に伺います。病院と連携をとっていない、またはとれない理由をお聞かせください。(自由記載)

回答は別紙

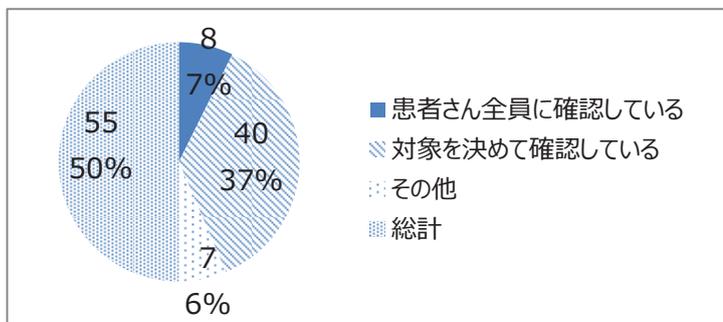
質問 9 : 患者さんに「看取りの場所はどこにするか」確認していますか (単一回答)

している	55	95%
していない	3	5%
総計	58	100%



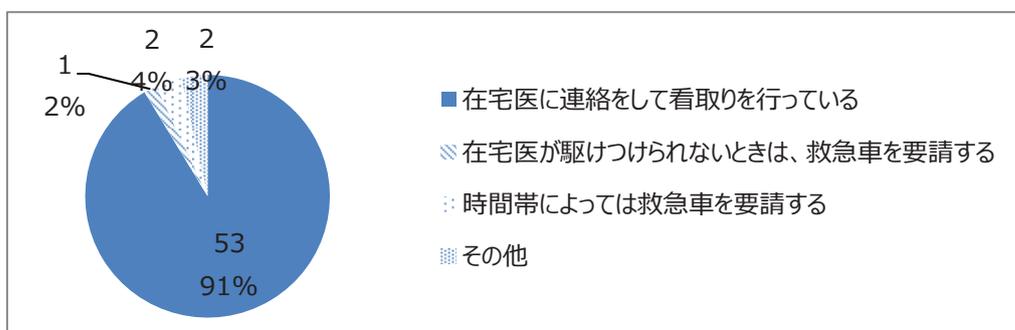
質問10 : 質問 9 で「している」と回答された方に伺います。「看取りの場所はどこにするか」の確認は、誰に対して行っていますか (単一回答)

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%



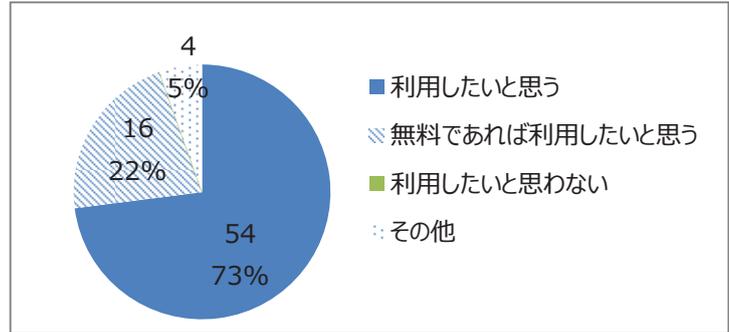
質問11 : 自宅での看取りを希望している患者さんが訪問看護中に心肺停止に至った場合、どのように対応していますか (単一回答)

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、説明が違う
- ・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いますか（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。

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（○は一つ）

- a. 1年未満
- b. 1～5年未満
- c. 5～10年未満
- d. 10年以上

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（○は一つ）

- a. 在宅医に連絡するように説明している
- b. 訪問看護師に連絡するように説明している
- c. ケアマネージャーに連絡するように説明している
- d. 救急車で病院に行くように説明している
- e. その他（ ）

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（○は一つ）

- a. 24時間対応している
- b. 平日の日勤帯のみ対応している
- c. すぐに救急車を呼ぶように指示している
- d. その他（ ）

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（○は一つ）

- a. ある
- b. ない

質問5. 質問4で「a. 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）

- a. 発熱
- b. 呼吸苦
- c. 骨折などの外傷
- d. 意識障害
- e. 心肺停止
- f. その他（ ）

質問6. 質問4で「a. 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（○は一つ）

- a. 決めていることが多い
- b. 決めていない
- c. 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
- d. その他（)

質問7. 質問6で「a. 決めていることが多い」または「c. 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（○は一つ）

- a. とっている
- b. とっていない
- c. その他（)

質問8. 質問7で「b. 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）

例) 患者さんにかかりつけ病院がないため

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
（○は一つ）

- a. している
- b. していない

質問10. 質問9で「a. 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
（○は一つ）

- a. 患者さん全員に確認している
- b. 対象を決めて確認している（対象者)
- c. その他（)

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（○は一つ）

- a. 在宅医に連絡をして看取りを行っている
- b. 在宅医が駆けつけられないときは、救急車を要請する
- c. 時間帯によって救急車を要請する
- d. その他（)

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（○は一つ）

- a. 利用したいと思う
- b. 無料であれば利用したいと思う
- c. 利用したいと思わない
- d. その他（)

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）

御協力ありがとうございました

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

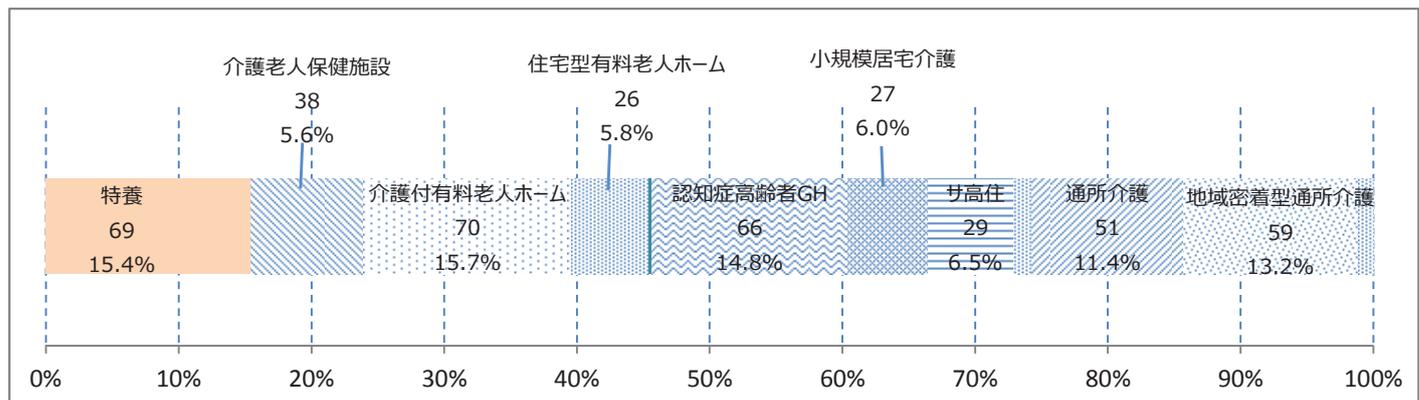
● 回収状況

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。）

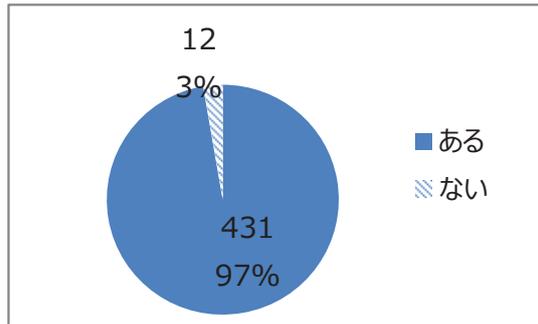
特別養護老人ホーム	69	15.4%
介護老人保健施設	38	8.5%
介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）	70	15.7%
住宅型有料老人ホーム	26	5.8%
軽費老人ホーム	1	0.2%
認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）	66	14.8%
小規模多機能型居宅介護	27	6.0%
サービス付き高齢者向け住宅	29	6.5%
ショートステイセンター	2	0.4%
ケアハウス	0	0.0%
養護老人ホーム	0	0.0%
看護小規模多機能型居宅介護	4	0.9%
通所介護	51	11.4%
地域密着型通所介護	59	13.2%
認知症対応型通所介護	5	1.1%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

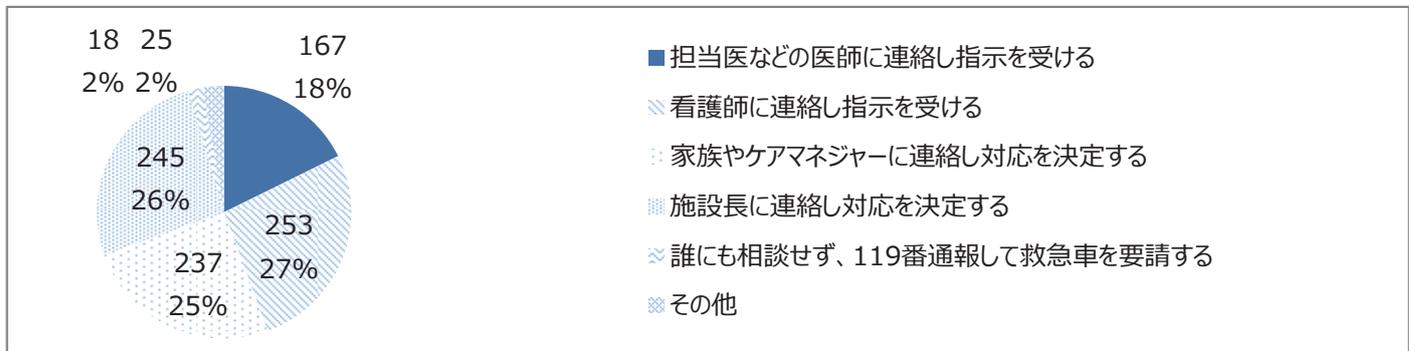
ほとんどの施設が、施設利用者が急変した際のマニュアルがある（97%）と回答した。



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。

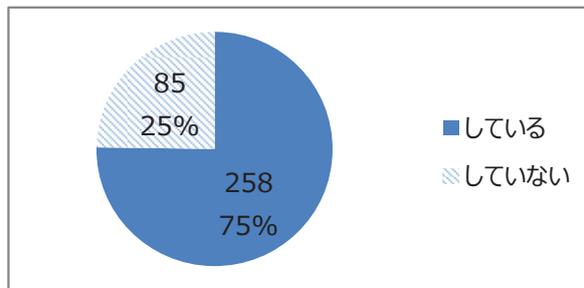


4～7は、通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護以外の施設にうかがいました。

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）

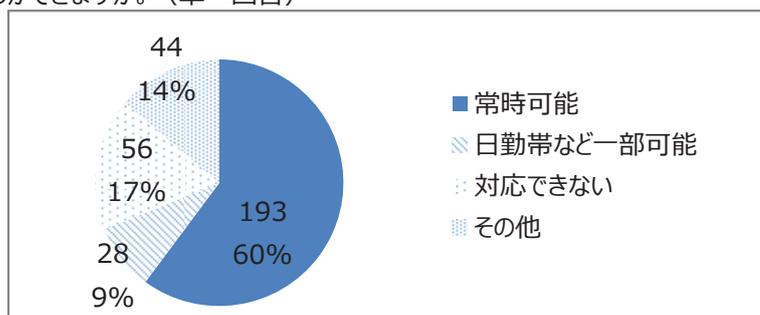
している	258	75%
していない	85	25%
総計	343	100%

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。

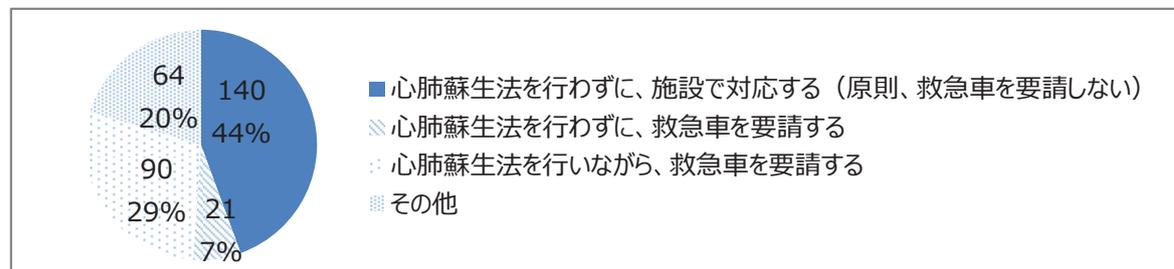
6 上記の質問で「対応できない」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができない理由をお聞かせください。(自由記載)

- ・ 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、人身体制、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)

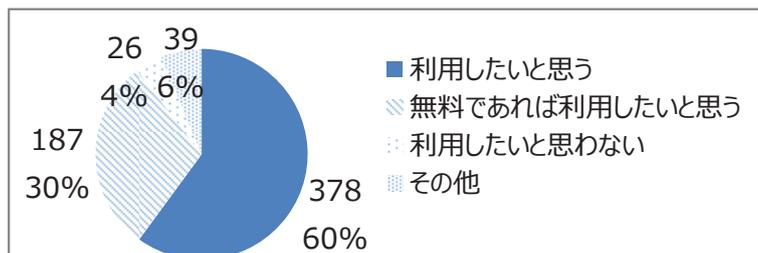
心肺蘇生法を行わずに、施設で対応する（原則、救急車を要請しない）	140	44%
心肺蘇生法を行わずに、救急車を要請する	21	7%
心肺蘇生法を行いながら、救急車を要請する	90	29%
その他	64	20%
総計	315	100%

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

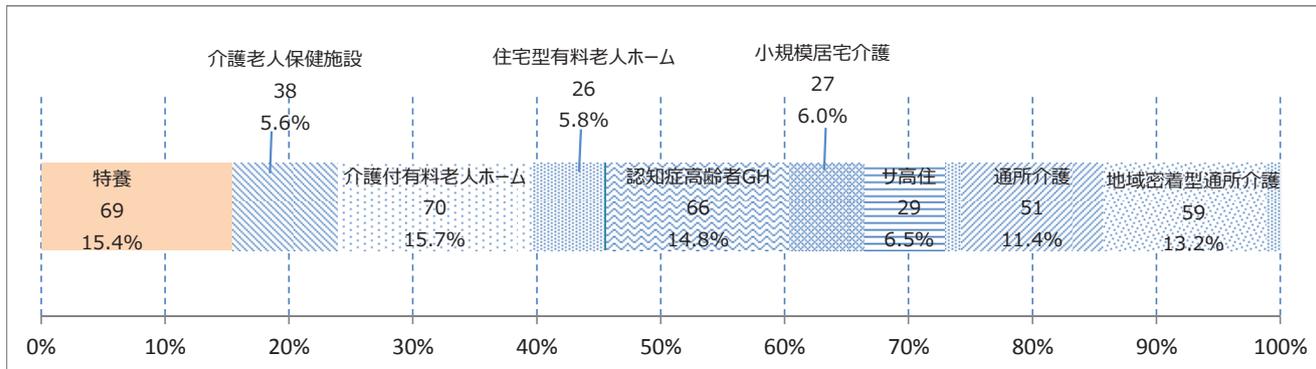
回収状況：433件（21%）

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。

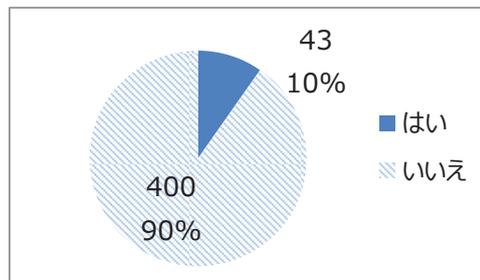
（1）施設の形態はどれですか（○は一つ。※複数の形態がある場合は、主たる業務形態を選択してください。）

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



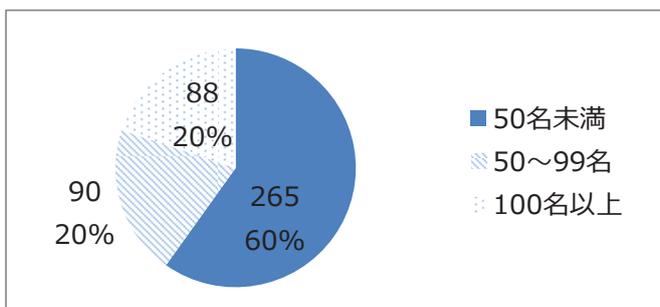
（2）施設長は医師ですか

はい	43	10%
いいえ	400	90%
総計	443	100%



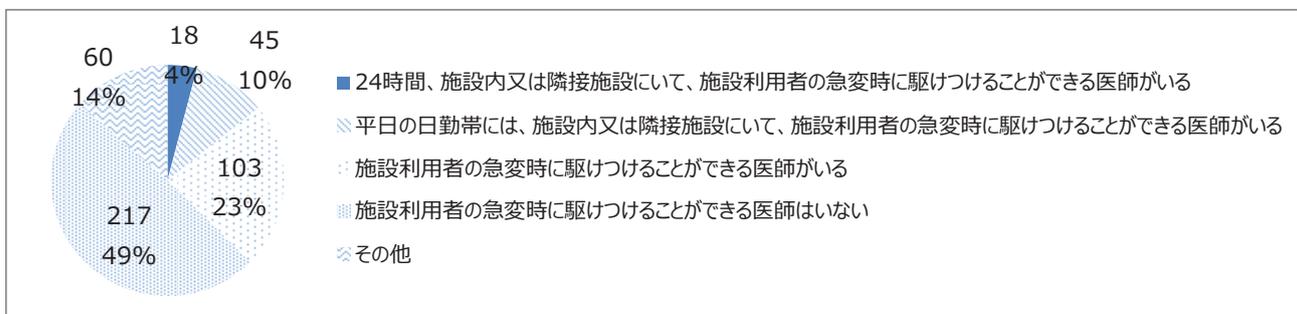
(3) 届け出ている施設の定員数

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



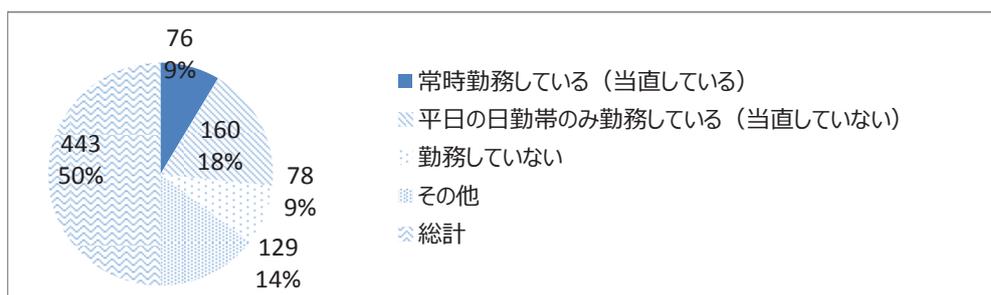
質問2：施設に医師はいますか（単一回答）

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%



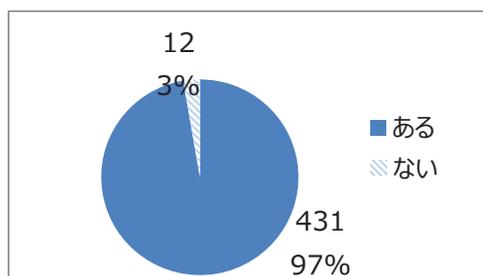
質問3：施設に看護師はいますか（単一回答）

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%



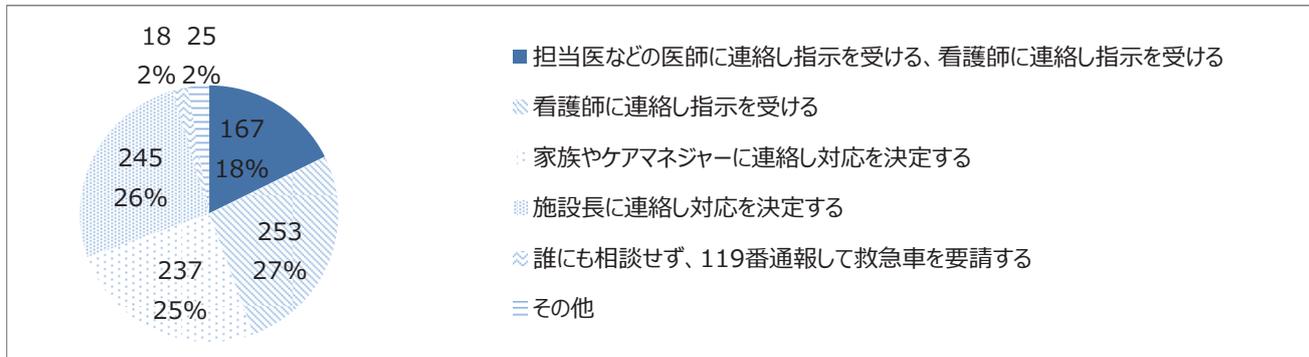
質問4：施設利用者が急変した際のマニュアル（対応手順書等）がありますか

ある	431	97%
ない	12	3%
総計	443	100%



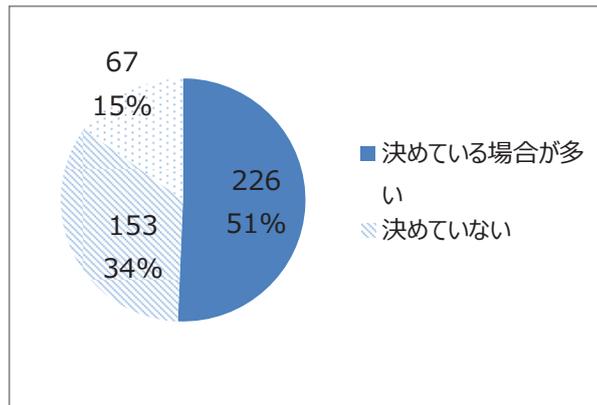
質問 5：質問 4 で「ある」と回答された施設に伺います。施設利用者が急変した際には、どのように対応することになって
いますか。（複数回答可）

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）

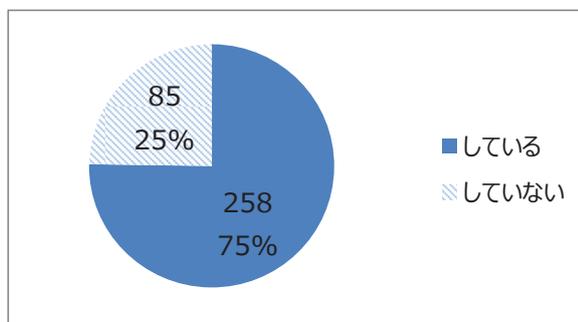
決めている場合が多い	226	51%
決めていない	153	34%
その他	67	15%
総計	446	100%



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。

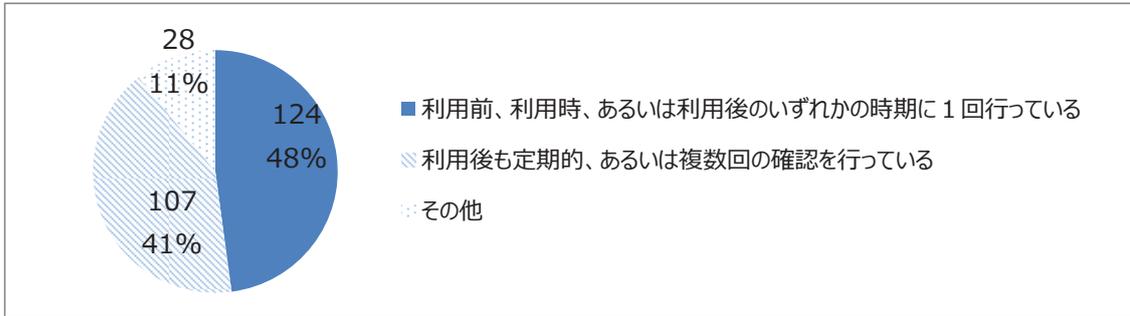
質問 7：施設利用者の「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認をしていますか（単一回答）

している	258	75%
していない	85	25%
総計	343	100%



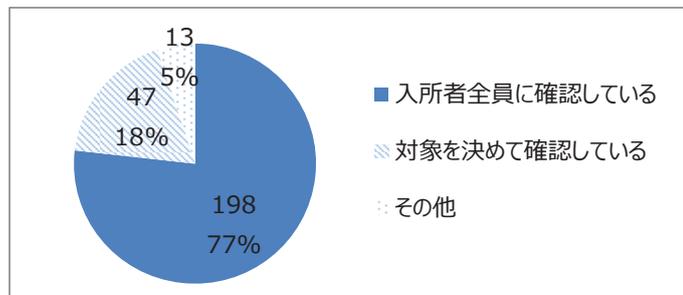
質問8：質問7で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認はどのように行っていますか（単一回答）

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%



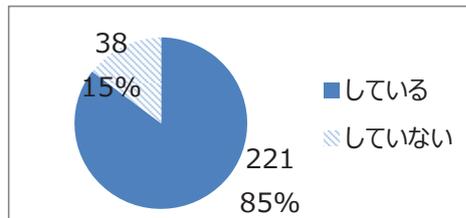
質問9：質問7で「している」と回答された施設に伺います。どのような方が利用されたときに「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認を行っていますか（単一回答）

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%



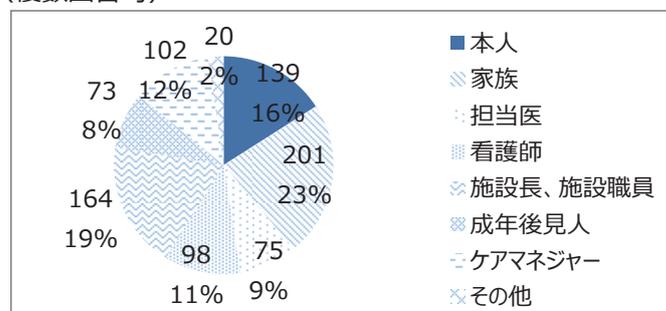
質問10：質問7で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認に関する書類を作成していますか。（単一回答）

している	221	85%
していない	38	15%
総計	259	100%



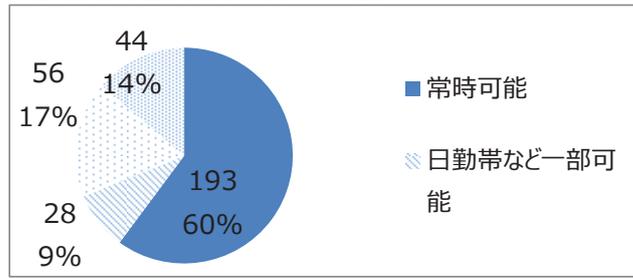
質問11：質問10で「している」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望するか、しないか」の意思確認に関する書類は、どなたが関わって作成されていますか（複数回答可）

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%

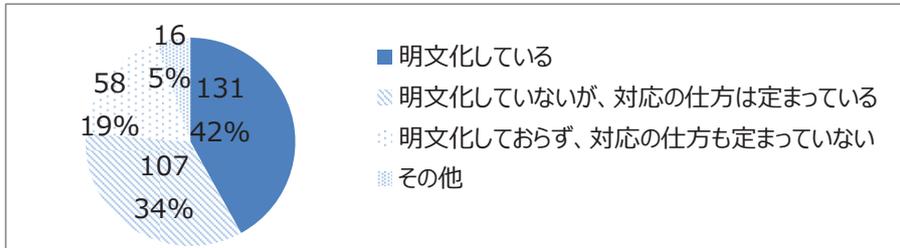


質問13：質問12で「対応できない」と回答された施設に伺います。「延命処置を希望しない意思」がある方の看取りができない理由をお聞かせください。（自由記載）

回答は別紙

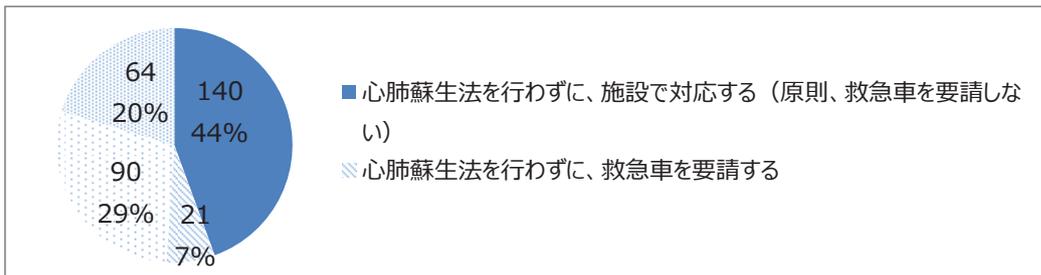
質問14：施設として「延命処置を希望しない意思」がある方への対応の仕方について明文化していますか。（単一回答）

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%



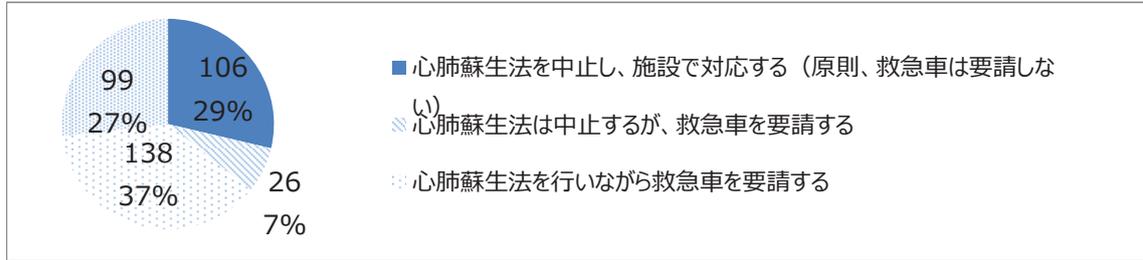
質問15：「延命処置を希望しない意思」があることが事前に判明している方が心肺停止に至った場合、どのように対応されていますか（単一回答）

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%



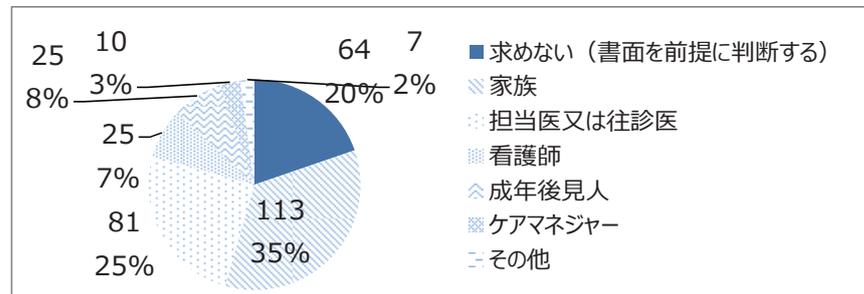
質問16：心肺停止に至った施設利用者に施設職員が心肺蘇生法を開始した後に、その方が「延命処置を希望しない意思」があることが判明した場合、どのように対応されていますか（単一回答）

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%



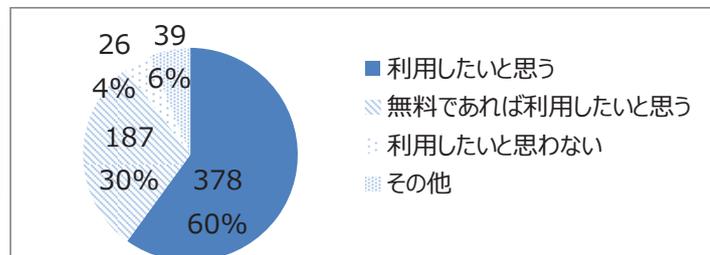
質問17：質問15で「心肺蘇生法を行わずに、施設で対応する」と回答された施設または、質問16で「心肺蘇生法を中止し、施設で対応する」と回答された施設にお伺いします。心肺蘇生法を行わない、あるいは心肺蘇生法を中止する判断をどなたに求めていますか。（複数回答可）

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。
- ・状況によってです
- ・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2～4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2～4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1～5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。
 - ・2～4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、勤務は不規則的（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。
- ・ご利用者様が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には決めるが、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、人管理体制、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対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、利用該当にあたらぬ。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対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ない。
- ・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す。
- ・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、対応したことがありません。
- ・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とありがたい
- ・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。

- ・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。

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。）

- a. 特別養護老人ホーム
- b. 介護老人保健施設
- c. 介護付き有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護）
- d. 住宅型有料老人ホーム
- e. 軽費老人ホーム
- f. 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）
- g. 小規模多機能型居宅介護
- h. サービス付き高齢者向け住宅
- i. ショートステイセンター
- j. ケアハウス
- k. 養護老人ホーム
- l. 看護小規模多機能型居宅介護
- m. 通所介護
- n. 地域密着型通所介護
- o. 認知症対応型通所介護

(2) 施設長は医師ですか

- a. はい
- b. いいえ

(3) 届け出ている施設の定員数

- a. 50名未満
- b. 50～99名
- c. 100名以上

質問2. 施設に医師はいますか（○は一つ）

- a. 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
- b. 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
- c. 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
- d. 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
- e. その他（)

質問3. 施設に看護師はいますか（○は一つ）

- a. 常時勤務している（当直している）
- b. 平日の日勤帯のみ勤務している（当直していない）
- c. 勤務していない
- d. その他（)

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
（○は一つ）

- a. ある
- b. ない

質問5. 質問4で「a. 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）

- a. 担当医などの医師に連絡し指示を受ける
- b. 看護師に連絡し指示を受ける
- c. 家族やケアマネジャーに連絡し対応を決定する
- d. 施設長に連絡し対応を決定する
- e. 誰にも相談せず、119番通報して救急車を要請する
- f. その他（ ）

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（○は一つ）

- a. 決めている場合が多い
- b. 決めていない
- c. その他（ ）

質問7から質問17までは、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伺います。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護の管理者の方は、質問18にお進みください。

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
（○は一つ）

- a. している
- b. していない

質問8. 質問7で「a. 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
（○は一つ）

- a. 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
- b. 利用後も定期的、あるいは複数回の確認を行っている
- c. その他（ ）

質問 9. 質問 7 で「a. 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（○は一つ）

- a. 入所者全員に確認している
- b. 対象を決めて確認している
- c. その他（)

質問 10. 質問 7 で「a. 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（○は一つ）

- a. している
- b. していない

質問 11. 質問 10 で「a. 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）

- a. 本人
- b. 家族
- c. 担当医
- d. 看護師
- e. 施設長、施設職員
- f. 成年後見人
- g. ケアマネジャー
- h. その他（)

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
（○は一つ）

- a. 常時可能
- b. 日勤帯など一部可能
- c. 対応できない
- d. その他（)

質問 13. 質問 12 で「c. 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）

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（○は一つ）

- a. 明文化している
- b. 明文化していないが、対応の仕方は定まっている
- c. 明文化しておらず、対応の仕方も定まっていない
- d. その他（)

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（○は一つ）

- a. 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）
- b. 心肺蘇生法を行わずに、救急車を要請する
- c. 心肺蘇生法を行いながら、救急車を要請する
- d. その他（)

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（○は一つ）

- a. 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）
- b. 心肺蘇生法は中止するが、救急車を要請する
- c. 心肺蘇生法を行いながら救急車を要請する
- d. その他（)

質問 17. 質問 15 で「a. 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「a. 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）

- a. 求めない（本人は「延命処置を希望しない意思」があり、書面があることを前提に施設として判断する）
- b. 家族
- c. 担当医又は往診医
- d. 看護師
- e. 成年後見人
- f. ケアマネジャー
- g. その他（)

質問 18、質問 19 は、全ての施設に伺います

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（○は一つ）

- a. 利用したいと思う
- b. 無料であれば利用したいと思う
- c. 利用したいと思わない
- d. その他（）

質問 19. 質問 18 で「c. 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）

御協力ありがとうございました。

救急車搬送件数の医療機関比較 【全時間帯傷病程度別】

①「増減（28年度対20年度比）」は、搬送件数の増減とその増減比を表す
 ②重症度の判定は、各医療機関の医師による初見時の判定（救急隊収容書）による
 ③この表の救急車搬送件数は、横浜市の救急隊が救急搬送した件数であり、他の自治体の救急車搬送件数は含まない

医療機関	全時間帯救急車搬送件数【合計】											傷病程度別内訳																																
												軽症・その他						中等症						重症以上																				
	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	増減比	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	増減比	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	増減比	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	増減比
全体	130,346	134,847	143,516	148,002	150,220	151,652	152,086	156,440	165,890	35,514	27.2%	72,614	75,007	78,227	80,077	80,005	78,106	77,499	78,628	84,805	12,251	16.9%	43,869	45,438	50,175	52,802	53,843	56,881	59,205	61,837	64,367	20,468	46.6%	13,863	13,402	14,514	15,183	16,372	16,605	16,278	16,030	16,628	2,765	20.2%
二次救急拠点病院 合計	73,321	76,796	77,923	83,937	87,702	93,041	101,721	101,000	111,409	38,178	52.1%	43,591	45,813	44,916	48,836	50,267	51,348	55,213	54,440	60,203	16,612	38.1%	22,923	24,487	26,005	28,762	30,441	34,000	38,492	39,460	42,871	19,948	87.0%	6,907	6,466	6,502	6,339	6,994	7,903	8,016	7,165	8,425	1,618	23.8%
二次救急拠点病院 A	51,788 (11)	53,193 (11)	51,083 (10)	46,981 (10)	47,516 (10)	48,508 (11)	54,630 (11)	56,493 (11)	61,268 (11)	9,780	18.9%	29,007	30,359	27,433	24,398	24,321	23,017	25,749	27,371	29,306	396	1.4%	16,626	17,621	18,963	17,846	17,304	19,733	22,916	23,728	25,229	8,603	51.7%	5,855	5,183	5,081	4,729	5,291	5,808	5,985	5,184	6,433	779	13.8%
A病院平均	3,984	4,836	4,644	4,690	4,752	4,414	4,395	5,138	5,097	1,613	40.5%	2,682	2,790	2,494	2,430	2,432	2,092	2,341	2,500	2,719	36	1.4%	1,511	1,600	1,698	1,760	1,700	1,794	2,083	2,108	2,234	782	51.7%	514	471	462	473	529	528	542	471	585	71	13.8%
二次救急拠点病院 B	21,533 (7)	23,573 (7)	26,840 (7)	36,916 (11)	40,189 (11)	44,480 (18)	47,091 (14)	44,572 (11)	49,931 (12)	28,398	131.9%	14,094	15,454	17,477	24,450	25,946	28,331	29,464	26,869	30,297	16,213	115.1%	6,297	6,836	7,942	10,916	12,537	14,367	15,576	15,722	17,642	11,340	180.2%	1,152	1,283	1,421	1,610	1,703	1,795	2,051	1,981	1,992	840	72.9%
B病院平均	3,076	3,368	3,834	3,361	3,653	3,422	3,364	4,002	4,161	1,089	35.3%	2,012	2,208	2,497	2,223	2,359	2,179	2,105	2,443	2,525	513	25.5%	900	977	1,135	900	1,140	1,104	1,113	1,429	1,470	571	63.4%	165	183	203	146	150	138	147	180	166	1	0.9%
轄管病院	23,985 (24)	24,038 (24)	27,692 (24)	20,028 (18)	15,612 (18)	12,445 (17)	12,238 (17)	15,381 (18)	13,993 (20)	▲9,892	▲41.4%	14,544	15,287	17,212	11,963	8,845	6,667	6,360	8,096	7,495	▲7,049	▲48.5%	8,134	8,100	9,154	7,469	5,810	4,900	5,047	6,300	5,630	▲2,504	▲30.8%	1,207	1,151	1,316	1,104	952	838	831	980	898	▲339	▲28.1%
轄管病院平均	995	1,022	1,153	1,141	967	732	720	810	700	▲236	▲29.7%	606	637	717	630	491	392	374	426	375	▲231	▲58.2%	339	338	381	363	323	291	297	332	282	▲57	▲16.9%	50	48	55	58	50	49	49	52	43	▲7	▲13.7%
救命救急センター	4,702 (8)	5,181 (8)	6,408 (7)	8,428 (8)	8,349 (8)	8,136 (8)	8,498 (8)	7,325 (8)	6,500 (8)	1,848	39.3%	677	858	998	1,264	1,007	1,164	1,280	919	539	▲38	▲6.6%	1,190	1,344	1,853	2,603	2,310	2,254	2,738	2,249	1,894	494	41.9%	2,933	2,989	3,370	4,859	5,027	4,420	4,708	4,257	4,327	1,392	47.4%
救命救急センター 平均	940	890	915	1,054	1,044	1,017	1,062	916	728	▲213	▲22.6%	110	143	142	158	126	146	131	102	60	▲56	▲48.1%	238	224	262	326	289	319	342	281	187	▲51	▲21.4%	587	493	511	570	628	553	589	532	481	▲106	▲18.1%
その他の病院及び診療所	18,741	18,237	20,612	23,486	26,119	25,909	19,191	20,811	21,541	2,800	14.9%	9,590	9,561	10,144	12,500	13,868	13,095	9,356	9,386	10,539	944	9.8%	7,247	6,889	7,885	8,676	9,930	10,059	8,073	8,791	8,958	1,711	23.6%	1,890	1,787	1,983	2,101	2,291	2,725	1,762	2,634	2,044	145	7.6%
市外の病院及び診療所	9,697	10,145	10,891	11,673	12,438	12,119	11,340	11,913	12,277	2,580	26.6%	4,307	4,438	4,959	5,506	5,988	5,632	5,020	5,887	6,059	1,782	41.4%	4,402	4,618	4,798	5,000	5,342	5,196	4,850	5,032	5,224	819	18.6%	985	1,089	1,134	1,080	1,108	1,089	961	994	964	▲21	▲2.1%

*【 】内の数字は、体制参加病院数を表します。
 * 轄管病院は、小児科二次救急のみ参加医療機関を除く

救急車搬送割合の医療機関比較 【全時間帯傷病程度別】

医療機関	全時間帯救急車搬送件数 【割合】										傷病程度別内訳																													
											軽 症・その他						中 等 症						重 症 以 上																	
	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度比28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度比28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度比28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度比28年度比)
全 体	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P
二次救急拠点病院 合計	56.3%	56.9%	54.3%	56.7%	58.4%	61.4%	66.9%	64.6%	67.2%	11.0P	60.0%	60.3%	57.4%	61.0%	62.8%	65.7%	71.2%	69.2%	70.9%	10.9P	52.2%	53.9%	52.8%	54.5%	56.5%	59.9%	65.0%	63.8%	66.6%	14.4P	49.2%	48.1%	44.8%	41.8%	42.7%	45.6%	49.2%	44.7%	50.7%	1.9P
二次救急拠点病院 A	39.7%	39.4%	35.6%	31.7%	31.6%	32.0%	35.7%	36.1%	37.1%	▲2.6P	40.6%	40.0%	35.1%	30.5%	30.4%	29.0%	33.2%	35.1%	35.2%	▲5.4P	37.9%	38.8%	37.0%	33.8%	33.3%	34.7%	38.7%	38.4%	39.2%	1.9P	40.9%	38.6%	35.0%	31.1%	32.3%	34.6%	36.6%	32.3%	38.7%	▲2.2P
二次救急拠点病院 B	16.6%	17.6%	18.7%	25.0%	26.8%	29.3%	30.8%	28.6%	30.1%	13.6P	19.4%	20.3%	22.3%	30.5%	32.4%	36.3%	38.0%	34.2%	35.7%	16.3P	14.3%	15.0%	15.8%	20.7%	23.3%	25.2%	26.3%	25.4%	27.4%	13.1P	8.3%	9.6%	9.8%	10.6%	10.4%	10.6%	12.6%	12.4%	12.0%	3.7P
轄番病院	18.3%	18.2%	19.3%	13.3%	10.4%	8.2%	8.0%	9.8%	8.4%	▲9.9P	20.0%	20.1%	22.0%	14.9%	11.1%	8.5%	8.2%	10.3%	9.6%	▲11.2P	18.6%	17.8%	18.2%	14.1%	10.8%	8.7%	8.0%	10.2%	8.7%	▲9.9P	8.7%	8.6%	9.1%	7.3%	5.6%	5.0%	5.1%	6.1%	5.2%	▲3.9P
救命救急センター	3.6%	3.8%	4.5%	5.7%	5.6%	5.4%	5.6%	4.7%	3.9%	0.3P	0.8%	1.1%	1.3%	1.6%	1.3%	1.5%	1.4%	1.0%	0.6%	▲0.2P	2.7%	3.0%	3.7%	4.9%	4.3%	4.0%	4.6%	3.6%	2.6%	▲0.1P	21.2%	22.0%	24.7%	30.0%	30.7%	26.0%	28.9%	26.6%	26.0%	4.8P
その他の病院及び診療所	14.4%	13.6%	14.4%	15.9%	17.4%	17.1%	12.5%	13.3%	13.0%	▲1.4P	13.2%	12.6%	13.0%	15.6%	17.4%	16.8%	12.1%	11.9%	12.4%	▲0.8P	16.6%	15.2%	15.7%	16.8%	18.4%	17.7%	13.6%	14.2%	13.9%	▲2.6P	13.7%	12.9%	14.3%	15.2%	16.6%	19.7%	12.7%	19.0%	12.3%	▲1.4P
市外の病院及び診療所	7.4%	7.5%	7.6%	7.9%	8.3%	8.0%	7.4%	7.6%	7.4%	▲0.0P	5.9%	5.8%	6.3%	6.9%	7.5%	7.5%	7.1%	7.5%	7.2%	1.2P	10.0%	10.2%	9.6%	9.6%	9.9%	9.1%	8.2%	8.1%	8.1%	▲1.9P	7.1%	7.9%	8.2%	7.8%	8.0%	7.9%	6.9%	7.2%	5.8%	▲1.9P

(消防局統計データに基づき医療局医療政策課が作成)

救急車搬送件数の医療機関比較 【夜間・休日の重症度別】

① 「増減（28年度対20年度比）」は、搬送件数の増減とその増減比を表す
 ② この表の夜間、休日の定義（＝救急患者受入実績加算の積算根拠となる時間）
 ・夜間：午後5時から翌日午前9時まで
 ・休日：午前9時から午後5時まで

③ 重症度の判定は、各医療機関の医師による初見時の判定（救急隊受診書）による
 ④ この表の救急車搬送件数は、横浜市救急隊が搬送した件数であり、他の自治体の救急車搬送件数は含まない

（単位：件）

医療機関	夜間・休日の救急車搬送件数 合計										軽症・その他										重症度別内訳																							
																					中等症					重症以上																		
	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (22年度対28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (22年度対28年度比)				
全体	86,897	89,995	93,728	94,646	95,353	99,175	99,537	101,934	108,460	18,465	24.8%	51,575	54,032	54,879	54,848	54,511	54,716	54,097	55,232	60,136	8,561	16.6%	26,507	27,577	29,822	30,753	30,909	33,775	35,268	36,609	37,926	10,349	43.1%	8,815	8,386	9,057	9,045	9,843	10,684	10,172	10,033	10,397	1,582	17.9%
二次救急拠点病院 合計	50,444	53,043	53,381	57,589	58,765	65,488	67,713	67,281	75,208	24,764	▲50.9%	31,655	33,470	32,747	35,719	35,923	38,656	39,249	38,290	43,850	12,195	31.0%	14,480	15,484	16,568	17,874	18,445	21,752	23,551	24,159	26,068	11,588	80.0%	4,309	4,089	4,066	3,996	4,397	5,080	4,913	4,832	5,290	1,201	29.4%
二次救急拠点病院 A	35,535	36,595	34,575	31,654	32,157	34,349	36,856	37,666	41,757	6,222	17.5%	21,549	22,185	19,781	17,508	17,574	17,556	18,638	19,052	21,811	262	▲1.7%	10,437	11,134	11,611	11,159	11,131	12,869	14,475	14,918	15,859	5,422	51.9%	3,549	3,276	3,183	2,987	3,452	3,924	3,743	3,696	4,087	538	15.2%
A病院平均	3,230	3,327	3,143	3,165	3,216	3,123	3,351	3,424	3,796	566	17.5%	1,956	2,017	1,798	1,751	1,757	1,596	1,694	1,732	1,983	24	1.2%	949	1,012	1,056	1,116	1,113	1,170	1,316	1,356	1,442	493	51.9%	323	298	289	299	345	357	340	336	372	49	15.2%
二次救急拠点病院 B	14,909	16,448	18,805	25,935	26,608	31,139	30,857	29,615	33,451	18,542	124.4%	10,106	11,285	12,966	18,211	18,349	21,100	20,611	19,238	22,039	11,933	118.1%	4,043	4,350	4,957	6,715	7,314	8,883	9,076	9,241	10,209	5,859	134.7%	700	813	883	1,009	945	1,156	1,170	1,136	1,203	443	58.3%
B病院平均	2,130	2,350	2,687	2,358	2,419	2,395	2,204	2,692	2,788	438	18.6%	1,444	1,612	1,852	1,656	1,668	1,623	1,472	1,749	1,837	393	27.2%	578	621	708	610	665	683	648	840	851	273	47.3%	109	116	126	92	86	89	84	103	100	▲8	▲7.7%
轄管病院	15,353	15,644	16,934	11,579	11,055	7,320	6,852	8,704	7,694	▲7,650	▲49.5%	10,134	10,473	11,429	7,217	6,858	4,328	3,940	5,095	4,590	▲5,544	▲56.2%	4,547	4,566	4,815	3,798	3,598	2,540	2,488	3,083	2,676	▲1,871	▲41.1%	672	605	690	554	609	443	424	522	428	▲244	▲36.3%
轄管病院平均	640	652	706	643	614	431	403	458	385	▲255	▲39.9%	422	436	476	380	381	295	232	268	230	▲193	▲46.6%	189	190	201	200	199	150	146	162	134	▲56	▲29.4%	28	25	29	30	32	26	25	27	21	▲7	▲23.6%
救命救急センター	3,321	3,517	4,488	5,966	5,938	6,072	5,887	5,353	4,557	1,236	37.2%	434	611	720	932	744	858	742	625	400	▲34	▲7.8%	799	880	1,259	1,824	1,622	1,852	1,883	1,612	1,116	317	39.7%	2,088	2,026	2,509	3,210	3,570	3,362	3,262	3,116	3,041	953	45.6%
救命救急センター平均	664	596	641	746	742	759	736	650	506	▲158	▲23.8%	87	102	103	117	93	107	93	78	44	▲42	▲48.6%	160	147	180	228	203	232	235	202	124	▲36	▲22.4%	418	338	358	401	446	420	408	390	336	▲80	▲19.1%
その他の病院等 (A、B、轄管病院以外)	17,779	17,791	18,955	19,512	19,597	20,295	19,085	20,596	21,001	3,222	18.1%	9,352	9,478	9,983	10,980	10,986	10,874	10,166	11,218	11,296	1,818	19.2%	6,681	6,647	7,180	7,257	7,344	7,622	7,346	7,815	8,066	1,419	21.3% (▲4.0%)	1,746	1,696	1,792	1,275	1,267	1,799	1,573	1,563	1,638	▲28	▲1.7%
その他の病院及び診療所	11,272	11,000	11,689	11,606	11,042	12,165	11,529	12,632	12,798	1,526	13.5%	6,281	6,305	6,431	6,973	6,561	6,675	6,175	6,959	6,867	576	9.2%	3,961	3,753	4,167	4,035	3,899	4,348	4,367	4,682	4,835	974	25.2%	1,130	1,032	1,091	598	582	1,142	997	991	1,106	104	▲2.1%
市外の病院及び診療所	6,507	6,731	7,294	7,906	8,555	8,130	7,555	7,964	8,202	1,695	26.0%	3,071	3,173	3,552	4,007	4,426	4,199	3,991	4,259	4,439	1,368	44.6%	2,820	2,894	3,013	3,222	3,445	3,274	2,989	3,133	3,231	411	14.6%	616	664	701	677	685	667	576	572	532	▲132	▲18.6%

* 轄管病院は、小児科二次救急センターのみの参加医療機関を除く

救急車搬送割合の医療機関比較 【夜間・休日の重症度別】

医療機関	夜間・休日の救急車搬送件数 合計										軽 症・その他										重 症 度 別 内 訳																			
	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	増減 (20年度対28年度比)
全 体	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0.0P
二次救急拠点病院 合計	58.1%	58.9%	56.9%	60.8%	61.6%	66.0%	68.0%	66.0%	69.3%	11.3P	61.4%	61.9%	59.7%	65.1%	65.9%	70.6%	72.6%	69.3%	72.9%	11.5P	54.6%	56.1%	55.6%	58.1%	59.5%	64.4%	66.8%	65.9%	68.7%	14.1P	48.9%	48.8%	44.9%	44.2%	44.7%	47.5%	48.3%	48.2%	50.9%	2.0P
二次救急拠点病院 A	40.9%	40.7%	36.9%	33.4%	33.7%	34.6%	37.0%	37.0%	38.5%	▲2.4P	41.8%	41.1%	36.0%	31.9%	32.2%	32.1%	34.5%	34.5%	36.3%	▲5.5P	39.4%	40.4%	38.9%	36.3%	35.9%	38.1%	41.0%	40.7%	41.8%	2.4P	40.3%	39.1%	35.1%	33.0%	35.1%	36.7%	36.8%	36.8%	39.3%	▲1.0P
二次救急拠点病院 B	17.2%	18.3%	20.1%	27.4%	27.9%	31.4%	31.0%	29.1%	30.8%	13.7P	19.6%	20.9%	23.6%	33.2%	33.7%	38.6%	38.1%	34.8%	36.6%	17.1P	15.3%	15.8%	16.6%	21.8%	23.6%	26.3%	25.7%	25.2%	26.9%	11.7P	8.6%	9.7%	9.7%	11.2%	9.6%	10.8%	11.5%	11.3%	11.6%	2.9P
輪番病院	17.7%	17.4%	18.1%	12.2%	11.6%	7.4%	6.9%	8.5%	7.1%	▲10.6P	19.6%	19.4%	20.8%	13.2%	12.6%	7.9%	7.3%	9.2%	7.6%	▲12.0P	17.2%	16.6%	16.1%	12.4%	11.6%	7.5%	7.1%	8.4%	7.1%	▲10.1P	7.6%	7.2%	7.6%	6.2%	6.2%	4.1%	4.2%	5.2%	4.1%	▲3.5P
救命救急センター	3.8%	3.9%	4.8%	6.3%	6.2%	6.1%	5.9%	5.3%	4.2%	0.4P	0.8%	1.1%	1.3%	1.7%	1.4%	1.6%	1.4%	1.1%	0.7%	▲0.18P	3.0%	3.2%	4.2%	5.9%	5.2%	5.5%	5.3%	4.4%	2.9%	▲0.1P	23.7%	24.2%	27.7%	35.5%	36.3%	31.5%	32.1%	31.1%	29.2%	5.6P
その他の病院等	20.5%	19.8%	20.2%	20.6%	20.6%	20.5%	19.2%	20.2%	19.4%	▲0.1P	18.1%	17.5%	18.2%	20.0%	20.2%	19.9%	18.8%	20.3%	18.8%	0.7P	25.2%	24.1%	24.1%	23.6%	23.7%	22.6%	20.8%	21.3%	21.3%	▲3.9P	19.8%	19.9%	19.8%	14.1%	12.9%	16.8%	15.5%	15.6%	15.8%	▲4.1P
その他の病院及び診療所	13.0%	12.3%	12.0%	12.3%	11.6%	12.3%	11.6%	12.4%	11.8%	▲1.2P	12.2%	11.7%	11.7%	12.7%	12.0%	12.2%	11.4%	12.6%	11.4%	▲0.8P	14.6%	13.6%	14.0%	13.1%	12.6%	12.9%	12.4%	12.8%	12.7%	▲1.8P	12.8%	11.4%	12.4%	6.8%	6.6%	13.0%	11.3%	11.2%	12.5%	▲0.3P
市外の病院及び診療所	7.5%	7.5%	7.7%	8.4%	9.0%	8.2%	7.6%	7.8%	7.6%	0.1P	6.0%	5.9%	6.5%	7.3%	8.1%	7.7%	7.4%	7.7%	7.4%	1.4P	10.6%	10.5%	10.1%	10.5%	11.1%	9.7%	8.5%	8.5%	8.5%	▲2.1P	7.0%	7.5%	8.0%	7.7%	7.8%	7.5%	6.5%	6.0%	6.0%	▲1.0P

第7次提言の要約

高齢者の救急医療に係る施策提言

1 「高齢者の救急医療」に係る課題

(1) 課題の検討方法

高齢者の救急医療について、検討するにあたっては、

- ① 受診の必要性を判断するフェーズ
- ② 救急搬送されるまたは救急医療を受診するフェーズ
- ③ 医療機関で治療後の退院時や退院後のフェーズ

の大きく3つに分け、救急搬送データ及び救急医療機関、高齢者施設、救急隊に対するアンケートなどを活用し、各フェーズにおける課題について検討しました。

(2) 課題に対する施策の考え方

①受診の必要性を判断するフェーズ

独居の高齢者または、介助者など周りの人が受診の必要性について、判断に迷う時に相談できる救急相談センター（＃7119）の活用を促進することが、効果的です。

②救急搬送されるまたは救急医療を受診するフェーズ

高齢者の情報を把握するのに時間を要してしまっている現状があることから、いち早く医療につなぐためにも、緊急時に役立つ情報を集約し、救急隊や医療機関に対して情報を共有するペーパーやファイル（以下「情報共有ツール」という。）を有効活用することができるように仕組みづくりが重要です。

③医療機関で治療後の退院時や退院後のフェーズ

救急医療機関と高齢者施設等との間で普段から会議などの連携が行われている場合とそうでない場合では、相互の受け入れなどで課題が生じる頻度に差があり、救急医療機関と高齢者施設の連携関係を築いていければ、限りある医療・介護資源をより有効に活用することが可能です。

2 「高齢者の救急医療」に係る施策

(1) 受診の必要性を判断するフェーズ

「救急相談センター（＃7119）の活用」

本サービスを全市的な高齢者へのセーフティネットとして機能させることが、高齢者や支える家族の安心感の醸成に寄与するものと考えられ、高齢者世帯のみならず、高齢者施設、または介護サービスの担い手など高齢者のケアを行っている方を含め、幅広く「＃7119」の周知が進めていくことが不可欠と考えます。また、パソコンやスマートフォン上で緊急性や受診の必要性を自ら確認できる「救急受診ガイド」も効果が期待されるため、「＃7119」と同様に周知を進めていくことが不可欠と考えます。

(2) 救急搬送されるまたは救急医療を受診するフェーズ

「高齢者の情報共有ツールの有効活用」

本委員会の議論では、実際に使われている鶴見区医師会の「連携ノート」をもとに意見交換。それを踏まえ、これから新たに作成する又は改訂する際の参考となるように

①対象者が急変した際に、救急医療現場で必要となる項目

（必須と考えられる項目）

本人の基本情報、かかりつけ医療機関、緊急時対応医療機関、ケアマネージャー、訪問看護ステーション

（記載があるとよいと考えられる項目）

現在治療中の病気、現在服薬中の薬

②ツール自体を必要時に利用できるような共通のルール（保管場所など）

などについて、基本的な考え方として提案します。（Ⅱ-2-(2)）

基本的な項目を元に、具体的な運用方法や市内統一様式など記載したガイドラインとして、普及していくのが望ましいと考えます。

(3) 医療機関で治療後の退院時や退院後のフェーズ

「救急医療機関と高齢者施設等の医療連携の強化と促進」

各地域での一部の病院では、高齢者施設や回復期、慢性期病院との連携や勉強会の開催などにより、患者の相互受け入れがスムーズになっているケースがあることから、これらのうまくいっている取り組みを市域全体へと広めていくことが重要と考えます。まず、救急医療機関を中心として関係機関が一堂に会する連携会議をいくつかの地域でモデル的に開催し、それを全体へ波及させていくことが効率よく進めていく手法と考えます。

