

## 高齢者施設等における救急搬送等実態調査(令和4年1月)集計

### ●施設種別 (質問3)

	R4		R3		R2	
特別養護老人ホーム	112	29%	80	31%	82	32%
介護老人保健施設	36	9%	31	12%	31	12%
介護医療院	3	1%	1	1%	-	-
養護老人ホーム	14	4%	14	5%	5	2%
軽費老人ホーム	16	4%	19	7%	20	8%
有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅)	134	35%	84	32%	87	33%
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	67	17%	32	12%	32	12%
その他	2	1%	1	0%	3	1%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

(その他)・通所介護、小規模多機能型居宅介護

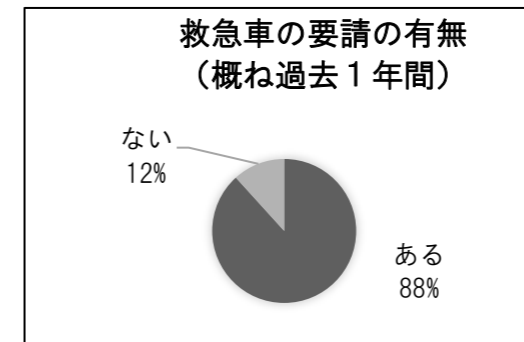
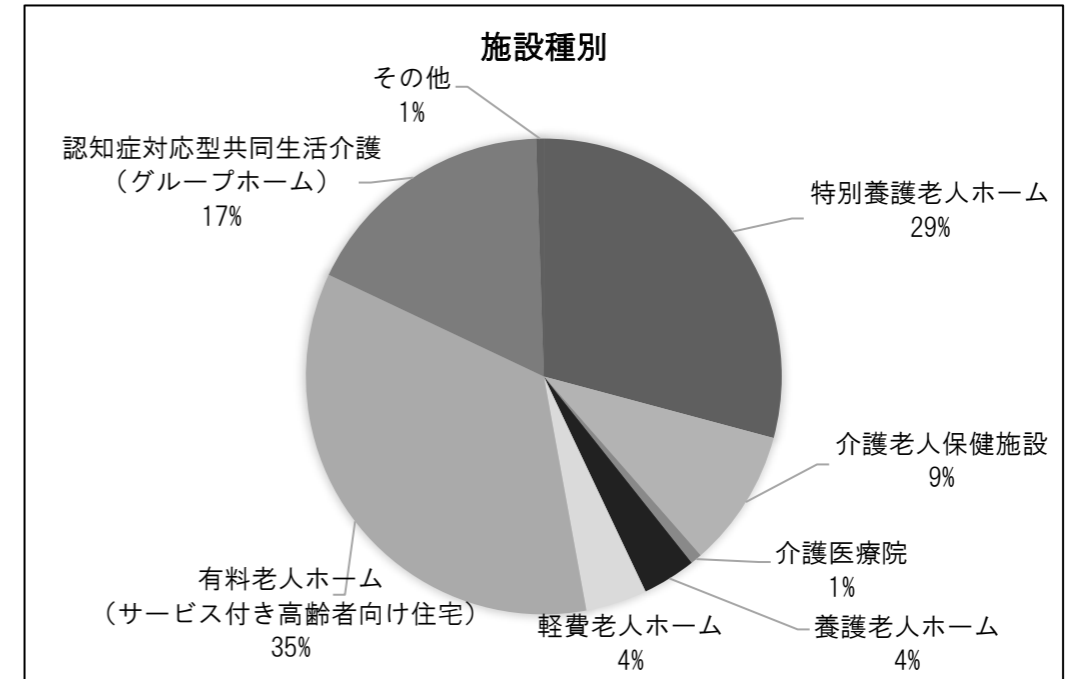
### ●救急車の要請の有無(概ね過去1年間) (質問6)

	R4		R3		R2	
ある	339	88%	233	89%	235	90%
ない	45	12%	29	11%	25	10%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

### ●救急車の要請回数(概ね過去1年間) (質問7)

1回～5回	173	21回～30回	9
6回～10回	63	31回～40回	7
11回～15回	38	41回～50回	3
16回～20回	19	記入なし	27
		合計	339

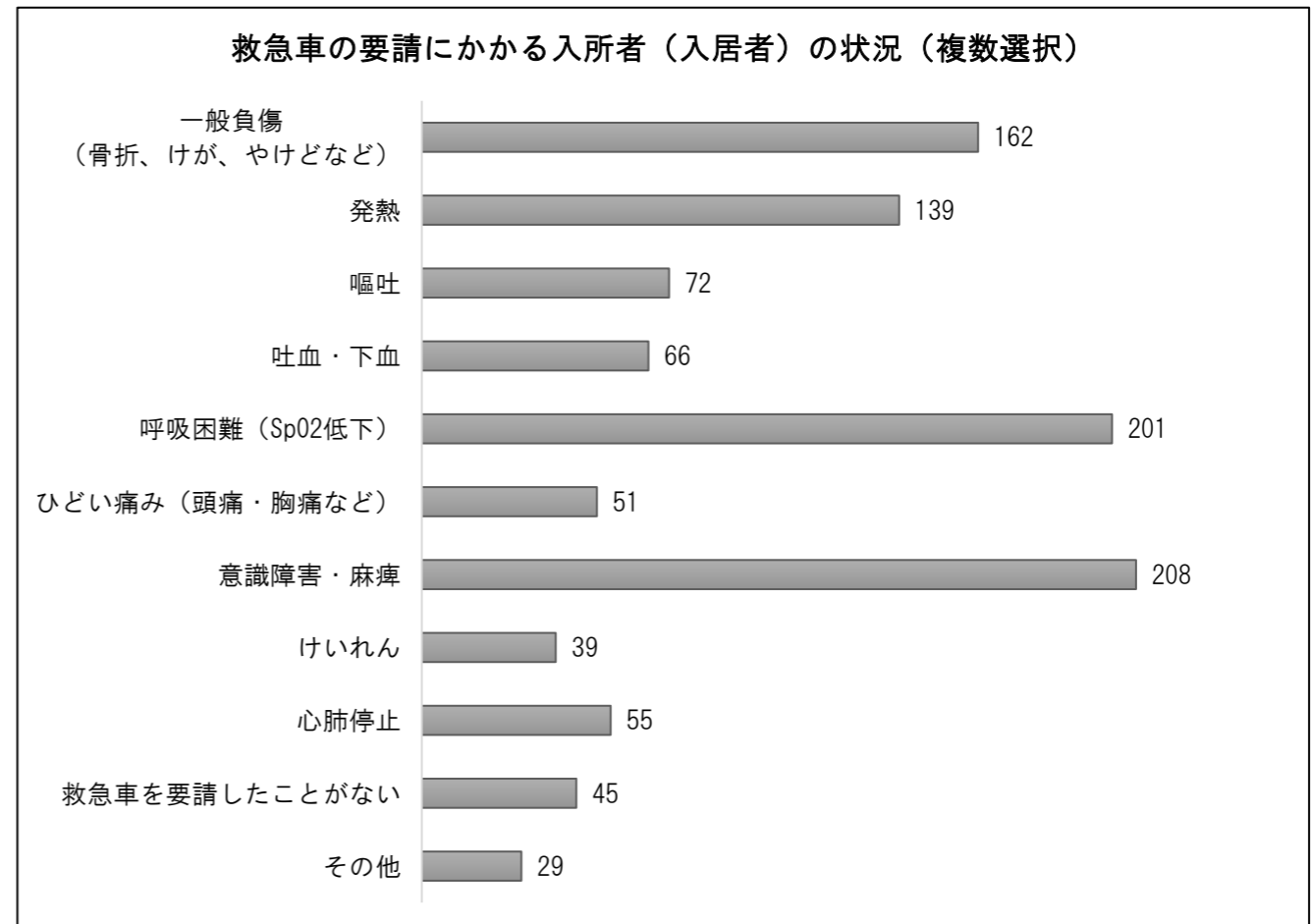
→うち、1件は法人からの回答であり複数施設分(同一種別)をまとめて報告



●救急車の要請にかかる入所者の状況【複数選択】（質問8）

	R4	R3	R2
一般負傷 (骨折、けが、やけどなど)	162	120	118
発熱	139	92	83
嘔吐	72	57	49
吐血・下血	66	37	51
呼吸困難(SpO2低下)	201	146	141
ひどい痛み(頭痛・胸痛など)	51	42	22
意識障害・麻痺	208	164	156
けいれん	39	32	24
心肺停止	55	36	30
救急車を要請したことがない	45	-	-
その他	29	31	36
合計	1067	757	710

- (その他)・脳梗塞疑い・本人希望・医師の指示・誤嚥・義歯誤飲  
 ・腸閉塞・嚥下障害・熱中症・鼻血(止血不可のため)  
 ・衰弱・癲癇・脳梗塞症状・疾患の悪化・喘息・血圧上昇  
 ・尿路感染症・血圧検査やCT検査で異常があり急変した  
 ・尿道カテーテル抜去後血尿あり、再留置困難

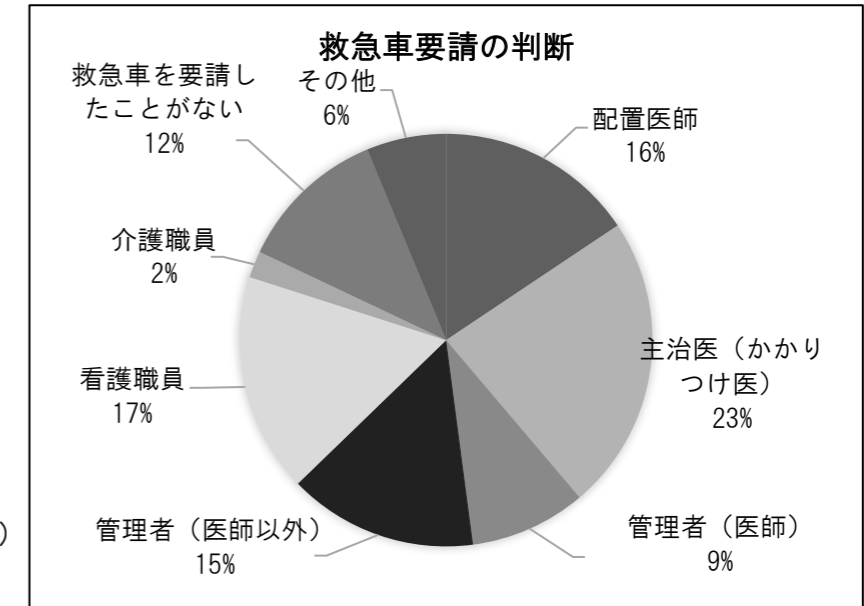


●救急車の要請を判断した経緯（質問9）

	R4		R3		R2	
配置医師	60	16%	40	15%	34	13%
主治医(かかりつけ医)	89	23%	58	22%	64	25%
管理者(医師)	35	9%	27	10%	24	9%
管理者(医師以外)	57	15%	34	13%	30	11%
看護職員	66	17%	62	24%	57	22%
介護職員	8	2%	6	2%	5	2%
救急車を要請したことがない	45	12%	-	-	-	-
その他	24	6%	35	14%	46	18%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

(その他)・その時々により判断するため、選択肢が複数ある。(配置医師、看護職員、管理者、生活相談員、介護職員等)

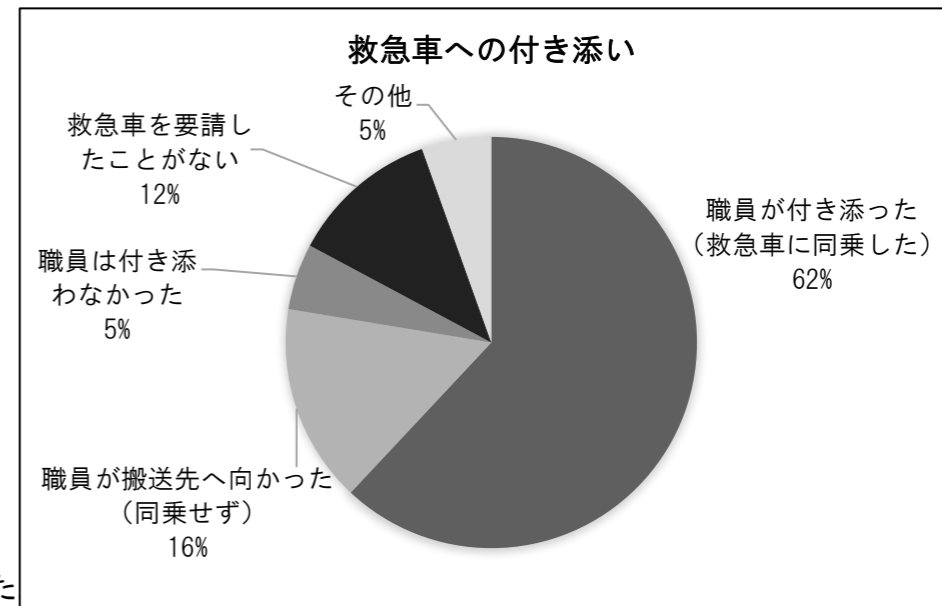
- ・訪問看護の判断
- ・家族と相談して判断したり、家族の希望による。
- ・主治医、管理者等へ相談し指示を得る。
- ・本人からの要請
- ・その日勤務している者で判断（日中は主治医、施設長、看護師、夜間は夜勤職員(看護師、介護職員)等)
- ・事業所看護師より嘱託医へ連絡し、医師、看護師の判断
- ・看取りや緊急時の対応を入居時に聞かせてもらっている。  
 その中で救急搬送や積極的な医療を望む等の意思確認しており、それに沿って対応している。
- ・主治医の判断を家族に伝え、家族の意向に従う。
- ・主治医に連絡が着いた時は主治医に判断を仰ぐが、連絡が着かない時は施設長が判断する。
- ・近医を受診し、その医師の判断にて救急搬送を行う。



●救急車への付き添い（質問10）

※搬送先で患者情報がないと、治療が遅延するなどの事態が想定されます。搬送先での円滑な申し送りのため、救急車への付き添いに協力を求めています。

	R4		R3		R2	
職員が付き添った (救急車に同乗した)	238	62%	179	68%	187	72%
職員が搬送先へ向かった (同乗せず)	60	16%	40	15%	23	9%
職員は付き添わなかった	20	5%	13	5%	15	6%
救急車を要請したことがない	45	12%	-	-	-	-
その他	21	5%	30	12%	35	13%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

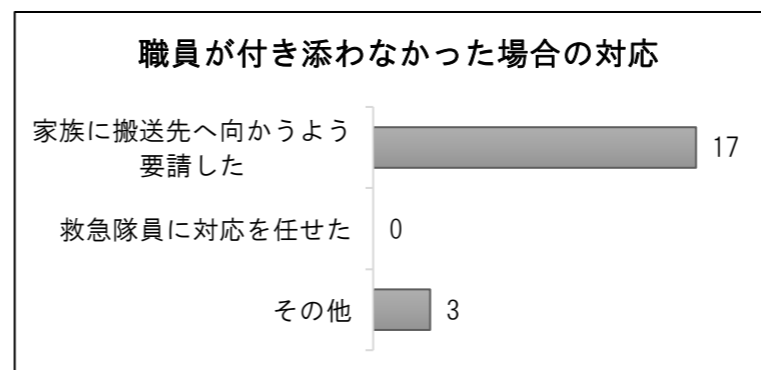


(その他)・家族が同乗

- ・搬送時間帯によって同乗したり、搬送先へ向かう。その後、家族と交代する。
- ・基本的には家族が同乗してもらうが、間に合わない場合は施設職員が同乗もしくは搬送先に向かう。
- ・基本職員が同乗するが搬送までに家族が見え、医療情報が提供できる際には同乗しないケースもあった。
- ・桑名市と医師会・消防署で協議された運用方法を用いて看護師が同乗していない。家族が可能であれば、施設に来て頂き同乗するか搬送先が決定後に自家用車で病院に向かう。
- ・緊急時の情報連絡票に詳細を記入し、消防隊員に提出する。
- ・状況によって同乗した場合、しなかった場合、搬送先へ向かった場合とがある。
- ・多くの救急搬送については、看護職員が同乗しますが、時間帯等により同乗できない場合は、救急搬送用の連絡票を救急隊員にお渡しして、ご家族様にその後連絡し、搬送をお願い。また、時間をおいてでも施設職員が事情説明に搬送先に伺うようにしています。
- ・要請はしたが、救急車到着時に様態が落ち着いたため結果として搬送されなかった。
- ・終日通して職員が少ないため、付き添いできないことが多い。特に夜間は1名体制のため付き添いはできません。

●職員が付き添わなかった場合の対応（質問11）

	R4	R3	R2
家族に搬送先へ向かうよう 要請した	17	52	37
救急隊員に対応を任せた	0	2	3
その他	3	15	16
合計	20	69	56



(その他)・家族が同乗した。

- ・家族に同乗を依頼し、右記書類を必ず救急隊員に渡す。
- ・経過状況について施設で用意した申し送り表
- ・日常の様子についてのサマリー
- ・お薬手帳
- ・医師からの救急外来宛FAX

●看取り期(終末期)の入所者の搬送 (質問12)

	R4		R3		R2	
ある	89	23%	75	29%	68	26%
ない	287	75%	179	68%	183	70%
その他	8	2%	8	3%	9	4%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

(その他)・看取り期で、主治医と、ご家族様相談の上で決定された意向に沿って対応

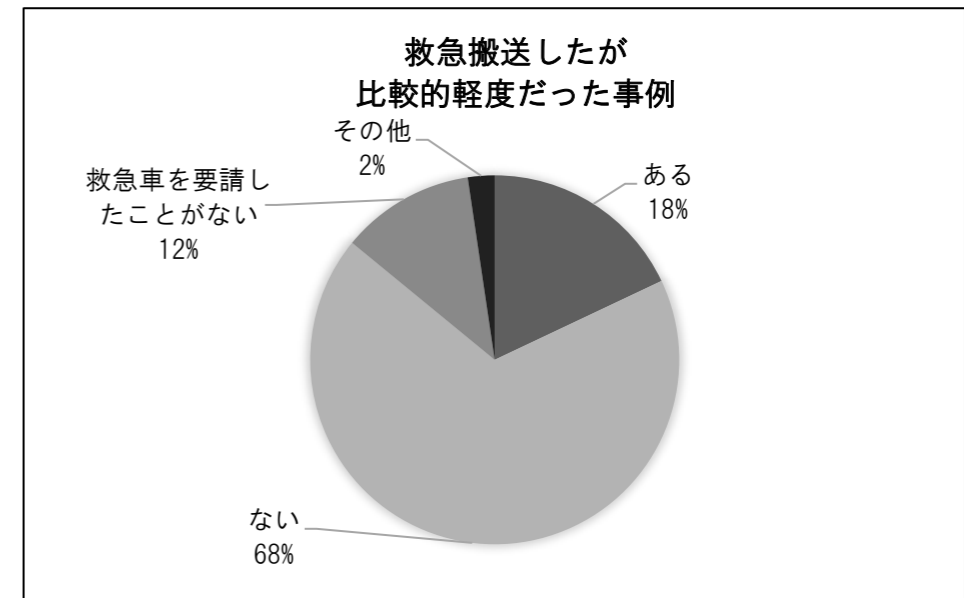
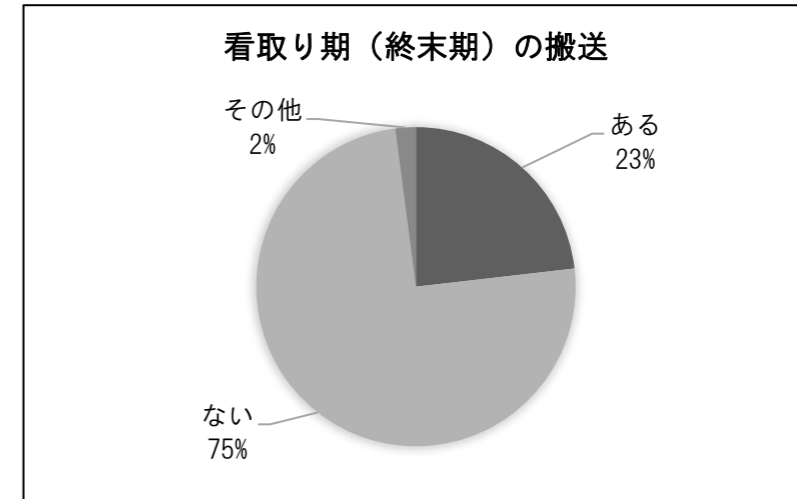
- ・家族が延命を望む場合は要請する。看取りを望む場合は要請しない。
- ・ご本人、ご家族のご希望により判断
- ・終末期の入居者がいない。
- ・主治医へ連絡して、往診対応

●救急搬送したが比較的軽度だった事例 (質問13)

	R4		R3		R2	
ある	69	18%	56	21%	53	20%
ない	261	68%	196	75%	195	75%
救急車を要請したことがない	45	12%	-	-	-	-
その他	9	2%	10	4%	12	5%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

(その他)・病院到着時に改善するケースがあった。

- ・医療的な判断が困難な介護施設において、症状や病状が比較的軽度であったどうかは結果論であり、ご家族様や介護するスタッフとしては救急搬送しなくて良かったと思うことはありません。
- ・入院にはならなかったが、受診は必要だった。
- ・往診医の指示で救急要請したが、病院到着後に担当医より、これぐらいなら救急車は必要ないに近い対応をされた。
- ・施設として救急要請の必要性ないと判断しても、家族の強い希望によって要請せざるを得なかった事例があった。



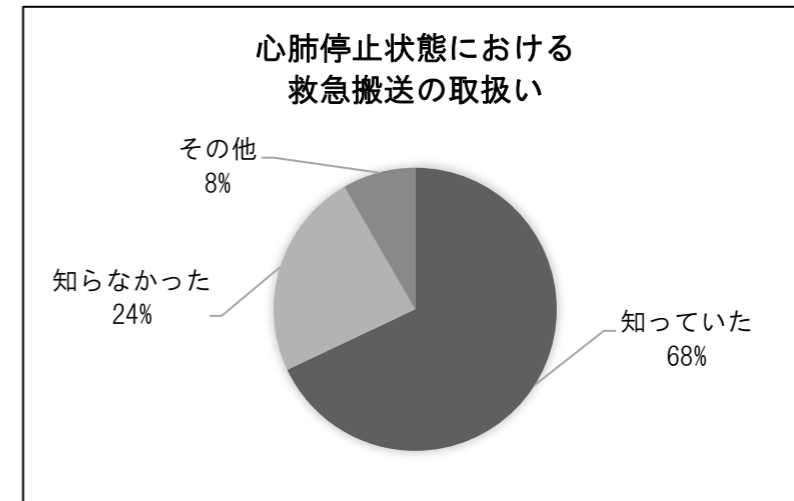
●心肺停止状態における救急搬送の取扱いを知っているか。(質問14)

- ・高齢者施設等から心肺停止状態の患者を救急車で(24時間以内に受診していない)病院に搬送した場合、死亡診断書ではなく死体検案書が発行される。
- ・死体検案書が発行されるためには、多くの場合警察への届け出が必要であり、施設関係者も事情を聴取される。
- ・死体検案書は死亡診断書に比して高額である。
- ・心肺停止状態で救急病院に搬送され救命処置がされた時点で1日分の治療費が発生する。

	R4		R3		R2	
知っていた	261	68%	195	74%	174	67%
知らなかった	91	24%	52	20%	66	25%
その他	32	8%	15	6%	20	8%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

(その他)・一部しか知らなかった。

- ・課せられる費用に関しては知らなかった。



●アドバンス・ケア・プランニング(ACP)【人生会議】について、知っているか。(質問15)

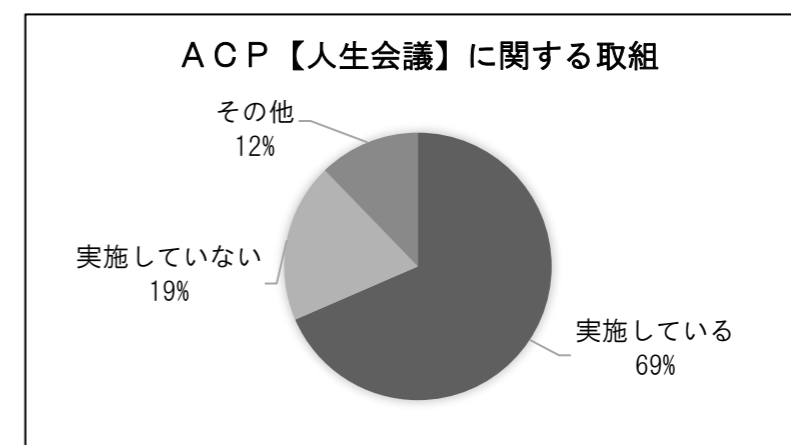
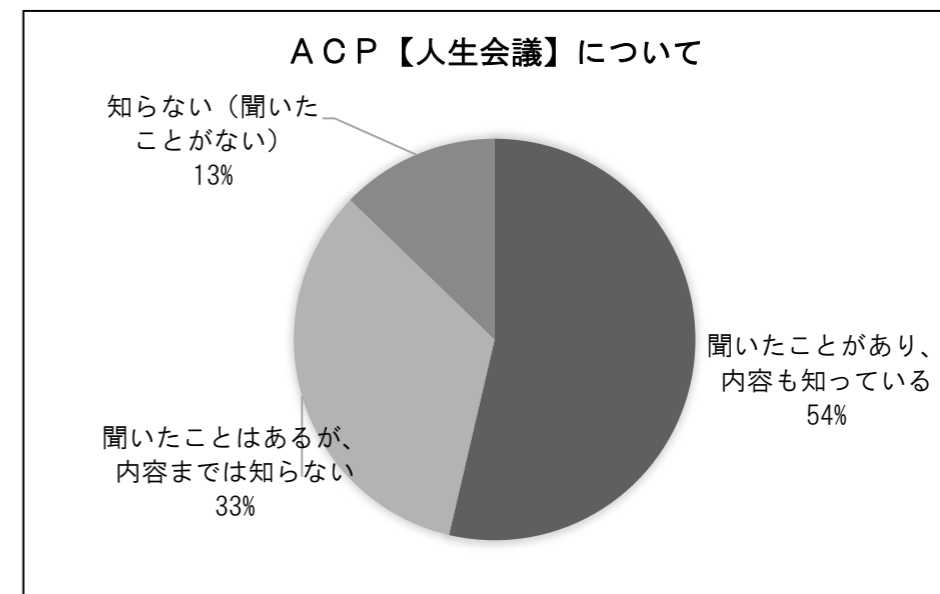
	R4		R3		R2	
聞いたことがあり、内容も知っている	206	54%	145	55%	132	51%
聞いたことはあるが、内容までは知らない	129	33%	92	35%	85	33%
知らない(聞いたことがない)	49	13%	25	10%	43	16%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

●ACP(アドバンス・ケア・プランニング)【人生会議】に関する取組の実施 (質問16)

	R4		R3		R2	
実施している	263	69%	176	67%	179	69%
実施していない	74	19%	64	25%	52	20%
その他	47	12%	22	8%	29	11%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

(その他)・一部実施済みの入居者もあるが、全入居者には実施していない。(認知のある方には実施出来ていない。)

- ・家族のいない入居者については、将来的な医療について話をしている。
- ・看取り介護に向けての話し合いはしたことがある。
- ・本人に確認できない場合は、家族と相談している。
- ・終末をどこで迎えるかを事前に家族に確認している。
- ・入所時に急変時の対応や看取りの意思について確認している。
- ・終末期に医療を望むか、施設で自然に過ごす(食べれるだけ、飲めるだけ)かの意向確認をしています。
- ・ACPとまではいかないが、治療や施設での対応の限界、ご本人、ご家族の希望は聞き取るようにしている。
- ・入居者の心身状態によって意思確認している。又は、状態変化が生じた場合に確認している。
- ・居宅のケアマネにより実施され、その内容を通知してもらっている。
- ・担当者会議の時に家族様やケアマネージャー・施設職員で看取りに関して課題が出た場合に行っています。繰り返し入院歴の多い場合も家族様と相談するようにしています。
- ・そもそも認知症状があり治療の意思決定は、ほとんどが家族がもっている。  
家族の意思決定は入居者の意思を尊重している前提で当施設では看取りもおこなっており、延命をするかどうか終末期の話は主治医と共有している。
- ・突然死のリスクが固い入居者様へは、事前に施設医より、ご本人あるいはご家族へ説明を行っています。また、入居者様すべてに延命処置の希望確認は行っています。
- ・意思確認に対し正確に返答できる方が少ないため、御家族にも治療に関する意思確認をしています。
- ・基本、急変時、治療を受けて改善する可能性がある状態の場合は救急搬送します。徐々に状態が悪化の場合は、ご家族に意向を確認しています。
- ・看取りのある施設ではなく、医師や看護職員もいない自立型施設であり、基本的に非常時は救急要請をさせていただくということでご入居されている。
- ・全利用者ではないが、看取の方や病状悪化された方に対して家族やケアマネ等の面談をしている。
- ・概ね終末期とみられる方、急変が疑われるような疾患や状態などの方のみ意思確認を行っている。本人及びご家族への確認と「延命措置に関する意思確認」をもって実施している。
- ・検討中

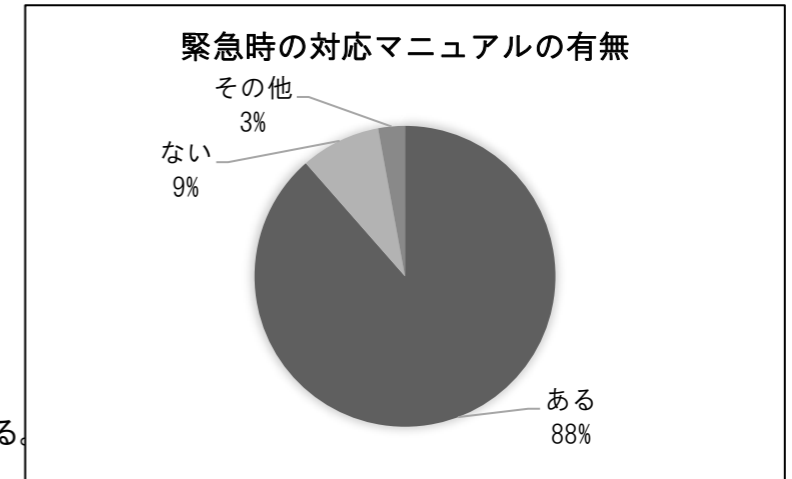


●緊急時の対応マニュアルの有無（質問17）

	R4		R3		R2	
ある	340	88%	241	92%	227	87%
ない	33	9%	15	6%	19	7%
その他	11	3%	6	2%	14	6%
合計	384	100%	262	100%	260	100%

(その他)・看護師が情報共有し救急搬送に対応している。

- ・医師が常駐している。
- ・緊急時急変時に関する本にて研修を実施している。事故時、緊急災害時のマニュアルはある。
- ・入居者データベースや緊急時情報提供書は作成しているが、救急要請については客観的判断で必要かどうか判断する。
- ・大体のマニュアルはある。
- ・「入居者様の緊急時対応」について申し合わせ事項は決めているが、マニュアルとして2月中に見直し作成する。
- ・入所者の急変時には施設長へ確認し、入所者の関係者へ連絡の上、隣接の病院へ搬送する体制となっています。これに合わせた応答手法を記載した簡易なマニュアルはあります。
- ・外傷による救急搬送等、連絡系統や方法については施設として共有しているが、状況や症状については、各入居者の既往にもよるため、一律化は難しい面もあるが、発熱やSpO2低下時、呼吸状況等に異変がある場合には、定められた連絡方法により嘱託医や家人に報告し、救急要請するよう定めている。
- ・一般的なマニュアルは作成しているが、入居者様の病状の変化を家族に報告し、主治医に連絡をとり指示に従っている。  
また、施設を最期の住みかと考えている入居者様に関しては、更に主治医をとおし主に、訪問看護や非常勤看護師と連携をとっている。
- ・看護職員が一人しかいないので、緊急時は全て看護師に連絡が入るようになっている。入居者全員に救急隊情報カードを作成、居室の指定場所に保管し、救急隊に渡すことにしている。



●緊急時の対応マニュアルの作成予定（質問18）

ある	4	→作成予定時期:2月中が1件、未記入が3件
検討中	20	
未定	9	
合計	33	

●救急車の要請の判断が困難だった事例【自由記述】（質問19）

・別紙1のとおり

●その他、課題や疑問など【自由記述】（質問20）

・別紙2のとおり



## 別紙 1

### ●救急車の要請の判断が困難だった事例【自由記述】（質問 19）

（特別養護老人ホーム）

・食事は全介助で召し上がることができましたが、慢性心不全もあり状態としては老衰に近い利用者様が、食事中に呼吸停止状態になりました。（3年ほど前の話です）ベテラン職員がマンツーマンで食事介助中の出来事です。『終末期ケアに関する意向確認書』を入所前に頂いており、家族様からは救急搬送等はないとの意向をいただいておりますが、食事中だったこともあり、『窒息』の可能性を疑い、家族様に施設長から連絡をし、意向の再確認をしました。家族様は悩まれていましたが、救急搬送を希望されました。同時進行で、看護師2名が吸引と心肺蘇生をおこない、生活相談員が嘱託医に連絡をし、嘱託医が施設に向かってくださっていました。嘱託医としては、慢性心不全が食事中におき、老衰状態でもあるし、入所時に頂いた家族の意向もあるため、死亡確認という意味合いで来苑してくださり、施設の職員の意見も半々（救急搬送か死亡診断か）でした。結局、救急搬送された後に、嘱託医が来苑され、嘱託医に施設長から謝罪し、本人様は病院にて一時的に蘇生された後、1時間後に永眠されました。その間（息がある間）に家族様何名かが病院に到着されて、病院に駆けつけた施設長が家族様に説明・謝罪し、家族様からは感謝と労いの言葉をいただいたのですが、様々な事例説明をおこなったうえでの終末期・急変時の意向確認の重要性を痛感しました。

・判断には常に迷うが、看護師、嘱託医師と相談している。

・主治医の判断で搬送する事が基本となっており、主治医との連絡がつかなかった時。  
※事前に病状が悪化していくが想定される場合は、搬送判断の基準は決めておくので、それ以外の場合です。

・一過性の症状で救急車が当遅着したのち、症状が消失した場合。

・AEDにて処置の必要はないとのガイダンスが流れたが、すでに救急車の手配を済ませていた。主治医には事前に電話で状況を伝えてあり、心臓マッサージと人工呼吸をしながら救急車の到着を待ち、救急隊の指示を仰いだ。

・家族の意向が「延命はしないが、点滴、酸素などできることはやってほしい」というケースの方が急変された時（夜間等その時点での相談は困難）

・入居者本人とご家族の宗教上の理由により病院への関りを否定していた方に対して、救急搬送を行うべきかどうか迷った。

・看取りの状態で家族もなっとくしていたが、様子を見て苦しそうな為呼んだ方がいいのか、とはいえ、入院となったら面会できず亡くなってしまうのは・・・と悩まれたが先生の判断で救急搬送となった。

・嘱託医に報告してから救急要請をしている。

- ・ 嘱託医に相談している。
- ・ 配置医師に相談の上、指示を仰ぐようにしている。
- ・ 救急車を呼ぶほどでもないけれども夜間の診療場所がない時、救急車を呼んでくださいとコールセンターからも言われたが、結局また迎えに行くことになった。
- ・ 配置医師と相談して指示を仰いでいる
- ・ 夜間、転倒による外傷や打撲等の状態把握は口頭では困難であるが、携帯にて傷の画像を送信してもらい、判断することもあった。認知症がある方は訴えが曖昧で判断が難しく、バイタルの変化（spo2）や、いつもにない腹痛や表情等で救急搬送を決定する。
- ・ 夜間の急変時、主治医に相談・指示をあおぐことができないのが辛い。
- ・ 夜間帯に状態が急変し、救急車を要請するか、夜間対応の病院へ受診するか、朝まで待って病院受診するか、判断に迷う。
- ・ 状態が急変した場合、嘱託医へ報告し相談している。
- ・ 現場の者で相談している中で判断に悩むことはあるが、Dr にいつでも電話連絡ができるので状態の相談はできている。

#### （介護老人保健施設）

- ・ 施設管理医師が判断を行う為、救急車要請への判断に迷うことはない
- ・ 医師の診察を受け救急車を要請している。また、医師が不在の時でも、病院での実務経験がある看護師が多数在籍しており24時間配置している為、現時点では判断に困ることはない。
- ・ 夜間帯で看護師が一人のため呼吸困難な状態の利用者だと救急要請するべきか悩む。また老健のため併設病院があるが、その医師が専門外であると診てもらえない為救急要請する事がある。
- ・ 入所者のてんかん発作時に協力関連病院へ受診依頼をしたが、口頭で注射の指示を頂き、30分経過してもてんかん発作が消失せず再度、協力関連病院へ受診依頼をしたが医師不在であった為、急遽、施設長（医師）判断にて救急搬送に切り替え家族へ連絡をし救急搬送に了承され施設に来て頂き同乗した。
- ・ 午前退院してきた際にすでに発熱、痰多量で昼食が摂れず昼過ぎに搬送した。（配置医師の判断で）

#### （介護医療院） ※意見なし

#### (養護老人ホーム・軽費老人ホーム)

- ・不安神経症の入居者がいて、不安になってくると医師に診て頂く事を希望し、身体の痛みを訴えるが、病院に行くと特に身体の不具合はないとの診断が出る。この事が分かっているので、本人が救急車の要請をしても、施設は応じないが、本人が自分で読んでします。また家族もこの事を止める事が出来ない。
- ・居室で倒れていた場合など判断が困難な場合があるが、自立施設であり配置医や看護師もおらず、骨折はしていないと判断できても頭部を打撲している可能性もあり、施設の責任として救急要請をせざるを得ない場合が多い。
- ・迷ったら要請することとしてはいるものの、いつも迷ってしまい、上位者の判断を待ってしまう傾向があります。常に主治医と連絡が取れないこともあり、そのことが判断の遅れとならなかったのかが気になります。
- ・転倒による頭部裂傷、意識混濁で全身の痙攣、いずれも提携医には相談していません。
- ・慢性疾患にて経過穏やかに下降傾向にある方が、徐々に弱っていく過程で、急変した際に（以前から家族へ説明はしており、医師からも加齢に伴う心身機能低下であることは説明受けていた方。）急激な状態変化を家族が受け入れる事できず、搬送を希望するケースがあり、搬送すればほとんどの場合、全身状態としては重度であり、入院になる。ただ対象療法であり根本的治療は困難な事多く、適切な搬送であるか毎回悩んでいる。ただ、医療職としてその方の生命の在り方を決定することはできず、医師、家族の判断に重きを置いている。これを救命とするのか、家族等が望む不本意な延命であるかの判断は今後もできないと思っている。
- ・転倒後、痛みはあるものの動けたり、頭を打ったかどうかわからないとき、胸が苦しいと訴えられるが、そんなに苦しそうでない。
- ・配置医師に相談する。

#### (有料老人ホーム)

- ・基本的に主治医に連絡し、指示のもと救急車を要請しています
- ・肺気腫により SPO2 が低下し、胸苦を訴えた人が搬送先の病院へ着くと治まるケースが続いてあり、どのタイミングで救急車を呼ぶかわからないときがあった。
- ・主治医への報告で指示がもらえている。
- ・過去に一過性の意識消失を起こされた方で、搬送時には意識が回復した方が、数か月後に再び一過性の意識消失を起こした時、看護師へ相談し救急搬送した。検査を行い、その日のうちに施設へ帰って来られた。
- ・主治医に確認できた
- ・深夜の救急を呼ぶかどうかの判断が難しい時がある。

- ・ 13 の解答欄の該当入居者様について、神経が高ぶっているのではないかと考えた  
が、もしも心筋梗塞だったら取り返しがつかないと判断し、かかりつけ医に相談したと  
ころ救急要請を勧められ循環器内科のある新宮医療センターに搬送できた。
- ・ 目視で明らかな体調不良（肩呼吸、顔色不良）を認めるものの、バイタルがすべて正  
常値。日曜日、夜間帯等により往診医の指示がもらえない場合。
- ・ 意識はつきりとし、受け答えも出来ているが、SPO2 の数値が低く本人が体調の変化  
が把握できない。主治医に連絡がつかず、家族と相談し救急車の要請を行った。定期通  
院はきちんとされており、既往歴にも症状の出る疾患はなかった。
- ・ 骨折が疑われる場合、救急搬送するか、整形外科に通院すべきかの判断
- ・ 夜間や休日に Dr と連絡出来なかった時や相談無く救急搬送が必要な状態だったため  
搬送先の病院にかかりつけ医から情報提供してもらったケースもありました。日勤時間  
帯は連絡できスムーズに搬送できたことがありました。
- ・ ご本人が意識鮮明、発語でき、発熱なく、飽和酸素濃度のみ低い状況だった事例。訪  
問看護を利用していただいたので、看護師から主治医に相談していただけた。
- ・ ご本人様が救急車を呼んで欲しいと訴えがあるが、バイタル測定時異常がないが訴え  
が続く際、急な状態変化もないため職員としても判断が難しい時があります。
- ・ かかりつけ医、または協力医に必ず相談してから、救急車の要請を決定することにし  
ている。
- ・ 看護師が見て救急要請の必要性は低く思えたが、家族の希望が強く主治医に連絡し相  
談した。
- ・ 病院が併設しており、主治医(院長)とも日頃から相談等も非常にスムーズにできて  
いる為困難な状況になる事はない。(夜間においても)
- ・ 常に往診医との連携は密に取れる。
- ・ 統合失調症の方から腹痛で救急車を呼んでほしいとの要請がありましたが、意識はは  
つきりしており、歩行可能、バイタル正常、冷や汗などの症状もなく、判断に迷いまし  
た。
- ・ 腕が上がらない、いつもより呂律がまわっていない症状で、バイタルが正常、本人の  
意識もしっかりしていた事例→主治医に相談し救急搬送され硬膜下血腫の診断、手術を  
受けた。本人の意識がしっかりしており、バイタルも正常だと判断が難しい。
- ・ 夜間が特に困ることが多い。入居者様のバイタルサイン、状態を観察してご家族様に  
連絡し救急搬送する。医師にも後程連絡する。ご本人様の状態は職員が観察した情報を  
第一優先し「報連相」しています。
- ・ 主治医に相談し要請しないことを判断した。

### (認知症対応型共同生活介護)

- ・かかりつけ医に相談しています。その後、緊急性が低ければ家族と相談し搬送するか決定しています。
- ・転倒後の痛みがあり主治医に診てもらったところ、週末のために検査ができず週明けまで様子を見るよう指示を受けた。様態が悪くなるようなら施設の判断で救急搬送をするように指示された。認知機能障害のある入居者の場合、痛みの訴えが曖昧な場合があり、週明けまで判断に困り、不安であった。
- ・コロナ禍で家族（身元引受人）が県外の方の場合、入院時対応が出来ない事。また、仕事で県外にお勤めの家族も同様で、救急車への同乗も出来ない。その場合、施設職員は付き添うことになる。
- ・意識があり、かかりつけ医にも相談し、病院にも連絡したが、もう少し様子を見てくださいと言われた。急変したときにはもう手遅れでした。救急車を要請するタイミングが難しい。
- ・施設に医療従事者がいないため、判断に迷う場合は家族様と相談して要請している。
- ・入浴後立位等は出来るが声掛け等には反応しなくなった。血圧を測っても低くて測れない状態であった。5分後に状態が回復した。かかりつけ医に相談し家族の意思も確認し救急車を呼んだ。
- ・夜中の急な高熱、嘔吐、spo2の低下、主治医への連絡が不可能な状況、#711も三重救急医療情報センターにも電話がつながらず、直接の市立四日市病院夜間外来にもつながらず、救急搬送してもらえるのかの相談が出来なかった。高熱が続いたが高熱ぐらいで大げさ？翌朝まで様子見たほうがいいのか葛藤があった。
- いくつかの症状が出ていても本人がまだ話せるような状態だと判断が難しい。
- ・精神疾患を持ち合わせている入居者様様で、腹痛を訴え、熱も上がってきていたが、本人は大丈夫と言われ、救急要請するか迷った。日頃から自分に注目してほしい入居者様で、そういった経緯から、今回も迷ったら、みるみるうちに状態が悪化し、結局腸閉塞からくる腸壊疽に陥り、人工肛門をつける結果となった。かかりつけ医には大きい病院のため、予約もなく、なかなか受診出来なかった。
- ・優先順位を付けています。命にかかわるのかそうでないのか、施設の車で受診できる状態かなど確認している。提携医に相談することもあります。最終的には管理者の判断です。
- ・分かりにくい時は、かかりつけの先生に往診をお願いしています
- ・バイタルが正常であるが、意識障害が見られ、搬送先で点滴をすれば病状が改善されるであろう入居者様を搬送しなくてはならないケースが同じ方で数回あり、救急車以外の方法を検討すべきか悩んだが、家人が救急搬送を希望されたため要請に至った事例がありました。

- ・基本は看護師が判断し、必要に応じ主治医へ連絡、指示をもらえている。
- ・24時間365日対応のクリニックと契約しており、先ず最初にクリニックへ連絡し、往診にきていただいている。必要に応じ医師の指示により救急車を要請している。
- ・心不全かと思われるような呼吸難。SPO2が80代後半で本人の意識は清明。当施設の母体が病院のため、ストレッチャーで送迎するか救急搬送するかの迷いもある。主治医または病院に電話で状態を報告、その時の担当医の指示を待つ

(その他：通所介護、小規模多機能型居宅介護)

- ・主治医への相談は行っています。良好です。
- ・病院側に救急車を待つよりか先に送ってきてくださいといわれたので対応した。家族付き添いので

## 別紙 2

### ●その他、課題や疑問【自由記述】（質問 20）

（特別養護老人ホーム）

・救急搬送の指示は、100%主治医の判断によるもので「必要ないのではないか」と思われる際でも主治医より要請指示あれば従うしかない。安易な救急搬送は避けるべきであり医師会に指導してもらいたい。

・情報提供書の作成については、検討中です。現在、救急搬送時は、看護サマリーを持参し救急車に同乗させてもらっています。

・対応する医師、看護師の見解では様子観察のレベルでも家族が急搬希望があると対応せざるを得ないケースが多々ある。

・事業所所在地の行政区分外での病院で過去大きな手術を受けられたことのある入居者様の救急搬送先の問題が解決できると、入居者様やご家族様もより安心できるかと思えます。

・家族からは「延命治療は望まないが、酸素やAEDくらいの処置はしてほしい。」との要望があります。そのような場合も救急要請をしてもよいものか迷うときがあります。

・救急搬送を要請した場合、しっかりとした情報伝達方法が確立されている場合の職員付き添いは必要かどうか。他県ではすでに施設と病院が連携して付き添いなしで搬送する取り組みを行っている所もあるので、限られた職員配置での今後の取り組みとしてご検討を願いたい。

・職員配置上時間によっては救急車に同乗できない時間になってしまう（夜間等）

・施設等では特に夜間の急変やいつもと違うと感じ、Drの指示も含め、救急搬送をしています。確かに軽度の場合や一時的なもので、診察時には問題ないと言われることがあります。その際に、ごく一部の救急隊員や救急医が「こんなことで来たのか」という発言や態度、また、病院では医師が大きな声で「忙しいのにまだ来るんか」など不満の言葉を発していることが多々あります。私たちとしては、異変があったから要請し、何ものなければ安心、もし重大な病気だったら・・・と思っています。救急要請をすることに躊躇し、手遅れになったらと思うので改善していただきたいです。

・ご家族様の強い要望で、夜間に 37.5 以上の発熱がみられたらすぐに救急搬送して欲しいとの要望があったことがありました。我々としては熱以外の症状がなく、37.5 の発熱だけで救急車を要請して良いものなのか、しかし要請しなければご家族様とのトラブルに発展する可能性もあるしと非常に悩んだ時期がありました。現時点では体調も落ち着かれ安定して過ごされているのでそのような希望はでていませんが、そのような場合でも救急車の要請をしてもよかったのかどうか？今でも課題です。

・休日に救急車を呼ぶほどでもないが、受診させたい時、病院へ問い合わせると紹介状がなければ救急車で受診するように言われた才、救急要請がためられる。

- ・終末期でショートステイを利用された方が、心肺停止となり、家族がかかりつけ医への救急搬送を希望したため依頼しました。家族は蘇生を拒否されており、蘇生をしないのであれば救急搬送はしないと言われ困った事例がありました。
- ・介護士が心肺蘇生を行い、病院へ搬送した際、胸部の骨が折れていないかという確認を受け、不安になり責任を感じた。このような質問はやめて欲しい。
- ・鈴亀地区では、原則は付き添い有での搬送ですが、数年前から救急搬送は緊急搬送の情報シートを活用して行っていただけるようになり、施設としては非常に助かっています。今後もぜひ継続していただきたいと思っています。
- ・救急搬送で病院に到着しても入院になるまで診察時間が結構かかりすぎると思う。
- ・終末期の高齢者に関しては環境の激変を避け、施設で最期を迎えていただけるよう家族の方にも啓蒙を行っているが、それでも変化があったときの救急搬送にこだわる家族の方が一定数おられる。行政サイドからも「終末期高齢者の看取り」に関して広く啓蒙活動をしていただけるとよいと思う。
- ・施設で最期を迎えていただくためには医師のサポートが必要であるが24時間体制ではなく、空白となる日が発生する。オンラインでの（死亡）診断が可能となればさらに充実した終末期ケア体制となるように思うが…
- ・救急隊員にもよりますが、隊員によっては非常に横柄な態度で啞然としたことがあります。
- ・夜間帯や休日は当直医の判断によりますが、ご利用者様が痛みや呼吸困難等で苦しんでいるのに、ご家族が救急搬送しないと判断された場合、どのように対処するのか。今までに事例はありませんが、教えて頂きたい。
- ・救急搬送時に職員が付きそうことは時間帯によっては難しい。情報提供をしっかりとできれば家族で対応することも理解してもらいたい。
- ・情報共有を図ることは良いことと思いますが、書類作成等の業務負担が大きいので避けて欲しい。
- ・特養の夜勤帯は看護師は不在でオンコールでの対応です。夜勤配置の職員も20：1で、配置基準ギリギリです。救急隊に同乗を求められることがあるわけですが、困惑してしまいます。
- ・救急車を呼ぶことがとても少ないので、いざという時の呼び方や救急隊員さんが到着された時の対応などに不安がある職員が多くいます。実際にどのように対応したらよいかなどを、体験できる機会があればと思います。
- ・最近ほとんどの救急隊の方はとても感じの良い対応でスムーズに搬送していただいています。緊急時こちらも色々協力させてもらうことがあり、その際威圧的な態度で指示を言われ、とても不快に思ったことがあった。
- ・受け入れ先が決まらず、搬送に時間がかかることがある。
- ・急変が、夕方・夜間又は土日等である場合、搬送先がなかなか決まらず、救急車内に長時間待機となることもあるので改善していただけると幸いです。



・救急病院の交代時間（30分～1時間）の間に救急車を依頼した際、お互いの病院で受けていただけない事例があった。

#### （介護老人保健施設）

- ・搬送先の病院が決まらず時間を要する場合があるが、消防機関は、いつも円滑に心優しく丁寧に対応頂いて大変感謝しています。
- ・救急搬送時、救急隊や病院から「Drの情報提供書は？」とよく聞かれるので独自の救急情報用紙を作成し、救急隊やDrが聞きたいことを記入し、救急隊に渡し、その後Drに渡していただいております。
- ・利用者の状態の変化によっては救急搬送する必要がある場合もあるが、看護師の判断では難しい場合がある。

#### （介護医療院） ※意見なし

#### （養護老人ホーム・軽費老人ホーム）

- ・安易に要請すべきでないことは理解しています。夜間等でかかりつけ医と連絡が取りにくかったり、入居者本人から「胸が痛く呼吸が出来ない」「動けない」等の要請がある場合、家族と相談の上、救急搬送をお願いすることがあります。ご迷惑をお掛けしている事は承知ですが、専門知識のある人員もなく、手遅れのリスクを回避せざるを得ない状況もあり、ご理解いただきたく。また、できる限り救急要請はしないようにしますが、この調査により、救急要請しづらい状況になってしまうことは避けていただきたいです。
- ・松阪市でも進めていただいている。
- ・個別の案件毎に課題が異なるので、その都度対応するしかないと思っています。
- ・かかりつけ医に搬送されない事があります。
- ・このコロナ過において、救急搬送の付き添いに関しては医療機関と同時に福祉施設にも負担を強いている現状がある。救急搬送時、同乗はせず、車で後を追うような対応、また病院先で利用者の情報に関しては待合室で何時間も待たすのではなく電話等での効率的な対応を求めたい。その分病院には必要な情報を迅速に提示できるよう施設側も整備は行っていきたい。
- ・消防機関や地域包括ケアシステムの情報共有の研修会を定期的に行ってほしいです
- ・自立型ケアハウスのため職員配置が少なく、付き添いができないことが多いため、申し訳ないと思うがどうしようもない。出来る限り、情報を救急隊員に伝えられるよう努力する。入居者は自分で受診等しており、病状の把握などが難しいので、救急時に答えられないことも多い。どのように把握するか課題
- ・受け入れ病院を探すのに時間がかかる

(有料老人ホーム)

- ・物理的な問題があると思いますが、利用者はご家族から、搬送となっても日ごろから行き慣れた病院に行きたいと希望される方は少なからずお見えになります。(輪番制のため指定ができない事への訴え)
- ・人手が足りない時に、職員が付き添うのが難しい時があります。家族様が搬送先に向かっていただけの場合には、職員の付き添いを免除してもらえると助かります。
- ・救急搬送するときは、ほぼ確実に救急隊員に同乗を求められます。その時の費用を反映できる形にしてもらいたい。
- ・家族間での搬送かどうかの考えのズレが多く、急に変更になることがある
- ・夜間～早朝(20:00～3:00)にかけて救急搬送があった場合、救急車に同乗させる職員を確保出来ない事があります。情報連携シートBを救急隊に渡し、救急車が出発した後に、なるべく早く病院に向かう対応ではいけないでしょうか？法的に介護職員が救急車に同乗する義務はないと考えております。ご意見をお聞かせいただければと思います。ややこしい事を申し上げてすみませんが宜しくお願い申し上げます。
- ・特にありません。迅速な対応をいただきありがとうございます。
- ・現状で困る事は、今は無いです。
- ・一時的な状態異常と考えられる時の、救急要請は迷います。結果的に、一時的な物と診断されても施設では判断できない。
- ・救急車に(患者が)載ったにも関わらず、出発に時間が係るのは何故?(15分以上)
- ・要請依頼すると直ちに現場に向かったださり有難いが、現場で問診に時間がかかる。複数の隊員が同じ質問をされたり、認知症であることを告げても本人に確認されたり、一刻を争う場面ではハラハラする。現場での隊員の判断がもう少し敏速にならないかと考える場面もある。
- ・うまく機能していると思われる。
- ・基礎疾患のない病状が発生、医療重視者がいない施設は判断が難しく、主治医の診察時間外、連絡がついても入居者によっては、受け答えができ明らかな症状がないときは、いつもと違うと説明を行うしかない。この様な状態で救急車を要請しても良いのか?と救急車を要請する事が申し訳なく思ってしまう。
- ・情報提供シートは本当に必要なのか?事業所が作成している基本常況シーやフェースシートではいけないのか?(同様の内容が記載されているのであれば問題ないのではないか?)
- ・主治医のいる病院の受け入れを断られ、病状把握ができず対応が遅れるケースがある。
- ・サ高住の介護施設ではなく住宅である形態を理解していない救急隊が多い。
- ・呼吸停止、心停止、瞳孔散大しており、spo2測定不可、配置Drより救急搬送指示された

- ・利用者様が急な状態変化があった際に呼ばせていただいておりますが、ご病気もあっての入居もしていただいている方がほとんどなのと、高齢ということも様子見ているの悪化が考えられる場合や、施設としても日頃との違いや状態変化を見つつ要請しています。
- ・最近では必要に応じ、写真や動画を撮らせていただいてドクターの方に状態連絡をさせていただきます。救急隊の方に見ていただくこともあります。
- ・普段ケアしていくうえで、いつもの状態と違うという事のお伝えの仕方が、そういうものの活用でできたらと思います。
- ・いつも早急に出動して頂け救急の方へご相談（見て）いただけるのでありがたく思います。
- ・離島なので、どうしても通報、搬送までには時間がかかってしまうことくらい。それを承知の上で、ご利用していただくこと、そして、日ごろから協力医と連携を密に行うこと、また、そのことをご利用者や家族に理解をしてもらっておくことが重要だと思います。
- ・受入れ病院の決定までにかなり時間（約1時間）を要した案件が1件あった。また、救急搬送後、受け入れてもらえず帰園し、2～3時間後に救急要請し、同じ病院へ搬送。数時間後に死亡。
- ・パーキンソンの利用者様で、かかりつけ病院（救急指定病院）であるのに、休日で主治医が不在であるから見れないと言われ、違う病院に運ばれました。主治医不在でもカルテなど過去の情報がある病院が受け入れて頂きたい。
- ・看取り希望の方の呼吸停止時、施設担当医師が出張等で不在の時、医師より救急搬送で病院に行くようにと指示された事があったが、そのような時は救急車を要請しても問題はないのか？ 死亡確認の為だけの搬送は可能なのか？ また救急指定病院が医師からの紹介状もなくそれに対応してくれるのか？
- ・コロナ陽性者の方を搬送する場合施設としてどのように対応したら良いか？
- ・過去において、救急車への同乗を執拗に求められたことがある。小規模施設であれば、夜勤を一人で行っていることも多いため、職場（施設）を離れることができないこともあり、ご家族が搬送病院へ向かうことを説明しても同乗を求められた。ご本人のフェイスシートやご家族の連絡ができていれば同乗できなくても良いのでは？

#### （認知症対応型共同生活介護）

- ・緊急時の判断がしやすい様に、責任者が9時から22時ぐらいまでの間は、施設にほぼ常駐している体制をとっています。
- ・認知症高齢者の入院に際し、骨折などで医療的処置が終了したら、速やかな退院に向けた支援を行って欲しい。認知症高齢者の骨折後のリハビリで、リハビリ以外の対応として身体拘束される現状では、リハビリの意味もなく、また、精神的ダメージもある為、早期の退院支援を望みます。

・主治医は様子をみても大丈夫と判断され、その旨をご家族にお伝えしても、ご家族が救急搬送を希望される場合がある。中には少しの怪我でも救急搬送して欲しいと言われるご家族もいます。施設としては、事情を説明させていただくが、それでも希望をされる場合には、ご家族の意向に従って救急連絡をしている。

・当施設では夜間は1人勤務であり、救急搬送に付き添いができない。現在は代表者が常に待機しており、家族や訪問看護師にも緊急時の対応をお願いしてあるが、今後このような体制が取れなくなった場合や都合が悪く誰も応援に来れない場合はどう対応すべきか。

・土曜日などに外傷を負った場合で、今すぐ命の危険はないが早めの受診、治療は必要だと思われるケースでは対応してもらえない医療機関が見つからず、最終的に救急に通報しなくてはならない状態になってしまう可能性がある。どのような対応をすべきか。

・救急搬送の際、病院側からはもう少し様子を見てくださと言われてることが多く、救急からはなぜもっと早く呼ばなかったのかと言われる。

・課題：夜間の救急対応についてもう少し近くの事業所との連携を考える必要がある。

・疑問：看護サマリーは誰が記入しても良いものなのか？サマリーはどの時点で記入するものなのか？救急医療情報提供シートのAシートとBシートを救急隊に求められたことがないが本当に活用しているのか？作成した方が良いのか迷う。

・夜間救急搬送の悩んだ際の相談機関(上記以外)を教えてください。ラインビデオ通話のようなものを使って有症状者の様子を見てほしい

・職員の配置の都合で救急車にどうしても同乗できない場合もあります。

・自施設に看護師が在中しておらず、症状により判断に困ることが多かった。最近は入居者様一人一人に主治医制を設け、24時間、開業医と連絡を取ることが出来るようになったので、外科系以外は救急要請することが少なくなった。ただ、主治医制にすると日頃からの受診が必要になり、家族様の同意が得られないと金銭的な問題で入居者全員が主治医制に移行出来ていない。移行できていない方々の急変時、電話にての相談窓口はあるが、なかなか使い辛いし、状況が伝わりにくいので、的確な返答が返ってこないのが現状です。この移行出来ていない部分の方は、大きな病院の患者になるので夕方5時以降は診てもらえず、相談も出来ない。高齢者は夕方以降、症状が悪くなることが多いです。

・認知症がある為か、中々搬送先が決まらない時がある。

・新型コロナ蔓延で救急搬送事例も増加しているので、ホームでは普段から「気付き」体調管理に気を配りながら救急要請をなるべくないようにと思っています。ただ高齢者なので転倒やケガや病気のリスクは高いです。

・医療連携にて協定を締結している医師(地元のクリニック)との連携を密にしていれば、過度な要請をせずにすむと思う。

(その他：通所介護、小規模多機能型居宅介護) ※意見なし