

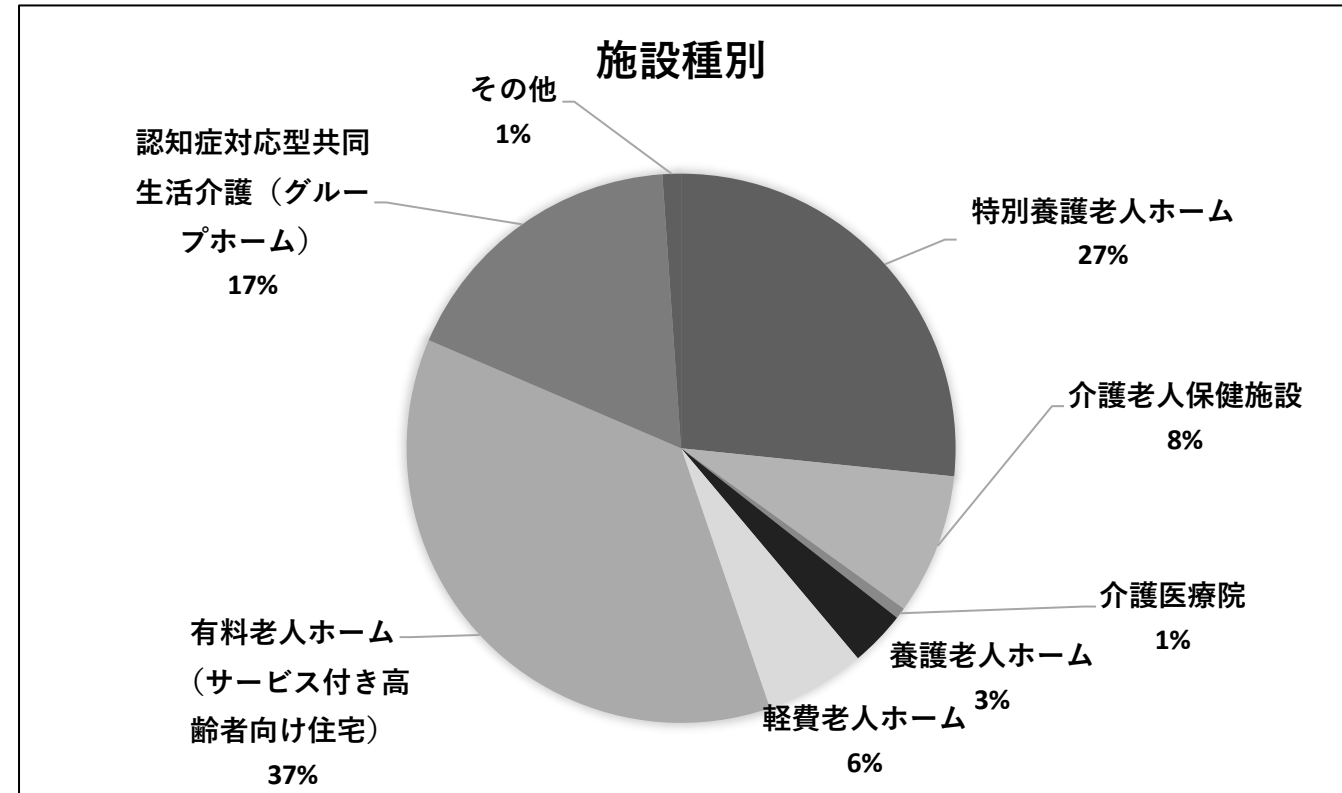
高齢者施設等における救急搬送等実態調査(令和5年1月)集計

●施設種別 (質問3)

	R5		R4		R3	
特別養護老人ホーム	122	27%	112	29%	80	31%
介護老人保健施設	38	8%	36	9%	31	12%
介護医療院	3	1%	3	1%	1	1%
養護老人ホーム	15	3%	14	4%	14	5%
軽費老人ホーム	27	6%	16	4%	19	7%
有料老人ホーム(サービス付き高齢者向け住宅)	168	37%	134	35%	84	32%
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	80	17%	67	17%	32	12%
その他	5	1%	2	1%	1	0%
合計	458	100%	384	100%	262	100%

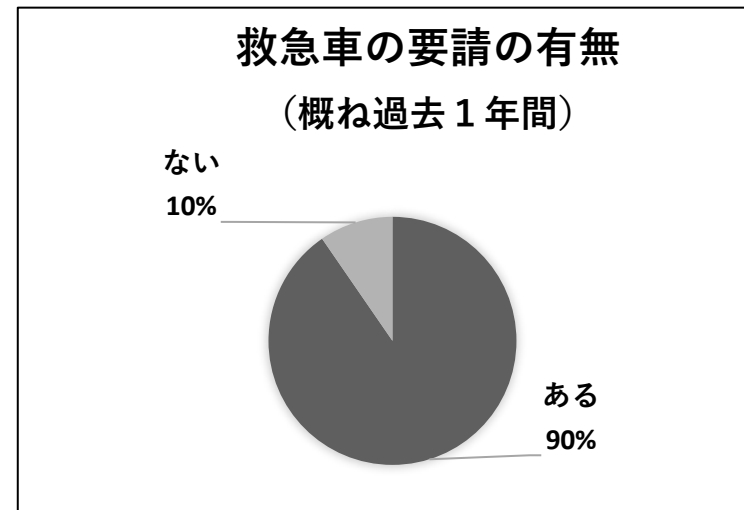
(その他)

・通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護



●救急車の要請の有無(概ね過去1年間) (質問6)

	R5		R4		R3	
ある	414	90%	339	88%	233	89%
ない	44	10%	45	12%	29	11%
合計	458	100%	384	100%	262	100%



●救急車の要請回数(概ね過去1年間) (質問7)

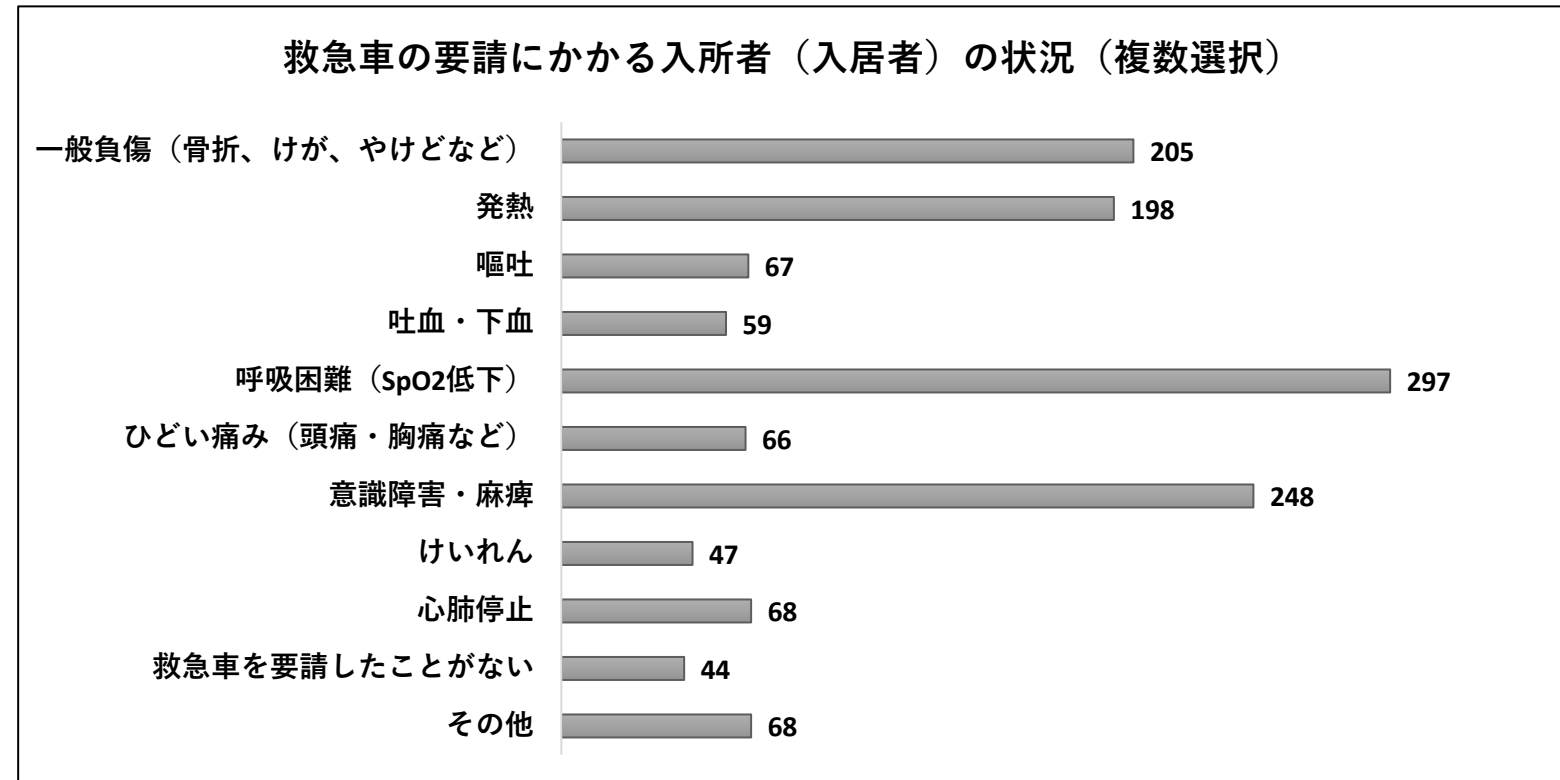
1回～5回	208	31回～40回	3
6回～10回	101	41回～50回	3
11回～15回	45	51回～	2
16回～20回	19	記入なし	7
21回～30回	26	合計	414

●救急車の要請にかかる入所者の状況【複数選択】（質問8）

	R5	R4	R3
一般負傷（骨折、けが、やけどなど）	205	162	120
発熱	198	139	92
嘔吐	67	72	57
吐血・下血	59	66	37
呼吸困難（SpO2低下）	297	201	146
ひどい痛み（頭痛・胸痛など）	66	51	42
意識障害・麻痺	248	208	164
けいれん	47	39	32
心肺停止	68	55	36
救急車を要請したことがない	44	45	-
その他	68	29	31
合計	1367	1067	757

（その他）

- ・脳梗塞（疑いを含む） ・医師の指示 ・誤嚥 ・義歯誤飲
- ・新型コロナウイルス感染症 ・くも膜下出血 ・胆嚢炎 ・心不全
- ・過呼吸発作 ・閉塞性動脈硬化症 ・硬膜下血腫 ・心筋梗塞疑い
- ・腎盂腎炎疑い ・腹部の腫れ ・排便困難による腹部の不快感
- ・認知症からの自傷行為 ・体調悪化（原因不明）

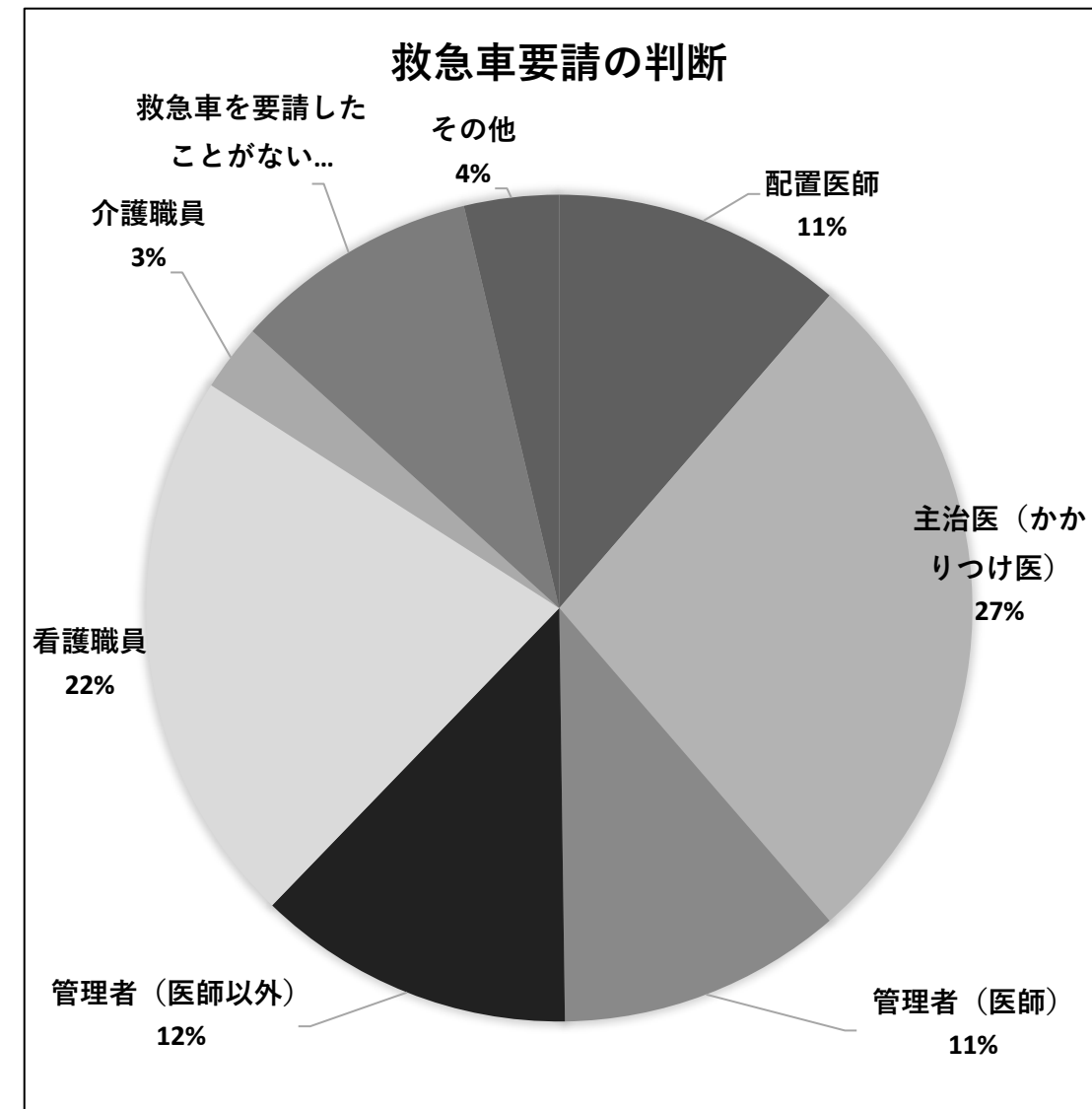


●救急車の要請を判断した経緯（質問9）

	R5		R4		R3	
配置医師	52	11%	60	16%	40	15%
主治医(かかりつけ医)	125	27%	89	23%	58	22%
管理者(医師)	51	11%	35	9%	27	10%
管理者(医師以外)	57	12%	57	15%	34	13%
看護職員	100	22%	66	17%	62	24%
介護職員	12	3%	8	2%	6	2%
救急車を要請したことがない	44	10%	45	12%	-	-
その他	17	4%	24	6%	35	14%
合計	458	100%	384	100%	262	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。
- ・主治医の判断を家族に伝え、家族の意向に従う。
- ・基本的には夜間であっても連絡の取れる嘱託医に判断を仰ぐが、連絡がつかない時は施設管理者及び看護職員の判断による。



●救急車への付き添い（質問10）

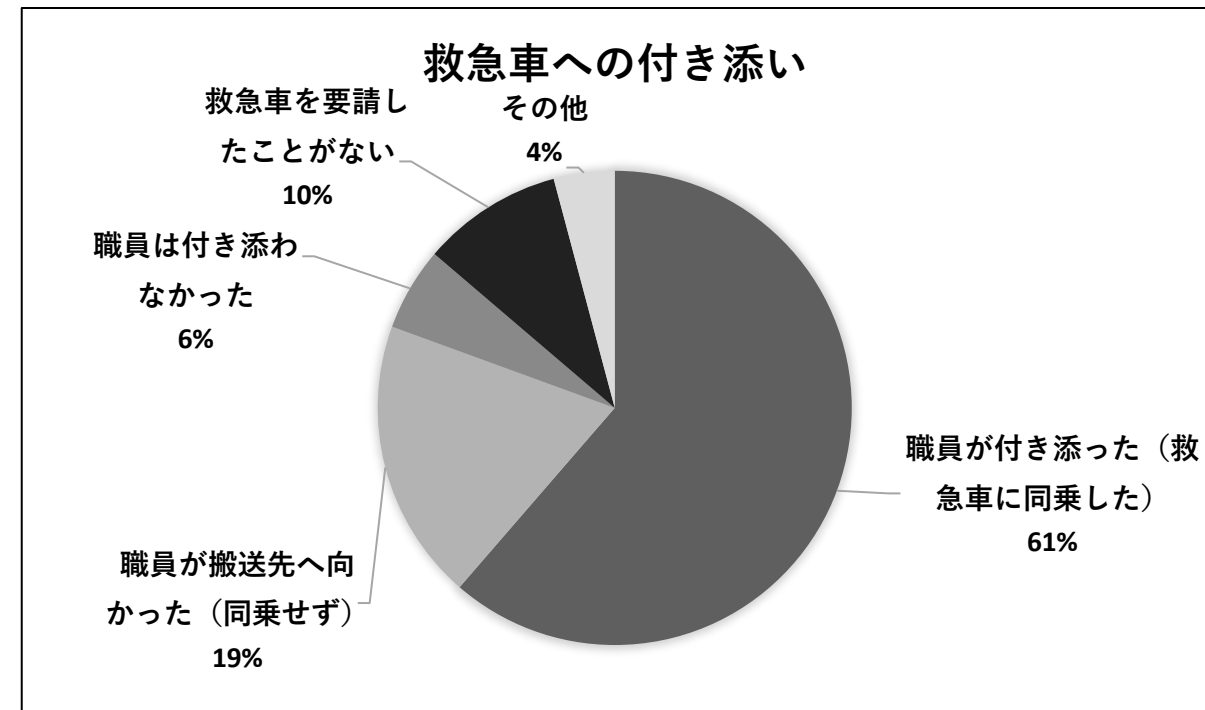
※搬送先で患者情報がないと、治療が遅延するなどの事態が想定されます。

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。

	R5		R4		R3	
職員が付き添った(救急車に同乗した)	281	61%	238	62%	179	68%
職員が搬送先へ向かった(同乗せず)	88	19%	60	16%	40	15%
職員は付き添わなかった	26	6%	20	5%	13	5%
救急車を要請したことがない	44	10%	45	12%	-	-
その他	19	4%	21	5%	30	12%
合計	458	100%	384	100%	262	100%

(その他)

- ・家族が同乗
  - ・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。
  - ・日中や可能な範囲では同乗したが、夜間等は搬送先に向かった。
  - ・職員が付き添う事は基本無いが、必ず保証人様に連絡を取り施設又は搬送先の病院に向かって頂く様に対応して頂いている。
- また患者情報に関しては施設にて預かっている医療情報や服薬情報など救急隊員に提供している。
- ・原則同乗しているが、コロナ感染者を搬送する際は別の車で向かった。
  - ・搬送前に施設において、医師または看護師より救急隊員に状態説明行う。救急車への付き添いはご家族に依頼。やむを得ない場合は施設職員が付き添い。
  - ・職員が付き添い可能な状況では付き添いを行うが、不可能な場合は紹介状や看護総括などの情報提供を行い搬送する。家族が付き添い可能な場合は同乗を依頼する。
  - ・職員が付き添う場合と、情報提供(経過記録、病歴等の情報を渡す)をしてご家族の付き添い。
  - ・家族様と連絡が取れない時、家族様が見えない方などの場合救急車に同乗します。
  - ・搬送時が夜勤帯であれば看護師は同乗できないが、日勤帯であれば看護師は救急車に同乗する。よって、搬送時の勤務者数によって同乗可否の判断が異なる。
  - ・搬送時が夜勤帯であれば看護師は同乗できないが、日勤帯であれば看護師は救急車に同乗する。よって、搬送時の勤務者数によって同乗可否の判断が異なる。

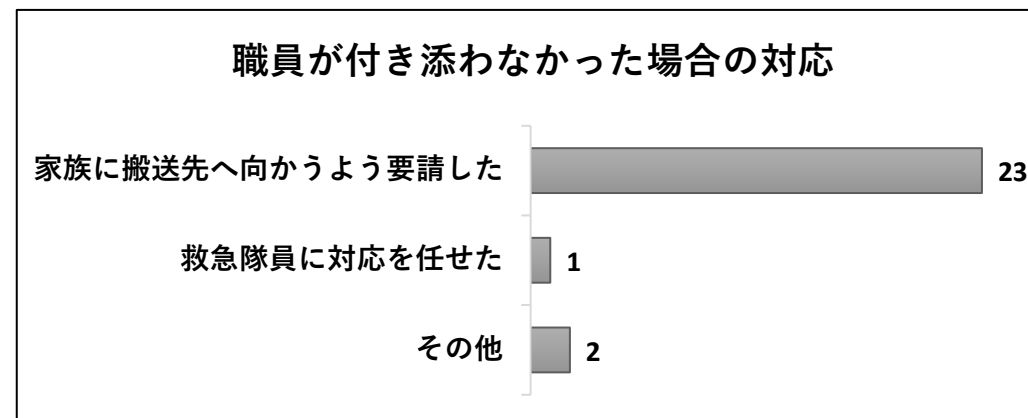


●職員が付き添わなかった場合の対応（質問11）

	R5	R4	R3
家族に搬送先へ向かうよう要請した	23	17	52
救急隊員に対応を任せた	1	0	2
その他	2	3	15
合計	26	20	69

(その他)

- ・主治医の内科まで家族に来院いただき、救急車に同乗して頂いた。情報は主治医から救急隊員へ伝えられた。

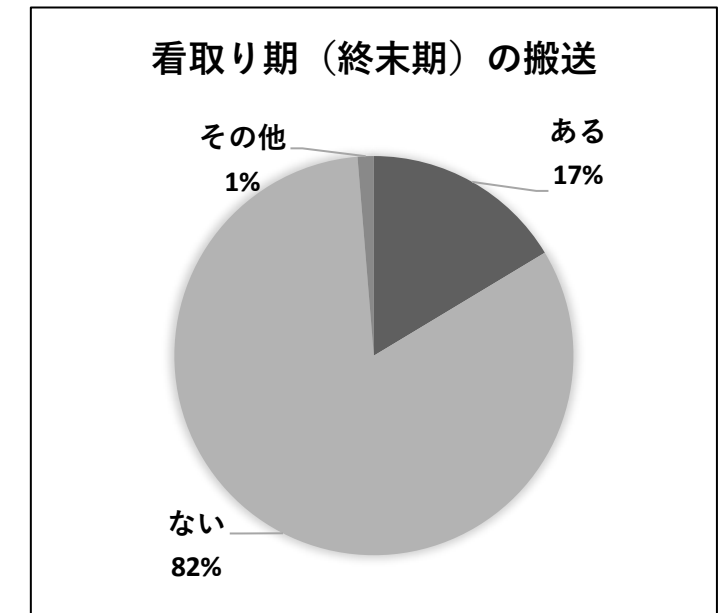


●看取り期(終末期)の入所者の搬送 (質問12)

	R5		R4		R3	
ある	75	17%	89	23%	75	29%
ない	377	82%	287	75%	179	68%
その他	6	1%	8	2%	8	3%
合計	458	100%	384	100%	262	100%

(その他)

- ・ご本人、ご家族のご希望により判断。
- ・主治医の指示に従っている。
- ・家族同意の看取りの場合は、救急要請はしません。
- ・囑託医、看護師等より回復の見込みがないと説明しても、ご家族が、治療を希望されているため。

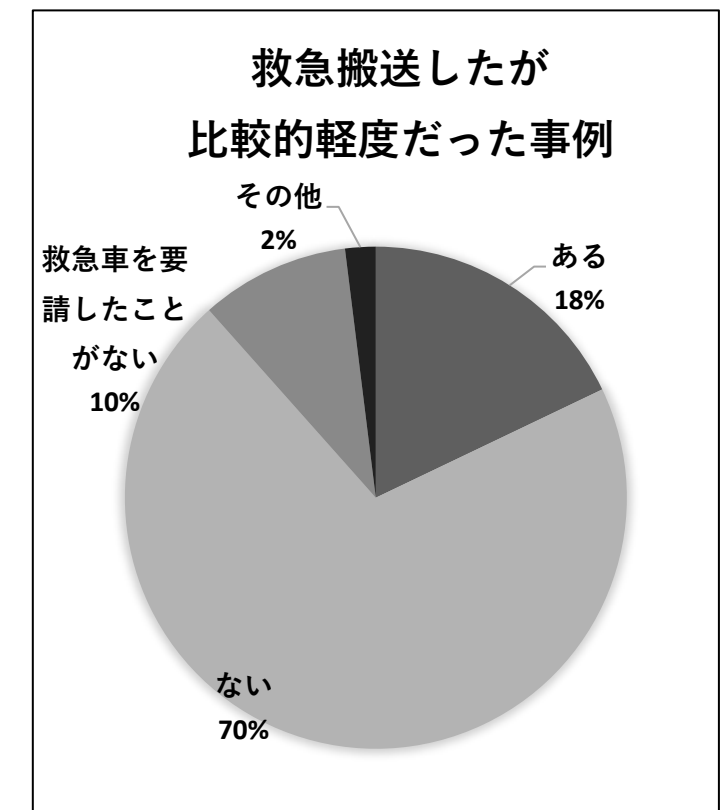


●救急搬送したが比較的軽度だった事例 (質問13)

	R5		R4		R3	
ある	82	18%	69	18%	56	21%
ない	323	70%	261	68%	196	75%
救急車を要請したことがない	44	10%	45	12%	-	-
その他	9	2%	9	2%	10	4%
合計	458	100%	384	100%	262	100%

(その他)

- ・搬送後、殆どの方が入院になったが、搬送中に容体が良くなり、入院にならず施設に戻られたケースがある。
- ・ご家族様の救急搬送の希望が非常に強い入居者様に関しては少し迷いながらも要請する。
- ・状態悪く、施設車両で早めに救急受診をしたが入院させてもらえず施設に帰され、数時間後さらに悪化し救急搬送せざるを得ない状況となった。
- ・一過性の意識消失で、搬送前または搬送中に意識回復された事例が2件あり。
- ・症状や病状が比較的軽度であっても、ご家族様の希望、また施設の看護職員では、判断はできても診断はできないので救急隊、搬送先の医師としては、必要ないと思われる施設の判断として搬送しなくてもよかったと思ったことはない。
- ・状態悪く、施設車両で早めに救急受診をしたが入院させてもらえず施設に帰され、数時間後さらに悪化し救急搬送せざるを得ない状況となった。
- ・病院到着時まで腹痛の訴えが強かったが検査の結果、異常が認められなかった。(普段、発語がほぼない方だったため、異常だと思ってしまった。)
- ・クラスターの際、施設側は搬送するレベルではないと思った(いつもと特に変わらない)が、保健所から酸素濃度が低いからと行くように指示があった。結果的に医師からも入院レベルじゃないと板挟みになった。



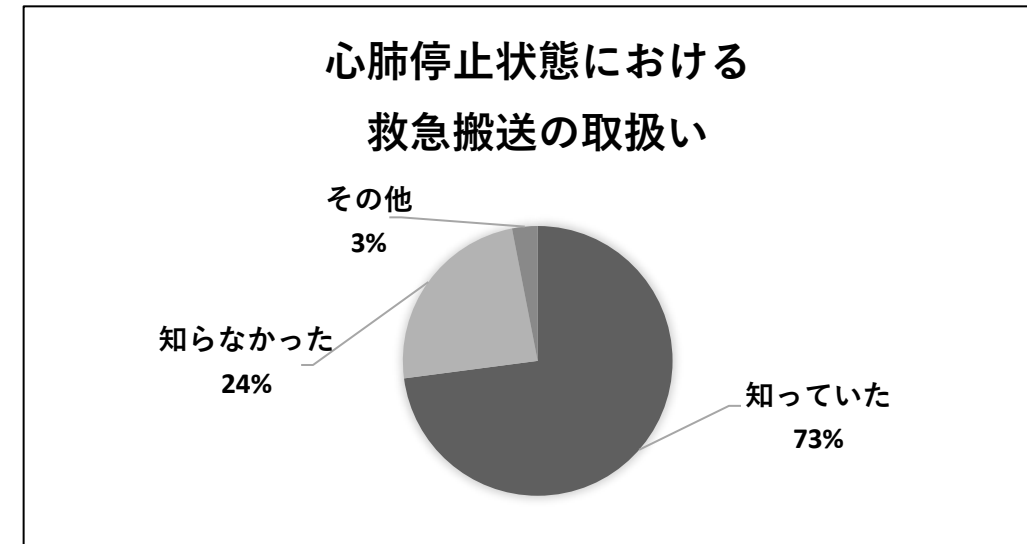
●心肺停止状態における救急搬送の取扱いを知っているか。(質問14)

- ・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。

	R5		R4		R3	
知っていた	334	73%	261	68%	195	74%
知らなかった	110	24%	91	24%	52	20%
その他	14	3%	32	8%	15	6%
合計	458	100%	384	100%	262	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。
- ・心肺停止状態で救急依頼しない。



●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)

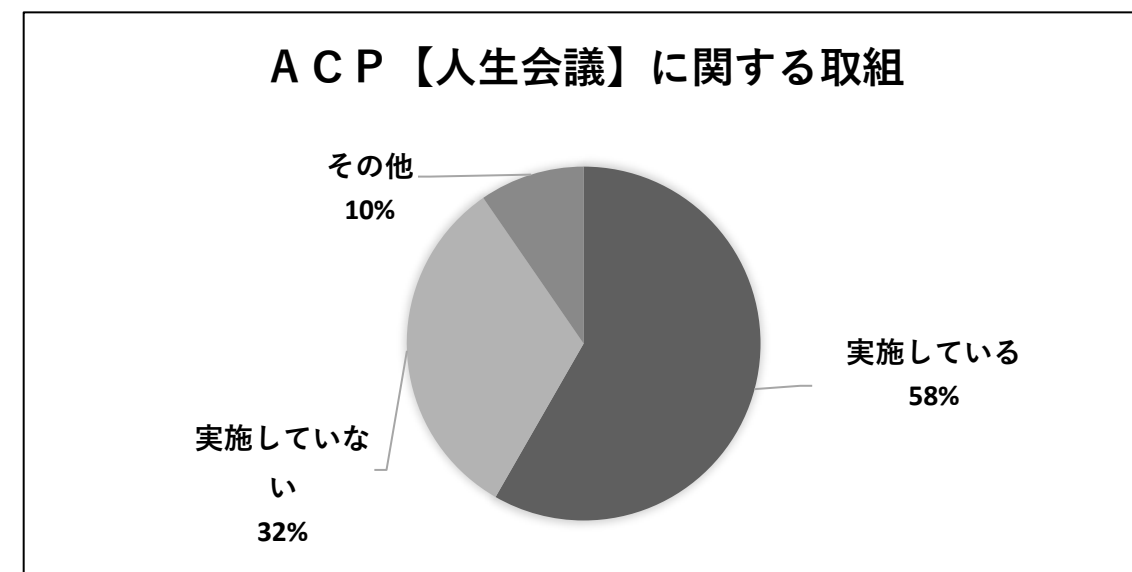
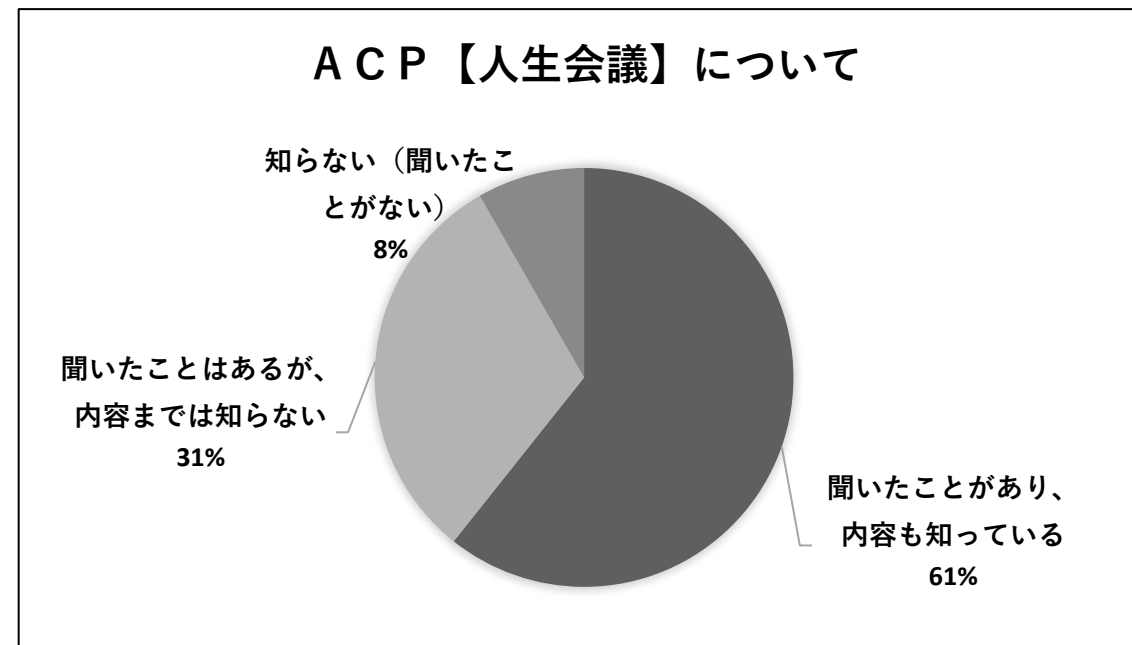
	R5		R4		R3	
聞いたことがあり、内容も知っている	278	61%	206	54%	145	55%
聞いたことはあるが、内容までは知らない	142	31%	129	33%	92	35%
知らない(聞いたことがない)	38	8%	49	13%	25	10%
合計	458	100%	384	100%	262	100%

●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)

	R5		R4		R3	
実施している	267	58%	263	69%	176	67%
実施していない	147	32%	74	19%	64	25%
その他	44	10%	47	12%	22	8%
合計	458	100%	384	100%	262	100%

(その他)

- ・時間が出来次第進める予定。
- ・緊急時や重篤時の対応についてご家族様に用紙にて確認させて頂いている。
- ・「終末期の過ごし方についてのお伺い」として書面で頂いている方と、そうでない方と両方いらっしゃる。
- ・判断の能力が乏しい入居者は本人ではなく、家族に確認している。
- ・施設入所時に家族に対して、延命治療等の確認をしている。
- ・形式的に会議として行っていないが、普段の会話の中で意向を聞き取るようにしている。
- ・本人と意思疎通ができない場合は実施できないこともある。
- ・全入所者への確認は行っていないが、医師の判断などで一部の入所者への確認を行っている。
- ・入居時ある程度確認しているが、定期的や状態に変化があった時などは確認できていない。
- ・入居時とその後1年ごとに、ご家族様には確認している。
- ・ACPの前段階の、アンケート的な聞き取りを全入居者に行っている。
- ・入所時やカンファレンス時など、定期的に緊急時の対応や看取りについての意思確認を行っている。それがACPIに当たるのかわかりません。
- ・体調の安定されている方については、特に実施していない。看取り状態の方についてはご家族様の希望を伺ったり、担当職員で会議を行う。
- ・本人の意思が確認できない為、家族に確認しているケースもあるが殆どの家族が「分からない」と回答しており具体的に詰めてない。
- ・ACPという言葉は使っていないが、入所の際と施設での状態の変化(食事摂取量低下など)の時にご家族に「救急搬送、延命か、看取り」かのご意向を伺うようにしている。
- ・全ての入居者に適用できるように段階的に始めている。
- ・急変時の対応や延命を希望するか否か等の意思決定の確認のみ。具体的な意思決定は検査結果やその時の状況により変わるため施設では困難。
- ・入所時にご本人への意思確認ができれば行い、終末期にも確認する。多くの入居者は意思表示困難なため、何度も家族と確認していくことが多い。
- ・契約時に家族には確認を取っているが、本人への確認や定期的な見直しは行っていない。本人の状態が悪化した場合は確認をしている。
- ・状態の変化に応じて家族にどこで最期を迎えるかの話はするが、本人を交えての話はしていない。

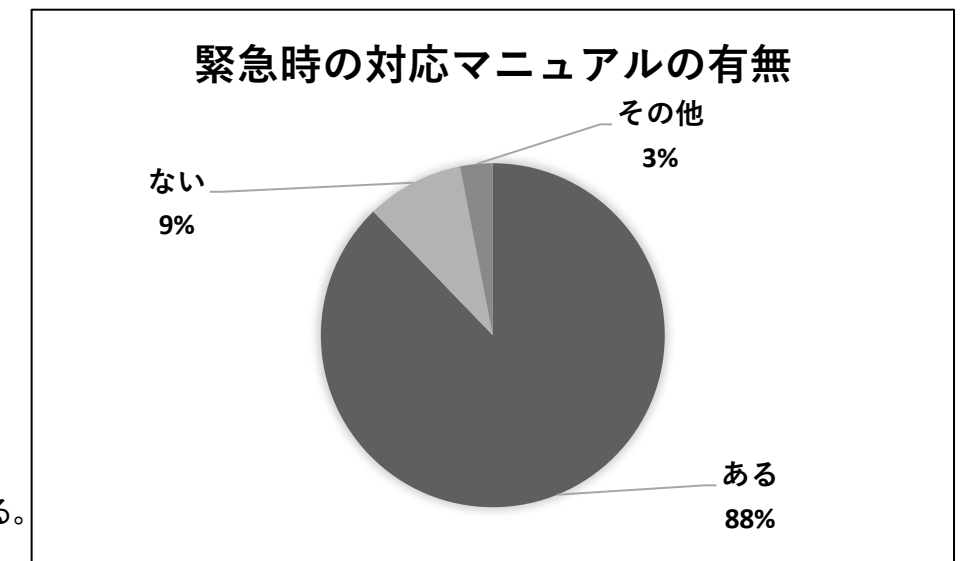


●緊急時の対応マニュアルの有無（質問17）

	R5		R4		R3	
ある	402	88%	340	88%	241	92%
ない	42	9%	33	9%	15	6%
その他	14	3%	11	3%	6	2%
合計	458	100%	384	100%	262	100%

（その他）

- ・現在作成中。
- ・マニュアルはあるが、現在見直し再作成中。
- ・作成途中で終わっている。
- ・マニュアルは無いが、緊急時は看護師から施設医に連絡し、医師の指示に従うこととなっている。救急車の要請方法のマニュアルはある。
- ・主治医の判断。
- ・かかりつけ医への相談と判断、本人、ご家族のそれまでの意向等を総合的に考えて、個別に取り組みを行っている。
- ・書面化されていないが、手順は決まっている。



●緊急時の対応マニュアルの作成予定（質問18）

ある(今年度までに)	2
ある(来年度までに)	2
ある(作成予定時期:未記入)	2
検討中	20
未定	15
その他	1
合計	42

→ マニュアルの作成には至っていないが、ルールは明確化されており共有している。

●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）

・夜勤者（介護職）から、いつもと様子が違うと報告あり。意識レベルも明らかな異常はないが、抽象的に言われた際救急搬送するか迷う。また、夜間（夜中）であり、担当医には相談できず、相談可能であっても、抽象的な伝達であるため担当医にどう伝えてよいかわからない。

・看護職員が判断を迷う場合には、嘱託医に連絡し、判断を仰ぐようにしています。主に SP02 の低下事例が多いです。

・主治医に状態報告を行ったときには呼吸があり救急要請をすることになったが、連絡直前に心肺停止状態となり AED から「使用の必要はない」とメッセージが流れたとき救急車の要請を躊躇した。

・嘱託医の病院が休みの場合は、事後報告となります。診察されている時間帯であれば報告し、指示を受けます。緊急を要する状態の場合も事後報告となります。

・コロナ陽性者で SP02 の測定が困難なときに状態が悪化したが、救急隊が到着したときは、少し状態が改善し、入院ができなかった。

・介護施設にとっては嘱託医（協力医）との連携がどれだけできているかによって救急対応の判断が変わってくると思います。相談できる嘱託医であればまず相談できますし、そこまで相談に乗っていただけない嘱託医であれば頼り飛び込むのは救急しかありません。現在は、嘱託医と連携できるので救急対応は最期の最期の判断や急変時ではありますが、必要以上の救急車は要請すべきではないとの認識で対応させていただいています。

・急変時の対応、延命治療を希望されていない方でも、もしかしたら、助かるのではという思いで施設側としては、救急要請しますが、どうしても延命治療を希望されていないとなると、『それでも搬送するんですか』と尋ねられる。助かるか、助からないのかは施設職員では判断できないので施設側としては救急要請をします。延命治療は希望せずも、急変時は診て欲しいとご家族様としては希望されると思います。急変時なので配置医師に相談することなく救急要請しました。

・急変時は基本的に配置医師に相談するが夜間等には連絡がつかないこともあり、現場に判断を求められる場合があり判断に困ることがある。

・コロナに感染した利用者が施設内にて療養している際、状態悪化となり通常であれば救急搬送を依頼するところ、コロナ感染者である為、原則保健所への連絡が必要であった。保健所が病床の確保をしていただけるため、搬送が決まればスピードが速い反面、緊急性によっては直ぐにでも搬送したほうが良いケースもある為、その判断に

迷うことがあった。配置医師については電話等にて連絡し指示を仰いでいるが、夜間帯などつながりにくい時間帯もある為、看護職員の判断となるケースも多い。

- ・要請をする場合は、現場の看護師、管理者、配置医師との迅速な判断のもと要請をしております

- ・随時嘱託医には相談しているが、救急搬送を家族が断った場合(明らかに普段と違う状態や苦しんでいる場合などは人道的に救急車の要請をすることは説明しているが、なかなか理解していただけない場合もある)

- ・夜勤帯は嘱託医より急変あれば救急車要請してよいと言われており、看護師がオンコールにて対応しているが、実際対応している夜勤職員にとっては難しい判断となっている。

- ・判断に迷う場合は嘱託医に電話または FAX で相談を行っている。

- ・何度も一過性の意識障害等を起こされる方の場合、いつものように回復するのか等タイミングに迷う。

- ・コロナの際、少々状態が悪くても入院できない事を病院の医師に聞いている事で、行って帰ってくるだけでは負担しかない為、迷った。

- ・看取りに近い方の場合

- ・元気そうに見えるが SP02 が低い。

- ・胸痛などの痛みを訴えるが VS は正常の時など。

- ・いくつかの症状があるが、意識がある場合などは、迷う時がある。嘱託医に連絡相談し、連絡が取れる場合がほとんどであるので、指示はもらえている。救急搬送した方が良いと思われる場合はご家族にもその旨伝え、搬送の了解をいただき、看護師が救急車に同乗し、病院に同行をお願いするが、ご家族との連絡が取れない場合があり、命にかかわることであるので搬送要請し、搬送先の病院で処置が進められず困った事はあった。

- ・主治医の指示であったが、家族様は救急搬送を希望されなかった場合、施設で看取り対応となった。

- ・判断が困難な場合は、嘱託医へ連絡し指示を仰いでいる。嘱託医と連絡がつかない時間帯等は、事前に嘱託医から受けている指示内容に沿って救急搬送を依頼している。

- ・熱だけを下げたい場合や急変する可能性を疑っている場合

- ・夜間帯は配置医師の判断は仰げなかった。

- ・協力病院へ電話し対応する。

- ・コロナ陽性者で SP02 が搬送基準に達しておらず、他症状を疑い嘱託医のと相談した。

- ・夜間転倒事故対応。見た目は異常ないが、後日頭部硬膜下血腫と亀裂骨折が判明。

- ・看取りではないケースで、連休中に容態が悪化し看護師が救急搬送が必要と判断し

て家族へ連絡した。その際、家族から搬送先が●●病院以外なら搬送しないで欲しいと言われた。

・一過性の意識障害を繰り返す入居者の事例。搬送するも一過性脳虚血発作や時として原因不明と診断され入院に至らず施設へ戻ってこられる。医師と事前に目安の時間を調整していたとしても、意識障害の時間の長短によっては判断に迷う事も。現在はオンコール代行業者と契約しており 24 時間外部の看護師・医師と相談できる状態は確保できている。

#### (介護老人保健施設)

・救急搬送は、全ては一医師の指示で行っている。配置医師が不在の場合は、電話指示または併設のクリニック医師の指示のもとおこなっている。医師不在時の痙攣発作後の意識障害の場合、脳疾患発症による痙攣発作と意識障害なのか判断が困難な場合がある。また、認知症の利用者の場合、訴えがはっきりせず症状と臨床所見が一致せず判断がある。最終判断は、配置医師の指示で行う。

・転倒後頭部外傷があり、出血があったが、意識レベル・バイタルサインが落ち着いていたので、その時点では緊急要請せずに経過観察をした。しかし頭部に外傷があり不安があった。日勤帯になってから施設医師に相談した。

・病院併設ではあるが、一次救急医療体制ではない。配置医師の指示において、一般採血・一般検尿・レントゲン等を行う。検査の結果において、救急搬送が必要と医師が判断した場合、また家族が希望した場合に搬送となる。

#### (介護医療院) ※意見なし

#### (養護老人ホーム・軽費老人ホーム)

・ケアハウス入居者はご家族に病院受診をお願いしています。夜間は宿直がいますが、夜間に体調不良を訴えられた時の判断、またご家族と連携できにくい状況の時は悩みます。

・判断に迷うケース（夜間の転倒などによる打撲や軽度の出血、気分不良）については併設介護施設の看護師に相談することとしている。しかし、コロナ禍においては感染予防策のために施設間での往来ができない場合もあり、負傷や病状の判断が行いにくい場合救急要請することもある。

・嘱託医の病院が休みの場合は、事後報告となります。診察されている時間帯であれば報告し、指示を受けます。緊急を要する状態の場合も事後報告となります。

・質問項目にもあるが、予兆なく心肺停止で発見した場合、夜間など主治医と連絡が取れない場合に判断が難しい場合がある。明らかに死後時間がたっているとみられる

場合でも、介護士の判断で救命措置をするかどうかの判断は難しい場合がある。過去には必要がないと思いつつ救急要請をするケースもあった

- ・主治医へ報告し、指示のもと救急要請を行っている。
- ・意識を失ったが、呼ぶ前に意識が戻った場合、転倒し頭を打ったが、痛みの訴え等ない場合、認知症で訴えの信ぴょう性がない場合、痛みや苦しいの度合いが人により異なるので、判断しづらい。

(有料老人ホーム)

- ・何度も脳梗塞を起こされてみえる入居者様の脱力や発声障害などいつもとは様子が少し違うが意識ははっきりしている。しかしご家族様からは少しでも迷う事があれば迷わず救急要請をとの希望がある。そのはざままで悩むことがある。
- ・かかりつけ医が開業されている時間なら、相談できても、先生も診療中ですぐに返事をもらえない状況がある時間外でも、相談をしたことがある。
- ・看取り期に入っていた入居者様の容体が悪くなった時に家族様へ状態を把握してもらっていたがキーパーソンの方は要請して欲しいと言われ、他の家族様は要請を希望しないと意見が別れた時は施設側としては判断が困難になりました。かかりつけ医様に連絡(相談)し、家族の希望を優先で搬送を行いました。
- ・かかりつけ医が休日の時の判断で迷うことがありましたが要請して良かったと思いました。
- ・判断の困難なときもありますが、必ず主治医に相談します。
- ・昼食時に顔面の半分が痙攣のような症状となった。両手足は動かさず、意思疎通は出来たものの呂律が回らないような状態であった。元日であり、職員ナースに連絡し、主治医に電話相談。救急車要請となった。(検査後、その日のうちに施設へ戻る)
- ・夜間帯で、主治医への連絡も困難で看護師不在の為、多量の出血に対する対応が難しく救急車を要請しました。搬送先で、治療を受けた後事業所職員が連れ帰りました。
- ・普段から痛みの訴えが多く、過去に骨粗しょう症が原因の骨折が複数回ある為、激痛の訴えがあっても信ぴょう性が乏しい事もあり、通常の痛みと骨折の痛みの区別がつきにくく、当人の訴えとご家族の判断を受けて救急搬送を要請しました。
- ・施設の関連の法人病院の医師が判断する為問題はない
- ・バイタルサインが正常であるが、本人様の様子がいつもと違う場合、かかりつけ医に電話又はLINEで相談可能
- ・バイタルサインの数値異常はないが、意識レベル低下がみられた方(JCS200~300)施設協力医が主治医であったため、電話連絡ルートがあり指示にて救急搬送したが、搬送中に覚醒されたケースあり。血液・頭部CT検査異常なく入院に至らず、施設へ戻ることになった。(腎機能障害があるため、可能性があるものを排除するとして整

形外科処方のリリカが中止となり、以後同様の症状再発なし)

・意識ははっきりしているが、時折ろれつが回らなかったり、手が動かしにくい時があった。受け答えも食事も出来たので少し様子を見ていたが、やはりいつもとは少しおかしいと思い、主治医へ連絡し救急車を要請する様に指示があった。

・入浴後 意識喪失。ベッドで足を上げ静養して頂いたが、意識はつきりせず血圧も低かったため主治医へ連絡。救急車を要請する様に指示があったが、救急車が到着した時は意識回復していた。念のため病院へ搬送すると言って頂いた。

・SP02 低下みられるも特に訴えなし等、主治医に相談し指示を受けた。

・救急車を要請するかどうかの判断は難しいため、かかりつけ医が開院している時は相談、支持を受けている。かかりつけ医が休診の場合は、苑内の看護師、介護職員等で相談し、要請している。

・コロナ感染で SP02 が低下しているが、不整脈や末しょう循環が悪く値が不安定だった利用者様。保健所に相談し救急コールするが SP02 が該当外とのことで搬送はしなかった。

・緊急性・重症度の程度について、医師の判断を求めたい場合がある。多くの場合、かかりつけ医等に対応をしていただいているが、連絡がつかない場合も稀にある。

・土日や祝日など往診医などに診察していただく事が出来ない場合や、なんとなく普段と違う様子など医療的根拠がなく看護師の感みたいなものでも搬送するのか判断できないこともあり結果的に普段通りに生活していた場合や逆に手遅れの場合もあった。主治医に等に相談しても見に来てくれない場合は現場判断になるので判断困難になる。

・数か月前に浮腫みがひどく SP02 の低下があり、かかりつけ医の往診で救急搬送を行ったがあるご利用者が、深夜帯に胸の痛みや呼吸苦を訴え、数値は搬送基準に近いが、浮腫みや意識レベル低下はなく、かかりつけ医や協力医に連絡がつかなかった時の、搬送要請の判断が困りました。

・老衰の方で施設内で看取りを希望していた家族が、気持ちが変わり救急搬送入院を希望され家族の希望通り救急車を要請した。

・本人より息苦しさを訴えあり救急搬送希望されるが、血圧・体温・SP02 とともに異常なし、顔色良好、チアノーゼも見られず。施設の看護師へ相談し、様子見となったが、1時間程あと、再度息苦しさを訴えあり、SP02 測定不能により、救急要請。病院へ搬送するも、お亡くなりになりました。バイタルの数値に問題がないのに、本人の訴えのみで救急要請を行うべきなのかどうか、判断が困難である。

・利用者さんの状態や基礎疾患を確認したうえで、救急車を呼んでます。

・92歳男性発熱で、協力医（主治医）に相談しながら対応していた方が3回抗原検査キット陰性で、4回目で陽性反応が出た方がみえました。心臓が悪く、数日間の発熱

で体力的に動くことが出来ず、保健所にコロナ感染の報告とともに主治医からの状況説明を伝えたところ翌日、保健所から救急要請を行って来て救急搬送となった。

- ・慢性疾患による終末期で施設での看取りを家族全員が希望されていたにもかかわらず、いざ、心肺停止の徴候が出始めたときに突如、契約上の保証人（東京在住の長男）が病院へ搬送してほしいと意見が変わってしまい、かかりつけ医も連絡がつかず、やむを得ず搬送したものの既に治療できる状態ではなく、病院の医師から長男へ説明をしてもらったケース。

- ・家族と本人の意思が救急搬送希望しなくても主治医が救急搬送指示をする場合、当方から見たら家族が過度に生存に期待するあまり、少し発熱しただけで救急搬送するなど。

- ・明らかに平常時と違い体調が悪そうなのだが、バイタルに異常を認めない。往診担当は3カ所あり、1カ所は完全24時間対応、1カ所は24時間対応であるものの連絡が取りにくいことが多い、1カ所は開業医であり、平日のみの対応（緊急時は医師に直電）。基本的に主治医の指示をいただくことができ搬送指示等頂ける。

- ・SP02低下（測定で80%台）だが、本人様からの呼吸困難等の訴えがない場合、様子を見るべきか救急車を要請すべきか判断に迷いました。

- ・基礎疾患があり、いつもと違う様子であるが救急搬送か、次の日の通院で良いか判断がつかず主治医に連絡するが、時間外であると連絡がつかない事が多く、家族に症状の説明を行い決定している。家族に連絡つかない時もある。

- ・在宅医療の医師が主治医である場合は、24時間対応して頂けるので深夜でも連絡し、往診又は緊急時は指示を頂いている。サービス付き高齢者向け住宅であるため、それぞれに主治医が違うので対応が難しい。

- ・夜間転倒、顔面及び頭部打撲で縫合が必要な深さの傷まではいかないが、裂傷等外傷があったとき。医師への相談はできなかった（連絡がつかなかった）

- ・通常は、協力医に相談するとともに、ご家族に連絡し、救急対応を行っているが、深夜帯等協力医と連絡が取りにくい時間帯において救急対応の判断に困ることがある。ましてや入居者のバイタルも安定し、意識もあるが明らかに普段と様子が違う場合に判断に迷うことがあった。（救急対応し結果入院となったケースがあった）。

- ・主治医、家族、施設看護師等と相談し、救急搬送必要か判断している。

- ・家族と中々連絡が取れず、施設に来苑できない状況時に要請をしても良いか迷った。午後の休診時に主治医と連絡がつかず困ったがその後、連絡が取れ搬送先の病院に紹介状をFAXできた。

- ・救急車に同乗する職員がいないので救急隊員に搬送先の病院に家族が行くように指示をしたと告げるが、同乗して欲しいと言われる時など困る。

- ・救急要請の判断に困るぐらいなら、要請しています。主治医に連絡が取れた場合は

その判断による。

- ・特に夜間帯での体調急変時や転倒等の事故の際に、救急搬送すべきかどうかの判断に困る。施設主治医や看護職員への連絡もとれない状況であり、翌日まで様子をみるのが良いのかどうか判断に迷う。なるべく日中の時間帯で体調不良者は何らかの対応を行い、夜間帯で発生するかもという内容を予測もし、指示を出すようにしている。しかし突発的な転倒や急変もある。介護現場の職員より聞き取りして判断せざるを得ない。

- ・主治医もおらず、いつもと様子が違い、脳梗塞に似たような症状が見られた時に、このまま様子見てよいか救急要請した方がよいのか判断に迷い。家族に報告、確認したうえで救急要請したケースがある。サ高住のため看護師は常駐しておりません。

- ・高熱で明らかに救急対応が必要な場合と、高熱ではあるが解熱剤等で様子を見ても良いような場合があり、前者の場合、現場の管理者が判断したことはあった。

- ・住宅型有料であり、嘱託医体制ではなく入居者毎に主治医が違うため、施設から直接連絡できる主治医の場合は必ず指示を仰ぐが、その対応が難しい場合には家族へ連絡し家族から相談してもらい指示を仰いでいる。

- ・本人は大丈夫だと言う返事で会話もされている、でもバイタル低下・酸素飽和度低下・手指、足趾のチアノーゼ見られ肩呼吸も始まっている状態 主治医に連絡し指示頂き救急車要請。大腿骨折施設で病院搬送可能かなと思われるが、本人動かさないで欲しい触らないで痛いと言われ職員がどうにもできない場合

- ・看取りを希望されていた家族がいざ急変しましたと連絡すると、救急車で運ばなと言われたりする時

- ・過去に、発熱で 38℃台の時に、頓服の解熱剤（本人用のもの）で対応すべきかどうか、救急対応すべきかどうか迷った事はある。その際、医療関係者に相談できない状況で、その日の熱の推移や身体状況、食事、水分の摂取状況をみて救急対応せず様子を見たことがある。

- ・入居者様の体調が悪くなったが想定内の為、主治医が往診して頂けるなら、救急要請しなくてもよかったのかもしれないと思ったことはありました。入居者様によって、主治医がさまざまなので、連絡がとれない時もありました。

- ・発熱や SP02 の低下で救急要請を検討する際、救急搬送してからコロナの検査があり、その後の検査等を含めて相当な時間を要するため、その間に状態が悪化してしまわないかと判断に困るケースがあります。

- ・超高齢 90 代後半、100 歳を超える方について十分な看取りに向けた話し合いを重ねたにも関わらず、兄弟（子供）間の連携がとれていないことで、救急搬送を希望されるケースがあった。主治医（かかりつけ医）とはキーパーソン（長男夫婦）が看取りに向けた協議を終えられていた。

- ・一過性の意識消失があったが、すぐに回復され、受け答えもしっかりとでき、本人が救急拒否した事例休日であったが、かかりつけ医へ相談でき、意識消失は念のため血液検査を受けた方がいいという判断にて、救急搬送となった
- ・一時的な意識喪失 看護師、主治医に相談し対応ができた。患者が初めてその症状が出た場合、一旦救急搬送し、その後、同様の事例がその患者に発生しても救急要請しない事例がある。その際は家族に看取りなどの同意を得ている。
- ・夜間は主治医への連絡は難しい。
- ・施設の判断は緊急時マニュアルに基づくので、判断に困ることはありませんが、入居者様のご自身で要請されることがあり、それが問題となっています。
- ・看取りケースの対応について、事前に話し合いや医師からの説明などを経て施設看取りとなっていた入居者のご家族が、各機能がレベルダウンした土壇場で急に「医療機関で看取りたいため搬送してほしい」との意向変更・方針変更を申し出てきたことがあり、その時はかかりつけ医・現場スタッフが大変困惑した。かかりつけ医・医師の取り計らいでどうにか搬送・入院となり事無きを得たものの、施設としては今後の看取りケアの提供継続に一抹の不安を残す結果となった。

#### (認知症対応型共同生活介護)

- ・必ずホーム協力医に相談しています
- ・かかりつけ医には常時相談できる体制をとっている。
- ・発熱症状があり、抗原検査キットで新型コロナの陽性判定があったが、認知症がありバイタル値が悪化していても、当人の認知度がなく苦しみなどの訴えが乏しかったが、体温(39.1℃)・SP02(91%)の状況となり体動も緩慢となった為、医療連携医(主治医)に状況を説明し、救急搬送の指示を受けました。認知症の方の緊急度の判断は、介護職員では難しいのが実情です。
- ・体調の悪化がみられたが主治医と管理者、看護師が不在ですぐに連絡が取れず救急搬送が本当に必要なのか判断し難い事がみられた。
- ・状況により、救急車を要請するか、自施設で救急外来へ連絡をして受診するかは判断して対応しています。
- ・夜間帯、意識障害がみられる時など緊急を要する可能性が高い状況の時は、夜勤者から救急要請の判断について管理者へ連絡があるが、電話での状況報告だけで正確に判断するのは難しい。夜間だった為、主治医への相談はできなかった。
- ・比較的、入居者家族並びに主治医との連携は取れている環境であり、事前の急変時対応についてもしっかりと意見調整はできていると思うものの、いざ、その時を迎えると家族の意向は変化する。それらの気持ちの変化も想定しながら、終末期に向けてご家族には、事前に思いについて話し合っておく必要があると強く思う。



- ・ SP02 や血圧は医療が必要な状態になっているが、意識がしっかりしており本人から「救急車は嫌」と言われたり、自分の施設でストレッチャー付きのハイエースがあるため、協力医まで位は行けそうかな？と判断があいまいな時がある。かかりつけ医に搬送が必要な場合は事前に空き状況の確認をしたり、状態報告をしてどうしたらよいかを相談している。
- ・ いつもと様子が違い医療連携している訪問看護に見て頂くと「様子観察してください」とのことであったが、ホーム長がやはりいつもと違うということで救急車を呼んで診察してもらったところ、脳梗塞であと2時間遅かったら間に合わなかったということがあった。
- ・ 救急搬送を依頼する場合、施設側の判断でする以前に、まず主治医へ報告し、主治医と協議の元、またご家族との同意含め（ご家族と連絡がつかない場合は主治医との協議による判断とする）、判断しております。
- ・ 意識はしっかりしていて、バイタルも安定しているが、どこかおかしいと判断されるが、認知症で症状がはっきり分からない場合。夜間や休日などかかりつけ医に相談できない事がある。
- ・ 既往歴として心不全、狭心症と言われている認知症の方から、ある日のお昼12時頃急に強い胸痛の訴えがあった。その際に本人からは「今までにない痛み」「こんなに痛い初めて」と言われ胸を押さえる様子があったが、会話も出来ており本人からは「暫くじっとしてれば良いから」「救急車は呼ばないで」と言われた。すぐに主治医に報告相談をしてそのままかかりつけ医で心電図等の検査をして頂き、その後別病院でも検査を行った。最終的に狭心症の発作だったのでは？という結果で終わったが、もし主治医に連絡が取れない深夜帯や祝休日等であれば救急車要請の判断に悩んだと思う。
- ・ 意識レベルが低下傾向だったが、呼びかけると少し目を開けるような状態の際、現場としては少し迷った。この際、主治医に連絡しいくつか項目を確認させてもらい、救急車を呼ばさせてもらった。
- ・ 当施設は精神科病院の傘下であり、主治医が精神科の医師の入居者様の場合、17時を回ると連絡が取れないため、医師の指示なしに救急搬送することがあるが、開業医主治医がついている場合は（24時間）主治医の判断に任せているので、判断に困ったことは無い。
- ・ 救急要請時は明らかに意識レベル低下や麻痺症状などがあったが、まれに結果的に救急車内または病院で回復して入院不要とされる場合。この場合、救急要請の判断はたどる経過が悪い方を考えて判断する必要があると考えた。主治医は時間外であり、明らかな意識障害があったため相談せず救急要請した。
- ・ 先に病院に確認したら、もう少し様子を見て下さいとの指示あり、後に状態をみて

救急車を要請しましたが、救急隊員からなぜもっと早く呼ばなかったのかと言われたことがあった。

- ・転倒して足の痛みの訴えあるも歩行しており、意識もしっかりしている場合に救急車を呼ぶのをためらい、結果 骨折数日たってしまった。

- ・入浴後温度変化等で意識を消失された（心臓疾患あり）。2年前ぐらいにも同じようなことがあった。2年前は救急車を要請し到着したぐらいに意識、血圧等も通常に戻り病院に到着後検査等をしてすぐに施設に戻ってきた。今回も同じような感じと思ったが救急車を要請した。（時間的余裕がなく主治医には相談できなかったです。）今回も到着後に意識、バイタル等も戻り救急車内で暴れていたが高齢ということもあり何事もなくすんで良かったと思いました。

- ・発熱や SP02 の低下で救急要請を検討する際、救急搬送してからコロナの検査があり、その後の検査等を含めて相当な時間を要するため、その間に状態が悪化してしまわないかと判断に困るケースがあります。

- ・困難ではないが迷ったケースがあった。急に倒れ込み意識喪失、顔面蒼白、冷汗状態があり脳の異常であれば急いで処置する必要があると思い救急車を要請したが、救急車を待つ間の数分間で意識が戻ったが救急搬送に至った。搬送先病院では一通りの検査を行い特に異常なく帰所する事ができた。

- ・入居者の容態が緊急を要するのか？また、しばらく様子を見て回復するのか？ 入居者の生死に直結する病状なのか分からない時、救急車を要請するか迷うこと。主治医への相談は、連携強化できている医師とはできているが、そうでない医師とは出来ていない。

（その他：通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護）

- ・主治医との連絡・相談・打合せは都度行っている

## 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）

- ・現在の所、救急対応は迅速に実施されており、救急隊には、いつも助けられている。
- ・特養の場合は救急搬送に至るまでには度々ご家族と連絡を取り合い、日々の変化、他、特別な変化や低下等がみられた場合、搬送についても確認は必ずしているため、急に困ったりする例は最近ではない。併設のショートステイ利用者の場合は、今後も迷うような例は出てくると思われる。情報不足のケースはなるべく少しずつでもケアマネジャーに協力してもらい、急変に繋がるような内容については解決するようにしているが、すべての方を把握するのは難しく、限界がある。
- ・発熱を伴う場合、抗原検査を実施して陽性・陰性の判定を救急隊員に告げるようにしていますが、2例ほど搬送先のPCR検査で、施設の検査は陰性だったのに、陽性判定をされたことがあり、救急隊員や搬送先病院に申し訳なく思ったことがあります。
- ・施設で看取りを実施することが出来るとご本人様も職員も安心して過ごせる。昼間のみで良いので専門医が欲しい。
- ・施設のかかりつけ医には救急外来はなく、救急車の要請を行った際には受け入れ先が決まらずにかなりの時間を要することがあります。受け入れ先も救急隊の方に探してもらいますが、なかなか受け入れてもらえない状況を多く見てきました。高齢者の病院への受け入れはなかなか難しいと実感します。
- ・コロナ陽性者が急変した時は、保健所の指示に時間がかかり、時間のロスがある。
- ・介護施設と医療との連携が重要であり、これまでも消防署からご意見や厳しいお言葉をいただいたことがありました。検視において警察からお叱りを受けたこともあります。介護施設としては本当に必要な時に救急車を要請するべきであるとは理解しているつもりであります。入所者、ご家族に最後に辛い思いをされないようにご支援したい気持ちはありますが医療との連携なくしてできませんのでこのような課題に向けて三重県が取り組んでいただいていることはとてもありがたく思います。
- ・搬送先がなかなか決まらず時間が経過することが多い。病院は患者様を選ばず受け入れてほしいと思います。
- ・救急隊員によって、態度に差がある。患者優先でお願いしたい。
- ・近隣総合病院の受け入れができないケースが増えて、遠方の医療機関に搬送されることが増えています。骨折が疑われる、発熱がある場合が特にそのようなことになるケースが増えて、ご家族様・ご本人様だけでなく、施設職員や消防隊への負担も増しているように感じます。
- ・夜間 医師・看護師が常駐していない施設では、軽微な場合でもやむを得ず要請する場所があることを、理解して頂きたい
- ・津市の施設ですが、救急搬送依頼した場合に於いて、なかなか搬送先が決まらないこ

とが多いです。必死にして頂いていることは十分理解していますが、もう少し迅速な搬送が出来ると良いと思います

- ・夜中になるとタクシーのいない地域なので、夜勤帯に救急搬送された後に付き添い職員や、入院とならなかった入居者の方のお迎えの対応が難しい。介護タクシーの業者に問い合わせをしたことがあり、対応していただけると答えていただいた業者もある。しかしながら、予約していない場合は時間がかかるとのこと。

- ・救急搬送をしなかった場合・した場合、ご家族によっては姉弟間で意見が違ふ時がある。事前にきちんとキーパーソンと話し合い、他のご家族の意向も確認してもらう必要がある。ご家族の意向を一つにしてもらう。又、意向が変わった場合はその都度、情報を共有している。

- ・クラスター時等は保健所と病院側の言う事に相違がある為、連携してもらいたい。
- ・輪番制なので、総合 HP のかかりつけ医があっても違う HP へ搬送されることがある。
- ・特養なので看護師がオンコールで対応し、同行しているが、搬送先病院での診察から入院などが決まるまで 3~4 時間かかることが多く、職員の業務負担になっています。病院での流れは無理もないことと思われませんが、看護師以外の職員での対応や他の職員との交代などを考えています。(施設の事情ではありますが)

- ・四日市では、搬送時の救急隊への申し送りのシートがあるのでスムーズに情報提供できたり、救急車の同乗せずとも自家用車で付き添い対応可となっており施設職員や地域関係者(特に家族以外の方)の負担軽減に繋がっていると思いますが、市町によって対応が異なると聞いたことがあるので、県内市町での良い取り組みは県全体に広がるといいと思います。

- ・現在、コロナウイルス感染が拡大しており、呼吸困難や状態が急変し救急搬送となったが、病院が満床でどの病院も受入れができない状態がある場合、今後施設での対応となることもあるのか。

- ・老衰等の自然な経過であっても、家族が救急搬送を希望される場合がある。コロナによる面会制限もあり現状を受け入れることができないのではと思われるが、施設側からは意見することができない、また、そのような立場でもない

- ・救急隊到着時に本人の情報シート(氏名、生年月日、既往歴、家族連絡先等の本人の詳細情報)のコピー及び、お薬手帳を提示することを徹底しています。平成 30 年度の救急業務の在り方に関する検討会の関係から、当時、消防関係者の方と面談する機会を設けていただき、非常に有意義に感じました。

- ・救急隊に職員の同乗を求められることがあったが、夜勤帯で同乗できる職員はいない。介護の現場もまた、逼迫しております。

- ・夜間帯は配置医師、嘱託医の判断は仰げないので自施設の判断となるケースが多くある。緊急的に当番の病院に症状を確認したうえで、その中で救急搬送になるケースもある。

- ・救急隊の日々の活動に敬意を表します。その上で、救急車への同乗について、救急隊

員としては、同乗し医療機関への搬送時に情報収集等ができるメリットがあろうかと思いますが、現場としては、特に夜間、少ない人員の中で救急対応しなければならず、その時に同乗等を求められてもなかなか対応が難しいこともあります。仮に同乗したとして、病院での対応が終わり施設へ戻るとなった際に、過疎地域にある施設では現場の職員に迎えに来させることもできない状況もご理解の上で、何とかいい方法を救急、施設とで作っていきたいと考えています。

- ・高齢者施設では、救急搬送の指示は概ね主治医によるものであり、必要ないだろうと思うケースでも主治医の指示があれば救急搬送になるので医師会にも安易な救急搬送をしないようお願いしていただきたい。
- ・必要な情報について、前もって共有するための書式があれば使用します。
- ・看護師は通常医師の指示により動いているが、高齢者施設の場合は医療設備もなくすべて看護師の経験からくる判断（医師に相談するかを含め）に委ねられている。
- ・前回のアンケートより救急搬送の際は職員が同乗するように変更した
- ・四日市においては輪番制度が確立されており非常にスムーズに受け入れ先も調整頂け感謝しております。高齢者福祉施設における119番映像通報システムの活用事例があれば共有して頂けると幸いです。

#### （介護老人保健施設）

- ・緊急時対応マニュアルは作成していないが、施設医、看護師長、ご家族等で事前に話し合い、一人一人の方針をカルテに記載はしています。
- （例）医師が回復不能と判断した場合は、当施設でできる範囲内の検査と治療を実施する。ただし、ご本人が救急搬送を希望したり、痛がったり苦しがり当施設での苦痛緩和が困難な場合は、提携病院と相談のうえ、苦痛緩和のための救急搬送を考慮する、など。
- ・夜間などの職員が手薄な状態で、職員の同乗を求められても困難な事がある。また、搬送時、救急隊員から専門用語で質問されることもあり、職種によっては質問内容が難しく返答できないことがある。事前に、救急隊が知りたい情報内容の共有などが出来ていれば質問にスムーズに答えることが出来ると考えられる。また、コロナ禍では難しいと思うが、何らかの形で関係者の情報共有の場を設けることで、意思疎通とコミュニケーションを図ることで良好な関係を築くことが出来るのではないかと考えます。
- ・当施設は病院併設のため、救急時には併設病院に搬送できるので、救急車の要請はほぼ皆無に近い状況にあります。今回の調査で救急車の要請を3回行っていますが、すべてコロナ感染者の重症化に伴うものでした。昨年はコロナ関連の救急車要請が全国的に多かったと思いますが、” Q 8. 入所者の状況 ” の中にコロナ重症化による救急搬送の問いがないので回答しづらかった。因みに、要請3件の内訳は、1件目は救急車到着直前に死亡が確認され搬送に至らず。2件目は搬送されたが入院に至らず職員が迎えに赴いた。3件目は無事入院、本来の目的が達成できました。
- ・緊急搬送にあたり、家族意向が重要視されるが、緊急時に連絡が付かない場合など夜

勤帯の看護師の判断になることがあり、負担がある。その為救急要請を考えてしまう事がある。一般の人向けにも告知などしていけると良いと思う。

- ・介護老人保健施設の夜勤帯は看護師1名体制の為、夜間急変時に救急車へは同乗出来ない事から市で作成された「緊急時の情報連絡票」に利用者の必要な情報を記入して救急隊員へ手渡している状況である。しかし、病状により救急隊員から看護師の同乗を迫られることがあり困ったというケースもあった。(家族へは受け入れ先の病院に行って頂いている。)

- ・施設から救急車へ乗せ込んだ後、病院が決まるまでに30分以上かかることが多い。コロナ禍前でも同様であり、病院との連携が課題である(津市)

(介護医療院) ※意見なし

(養護老人ホーム・軽費老人ホーム)

- ・緊急時に頼れるのは119番しかありません。願ひする時はできる限り消防隊員に協力し、適切に動けるようにしたいと思います。

- ・当苑は養護老人ホームに介護保険施設である短期入所施設が併設している。今年度の救急車要請は養護が0件・短期が6件となっている。在宅で生活をする高齢者が一定期間の宿泊の間の体調の変化に対して救急車を要請する事案が発生することが多い。養護においては生活の場であり終末期を迎える入所者を苑で看取することもあるが、元気であった方に大きな病気が見付き、治療が困難であると理解できている、症状が急激に出現することがあると救急車を要請し医療機関を頼ってしまい、施設としても判断に迷う場面である。

- ・こちらの施設は基本救急対応で救急車に同乗する事はありません(夜間は宿直者のみの為特に)ケアハウスは介護付き施設とは違い自立された方が入居対象の為保証人様やご家族様が対応される事となっています。その保証人様やご家族様と連絡が取れない場合や遠方で時間が掛かってしまう場合などはとても苦労しますし、救急隊の方や受け入れ先の病院にもご迷惑をお掛けしています。

- ・ACPにより、現場職員や救急隊、医療関係者が判断に躊躇することが減らせるとは思う。また、新型コロナウイルス感染症も含めて高齢による罹患や死亡のリスク、寿命といったことまで社会全体での理解が必要と考える。

- ・コロナ重症者の入院がほぼ出来ない状態で、とても困った。

- ・救急隊員によって、態度に差がある。患者優先でお願いします。

- ・病状によって個人病院では無理な場合、大きな病院受診を直接したい場合、紹介状が必ず必要になると、救急車を要請してしまう。

- ・救急搬送について受け入れ先の病院を決定する事に非常に時間がかかる(特に津市)救急車で待機時間が長くなると高齢者の方に負担が多くなると思います。

- ・いつも迅速に駆けつけて頂き、とても助かっています。救急の到着から受け入れ医療

機関が決まるまでかなり時間がかかるケースが年々多くなっている気がします。高齢者施設なので、随時主治医や協力病院と救急の受け入れを含めた相談はしていますが、実際には病院側の事情もあり急な受け入れが難しい場合も多いので不安はあります。

- ・症状の違いによって最寄りの病院に搬送されない時がある。
- ・新型コロナウイルス感染拡大時期は、救急搬送が困難になる印象があります。医療をひっ迫させてはいけないという思いと、病院にすぐに診ていただきたい、入院させてほしいという思いがあり、複雑です。
- ・かかりつけ医であっても救急時は当番医もあり、初めての病院に搬送されることも多々あります。
- ・職員が同乗できるように努力した

(有料老人ホーム)

・緊急時の情報連絡票の備えがあれば、同乗していなくてもよいとのことで、夜勤時の対応に備えておりましたが、使用したケースは今まではありません。入居の方、全員の準備を行っていかうと思っておりましたが、まだできていません。内服変更があったり、情報を常に新しくすることが困難になることも考えられます。医師の記入する情報提供書はなかなか依頼できていません。

・救急隊員の皆様には、迅速に対応して頂き感謝しております。救急車要請時に必要な情報を直ぐに提供出来るよう、施設側職員全員で入所者の情報把握が出来るよう努めていきます。

・医師や看護師が常駐していない私共の事業所では、夜間など時間帯によっては救急搬送の判断が、介護職員に委ねられることがあります。職員のスキルや人員の状況(1名のみ等)にもよりますが、入居者の体調急変や、痛み・苦しみの訴えがあった場面での対応の判断が困難な場合に、Zoom 等を利用しリアルタイムで消防や医療機関と連携がとれる体制の構築が望まれます。

・可能な限り、絶対必要時にのみ要請するよう心掛けています。当施設からすぐのところに分署があるので助かっています。

・搬送先の救急受入れ病院に断られる事が課題である。

・鈴鹿市では救急隊と共に研修会を開催する等で共有されている・・・と感じている

・救急搬送時連携シートをなるべく書くようにしていますが連携シートを渡すと救急車到着時に何も書かなくていい場合と渡しても書類を書く場合がありますが連携シートはどのように活用されており各場合と書かなくていい場合があるのはなぜなのかわかりません。

・収束しないコロナ禍にありながら、日々ご対応頂く関係者の皆様に敬意と心より深く感謝申し上げます。

・夜間に常駐医師や看護師がいない施設での軽度の医療行為(導尿)などが必要となった場合の救急搬送は可能か?松阪地区救急相談ダイヤルに相談すると救急搬送より夜

間・休日診療を勧められるが、夜間に施設職員にて受診することは可能ではあるが、職員の負担があります。

・末期がんの利用者様で、医療方針として延命処置を望まれず緩和ケアをご希望され、いずれ緩和ケア病棟のある病院への入院を予定されていた方が、施設にて夜間に呼吸状態が悪化されたケースについて。SP02 低下に対し施設では酸素吸入の準備はなく搬送せざるを得なかったが、夜間救急当番の病院からは「緩和ケアの方の受け入れはできない」と受け入れを断られた。緩和ケア目的で入院予定にしていた病院からは「夜間の受け入れは輪番制の病院へお願いします」といずれにも断られ、呼吸状態が悪化してから搬送先が決定するまでに2時間以上を要したケースあり。(結果として、翌朝緩和ケア病院の受け入れを絶対条件として、夜間救急当番の病院に受け入れてもらった)搬送先が決定するまでの間は、施設職員は勿論のこと、救急隊員も現場を動けず、次の救急要請に出動できない事態も招きかねないのではないかと不安になった。呼吸苦しさを訴える利用者様も不安が募ったのではないかと思う。

・その他、コロナ禍においては、搬送後に先ずPCR検査の実施があり、その結果が分かるまで搬送の原因となった症状を診ていただけないケースが多く、結果判定まで同行した職員が別室で付き添い病状を観察することを求められるケースが多い。コロナ禍以前より、救急搬送に職員が付き添う時間が大幅に増加している。施設の職員体制では、救急搬送の付き添いに時間を要すると、残された他の利用者様の対応が遅れる場合も予測されるため課題を感じている。

・現場に来られた救急隊員の姿勢に差異を感じるケースがある。患者の状態をいち早く把握し、施設の情報をもとに早い対応をお願いしたい。

・必ず救急車同乗の指示を頂きますが、施設としても職員が乗っていくと迎えも必要になりかなりの人員不足となってしまいます。患者様の既往歴や必要な情報を紙で渡して同乗なしでも出来るようにして頂けるとありがたいと思っています。個人情報取り扱いなので難しいとは思いますが…。

・意識ははっきりしているが、時折ろれつが回らなかつたり、手が動かしにくい時があった。受け答えも食事も出来たので少し様子を見ていたが、いつもと様子がおかしいため主治医に連絡したところ救急要請の指示があり消防署へ電話したところ「なぜもっと早く連絡しなかったのか？」と聞かれ、どのタイミングで要請するのがベストかわからない。

入浴後 意識喪失。ベッドで足を上げ静養して頂いたが、意識はつきりせず血圧も低かったため主治医へ連絡。救急車を要請する様に指示があったが、救急車が到着した時は意識回復していた。救急隊員から「意識戻ってますがどうします？」と聞かれると、要請して申し訳ない気持ちになる。

どちらも隊員の方次第なんではしょうけども、コロナで救急車要請が増えているのがわかっているなので、要請するタイミングが難しい。幸い主治医へ相談できる時間帯ばかりなので問題ないが、深夜などは相談できないので心配になる。



- ・救急車同乗が難しい場合がある。(人員・感染症など)
- ・職員が救急搬送につき添った場合、家族様が病院に来られても、職員も一緒に待機を求められることがある。
- ・施設職員に同乗を言われますが、他の利用者様もいっているのでなかなか乗車しにくいです。山奥との理由もあり、同乗しても深夜等施設に戻るすべがないので、電話やリモートでのやり取り情報の共有で何とかしてほしいです。病院に行っても家族様じゃないと同意もできません。
- ・家族に相談、意向を聞き取りすると「救急搬送」の希望を言われる。そこを私どもの判断で、断ることは出来ないことがある。
- ・高齢者の搬送だけでなく、必ず輪番での受け入れが確立しておらず時間もかかる。また高齢者は呼吸状態も悪く酸素投与も必須となる為介護タクシーなどの移動では難しく救急車を要請するのが第一選択になってしまう。民間救急車の普及が皆無である三重県では救急搬送は減らずひっ迫するのは改善されないと思われる。
- 搬送時の情報共有の問題はどのような情報が欲しいのかを理解していないと難しく、医療従事者以外の施設の職員などは隊員の質問の意図も分からないので専門用語などでの質問は答えられない。その時点で関係性も悪くなるのでお互いが改善していかないといけないと思います。
- 私達の施設では時系列で答えられるようにフェイスシートなどの提示とお薬手帳の持参なども必ず同乗時には持っていくようにしています。隊員さんも何もない情報の中から大変だと思えますが、搬送希望する施設の特徴や違いも理解してもらわないと、サービス付き高齢者向け住宅は酸素は常備していませんし、医者も常駐してません。老健などとは違います。病院ではないので設備も経験も知識も不足している職員もいるのが現状です。お互いに顔の見える関係であったりすると連携がしやすいと思われれます。こちらの意見ばかりで申し訳ないですがこれからもよろしくお願いします。
- ・救急車の要請も含め、訪問看護や主治医に連絡・相談ができています。入居者それぞれ、かかりつけ医は違うのですが、施設内で対応するかどうかの判断や、治療については、体調が下降していく時々で、本人・ご家族の意向を伺いつつ、主治医や訪問看護の皆さんと、情報を共有し相談できています。
- ・意識喪失や骨折などストレッチャーでの搬送の必要性がなく、脳梗塞など安静に搬送する必要がないと判断できる場合は、救急車の要請は行っておらず、救急車を使わずに救急外来を受診する場合は、当該病院の救急外来への連絡するため、連絡時点で様子観察の指示を受けることもあります。
- ・救急車が事業所に到着し、利用者さんを救急車に載せてから移送先が決まるまでの時間が長く、急を要するのにもっと早く移送先病院を決めて移送し早急に処置を行って欲しい。
- ・この度の保健所からの要請はとても良い判断だったと思います。が、連絡初日に心臓疾患の方と伝えているので当日の救急要請を決めて欲しかったとその日、事業所職員と

話しました。感染があるため付きっきりでそばにいる事が出来ず特に深夜、心配で職員も心が休まらず交代で安否確認を行った夜は、時間が長く感じたと言っていました。

・定員 50 名に対して 2 名の協力医（往診医）がいるものの、医師も開業しており、外来時間外も生活があることから、必ずしも連絡がつくとは限らない。

また、医師によっては定期的な往診日以外で臨時の往診に来てくださる方と、そうでない方と様々であり、往診医に頼り切れない部分がある。

また、救外への通院送迎も職員は現場を回すことで人員を削る訳にはいかず、家族に協力を求めている。しかし、家族もすぐに救外への通院に協力的とは限らない。

また、搬送した場合も家族がすぐ駆け付けられる場合ばかりではなく、管理者が深夜早朝関係なく即座に駆け付けている。私自身この 21 年間四六時中オンコール待機をしている状況であり、プライベートな時間は皆無です。そのため、不用意に救急車を利用すべきではないことは承知しておりますが、そのためには往診医の協力や、家族の意識と協力は勿論のこと、弊社の場合、管理者 1 人がすべてを受け持つしかない体制の見直しが課題だと考えます。

・有料にしたらよいと思います。

・救急隊の皆様にはいつも適切に対応していただけて感謝しております。

・医師の指示が受けられない人（時）は、入居者の命を守る為、施設・事業所の管理者（医師・看護師以外）が家族と相談し緊急の判断をしている。

家族の誰にも連絡がつかない時には、途方にくれてしまうが命最優先の対応をする事になる。このような時に 24 時間対応（相談）して頂けるシステムがあると心強いが、たらいまわしに保留にされてしまうと対応の遅れもでると思います。

コロナ禍でもあり、「行けない」と返事が来る家族も多くなった。搬送先の医師と携帯電話でのやり取りをしている。本来、家族が行うべき事も施設が代行で行う事が多くなっている。

・施設協力医が出張などで不在の際、看取り介護中の方がお亡くなりになられた時の死亡確認をどうすれば良いのか？救急指定病院が対応をしてくれるのか？また救急要請をして搬送対応してくれるのか？

・かかりつけ病院、希望病院への搬送が出来ずに、他の病院へ搬送されることが多くなってきたように思われます。又、家族宅から遠方の病院に搬送されたこともあり、到着までの時間が遅くなった。

・救急搬送時にどのような書類を用意したらよいのか、どの様な手順で動いたらよいのかなどの行政からのマニュアルがあれば参考にしたい。

・鈴鹿市では救急搬送時に職員等が同乗できない場合は、情報共有シートをお渡しすることで同乗せずとも良いとされています。従って情報共有シートをお渡しし、家族様が搬送先へとむかっていたくことで職員の同乗をしていないケースが多いです。これは職員配置も少ない事業所としては大変有難いシステムです。（職員が不在になる・帰りの足がない等の支障が出ますので） シートについては、活用方法の拡大等の課題はあ

と思いますが、現状であっても助かっています。情報共有シートがいつでも最新の情報となっているように努めたいものです。

・高齢のコロナ陽性患者様の方で、40℃を超える高熱、SpO2の低下などありましたが戻られたケースがありました。その際、施設の者が迎えに行くのですが防護服着用し窓を開け対応しましたが、職員に感染いたしました。このような場合の対応は、施設は、それ以上の対応は難しいと思われます。どの様な対応をすれば良いでしょうか。今後の為には他施設等にも参考となる回答があればお願いします。

・当施設は離島にあるため、おかげさまで、日頃からかかりつけ医と常に相談ができる関係にあります。また、入居する前に救急搬送だけでなく、医療面で不利な点があると伝えて納得の下、ご利用していただいています。信頼できるかかりつけ医と密に連携できる関係があれば、利用者、介護職の不安、負担も軽減すると思います。

・医師のいない高齢者施設で看取りをと思うと、往診して頂ける主治医をもってもらうのですが、必ずその時に来ていただけるわけではないので、その場合は主治医の病院へ受診になります。その時の搬送方法にいつも悩みます。

・救急搬送の際には本人や家族の意思を最大限尊重するが、事業所の判断についての正確な法令遵守についての知識や、後々の家族からの責任追及があった場合、事業所の責任の範囲が不明確なところが多い。行政が主導して事業所・医療機関・消防署等との協議が重要であると考えます。

・入居者様のご家族（子供）さんも高齢化しており、搬送先の病院に来るのに時間を要し、引継ぎができず職員が足止めとなることがある。

・ACPに関しての、施設独自のフォーマットを用意し、入居時や看取り時に確認できるように準備しているところであるが、なかなかフォーマットの例も少ないので、研修会の開催をお願いしたい。

・職員の付き添いはなんとか人員を配置できるが、長時間病院に待機（医師から説明を受けるまで5～6時間）している事が難しいので、必要事項記入用紙等に記入して一旦施設に帰らせて欲しい。必要時は電話で対応させてもらいたい。職員を出来るだけ早く現場にもどしたい。短時間になれば付き添いできる事業所が増えると思います。

・ひとりで対応している時間帯は、すぐに同乗することが難しく、困ることがあったが、サ高住の勤務状況を地域の消防機関がわかったださり、かつ、消防機関指定の情報シートを使用するようになってから、搬送がスムーズになっています。

・基本的に、職員が同行するようにしていますが、主治医の病院へ緊急搬送される場合など、付き添いの必要性があまりない事案については、フレキシブルに対応していただけると助かります。

・病院によっては、延命治療をどうするかがはっきりしてないないのとってもらえないことがあります。

年齢を重ねてみえ、死を身近に感じるようになった高齢者にこそ、話辛い内容のこともあり、施設入所の際にはお元気で入ってみえることも多いので、なかなかそこまで

の話をする機会が持てないことも多いです。

状態の変化があり、救急要請しているものであり、その後の状態によっては延命治療をされると言われていた本人、家族もしないに変わることも多々あるかと思えます。

そういうことは、今の状態を説明してもらった上で、病院でもらうべきなのではないかと思えます。その確認がないからと搬送を断られるのはおかしいと思えます。

(認知症対応型共同生活介護)

・救急隊員にもよると思えますが、中には「何故このような状態と呼んだのか」と冷たい対応もあると聞いています。医師との相談の下の判断も多々あり、測定する機械等にも違いがある為どれが正しいのかと思えますが、もう少し温かく対応して頂きたです。ごく稀な事案ですが。宜しくお願い致します。

・看護師を配置しているほか、主治医に相談を仰ぎやすい環境であるが、そうでない場合は救急搬送を依頼するかどうか迷う場面が福祉施設では多いように思われる。救急搬送する前に気軽に相談できる機関があれば良いと思われる。

・当地区では速やかに対応していただいているので、特に課題等は感じていません。

・医師や看護師が常駐していない私共の事業所では、夜間など時間帯によっては救急搬送の判断が、介護職員に委ねられることがあります。

職員のスキルや人員の状況(1名のみ等)にもよりますが、入居者の体調急変や、痛み・苦しみの訴えがあった場面での対応の判断が困難な場合に、Zoom等を利用しリアルタイムで消防や医療機関と連携がとれる体制の構築が望まれます。

・救急医療情報提供シートを事前に作成することで以前に比べると救急隊の方に誰が対応しても適切に伝える事が出来るので作成に時間がかかり更新もしないといけません非常に助かります。

・救急車は最期的手段でありますので、そのことは理解して対応しているつもりであります。当施設は救急隊員から疑問に思われるようなことのないよう、救急車を要請する時は協力するように努めています。

・救急搬送時の病院の早期受け入れ

・車に乗って移動中に救急搬送中の救急車に遭遇することがありますが、一般車両が緊急車両に道を譲るマナーが薄らいでいると思う。特に交差点ごとの緊急車両が減速し、安全を確認した上で搬送しなければいけない状況は何とか改善できないものかと思えます。海外の緊急車両等の搬送状況を考えても、日本の緊急車両は、十分すぎる程周囲への配慮を行いながらの業務遂行。とても大変なことと察します。緊急車両の意味とその重要性を、また、違反した場合の罰則の強化を含め市民全体が考え直す必要があると思えます。

・病院がいっぱい、またはコロナなどですぐに受け入れがしてもらえず、亀山市なのに四日市まで搬送してもらったが脳梗塞で間に合わず亡くなられた利用者が数年前であるがみえた。空いている病院へすぐに搬送してもらえる様に、病院から消防署へ最新の

受け入れ可能情報が入る様にしてもらいたい。

・救急車の利用状況が多く、救急隊員の方もご苦労してみえることは重々承知しておりますが、搬送時当施設のスタッフもいつもあるところではなく、慣れてもいないので焦って対応してしまいます。その時の救急隊員の方の態度が厳しいとの話をよく耳にします。そんな時だからこそ対応に気を配って頂けたらと思います。当施設としても「救急医療情報提供シート」を作成し、情報の漏れのないように、迅速に対応出来るよう努力はしておりますので、よろしくお願い致します。

・救急搬送先をかかり付けの Dr のいる（カルテのある）救急指定病院にお願いする事が多く、比較的対応頂けるので助かっています。

・緊急搬送時に、救急隊員・病院の看護師・入院した場合病院の入院支援室で何度も薬の情報等同じことを説明しなければならなかったり、付き添いの介護職員が長時間 病院で待機しなければならないので、もう少し連携がしっかりしていればいいと思います。

・緊急時対応マニュアルは夏までには作成していく予定です。

・救急医療情報提供シートはあるがパソコン内に保存と情報は随時記入しているが救急車を要請してから到着までの間に記入している時間的（家族等に電話等）、精神的余裕がなく活用できていない。記入はしたものの救急隊も特に必要性を感じていない。施設の中に入ってからと救急車の中での聞き取りと記入で間に合ってしまう・・・他の施設ではどのように活用されているのか知りたいです。

・救急搬送の際には本人や家族の意思を最大限尊重するが、事業所の判断についての正確な法令遵守についての知識や、後々の家族からの責任追及があった場合、事業所の責任の範囲が不明確なところが多い。行政が主導して事業所・医療機関・消防署等との協議が重要であると考えます。

・救急車を要請しても病院搬送の必要がない状態に戻った場合はどうしたらいいか迷いました。

（その他：通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護）※意見なし

・病院併設型の事業所なので、利用者急変時は病院へ搬送することとなっている。配置されている看護師が利用者の急変に対応し、電話（内線）で病院へ連絡、緊急事態が通所介護で発生した旨の館内放送が掛かり、医師、看護師、コメディカル等、職員が駆けつける体制である。

看護師や介護士が普段の利用者の様子や仕草に敏感に異変を感じ取ることと、職域における経験が大きく左右する。意識が混濁された利用者に対し声掛けのやり方次第で意識が戻る事等がある。大事にはなるが迅速な対抗が出来ることが安心に繋がる事である為、躊躇せずコールする。