

令和5年度 日本救急医療財団助成金交付事業

地域包括ケア社会における  
高齢者救急搬送・受入れのあり方に関する調査研究

代表研究者 伊藤重彦

北九州市立八幡病院 NPO 法人病院前救護と健康管理研究会

令和6年（2024年）3月



## はじめに

超高齢社会、地域包括ケア社会において、高齢者救急医療体制の確保・維持は最も重要な課題の一つです。しかしながら、高齢者救急医療を取り巻く環境は複雑であることから、様々な課題の解決には、在宅、施設介護と医療の連携強化に向けた取組が必要です。第8次医療計画においても、居宅、介護施設の高齢者の救急医療体制の充実強化を目指す方針が示されました。

今後、高齢者が住み慣れた地域で完結できる医療、介護ケアを提供していくためには、救命のための救急医療体制の充実化とともに、本人の最善の利益を尊重した、本人が希望する医療や介護ケア、看取りを含めた人生の最終段階の過ごし方について、家族やかかりつけ医、身近な関係者で話し合う、アドバンスケアプランニング(ACP;人生会議)の取組を促進することも重要です。

そこで、令和5年度日本救急医療財団助成金交付事業において、(1)在宅、施設における、看取り体制、ACP取組の現状と課題、(2)病院における、DNAR対応を含めた本人の最善の利益を尊重した高齢者医療の現状と課題、(3)在宅・施設から医療へのアクセス手段の現状と課題、(4)消防救急車による高齢者救急搬送の現状と課題について、調査研究を行いました。

本アンケート調査にご協力を賜りました、下関市医師会、名古屋市医師会、奈良県病院協会、福岡県医師会、福岡県病院協会、福岡県私設病院協会、及び全国消防長会、全国消防本部はじめ関係行政機関の皆様方に篤く御礼申し上げます。また、報告書作成にご尽力頂きました、研究協力者、NPO法人事務局の皆様がたに心より感謝申し上げます。

本成果物が広く活用され、高齢者救急が抱える課題解決に少しでもお役に立てれば幸いです。

令和6年3月  
代表研究者 伊藤重彦

令和5年度 日本救急医療財団助成金交付事業  
地域包括ケア社会における、高齢者救急搬送受入れのあり方に関する調査研究

研究構成員名簿

代表研究者

伊藤 重彦（北九州市立八幡病院、NPO 法人病院前救護と健康管理研究会）

分担研究者

田邊 晴山（一般財団法人 救急振興財団 救急救命東京研修所）

長岡 敏信（下関市消防局 警防課）

福島 英賢（奈良県立医科大学 高度救命救急センター）

真弓 俊彦（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院）

研究事務局

NPO 法人病院前救護と健康管理研究会 <https://pchm-kenkyukai.or.jp/>

北小屋 裕 渡邊 翔太 松本 尚哉

（令和6年3月）

令和5年度 日本救急医療財団助成金交付事業  
「地域包括ケア社会における、高齢者救急搬送受入れのあり方に関する調査研究」

報告書 目次

I 総括研究報告書

地域包括ケア社会における、高齢者救急搬送・受入れのあり方に関する調査研究・・・1  
代表研究者 伊藤 重彦（北九州市立八幡病院）

II 分担研究報告書

A ACP取組の現状と課題に関する調査研究

研究1. 診療所及び高齢者福祉施設におけるACP取組の現状と課題・・・6  
分担研究者 長岡 敏信（下関市消防局 警防課） 11p

研究2. 名古屋市の医療機関におけるACP取組の現状と課題・・・17  
分担研究者 真弓 俊彦（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院）

研究3. 高齢者の救急患者受入れ医療機関におけるACP取組の現状と課題・・・22  
分担研究者 福島 英賢（奈良県立医科大学 高度救命救急センター）

B 在宅、施設から医療へのアクセス手段に関する調査研究

研究4. 在宅、高齢者福祉施設から医療へのアクセス手段の現状と課題・・・26  
分担研究者 長岡 敏信（下関市消防局 警防課）

研究5. 名古屋市における在宅、施設から医療へのアクセス手段の現状と課題・・・38  
分担研究者 真弓 俊彦（独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院）

C 高齢者救急搬送に関する調査研究

研究6. 消防機関による高齢者施設等への出動の現状と課題に関する調査研究・・・42  
分担研究者 田邊 晴山（一般財団法人救急振興財団 救急救命東京研修所）

D アンケート調査内容一覧・・・52

- 1) 診療所、高齢者福祉施設対象に実施したアンケート調査内容（長岡、真弓研究）
- 2) 病院内科医師対象に実施したアンケート調査内容（福島研究）
- 3) 全国消防本部対象に実施したアンケート調査内容（田邊研究）

令和5年度 日本救急医療財団助成金交付事業 「地域包括ケア社会における、高齢者救急搬送・受入れのあり方に関する調査研究（代表研究者 伊藤 重彦）」

## 総括報告書

### 地域包括ケア社会における、高齢者救急搬送・受入れのあり方に関する調査研究

代表研究者 伊藤 重彦（北九州市立八幡病院）

#### 〔I〕はじめに

2040年にかけて高齢者人口の増加が進むなか、高齢者救急医療体制の確保・維持は喫緊の課題である。そのため、メディカルコントロール協議会、救急病院と消防機関の連携のもと、救急安心センター事業（#7119）の普及啓発、緊急度に合わせた搬送・受入れ体制の確保、及び消防救急車の適時、適切な利用の促進が図られてきた。しかしながら、高齢者救急を取り巻く環境は複雑で、様々な課題の解決には、救急病院、消防機関の連携とともに、地域医師会を中心に、看取りを含めた在宅、施設の介護と医療の連携も重要な課題である。そこで、令和5年度日本救急医療財団助成金交付事業において、以下の

（1）～（4）の課題について、調査研究を行った。

（1）在宅、施設における、看取りを含む ACP 取組の現状と課題

（2）高齢者受入れ病院における、ACP 取組を含む、高齢者医療の現状と課題

（3）在宅・施設から医療へのアクセス手段の現状と課題

（4）消防救急車による高齢者救急搬送の現状と課題

ACP：Advance Care Planning

DNAR：Do Not Attempt Resuscitation

#### 〔II〕研究概要（研究1～6）

以下、研究概要を総括して報告する。なお、各分担研究で実施したアンケート調査の内容は、本報告書の最期に一括して掲載した。

#### 1. 診療所、高齢者福祉施設における ACP 取組の現状と課題について（研究1、2.）

##### 1) 背景・目的

新型コロナウイルス感染症の高齢患者の転院搬送に際して、ACP や DNAR に関する情報がないことで搬送先が見つからず、搬送困難事案が多数発生した。搬送依頼を行う施設側と受入れ救急病院側の ACP、DNAR に関する理解の違いが原因と考えられた。

そこで、研究1と2では、在宅療養支援を行っている診療所（以下、診療所）の医師・職員、高齢者福祉施設（以下、施設）の職員を対象として、看取りを含む ACP、DNAR の取組の現状、ACP 取組が進まない要因について、アンケート調査を実施し検討した。

##### 2) 対象・方法

診療所医師・職員及び同じ地域の施設職員を対象に調査を実施した。調査は、下関市医師会、名古屋市医師会、および関係行政機関のご協力により、下関市と名古屋市の2箇所で行った。なお、調査期間は、下関市は令和5年11月初旬から令和5年12月初旬まで、名古屋市は令和5年12月1日から1月31日までとし、調査用紙の送付方法は郵便又はメール便、回答方法は Google フォームを活用した。

##### 3) 結果

（1）診療所における看取りの実施、ACP 取組の現状

下関市と名古屋市で看取りを実施している診療所は、それぞれ33%と42%で、在宅療養支援を行っている診療所の半数以上で看取り

が実施されていなかった。看取り回数は年間1～5回が多かった。診療所医師が看取りを実施できない要因（自由記載）としては、一人診療所では診療中に対応できない、訪問診療する時間がない、夜間の看取り対応が困難などであった。

## （2）施設における看取りの実施、ACP 取組の現状

下関市内施設で看取りを行っている施設は42%で、同地域の診療所より実施率が10%高かったが、半数以上の施設で看取りが実施されていなかった。施設でACP取組が進まない要因としては、看取り対象がいないという回答が最も多かった。看取り対象がいない理由として、心肺停止に至る入所者が少ないのか、心肺停止事案は原則救急搬送しているため、看取り対象でないと回答したのか、今回の調査からは確認できなかった。しかし、質問7でDNARの意思が確認できた事例でも救急要請すると回答した施設が46%あった結果から、DNAR指示を確認して施設内で看取りを行う方針の施設が半数程度であることが判った。

## （3）診療所、施設におけるACPの認知度、理解度

ACPの認知度、理解度について、診療所、施設の現状を調査した。ACPを認知、理解していると回答した診療所は、下関市、名古屋市それぞれ54%、51%で、約半数の診療所で認知、理解がされていなかった。一方、下関市内施設の認知、理解度は65%で、診療所より施設で若干高かった。今回の調査から、在宅療養支援の現場、高齢者福祉施設において、ACPの認知と理解がまだまだが不十分であることがわかった。

今後は、ACPを理解し、積極的取り組みことで、本人のDNAR意思を尊重し、医師の医学的判断に基づく看取りができる体制作りが求められる。

## 2. 高齢患者受け入れ病院におけるACP取組の現状と課題について（研究3）

### 1) 背景・目的

高齢者救急搬送件数が増加するなか、在宅、施設と医療の連携の重要性が増している。一方で、高齢者受け入れ病院におけるDNARを含むACPの取組状況は、施設ごとに異なる。そこで、研究3では、高齢患者を受け入れている病院において、日常診療や救急診療のなかでACPやDNARについてどのように取り組んでいるのか、現状と課題についてアンケート調査を実施し、検討した。

### 2) 対象、方法

高齢患者を受け入れている病院勤務医（内科医師）を対象とした。調査は、奈良県病院協会、福岡県病院協会、福岡県私設病院協会のご協力を得て、奈良県と福岡県で実施した。なお、調査期間は令和5年12月1日から令和6年1月31日、調査用紙の送付方法は郵便又はメール便、回答方法はGoogleフォームを活用した。

### 3) 結果

高齢患者において、人生の最終段階、死期が近づいていると判断する時期を尋ねたところ、症状の明らかな悪化、ADLの悪化、フレイルの進行する時期という回答が多かった。このような時期にDNARについて話をしたことがある医師は9割以上であった。ACPの話は、死期が迫った時期からではなく元気な時期から始めるべきであると考える医師が半数以上であり、高齢者受け入れ病院においては、ACPを理解し、取組に前向きな勤務医が多かった。一方で、病院でACP取組が進まない要因としては、患者、家族と話しあう時間がない、ACPの進め方が判らないといった回答があった。ACP支援チームと呼ばれるような、入院患者ごとにACP、DNAR対応を行う多職種による専門チームを設置する病院も増えているが、主治医の負担

軽減に繋がり効果的である。また、多くの職員がACPについて理解を深め、タイムリーに実践ができるようになるために、ACPに関する研修会への参加も有用である。

### 3. 在宅、施設から医療へのアクセス手段の現状と課題について（研究4. 5.）

#### 1) 背景・目的

我々は、低緊急または病状が安定した高齢患者の消防救急車に代わる転院搬送手段として、病院救命士が搭乗する病院救急車、民間救命士が搭乗する民間救急車を地域で活用する「緊急走行しない、緩やかな救急搬送システム」の構築を目ざしてきた<sup>1, 2)</sup>。しかしながら、消防救急車以外の患者等搬送車の活用はまだまだ進んでいないのが現状である。そこで、総務省消防庁が普及を目指している緊急度判定ツールである、家庭自己判断アプリQ助、全国の人口カバー率46.4%（令和3年10月時点）になった救急安心センター事業（＃7119）の認知度及び在宅、施設から医療へのアクセス手段の現状について調査し、さらに消防救急車に代わる搬送手段の活用が進まない要因について、検討した。

#### 2) 対象・方法

診療所医師・職員及び同じ地域の施設職員を対象にアンケート調査を実施した。調査は、下関市医師会、名古屋市医師会、および関係行政機関のご協力により、下関市と名古屋市の2箇所で開催した。調査内容はおもに、緊急度判定ツールである家庭自己判断アプリ（Q助）、救急安心センター事業（＃7119）の認知度、利用度、転院搬送における消防救急車以外の患者等搬送車（病院救急車、民間救急車）の利用状況について調査した。なお、アンケート調査期間は、下関市は令和5年11月初旬から令和5年12月初旬まで、名古屋市は令和5年12月1日から1月31日とし、調査用紙の送付方法は郵

便又はメール便、回答方法はGoogleフォームを活用した。

#### 3) 結果

下関市の診療所206施設に調査を依頼し、79施設（回答率38.3%）から回答を得た。また、下関市内196施設に調査を依頼し、39施設から回答を得た（回答率20%）。名古屋市の診療所464施設に調査を依頼し、100施設から回答を得た（回答率21.6%）。

（1）Q助、＃7119の認知度、利用度について

下関市、名古屋市の診療所医師のQ助、＃7119認知度は、それぞれ下関市16.5%、27.5%、名古屋市6%、23%で、利用の経験は名古屋市の2施設のみであった。診療所医師の緊急度判定プロトコルの認知度は、両市において極端に低かった。下関市内施設におけるQ助、＃7119の認知度は、それぞれ5.1%、15.3%であり、診療所よりさらに低い認知度であった。しかし、＃7119利用の経験施設が17.9%あり、診療所より利用件数が多かった。

（2）消防救急車に代わる搬送手段について  
消防救急車に代わる搬送手段として、救急救命士が搭乗する病院救急車や民間救急車の存在について、診療所医師の認知度は、下関市46%、名古屋市57%であった。下関市内施設も45.9%が知っていると回答した。診療所、施設の7割以上において、病院救急車による迎え搬送や有料の民間救急車が利用できるケースがあり、利用したいと回答した。

### 4. 消防機関による高齢者施設等への出動の現状と課題に関する調査研究（研究6）

#### 1) 背景・目的

コロナ窩の高齢者救急搬送において、ACPやDNAR情報がなく搬送先が見つからない搬送困難事案を多数経験した。DNARに関する全国統一的なルールやガイドライン



がないなか、救急隊の現場活動においては、DNAR 事案への対応に苦慮する場合も多い。研究 6 では、高齢者救急搬送の実態と消防救急車の適時、適切な利用に向けた取り組み状況、DNAR 事案の現状と課題について、検討した。

## 2) 対象・方法

全国消防長会のご協力のもと、都道府県の県庁所在地または政令指定都市を所管する 51 消防本部を対象に調査した。ただし、令和 6 年能登半島地震の影響により、調査の対象に金沢市消防局を含めなかった。調査方法は Google フォームによるオンラインアンケート、調査時期は 2024 年 1 月～2 月とした。

## 3) 結果

51 消防本部から回答を得た（回答率 100%）。対象地域の高齢化率は平均 28.1% で、総務省統計局公表の全国平均値 29.1%（令和 5 年 9 月時点）より 1%低かった。高齢者搬送件数のうち、高齢者施設からの搬送件数の割合は平均 9.1%（0.4～23.4%）で、うち 10%以上の本部が 28 本部（54.9%）あった。搬送困難事案に占める高齢者搬送事案の割合は平均 55.5%で、高齢者救急搬送事案の約半数が搬送困難事案となっていた。高齢者救急が抱える課題について自由意見を求めたところ、施設職員からの情報不足、DNAR、ACP への対応が不十分、低緊急での救急要請、施設職員の教育、研修等に関する意見が挙げられた。具体的な意見は、分担研究 6 に報告されている。

## 〔Ⅲ〕 考察

総務省消防庁の令和 5 年版救急救助の現況報告では、消防救急車による 65 歳以上高齢者搬送割合は 62.7%、傷病程度軽症例の搬送割合は 47.3%（令和 4 年中）である<sup>3)</sup>。高齢者救急搬送件数増加の要因の一つが、介護施設への出動件数の増加である<sup>4)</sup>。我々は、消

防救急車に代わる在宅、施設から医療機関へのアクセス手段として、低緊急又は病状が安定した患者の転院搬送に病院救命士が搭乗する病院救急車、民間救命士が搭乗する民間救急車を活用する研究を行ってきた<sup>1, 2)</sup>。しかし、今回の調査結果から、代替え搬送手段が確保されたのちも、地域活用を促進するためには、様々な解決すべき課題があることが判った。

消防救急車の適時、適切な利用の促進を図るためには、Q助、# 7 1 1 9 といった緊急度判定プロトコルの周知、普及を図っていく必要がある。今回の調査において、下関市、名古屋市の診療所医師・職員、施設職員、高齢者の介護を担う家族のいずれにおいても、Q助、# 7 1 1 9 への認知度、理解度が低かった。消防救急車に代わる患者等搬送車利用においては、患者の緊急度を判定する必要があり、緊急度判断に迷う場合にいつでも相談ができる # 7 1 1 9 の周知を十分行う必要がある。また、福岡県の # 7 1 1 9 利用状況調査<sup>5)</sup>では、# 7 1 1 9 利用年齢層に占める高齢者の割合は約 2 割程度である。これは全国的に同じ傾向であり、高齢者急病時においては、# 7 1 1 9 を利用せずに直接 119 番通報している現状が伺える。要因として、在宅、施設における # 7 1 1 9 認知度の低さが影響している可能性もあることから、在宅、施設職員への # 7 1 1 9 の周知は有用である。そして、緊急度が低い、症状が軽いときに利用できる患者等搬送車を地域で確保することで、低緊急と呼べる時期の早めの医療機関受診が可能となる。

施設への出動件数増加に対し、消防機関が緊急度に合わせた適切な救急要請に期待するところは大きい。回答消防本部のなかには、管轄内で救急搬送人員数が多い施設に対し、救急車適正利用の働きかけ、救急搬送時に使用する救急搬送情報提供書の作成、# 7 1 1

9 救急電話相談ポスターの配布など具体的な対策を行っているところもあった。救急要請件数が多い施設に対しては、緊急度の理解とともに緊急度に合わせた救急要請の基準作りをお願いしていくことも重要である。

超高齢化と多死社会が進むなか、在宅、施設と医療連携において、ACP の取組促進は重要な課題であるが、在宅、施設における ACP 取組、本人の最善の利益を尊重した看取り体制は進んでいないのが現状である。取組が進まない要因の一つは、調査結果が示すように、診療所の医師・職員、施設の職員、高齢者の介護を担う家族、そのすべてにおいて、ACP の認知度、理解度が低いことである。本人の希望に沿った看取りを確実に行うためには、心肺停止に至った時点で医師の医学的判断に基づく DNAR 指示を速やかに確認できる体制作りが重要である。一方、病院勤務医の場合、ACP の必要性は理解しているが ACP 取組が進まない要因の一つが、診療に追われるなかで ACP にゆっくり対応する時間がないことであった。今後は、担当医の個別対応ではなく、病院に所属する多職種で構成された ACP 支援チーム等の設置が有用である。

不可逆的な死を迎える DNAR の実施については、社会のコンセンサスを得ていく必要があるが、まずは、高齢者本人の最善の利益を尊重するためのアドバンスケアプランニング取組ができる体制、心肺停止時に医師の DNAR 指示が迅速に確認できるような看取り体制が求められている。

#### [IV] 結語

地域包括ケア社会における、高齢者救急搬送・受入れのあり方について、とくに、在宅療養支援を行う診療所、高齢者福祉施設、高齢者搬送受入を担う、病院、消防機関におけ

る ACP 取組、在宅、施設と医療のアクセス手段の現状と課題について検討した。

#### [V] 謝辞

本アンケート調査にご協力を賜りました、下関市医師会、名古屋市医師会、奈良県病院協会、福岡県医師会、福岡県病院協会、福岡県私設病院協会、及び全国消防長会、全国消防本部はじめ関係行政機関の皆様方に篤く御礼申し上げます。また、報告書作成にご尽力頂きました、研究協力者、NPO 法人事務局の皆様がたに心より感謝申し上げます。

#### [VI] 参考文献

- 1) 平成 30 年度 厚生労働科学特別研究事業「消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に関する研究（代表研究者 伊藤重彦）」報告書  
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27016>  
(2024 年 3 月アクセス)
- 2) 平成 29～令和元年度 総務省消防庁消防防災科学技術推進制度 分担研究「地域包括ケアシステムにおける救急搬送の在り方に関する研究（分担研究班班長 伊藤 重彦）」  
<https://pchm-kenkyukai.or.jp/surveysandresearch/> (2024 年 3 月アクセス)
- 3) 総務省消防庁令和 5 年救急救助の現況  
<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-5.html> (2024 年 3 月アクセス)
- 4) 伊藤重彦：北九州市における高齢者救急の現状と問題点～とくに介護施設からの搬送事案について。日臨教会誌 19:7-12,2016.
- 5) 伊藤重彦：「福岡県民の #7119 利用後の受療行動に関する調査研究」報告書  
<https://pchm-kenkyukai.or.jp/surveysandresearch/>  
(2024 年 3 月アクセス)

令和5年度 日本救急医療財団助成金交付事業 「地域包括ケア社会における、  
高齢者救急搬送受入れのあり方に関する調査研究（代表研究者 伊藤 重彦）」

## 分担研究報告書

### 診療所及び高齢者福祉施設におけるACP取組の現状と課題

（分担研究者） 長岡 敏信 下関市消防局 警防課

（研究協力者） 下関市医師会 会長 飴山 晶 、同理事 松永 尚治

#### 1. 背景と目的

下関市では、高齢化の進展に伴い、救急搬送人員に占める高齢者割合は増加傾向で、令和5年中の高齢者救急搬送人員は10,858人<sup>1)</sup>と過去最多を記録しており、高齢者救急搬送対策は喫緊の課題となっている。また、令和元年度の救急業務のあり方に関する検討会報告書では、今後の方向性として、「地域包括ケアシステムの構築が進む中、患者本人や家族等がどのような最期を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。」<sup>2)</sup>とまとめられているが、依然として、在宅や高齢者福祉施設から高齢者の心肺停止事案は少なくない。さらに、新型コロナウイルス感染症流行拡大期（特に第7波、第8波）の高齢者救急搬送において、DNAR（Do Not Attempt resuscitation）情報がないことで搬送が見つからない搬送困難事案が発生した経験から、在宅及び施設でACP（Advance Care Planning）が進まない要因について、診療所及び高齢者福祉施設に対してアンケート調査を行った。

#### 2. 対象・方法

調査対象施設は、下関市医師会会員医師の診療所206施設、下関市福祉部が把

握している高齢者福祉施設195施設である。アンケート調査用紙は、診療所に対しては下関市医師会の集配便、高齢者福祉施設に対しては下関市保健福祉部の電子メールで配布した。各診療所、施設からの回答は、Google Formにより行い、本研究事務局であるNPO法人病院前救護と健康管理研究会が回収、集計した。調査期間は、令和5年11月初旬から令和5年12月初旬までの約1か月間である。

#### 3. 結果

アンケート調査結果は、（調査A）診療所向けアンケート調査結果と（調査B）診療所向けアンケート調査結果の2に分けて報告する。

##### （調査A）診療所調査について

下関市医師会会員診療所206施設に対してアンケート調査を実施し、81施設から回答を得た（回答率39.2%）。

調査Aの質問数は11問で以下に質問内容及び回答結果を示した。なお、調査A自由記載は、本文最後にまとめて掲載した。

（問A1）貴診療所は在宅療養支援診療所として厚生局に届出されていますか？  
回答した81施設の内訳は、在宅療養支援診療所として厚生局に届け出ている施設は

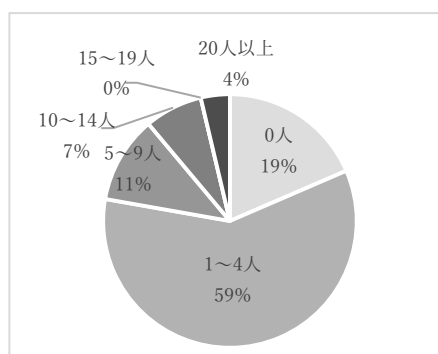
17施設（21％）で、残り64施設（79％）は届出がされていない施設であった。

（問A2-1）貴診療所では、看取りを実施されていますか？

（問A2-2）令和4年中の看取り人数は？（令和4年1月1日～12月31日）

（問A2-3）看取りができない理由を教えてください。

問A2-1の回答は、a) はい27施設（33％）、b) いいえ54施設（67％）であった。本調査に参加した施設の多くは、在宅療養支援診療所として届出していない施設であった。看取りを実施している27施設の令和4年1年間の看取り件数を図A1に示す。1年間の看取り件数は1～4人が16施設（59％）で最も多く、5～9人3施設（11％）、10～14人2施設（7％）、20人以上が1施設（4％）の順であった。また、看取り実施施設であるが、令和4年中の看取り件数が0件であった施設が5施設（19％）あった。



図A1. 令和4年中の看取り件数（診療所）

看取りを実施していない54施設から、看取りができない理由について回答を得た。結果を表A1に示す。本調査対象を訪問診療、在宅支援を行っている診療所に限定していないため、看取り対象患者がいない施設23件（42％）、訪問診療を行っていない

施設23件（42％）と、合わせて8割以上を占めた。また、問A2-3看取りができない要因の一つが訪問診療する時間の不足であった。

表A1. 看取りができない理由（診療所）

看取りできない理由	件数
a 看取りの対象となる患者さんがいない	23
b 訪問診療を行っていない	23
c 診療時間中は訪問診療（看取り）等に対応できない	6
d 診療時間外は対応できない	2
e 診療時間や夜間、休日等訪問診療が困難な時間がある	1

（問A3）在宅看取りに対する課題について教えてください。（自由記載）

主な回答として、1）地域での在宅看取りの医療機関間の連携構築、2）救急車要請後の対応、3）時間外の対応の負担、4）家族の知識不足、家族側と医療側の理解のギャップ等意見が出た。問A3の自由記載の内容については、問A3自由記載（診療所）として本文最後に掲載した。

（問A4）ACP<sup>※1</sup>に対する認知度について教えてください。

※1）ACPとは、将来の変化に備え将来の医療及びケアについて、本人を主体にそのご家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセス、取り組みのことである。

医療側から見た、医療側と患者側のACPに関する認知度の違いについて質問した。結果は、a) 医療側及び患者側とも理解している2件（3％）、b) 医療側は理解しているも患者側の理解が薄い40件（51％）、c) 患者側は理解しているも医療側の理解が薄い0件、d) 医療側及び患者側とも理解が薄い36件（46％）

で、医療側の理解はあるが、患者側の理解が薄いという意見と医療側、患者側ともに理解が薄いとする意見が拮抗していた。

(問A5-1) 貴診療所ではACPについて患者さんや家族と話されていますか？

(問A5-2) 患者さんとACPを進めていく際に難しいと感じることは何か？

問A5-1の回答は、a) はい20施設、b) いいえ61施設で、ACPについて在宅患者、家族と話していない診療所が約75%であった。患者、家族とACPの話をしていないと回答した61施設の医師に対し、ACP取り組みが難しいと感じていることに関する回答を表A2に示す。ACPの話をする時間がないと回答した件数は、a) とc)合わせて20件(37.7%)であった。また、元気に通院されているときに外来でACPの話が進めにくいのが17件(32%)で次に多い回答であった。また、ACPの進め方が判らないが10件(16%)あった。

表A2. ACPを進める際、難しいと感じること

ACPで難しく感じること	件数
a ACPの進め方がわからない。	10
b 個々の患者さんで死期が近づいているという判断が難しい。	6
c 外来でお話しする時間がない。	10
d 別に時間をとってACPの話を進めることが難しい。	10
e 元気で外来に来た方に、そのような話をすることができない。	17

(問A6) 貴診療所の患者さんに対してACPを進めていく上で、必要と思われるものはなんですか？(複数回答可)  
ACPを進める上で医師が必要と思うものは、a) 時間42件、d) ACPする社

会のコンセンサス37件、b) 話に立ち会う看護師、あるいは専門家29件、c) ACPを進めていくチームあるいは専門部署26件の順が多かった。ACPを取り組めない要因に時間が無いとする回答を裏付ける結果と考えられた。

(問A7) 貴診療所ではACPに関する研修に参加していますか？

問A7回答は、a) はい8件、b) いいえ73件であった。研修会に参加していない施設が90%で、研修会に参加している施設は8施設(10%)で少数であった。

(問A8-1) ACPは進んでいると思われませんか？

(問A8-2) ACPが進まない理由についてご意見をください。(自由記載)

問A8-1の回答は、a) はい12件、b) いいえ62件、c) わからない3件であった。ACP取り組みが進んでいない又は判らないと回答した施設は65施設(84%)であった。一方、ACP取り組みが進んでいると回答した施設は16施設(16%)に過ぎなかった。

問A8-2のACPが進まない理由に関する自由記載の内容は、問A8-2自由記載(診療所)として、巻末に掲載した。

(問A9-1) コロナ禍において、患者さんを紹介(転院)する際、DNAR<sup>※2)</sup>について求められたことがありますか？

(問A9-2) DNARについて求められて困った内容を具体的に教えて下さい。

※2) DNARとは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である。

問A 9-1の回答は、a) はい7件、b) いいえ73件で、コロナ禍において、患者を医療機関へ転院等で紹介する際に、DNARについて求められたことがあると回答した施設は7施設(9%)のみであった。DNARについて求められたことがある施設において、具体的に困った内容として、遠い親族の方から急に苦情を言われたことがある、同居している妹がDNARを同意しても、東京にいる長男が同意しない事例があったなどの回答があった。

(問A 1 0) コロナ流行の経験からACP取組への意識変化がありましたか？  
問A 1 0の回答は、a) はい3件、b) いいえ78件で、コロナ流行によりACP取組みへの意識変化があったと回答した施設は3施設(4%)のみであった。

(問A 1 1) 貴診療所において、患者さんとACPについてお話をするうえで、先生がご自身で工夫されていることは何ですか？(自由記載)  
調査に参加頂いた診療所医師から、ACPについて話すうえで工夫していることについて多くのご意見を頂いた。具体的な工夫の内容は、問A 1 1自由記載(診療所)として、本文最後に掲載した。

#### (調査B) 高齢者福祉施設調査について

下関市福祉部が把握している高齢者福祉施設195施設にアンケート調査を実施し、48施設から回答を得た。(回答率24.5%) 調査B質問数は11問で質問内容及び回答結果を以下に示した。なお、調査B(施設の自由記載は、本文最後にまとめて掲載した。

(問B 1) 貴施設の施設形態を教えてください。

回答48施設の施設形態を表B 1に示す。内訳は、有料老人ホーム16(34%)、特別養護老人ホーム11施設(23%)、グループホーム6施設(13%)、軽費老人ホーム4施設(8%)、介護老人保健施設4施設(8%)、サービス付き高齢者向け住宅4施設(8%)、養護老人ホーム2施設(4%)、介護医療院1施設(2%)であった。

表B 1. 介護福祉施設の施設形態

施設形態	件数
a 軽費老人ホーム	4
b 養護老人ホーム	2
c 生活支援ハウス	0
d 介護老人保健施設	4
e 介護医療院	1
f 有料老人ホーム	16
g サービス付き高齢者向け住宅	4
h 特別養護老人ホーム	11
i グループホーム6件	6

(問B 2-1) 貴施設では、看取りを実施されていますか？

(問B 2-2) 令和4年中の看取り人数は？(令和4年1月1日～12月31日)

(問B 2-3) 看取りができない理由を教えてください。

48施設の回答は、a) はい20施設(42%)、b) いいえ28施設(58%)で、回答施設の約半数で看取りが実施されていなかった。

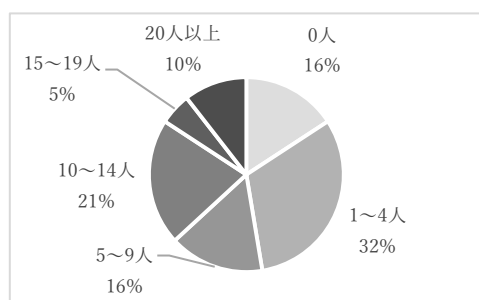
看取りを実施していると回答した20施設に対し、看取りの実施件数について尋ねた。令和4年中の看取り実施件数は、1～4人が6施設(32%)で最も多く、次いで10～14人4施設(21%)、5～9人3施設(16%)、20人以上2施設(10%)、15～19人1施設(5%)の順であった。

看取りは実施しているものの、令和4年中の看取り件数が0件の施設が3施設

(16%) あった (図B1)。

看取りを行っていない28施設に対して、看取りができない理由を尋ねた。a) 看取りの対象となる患者さんがいないが7件 (29%) で最も多く、d) 診療時間外は対応できない5件 (21%)、b) 訪問診療を行っていない4件 (17%)、c) 診療時間中は訪問診療 (看取り) 等に対応できない3件 (12%) の順であった。また、看取りができないその他の理由として、看取りに対応できる施設ではなく、看護師等人員配置がない、お元気な方への支援と看取りの両立は無理がある、身体機能低下が見られるようになると特養に移っていただくようにしているなどの意見があった。

図B1. 令和4年中の看取り実施件数



(問B3) 在宅看取りに対する課題について教えてください。(自由記載)

在宅看取りに対する課題について、自由記載で回答を得た。内容は、問B3自由記載 (施設) として、本文最後に掲載した。

(問B4) ACPに対する認知度について教えてください。

施設側と入所者・ご家族側のACPの認知度の違いについて質問した。a) 施設側及び入所者側ともに理解している5件

(11%)、b) 施設側は理解していても入所者側の理解が薄い26件 (54%)、

c) 入所者側は理解していても施設側の理解が薄い0件 (0%)、d) 施設側及び入所者側とも理解が薄い17件 (35%)

で、施設側はある程度理解しているが、入所者・家族の理解が薄いと見る意見が最も多かった。

(問B5-1) 貴施設では、ACPについて患者さんや家族と話されていますか?

(問B5-2) ACPの中で、「延命処置 (心肺蘇生) を希望しない意思」の確認はどのように行っていますか?

(問B5-3) どのような方が入所時に話し合われていますか?

問B5-1の回答は、48施設中 a) はい32施設 (67%)、b) いいえ16施設

(33%) であった。ACPについて患者さんや家族と話していると回答した32施設において、心肺蘇生を希望しない意思の確認時期、回数について質問した。a) 入所前、入所時あるいは入所後のいずれか時期に1回確認を行っている施設が20施設 (62%) である一方で、b) 入所後も定期的あるいは複数回の確認を行っている施設も16施設 (48%) あった。話をする対象者について質問したところ、a) 入所者全員に確認している19件 (60%)、b) 対象者を決めて確認している11件 (34%)、c) その他2件であった。

(問B6) ACPにおける延命処置 (心肺蘇生法の実施) を希望しない人の対応の仕方について明文化していますか?

48施設の回答を表B2に示す。明文化している15施設 (31%)、明文化していないが対応の仕方が決まっている15施設

(31%) を合わせた約6割の施設で、対応

方針が定まっていた。一方、明文化しておらず、対応の仕方も定まっていない施設も16施設(34%)あった。

表B2. DNARに関する明文化又は対応方法

明文化、対応の仕方	件数
a 明文化している	15
b 明文化していないが対応の仕方は決まっている	15
c 明文化しておらず、対応の仕方も定まっていない	16
d その他	2

(問B7-1) ACPで「延命処置(心肺蘇生)を希望しない意思」があることが事前に判明している入所者が心肺停止になった場合、どのように対応されていますか?

(問B7-2) 医師と連絡が取れる体制ができていますか?

ACPのうち、DNAR意思が事前に判明している入所者が心肺停止に至った場合の対応を表B3に示した。蘇生を行わず、施設で対応する(原則、救急車は呼ばない)と回答した施設は14(29%)であった。一方、蘇生しながら救急車を呼ぶ13件(27%)、蘇生を行わずに救急車を呼ぶ9件(19%)を合わせた46%の施設が、DNAR意思が判明している場合でも、救急要請すると回答した。

表B3. DNAR意思が判明している入所者  
心肺停止時の対応について

心肺停止時の対応方法	件数
a 蘇生を行わず、施設で対応する(原則、救急車は呼ばない。)	14
b 蘇生を行わずに救急車を呼ぶ	9
c 蘇生しながら救急車を呼ぶ	13
d その他	12

DNAR指示は医師に確認する必要があるが、医師との連絡体制について質問し

たところ、a) 24時間常に連絡が取れる26施設(54%)、b) 平日日中(診療所診察時間中等)のみ連絡が取れる21施設(44%)であった。ほとんどの施設において、24時間連絡が取れない場合でも平日日中に連絡が取れる体制ができており、連絡が取れないと回答した施設は1施設(2%)のみであった。

(問B8) 貴施設はACPに関する研修に参加していますか?

問B8の回答は、a) はい15件(31%)、b) いいえ33件(69%)で、研修会に参加していない施設が多かった。

(問B9-1) ACPは進んでいると思われますか?

(問B9-2) ACPが進まない理由についてご意見をください。(自由記載)

問B9-1の回答は、a) はい25件(52%)、b) いいえ23件(48%)であり、ACP取り組みが進んでいると思っている施設と進んでいないと思っている施設数が拮抗する形となった。ACP取り組みが進んでいないと回答した施設から、ACPが進まない理由について、自由記載で回答を得た。自由記載の内容は、問B9自由記載(施設)として、本文最後に掲載した。

(問B10-1) コロナ禍において、入所者を紹介(転院)する際に、DNARについて求められたことがありますか?

(問10-2) DNARについて求められて困った内容を具体的に教えて下さい。問B10-1の回答は、a) はい13件、b) いいえ35件で、医療機関等へ入所者紹介(転院)時にDNARについて求め



られたことがあった施設が 13 施設 (27%) があった。

DNARについて求められたことがあると回答した施設に対して、具体的に困ったことについて、自由記載で回答を得た。内容は問B10自由記載(施設)として、本文最後に掲載した。

(問B11-1) コロナ流行の経験からACP取組への意識変化がありましたか?  
問B11-1の回答は、a) はい10件(21%)、b) いいえ38件(79%)であった。79%の施設が、コロナ感染症流行を経験した後も、ACP取組みへの意識変化はなかったと回答した。意識変化があったと回答した施設に対して、具体的な意識変化の内容について、自由記載で回答を得た。内容は、問B11自由記載(施設)として、本文最後に掲載した。

(問B12) 貴施設で入所者とACPについてお話をするうえで工夫されていることは何ですか?  
入所者とACPについて話すうえで工夫していることについて、自由記載で回答を得た。内容は、問B12自由記載(施設)として、本文最後に掲載した。

## 5. 考察

診療所及び高齢者福祉施設の関係者に実施したアンケート調査結果からは、アンケートの対象とした診療所のうち13.1%、高齢者福祉施設のうち10.2%で看取りが実施されていることが明らかとなった。

令和4年中の看取りの実施件数は、診療所27施設で合計112人(最高30人、最低1人)、高齢者福祉施設20施設で合

計208人(最高80人、最低1人)であった。年間80人の看取りを実施していると回答した高齢者福祉施設の形態は介護医療院であり、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等、医師の配置のある施設において看取りが多く実施されている傾向であった。

在宅看取りについて様々な課題が意見としてあがったが、家族の知識不足や家族側と医療側の理解のギャップ等の意見が多かった。とくにACPの認知度について、患者の理解度が低い結果となっており、ACP普及のためには、家族のACP理解度をどう高めていくのかが大きな課題であった。

一方、高齢者福祉施設約6割ではACPにおける延命処置を希望しない人の対応の仕方が定まっておらず、ACPを進めるべく多くの施設において積極的にACPに取り組む姿勢がみられた。

しかしながら、高齢者福祉施設への調査結果から、「延命処置(心肺蘇生法実施)を希望しない意思」が事前に判明している入所者が心肺停止になった場合に、原則救急車を呼ばないとしている施設は約3割に留まっており、残り7割は救急要請が行われていた。今後は、これらの施設に対して関係機関と連携して適時、適切な消防救急車の利用について、働きかけをしていく必要があると思われる。

ACPが進まない要因としては、診療所や高齢者福祉施設の意見から考察すると、時間的な要因と社会的なコンセンサスの形成や専門家チームの関わりなど、課題が明確となった。

コロナ禍において、消防機関も多くの救急搬送困難事案を経験し、救急搬送時

に医療機関から、傷病者本人のDNARの意思表示を求められることも少なくなかった。また、高齢者福祉施設においても約2割において、救急搬送時にDNARの意思表示の確認が突然必要になった経験をしていた。高齢者福祉施設の多くはコロナ禍を経験してACP取組への意識変化があったと回答しており、コロナ禍がACP推進の一助となったこともうかがえる結果となった。

[https://www.fdma.go.jp/singi\\_kento/keinto/post-48.html](https://www.fdma.go.jp/singi_kento/keinto/post-48.html)

## 6. 結語

本アンケート調査から、在宅医療支援をされている診療所、高齢者福祉施設において、一定程度の看取りが行われていることがわかった。在宅、施設でさらなる在宅看取りやACPの普及に対する様々な課題が明確となった。

今後、これらの課題に対して行政が関係機関と連携して対応していくことが求められる。

## 7. 謝辞

本調査にご協力頂いた下関市医師会会長 飴山晶先生、理事松永尚治先生、伊藤裕先生はじめ、下関市医師会会員の先生方、下関市保健部、福祉部及び高齢者福祉施設関係者の皆様方に、心より感謝申し上げます

## 8. 参考文献

1. 令和5年(2023年)中の火災・救急状況について(速報)

<https://www.city.shimonoseki.lg.jp/site/fire/104814.html>

2. 令和元年度救急業務のあり方に関する検討会報告書

## 診療所、高齢者福祉施設に対するアンケート調査—自由記載の内容について

### 問A 3 自由記載（診療所）—在宅看取りの課題

- ・連携体制を設けておらず、全て自院で対応しなければならない事
- ・夜間に家族が救急車を呼んだ際の対応に困る
- ・死を受け入れられない家族がおられる場合がある
- ・診療時間内は看取り対応ができないので勤務時間終了後まで家族に待ってもらうこと
- ・24 時間体制の診療の負担、介護する家族の負担
- ・看取りを想定していない（行わない）施設があり、医療側とギャップがあることがある
- ・高齢独居者の多い地域では、同居人がいない場合に在宅での看取りは行うことができない
- ・家族内での看取りに対する意見の相違がある
- ・医師一人のため対応ができないことが多い
- ・看取り希望でも、死期が近づく入院の方針が変わるケースが多い
- ・夫の母親が急変した場合に、夫が出張等で妻しか家にいない場合、思わず 119 通報した事例がある
- ・診療時間中、休日の研修、所用で県外に出ている時などは、24 時間対応の訪問看護で対応することあり
- ・患者さん側の受容と理解が医療者とかけ離れていることがある
- ・家族によっては在宅看取りを受け容れられないことがある

### 問A 8—2 自由記載（診療所）—ACP が進まない理由について

- ・学校教育に組み込むのはどうだろうか
- ・話をする時間がなく、重症にならないと話をして意味がないように思う
- ・身内が遠方に住んでいるケースが多すぎる
- ・略語を使用せず、日本語で認知させた方がよいと思う
- ・施設住宅の患者が多いため、我々は認知できていても、施設職員の理解が進んでいない
- ・マスコミ等での報道が少ない
- ・患者家族の認識がまだまだ薄い

### 問A 1 1 自由記載（診療所）—ACP を話すときに工夫していること

- ・治療が難しくなった時、入院がいいのか、在宅療養がいいのか、時々聞くようにしている。
- ・独居の高齢者にはできるだけ話をする。
- ・病状の進行により、タイミングをみて話している。
- ・患者家族の希望、都合、事情をできるだけ最優先する
- ・説明書を見せながら、詳しく説明する。
- ・今後の治療についてキーパーソンの方以外の関係者と話し合うようにする。
- ・老人ホーム入所の方は施設の方も同席してもらって話します
- ・具体的な数字で説明すること。過去の症例での問題点について説明すること。
- ・施設側にACPの場をもうけるよう指示している。
- ・相手が話を聴くことができるタイミングを探っている。
- ・ドクターは協役である

### 問B 3自由記載（施設）

- ・看護人員確保、看取りに関する知識の向上、職員に対するメンタルヘルス対策が必要
- ・在宅医が少なくて医院の負担が大きい。急変時受け入れ先をどうするかが課題
- ・嘱託医、ご家族様、看護師の看取りに対する理解が重要
- ・死亡時、主治医または家族に連絡がつかない時がある
- ・職員の意識とスキルの向上と24時間対応できる主治医の診療が必要
- ・協力医療機関の連携が欠かせないが、理解が無いと看取り体制の構築が出来ない
- ・医師との連携が必須である
- ・地方においては看取りに対応できる親族は近隣に居らず、高齢者世帯が多い

### 問B 9自由記載（施設）—ACP取り組みが進まない理由について

- ・有料老人ホームは、健康状態が悪い、介護度が高い入所者は少なく、看取りの話はまだまだ先の話という認識である
- ・入所時に終末期治療について希望を明文化しているが、継続して確認はしていない。元気な時に改めてACPの説明をしても確認がしづらい
- ・ACPを実施しなければならない定めはない。今後、施設においてACP取り組みが必須項目と定められれば、実施が進むのではないかと
- ・ACPの認知度は低く、特に医療法人が運営していない介護施設ではACPを知らないところが多い
- ・ACPに関する研修が広まっていない。
- ・行政や医療機関側の体制整備や協力が薄い中、施設種別を問わずに要求がある
- ・入所する方のほとんどが重度のため、本人の意思確認が取りにくい

### 問B 10自由記載（施設）—ACPを求められて困ったこと

- ・「院する条件として、急変した場合に延命処置を行わないことに同意が必要と言われたとき
- ・家族からどうしていいかわからないと言われたとき
- ・嚔下障害もあり老衰であると説明しても、家族から人工呼吸器を含めて全力で救ってくれとお願いされたとき
- ・家族が遠方で医師が電話での確認をしないといけないとき
- ・病状が変化していない時に、家族へ確認する際の家族側の戸惑い
- ・本人や家族に求めず、施設職員に判断が求められること

### 問B 11自由記載（施設）—コロナ後のACP取り組みと意識変化

- ・ご家族とご本人の意向をその都度、聞いておかなければならないと思った
  - ・ご本人、ご家族とその都度よく話合っておかなければならないと思った
  - ・本人や家族との話し合いの場を多くしていく
  - ・急変の可能性は誰にでもある。お元気なうちから家族を交えてしっかり話し合いをする必要がある。
  - ・家族に会えない患者の心情を様々な症例を経験して学んだ
  - ・看取りは行っていないが、コロナ禍で入院が出来ずに施設で見取りせざるを得ない時があった
- これからも、このようなケースが増えていくものと思われる

#### 問B12自由記載（施設）—入所者へACPを話すときの工夫

- ・認知症があるので本人と話すケースは稀で、ほぼ家族と話している
- ・急に考えることは難しいので、ACPについて徐々に周知している
- ・今すぐ危ないという訳ではなく、先々のためという事を伝え、不安にさせないようにする
- ・入所時に細かく話をすると、家族が不信感を持つので、少し体調を崩したときの病状説明の際にそれとなく、「今後、もし急変した場合は」と家族に確認する
- ・プライバシーを保てる部屋を用意する。意思決定はいつでも変更できることを伝える
- ・認知機能が低下する前に意思確認をしっかりとる
- ・意思疎通をとれない方は、生命の話をするとう不安を抱く方が多い。入所者に直接話すことはせず、必ず家族を通すようにしている
- ・ACPの資料を作成し、その資料に沿って説明している
- ・具体的に何を希望されているのかを、わかりやすい言葉で、繰り返し伝えて確認する

## 分担研究報告書

### 名古屋市の医療機関における ACP 取組の現状と課題

(分担研究者) 真弓俊彦 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院  
(研究協力者) 服部達哉 名古屋市医師会長  
寺本 隆 名古屋市医師会理事

#### 1. 背景と目的

Advanced Care Planning (以下 ACP) として国も地域での導入を促しているものの<sup>1)</sup>、いまだその浸透は十分ではない。自宅で最期を迎えたいと希望していても、心停止などの急変時には救急搬送されることが依然少なくない<sup>24)</sup>。また、新型コロナ流行期には、罹患しても自宅や高齢者施設から病院に入院できず、在宅で診療を行うことも少なからず生じていた。その一部に病院入院の際に、Do Not Attempt Resuscitate (以下 DNAR) の取得を求められたとも聞く。

そこで、本研究では、名古屋市医師会の会員を対象に、日常診療や救急診療において ACP や DNAR、看取りにどのように取り組まれているか、それらの対応や課題について明らかにするとともに、また、新型コロナ流行期での ACP、DNAR の状況について、アンケート調査を行った。

#### 2. 対象・方法

名古屋市医師会に依頼し医師会所属の医師への(計464施設)に対し、ACP および DNAR への取り組みについてアンケートを依頼し、Google form に入力いただき集計した。調査期間は令和5年12月1日から1月31日とした。

質問項目は下記の通りとした。

1) 貴診療所は在宅療養支援診療所として、

厚生局に届出されていますか

2) 貴診療所では、看取りを実施されていますか？

3) 令和4年中(令和4年1月1日~12月31日)の看取り人数は何人ですか？

4) 看取りができない理由を教えてください。

5) 在宅看取りに対する課題について教えてください。(自由記載)

6) ACP に対する認知度について教えてください。

7) 貴診療所では、ACP について患者さんや家族と話されていますか？

8) 先生が患者さんとACPを進めていく際に難しいと感じることは何でしょうか？

9) 貴診療所の患者さんがACPを進めていく上で必要と思われるものはなんですか？(複数回答可)

10) 貴診療所ではACPに関する研修に参加していますか？

11) ACPは進んでいると思われますか？

12) ACPが進まない理由についてご意見をください。(自由記載)

13) コロナ禍において、患者さんを紹介(転院)する際に、DNARについて求められたことがありますか？

14) DNARについて求められて困った内容を具体的に教えて下さい。(自由記載)

15) コロナ流行の経験からACP取組への意識変化がありましたか？

- 16) 意識変化の具体的な内容について教えてください。(自由記載)
- 17) 貴診療所において、患者さんとACPについてお話をするうえで、先生がご自身で工夫されていることは何ですか？(自由記載)

### 3. 結果

200名の医師から回答を得た。

- 1) 貴診療所は在宅療養支援診療所として厚生局に届出されていますか  
はい:71名(35.5%)、いいえ129名(64.5%)であった。
- 2) 貴診療所では、看取りを実施されていますか？  
はい:84名(42.0%)、いいえ116名(58.0%)であった。
- 3) 令和4年中(令和4年1月1日~12月31日)の看取り人数は何人ですか？  
図1のように0人から418人までで、1~5人が31名と最も多かった。

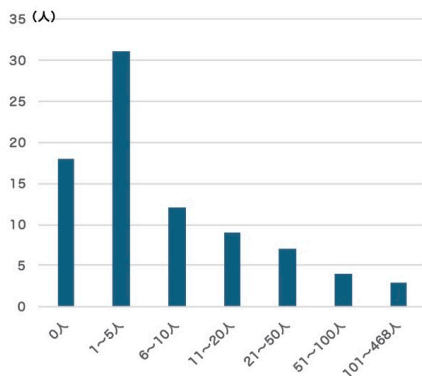


図1 令和4年中の看取り人数

- 4) 看取りができない理由を教えてください。  
訪問診療を行っていない(58名)、看取りの対象となる患者さんがいない(46名)、診療時間外は対応できない(16名)、診療時間中は訪問診療(看取り)等に対応できない(8名)であった。
- 5) 在宅看取りに対する課題について教えて

ください。(自由記載)

- 1人では対応できない、診療中や夜間の対応、主治医の負担、本人の関係者全員の意思疎通と共通意識の形成、多職種連携、マスコミの教育など、などの自由回答があった。
- 6) ACPに対する認知度について教えてください。  
医療側及び患者側とも理解が薄い94名(49%)、医療側は理解しているが患者側の理解が薄い81名(40.5%)、医療側及び患者側とも理解している20名(10%)であった。
- 7) 貴診療所では、ACPについて患者さんや家族と話されていますか？  
はい76名(38%)、いいえ124名(62%)であった。
- 8) 先生が患者さんとACPを進めていく際に難しいと感じることは何でしょうか？  
元気で外来にいられた方にそのような話をするのができない33名(16.5%)、外来でお話しする時間がない26名(13%)、ACPの進め方がわからない22名(11%)、別に時間をとってACPの話を進めることが難しい22名(11%)であった。
- 9) 貴診療所の患者さんがACPを進めていく上で必要と思われるものはなんですか？(複数回答可)  
時間105名(50.3%)、ACPに対する社会のコンセンサス91名(45.5%)、話に立ち会う看護師、あるいは専門家67名(34%)、ACPを進めていくチーム、あるいは専門部署60名(30%)であった。
- 10) 貴診療所ではACPに関する研修に参加していますか？  
はい49名(24.5%)、いいえ151名(75.5%)であった。
- 11) ACPは進んでいると思われますか？  
はい52名(26%)、いいえ148名(74%)、と約3/4が進んでいないと思っていた。

- 1 2) ACPが進まない理由についてご意見をください。(自由記載)  
認知度が低い、聞いたことはあっても正しく理解していない、多職種連携が難しい、本人の意思を推定できない状況の増加、認知症や独居老人の増加、などの自由回答があった。
- 1 3) コロナ禍において、患者さんを紹介(転院)する際に、DNARについて求められたことがありますか?  
はい 36名(18%)、いいえ 164名(82%)であった。
- 1 4) DNARについて求められて困った内容を具体的に教えて下さい。(自由記載)  
DNARがないと受け入れ不可、60歳以上で入院の際には全患者さんに求められる病院もあり怒られる患者さんもいた、突然の状況に対し、医療者、患者、家族とも困惑する、本人及び家族の意思決定ができない、家族が充分理解していない、家族が患者の意思に反する、などの自由回答があった。
- 1 5) コロナ流行の経験からACP取組への意識変化がありましたか?  
はい 15名(7.5%)、いいえ 185名(92.5%)であった。
- 1 6) 意識変化の具体的な内容について教えてください。(自由記載)  
病院の受け入れが難しくなったため、在宅で対応する事が極端に増えた、外来通院が可能などときからのACPの必要性を感じた、施設入所の方はスタッフともにDNARの確認をした、家族の意見が変わる事もあるので何度か確認が必要と認識した、亡くなる事への抵抗感が薄れ、患者家族の受け入れ範囲が広がった、ACPの院内規定を作成し周知した、職員へ自身や家族がどうなるか分からないので、どうしたいかを日頃から考えておくよう伝達した、などの自由回答があった。

- 1 7) 貴診療所において、患者さんとACPについてお話をするうえで、先生がご自身で工夫されていることは何ですか?(自由記載)  
日頃の何気ない会話を大事にしている、訪問診療の初診のときにACPの確認をしている、患者家族と一緒に集める、多職種の同席、一度で決めたことにしない、繰り返し確認している、全ての訪問診療患者で年一回のACPを実施している、などの自由回答があった。

なお、Google Form 回答形式によるアンケート調査内容は、本報告書の最後に掲載した。

#### 4. 考察

医師会会員を対象とした本アンケート調査では、看取りを実施している開業医は約4割であったが、訪問診療を行っていない、あるいは看取りの対象となる患者さんがいない場合が多く、見取りの実施が可能な施設の過半数では実施していることが伺われた。また、年間1~5人の看取りをしていることが多かった。しかしながら、看取りを実施するにあたっての課題として、1人では対応できない、診療中や夜間の対応、主治医の負担が挙げられ、診療中や夜間の対応の負担を軽減する互助システムや多職種連携の必要性が明らかとなった。また、患者の関係者全員の意思疎通と共通意識の形成なども必要として挙げられた。

ACPに対する認知度は、医療側及び患者側とも理解しているのは20名と1割のみで、医療側及び患者側とも理解が薄い、医療側は理解していても患者側の理解が薄い がほとんどを占めた。

ACPについて患者さんや家族と話しているのは76名(38%)のみで、124名(62%)は話していなかった。ACPを進める上での障壁として挙げられていたのは、元気で外来に來られた方にそのような話をすることがで



きない、外来でお話しする時間がない、ACPの進め方がわからないなどであり、「ACP＝看取り」という概念が先行し、ACPは生き様について話し合うプロセスであるにも関わらず<sup>5)</sup>、元気なうちには難しいという錯誤があることが明らかとなった。

一方、ACPを進めていく上で必要と思われるものとして、時間 105名 (50.3%)、ACPに対する社会のコンセンサス 91名 (45.5%)、話に立ち会う看護師、あるいは専門家 67名 (34%)、ACPを進めていくチーム、あるいは専門部署 60名 (30%) が挙げられていた。

ACPに関する研修への参加は約1/4のみで、3/4が参加していなかった。同様に、ACPは進んでいるとっていないものが3/4であり、その理由について、認知度が低い、聞いたことはあっても正しく理解していない、多職種連携が難しい、本人の意思を推定できない状況の増加、認知症や独居老人の増加、などであった。

コロナ禍において、患者さんを紹介（転院）する際に、DNARについて求められたことがあるのは36名 (18%) のみであった。

しかし、DNARについて求められて困った内容としては、DNARがないと受け入れ不可、60歳以上で入院の際には全患者さんに求められる病院もあった、突然の状況に対し、医療者、患者、家族とも困惑した、本人及び家族の意思決定ができない、家族が充分理解していない、家族が患者の意思に反する、などの回答があった。本来、DNARは心停止の際に蘇生を行わないという意味に対して<sup>6)</sup>、Best Supportive Careを受容したように使用されていたことが窺われ、正しい用語の普及の必要性が明らかとなった。

コロナ流行の経験からACP取組への意識変化があったのは15名 (7.5%) と少なかったが、変化としては、病院の受け入れが難しくな

ったため、在宅で対応する事が極端に増えた、外来通院が可能なときからのACPの必要性を感じた、施設入所の方はスタッフとともにDNARの確認をしたなど、ACPの理解や対応が整備されたことが窺われる。

患者さんとACPについてお話をするうえでの工夫としては、

日頃の何気ない会話を大事にしている、訪問診療の初診のときにACPの確認をしている、患者家族と一緒に集める、多職種の同席、一度で決めたことにしない、繰り返し確認している、全ての訪問診療患者で年一回のACPを実施している、などの自由回答があった。

このように今回のアンケートからは、ACPの認知度が患者・家族だけではなく医療スタッフでも低く、またその正しい理解や普及の方法に改善の余地があることが明らかとなった。しかし、新型コロナを契機として一部の施設ではACPの理解や対応が整備されたことも明らかとなった。

## 5. 結語

本アンケート調査からはACPの認知度が患者・家族、医療スタッフともに低く、ACPの正しい理解やその普及の方法の周知が必要であることが明らかとなった。

## 6. 謝辞

本アンケート調査にご協力頂きました、名古屋市医師会（服部達哉会長）会員の先生方に篤く御礼申し上げます。

## 7. 参考文献

1. 人生会議してみませんか。厚生労働省  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html) アクセス 2024年4月11日
2. 吉田昌文, 石川秀樹, 横山隆捷, 他: 東京都の救急病院入院患者からみる高齢者救急医療の問題点. 日救急医学会誌2015;26:687-

- 701.
3. 伊藤重彦, 田口健蔵, 井上征雄, 他: 北九州市における高齢者救急の現状と問題点～とくに介護施設からの搬送事案について. 日臨救急医学会誌 2016; 19: 7-12.
  4. 真弓俊彦, 竹村春起, 志水清和, 他: 終末期類似状態傷病者のCPA搬送の現状. 日臨救急医学会誌 2017; 20: 10-7.
  5. 人生会議とは. 神戸大学 HP.  
<https://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/about/index.html> アクセス  
2024年4月11日
  6. 日本集中治療医学会倫理委員会.  
DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の考え方. 日集中医誌 2017; 24:10-5.

## 分担研究報告書

### 高齢者の救急患者受入れ医療機関における ACP 取組の現状と課題

(分担研究者) 福島 英賢 奈良県立医科大学 高度救命救急センター

#### 1. 背景と目的

超高齢者社会を背景として、救急搬送に占める高齢者の割合は年々増加傾向にある<sup>1)</sup>。これら高齢者の多くは救急搬送先での救急処置を受けても社会復帰することができず、最期を医療機関で迎えるものも少なくない<sup>2)</sup>。その際、侵襲的な処置を避けるために事前に終末期に受ける医療について話あうことが進められている。この考えは Advanced Care Planning (以下 ACP) として国も地域での導入を促している<sup>3)</sup>。また医療機関に搬送され、救命の見込みがない、あるいは救命不可能、終末期である、と判断された場合は医療者と家族間での患者本人の意思を鑑みて Do Not Attempt Resuscitate (以下 DNAR) を取り決めることも多い<sup>4)</sup>。しかしながら、DNAR の場合は本人がその話し合いに係ることができず、本人の意思は家族や近親者の推定に基づくことが多い。本人が自身の最終段階で意思決定するために ACP の積極的な導入が必要であるが、「人生 100 年時代」が唱えられる超高齢化社会においては、日常において ACP を進めていくことは容易ではないと考えられる。また、外来患者が多い医療機関においては、そのような時間を取ることはほぼ不可能である、と考えられるが、その実態は明らかではない。本研究では、病院で勤務する医師を対象に、日常診療や救急診療において ACP や DNAR にどのように取り組まれているか、についてアンケート調査を行った。

#### 2. 対象・方法

奈良県および福岡県の一般病院（計 464 施設）勤務の内科医師に対し、ACP および DNAR への取り組みについてアンケートを Google form の形で送付した。調査期間は令和 5 年 12 月 1 日から令和 6 年 1 月 31 日とした。質問項目は下記の通りとした。

- 1) 診療されている患者さんに「死期」が近づいている、と感じる患者さんがいるか
- 2) それはどのような情報に基づいているか？
- 3) その際、DNAR について話をするか？
- 4) コロナ禍において救急患者さんを他院へ転送するさいに DNAR を求められたことがあるか？
- 5) 救急を受け入れる際に DNAR を確認するか？（施設から、救急隊から、他院から）
- 6) 患者さんがまだ元気なうちから ACP について話すことはあるか？
- 7) 患者さんと ACP について話すときに難しいと感じることは何か？
- 8) ACP を進めていくうえで必要なことは何か？
- 9) 勤務先で ACP に関する研修に参加したことはあるか？
- 10) ACP は進んでいると思うか？
- 11) 新型コロナ流行によって先生の ACP に対する意識は変わったか？
- 12) 患者さんと ACP についてお話をする上での工夫について

### 3. 結果

96名の医師から回答を得た。

1) 診療されている患者さんに「死期」が近づいている、と感じる患者さんがいるか

「はい」という回答が93名(96.9%)と最多であった。

2) それはどのような情報に基づいているか(複数回答可)?

- ・患者さんの年齢:49
- ・症状の明らかな悪化:92
- ・ADLの悪化、フレイルの進行:69
- ・医療機関受診や入院回数が増えていた時:38
- ・患者さんやご家族からDNARについて話したいとの申し出があった時:7

3) その際、DNARについて話をするか?

はい:90(93.8%)

DNARが誰かを責める理由にはならないことや押し付けではないこと、また急変時対応の実際を説明する、などの自由回答があった。一方、「いいえ」では外来では時間が取れないため、診察室で話がしにくい、などの回答があった。

4) コロナ禍において救急患者さんを他院へ転送する際にDNARを求められたことがあるか?

いいえ:62(64.6%)

「はい」は34例であったが、自由回答には転院の条件となっているが、病状的にDNARの状態ではないこと、が挙げられていた。

5) 救急を受け入れる際にDNARを確認するか?(施設から、救急隊から、他院から)救急隊に「いいえ」:76(79.2%)「はい」という回答においては家族の受け入れを確認したい、病床管理の観点から確認する、治療方針決定のため、施設での話し合いの確認、などが挙げられていた。

高齢者施設に「はい」:60(62.5%)

他医療機関に「いいえ」:51

6) 患者さんがまだ元気なうちからACPにつ

いて話すことはあるか?

はい:55(57.3%)

7) 患者さんとACPについて話すときに難しいと感じることは何か?

- ・ACPの進め方がわからない:23
- ・個々の患者さんで死期が近づいている、という判断自体が難しい:28
- ・外来でお話しする時間がない:53
- ・別に時間をとってACPの話を進めることが難しい:43
- ・元気で外来にこられた方にそのようなお話をすることができない:31

8) ACPを進めていくうえで必要なことは何か?

- ・時間:69(71.9%)
- ・話に立ち会う看護師、あるいは専門家:41
- ・ACPを進めていくチーム、あるいは専門部署:58
- ・ACPに対する社会のコンセンサス:73

9) 勤務先でACPに関する研修に参加したことはあるか?

いいえ:71(74.0%)

10) ACPは進んでいると思うか?

いいえ:66(68.8%)

自由解答の中には、社会的な認知の低さ、DNARとの混同、日常生活において死と向き合うことの難しさが挙げられていた。

11) 新型コロナ流行によって先生のACPに対する意識は変わったか?

いいえ:82(85.4%)

「はい」という回答は14例であったが、自由回答では死が何時いつきてもおかしくない、ということが実感できた、DNARやACPという言葉をよく聞くようになった、高齢者でも急変時のことを考える方が増えた、などの回答があった。

12) 患者さんとACPについてお話をする上での工夫について

回答からは、「家族同席にする」、「患者家族の

死生観を確認しながら、「わかりやすい言葉で」、「死が負けることではないこと」、「考えは後で変えてもいいこと」、「フローチャートを使った説明」、「時間をじっくりとかける」、などの自由回答があった。

なお、Google Form 回答形式によるアンケート調査内容は、本報告書の最後に掲載した。

#### 4. 考察

病院勤務医を対象とした本アンケート調査からは、病院勤務医が診療している患者さんの中で、死期が近付いていると感じている症例は多く、その際にはDNARの話をしている場合が多いことが明らかとなった。死期が近づいている、という判断の多くは「症状の明らかな悪化」、「ADLやの低下、フレイルの進行」といった情報に基づいて判断されることが多かったが、「医療機関受診や入院回数の増加に基づく」場合は半数に満たず、また「患者本人やご家族からそのような申し出」に基づいて判断することはほとんどない、という結果であった。このことは、DNARを進めるタイミングにおいては、患者が医療機関を頻回に受診しなければならないほど状態が悪い時には逆にDNARについて話にくく、一方で家族から申し出があることも稀であり、比較的DNARについて話が進めやすいタイミングを主治医が探っている印象がある。

新型コロナウイルス感染拡大期には高齢者の救急搬送は問題<sup>5)</sup>となり、また死亡者も多かったことから、医師も含めて多くの市民の死生観に影響を与えたことが推測されたが、今回のアンケートからはその影響は少ない印象である。しかしながら自由回答からは、やはり「人間は死ぬこと」や「突然死はおとずれるもの」といった回答が見られており、このパンデミックの影響は病院勤務医においても少なからず影響があったと思われる。

コロナ禍において患者を他施設へ転院搬送

する際にDNARを求められたことや、受け入れる際にDNARを確認することがあるか？という質問については、多数が求めない、求められなかった、という回答であったが、一方で自由回答では「治療方針確認のため」「コロナ入院病床運用のため」といった回答も多く、また高齢者施設の場合は求めることが多い、というのは興味深い点であった。これは、高齢者施設においてはすでにフレイル状態が進行していることが予測され、治療を行う場合にはどこまで話が進んでいるのか、という点を重要視して救急搬送受け入れを検討することが一般的であることを示唆している。一方で今回のアンケートでは、受け入れ時にDNARがあれば応需するのか、DNARがなければ他施設を当たってもらえるのか、までについては調査しておらず、この点は今後検討すべき点と考える。

本アンケートでは「ACPについては元気なうちから患者と話し合う」、という回答が55(57.3%)と過半数を占めたが、41例が「いいえ」と回答していた。本項目では元気な状態でACPの話をするのがためらわれるのか、全身状態が悪くなったタイミングでACPの話を進めるのか、については明らかにできていない。しかし、7)「患者さんとACPについて話す時に難しいと感じることは何か？」への回答において「元気で外来にこられた方にそのようなお話をすることができない」と31人が回答されていたことから、元気な状態でACPの話をするのがためらわれることが多いのではないかと考える。

一方で過半数を超える回答が「ACPについては元気なうちから患者と話し合う」であったことから病院勤務医の多くがACPの必要性を理解しており、推進しようとする姿勢が伺える。

項目7)の「患者さんとACPについて話すときに難しいと感じることは何か？」への回

答は、「進め方がわからない」「具体的には担当医が手探りで行われることが伺え、社会的コンセンサスが得られていないこともその障壁としてあげる意見が多数であった。この社会的コンセンサスを得るためには相当な年月を要すると推測されることから、まずはACPについて前向きなご家族に対して医療者側から進めていくことが妥当と考える。一方でACP研修に参加した、という回答は少なく、コロナ禍も特にACP推進のきっかけにはなっていなかった。多くの回答でACPを進めるにあたり、専門のチームの必要性を挙げていた。回答者の多くはACPについて進める時間を外来受診やそれ以外で確保することが難しく、また内容が非常にセンシティブであることから、医師ではなく、看護師を中心としたチームの運用を希望している回答が多かった。現実には各医療機関でこのような専門チームを運用しているところはまだ少ないが、多くの高齢者を診療している医療機関が患者の意思を尊重した形を効果的に検討できるサポートの充実が必要ではないか、と考える。この点については2024年度の診療報酬改訂<sup>6</sup>において入院料の通則に「意思決定支援」が含まれたことで大きく推進されることが期待される。

## 5. 結語

本アンケート調査からは超高齢社会を背景とし、病院勤務医がそれぞれ工夫しながら患者個人の意思を尊重してACPやDNARについて向き合っていることが伺えた。今後これらの推進のためにも専門チームなどのサポートの充実が求められる。

## 6. 謝辞

本アンケート調査にご協力頂きました、奈良県病院協会（青山信房会長）福岡県医師会（蓮沢浩明会長）、福岡県病院協会（中村雅史会長）、福岡県私設病院協会（江頭啓介会長）

会員ご施設の皆さまに篤く御礼申し上げます。

## 7. 参考文献

1. 令和4年版救急救助の現況. 総務省消防庁  
<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-4.html> アクセス 2024年2月17日
2. 吉田昌文, 石川秀樹, 横山隆捷, 他: 東京都の救急病院入院患者からみる高齢者救急医療の問題点. 日救急医学会誌2015;26:687-701.
3. 人生会議してみませんか. 厚生労働省  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html) アクセス 2024年2月17日
4. 森本文雄 回復期の病院における急変時に特化した事前確認の試み 日臨救急医学会誌 2021; 24: 400-2.
5. 年齢区分別の新型コロナウイルス感染陽性者数と死亡者数. 厚労省  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000826597.pdf> アクセス 2024年2月17日
6. 令和6年度診療報酬改訂について. 1. 個別改訂項目について. 厚労省  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220531.pdf>  
アクセス 2024年3月12日

## 分担研究報告書

### 在宅及び高齢者福祉施設から医療へのアクセス手段の現状と課題

(分担研究者) 長岡 敏信 下関市消防局 警防課

#### 1 背景と目的

救急自動車による現場到着所要時間及び病院収容所要時間は延伸傾向で、令和4年中の病院到着所要時間は全国平均で約47.2分と、平成24年の38.7分から1.2倍増加している。<sup>1)</sup>これは、救急搬送件数の増加によるもので、その理由のひとつは、在宅、施設からの低緊急傷病者の救急搬送件数増加が考えられる。

低緊急傷病者の救急車適正利用促進のため、傷病者やその家族が自身で緊急度を知ることが可能な全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）<sup>2)</sup>や救急車を呼ぶかどうか迷ったときに相談する救急電話相談窓口（#7119）<sup>3)</sup>が導入され、一方では、低緊急事案に対応する消防救急車に代わる搬送手段として、病院救命士が搭乗する病院救急車、民間救命士が搭乗する民間救急車による迎え搬送も行われている。

そこで、緊急度判定システムの認知度及び消防救急車に代わる患者搬送手段を検討すべき低緊急搬送事案の背景及び課題について、診療所及び高齢者福祉施設に対してアンケート調査を行った。

#### 2 対象・方法

調査対象施設は、下関市医師会会員医師の診療所206施設、下関市福祉部が把握している高齢者福祉施設195施設である。アンケート調査用紙は、診療所に対しては下関医師会の集配便、高齢者福祉施設に対し

ては下関市保健福祉部の電子メールで配布した。各診療所、施設からの回答は、Google Formにより行い、本研究事務局であるNPO法人病院前救護と健康管理研究会が回収、集計した。調査期間は、令和5年11月初旬から令和5年12月初旬までの約1か月間である。

#### 3. 結果

##### 〔調査A〕診療所向けアンケート調査

下関市医師会会員診療所206施設にアンケート調査を実施し、79施設（回答率38.3%）から回答を得た。調査の質問数は9問（高齢者福祉施設11問）で、以下に質問内容及び回答件数を示す。

（問1）貴診療所は在宅療養支援診療所として厚生局に届出されていますか？

- |        |     |
|--------|-----|
| a) はい  | 17件 |
| b) いいえ | 62件 |

回答施設79施設の内訳は、在宅療養支援診療所として届出している施設が17（22%）、出していない施設62（78%）であった。

（問2）先生ご自身（医師）あるいは貴診療所の職員の皆さん（職員）は、全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）をご存じですか？

（問3）先生ご自身（医師）あるいは貴診療所の職員の皆さん（職員）は、救急安心センター事業（#7119）をご存じですか？

問2、問3は、全国版救急受診アプリ



(愛称「Q助」、救急安心センター事業 #7119 の認知度について質問している。診療所の医師がQ助、#7119について知っている件数は、a) + b) + c) 合わせた件数であり、Q助、#7119それぞれ13件(16.5%) 22件(27.5%)であり、医師においては、Q助より#7119の認知度が若干高かった。いずれにしても、医療従事者の間において、Q助、#7119を知らない割合が7割を超えており、認知度は低かった(表1)。診療所の医師、職員で、Q助又は#7119を利用したことがある施設は1施設(1.3%)のみであり、緊急度判定プロトコルの利用度は極端に低い状況であった。

表1. 医師、職員のQ助、#7119認知度

Q助・#7119に対する 医師、職員の認知度	Q助 件数	#7119 件数
a) 医師も職員も概ね知っており 利用者もいる。	0	1
b) 医師も職員も概ね知っている が、利用者はいない。	5	15
c) 医師は概ね知っているが 職員はほとんど知らない。	8	6
d) 医師はほとんど知らないが 職員は概ね知っている。	0	0
e) 医師も職員もほとんど知ら ないが、利用者はある。	0	0
f) 医師も職員もほとんど知ら ず利用者もない	68	58

(問4-1) 令和4年中に貴診療所から119番通報して転院搬送を行ったことがあるか?

(問4-2) 令和4年中に119番通報した件数は何人か? (問4-1で「はい」の場合)

問4-1の回答は、a) はい62件、b) いいえ17件で、回答施設の78%で、消防救急車による転院搬送を行った経験があった。問4-2の1年間の消防救急車による転院搬送人員数については、1~4人26施設(46%)、5~9人10施設(18%)、10~14人10施設(18%)、15~19人2施設(4%)の順で

多かった。20人以上の施設も7(12%)あった(図1)。

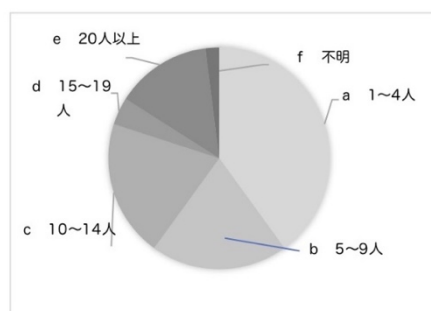


図1. 救急車による転院搬送件数 (診療所)

(問4-3) 転院先医療機関を選定する際、困ったことはなかったか?

問4-3の回答は、a) 困ることなくスムーズに調整できた48件(75%)、b) 受け入れ先が見つからず選定に困った16件(25%)であった。

(問4-4) 具体的に困った内容を教えてください。(自由記載)

受入先が見つからず困った施設から、具体的に困った内容について、自由記載で回答を得た。質問4自由記載一搬送依頼で困った内容(診療所)として、本文最後に掲載した。

(問5-1) 緊急走行しない、救急救命士が搭乗する病院救急車や、民間救命士が搭乗する民間救急車があることをご存じですか?

a) はい 36件  
b) いいえ 43件

36施設(46%)は知っているとは回答したが、43施設(54%)は、知らなかったと回答した。

(問5-2) 貴診療所から転院搬送する場合、上記の病院救急車や民間救急車が整備されていた場合、119番通報せず、病院救急車や民間救急車で対応可能なケース



もあると思いますか？

- |            |     |
|------------|-----|
| a) 大いにある   | 10件 |
| B) 半数程度はある | 3件  |
| c) 一部はある   | 18件 |
| d) ほとんどない  | 15件 |

48施設から回答を得た。転院搬送する際に、病院救急車や民間救急車で対応できるケースが半数程度以上あると回答した施設は、a)、b) 合わせて13施設(27%)であり、c) 一部ある18施設まで合わせると、31施設(79.2%)が、病院救急車や民間救急車が活用できるケースがあると回答した。

(問6) 病院救急車による迎え搬送や、有料の民間救急車による搬送体制が整備された場合、利用したいと思われませんか？

- |                              |     |
|------------------------------|-----|
| a) 是非、積極的に利用したい。             | 5件  |
| b) ケースによっては利用したい。            | 51件 |
| c) できれば119番通報して消防の救急車を利用したい。 | 15件 |
| d) 全く利用したいとは思わない。            | 7件  |

問6の回答は、積極的に利用したい5施設(7%)、ケースによっては利用したい51施設(65%)で、利用したい施設が全体の約7割を超えた一方で、できれば消防の救急車を利用したいと回答した施設が15施設(19%)、全く利用したいと思わない(消防救急車を利用したい)と回答施設が7施設(9%)あった。

(問7-1) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のメリットについて教えてください。

(自由記載)

(問7-2) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のデメリットについて教えてください。

(自由記載)

消防救急車に代わる搬送手段として、病

院救急車や有料の民間救急車を利用するメリット、デメリットについて、自由記載で回答を得た。内容は問7-1自由記載—消防救急車に代わる搬送手段のメリット(診療所)、問7-2自由記載—消防救急車に代わる搬送手段のデメリット(診療所)として、本文最後に掲載した。

(問8-1) 在宅(施設含む)から医療へのアクセス手段について課題があると思うか？

- |                  |     |
|------------------|-----|
| a) 大いにある         | 13件 |
| b) 以前より改善したが未だある | 50件 |
| c) 課題は無い         | 2件  |

在宅、施設から医療へのアクセス手段について、課題は無いと回答した施設はわずか2施設(3%)のみで、残りの97%の施設(大いにある13施設20%、未だある50施設77%)が課題ありと回答した。

(問8-2) 課題について具体的な内容を教えてください。(自由記載)

在宅、施設から医療へのアクセス手段に関する具体的な課題について、自由記載で回答を得た。内容は問8自由記載—アクセス手段の課題(診療所)として、本文最後に掲載した。

(問9) 高齢者救急搬送に対する要望、意見等について教えてください。(自由記載)

問9では、高齢者救急搬送に対する要望、意見等について、次のように回答を得た。自由意見の内容は、問9自由記載—高齢者救急に関する要望、意見(診療所)として、本文最後に掲載した。

## [調査B] 高齢者福祉施設向け アンケート調査

下関市福祉部が把握している高齢者福祉施

設 195 施設にアンケート調査を実施し、39 施設から回答を得た（回答率 20%）。

問 1 貴施設の施設形態を教えてください。回答のあった 39 施設の内訳は、有料老人ホーム 11（28%）、特別養護老人ホーム 10（26%）、グループホーム 5（13%）、軽費老人ホーム 4（10%）、サービス付き高齢者向け住宅 4（10%）、介護老人保健施設 2（5%）、養護老人ホーム 2（5%）、介護医療院 1（3%）であった。

表 3. 高齢者福祉施設の形態

施設の形態	施設数
a 軽費老人ホーム	4
b 養護老人ホーム	2
c 生活支援ハウス	0
d 介護老人保健施設	2
e 介護医療院	1
f 有料老人ホーム	11
g サービス付き高齢者向け住宅	4
h 特別養護老人ホーム	10
i グループホーム	5

（問 2）貴施設職員の皆さん（職員）あるいは入所者ご家族（家族）は、全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）をご存じですか？

（問 3）貴施設職員の皆さん（職員）あるいは入所者ご家族（家族）は、救急安心センター事業（#7119）をご存じですか？

問 2、問 3 は、全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）、救急安心センター事業 #7119 の認知度について質問している。施設職員が Q助、#7119 について知っている件数は、a)+b)+c) 合わせた件数であり、Q助、#7119 それぞれ 2 件（5.1%）6 件（15.3%）であった。診療所アンケート調査結果と比較すると、診療所医師よりも、高齢者福祉施設職員のほうが、Q助や #7119 の認知度は低かった（表 2）。施設職員、家族が Q助又は #7119 を利用したことがある施設は 7 施設（17.9%）であったが、診療所と比較して、

緊急度判定プロトコルの利用度は高かった。

表 2. 職員、家族の Q助、#7119 認知度

Q助・#7119 に対する職員、家族の認知度	Q助件数	#7119 件数
a) 職員も家族も概ね知っており利用者もいる。	0	2
b) 職員も家族も概ね知っているが、利用者はいない。	1	0
c) 職員は概ね知っているが家族はほとんど知らない。	1	4
d) 職員はほとんど知らないが家族は概ね知っている。	0	1
e) 職員も家族もほとんど知らないが、利用者はいる。	1	5
f) 職員も家族もほとんど知らず利用者もいない	36	27

（問 4-1）令和 4 年中に貴施設から 119 番通報して救急搬送を行ったことがあるか？

- a) はい 32 件  
b) いいえ 7 件

問 4-1 は、施設からの 119 番通報と救急搬送の有無について質問している。32 施設から 119 番通報が行われており、回答のあった施設の 82% で 119 番通報が行われていた。

（問 4-2）令和 4 年中に 119 番通報した件数は何人ですか？

問 4-1 で 119 番通報を行ったことがあると回答した 32 施設に対して、令和 4 年中に 119 番通報して救急搬送した人数を行った人数について質問したところ、1 年間の転院搬送人数は、5~9 人が 12 施設（41%）で最も多く、次いで 1~4 人 9（31%）であった。

消防救急車による救急搬送人員が 1 年間で 10 人未満の施設が約 7 割であった（図 2）。

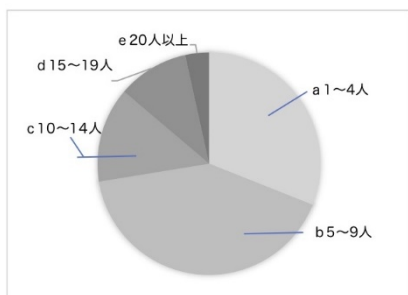


図2. 救急車による転院搬送件数 (施設)

(問4-3) 119番通報した件数のうち、心肺停止状態で救急要請した人数は何人ですか？

- a) 0人 25件
- b) 1人 4件

(問4-4) 119番通報した件数のうち、救急隊到着後に、死後硬直等により、救急隊判断で警察に引継ぎ不搬送となったのは何件ですか？

- a) 0人 26件
- b) 1人 3件

問4-3は心肺停止状態で119番通報した人数を、問4-4は救急要請したが、施設で看取りとなり、救急隊が搬送しなかった事案(不搬送事案)について質問している。

119番通報した29施設のうち、救急隊到着時に心肺停止状態であったのは4施設(14%)において確認された。4施設のうち、救急隊到着後に、死後硬直等により不搬送となった施設は3施設で確認された。

各施設における実際の件数(人員)まで確認できていないが、心肺停止で119番通報した施設の1割では、死後硬直した状態で119番通報されていることがわかった。

(問4-5) 救急隊到着後に救急隊からかかりつけ医等に連絡して、心肺蘇生を中止してかかりつけ医等に引き継いだ件数は何人ですか？

- a) 0人 29件

問4-5は、救急要請事案のうち、DNAR

意思とDNAR指示を確認して不搬送になった件数は0件であった。

(問4-6) 心肺停止状態で救急搬送された人数のうち、搬送先で死亡が確認され、死亡退所となった人数は何人ですか？

- a) 1人 4件

心肺停止状態で救急搬送した人のうち、搬送先で死亡が確認され、死亡退所した人数は4施設各1人であった。

(問4-7)

問4-3の心肺停止状態で救急搬送された人数のうち)ACPやDNARの対象の方が救急搬送された件数は何人ですか？

- a) 0人 4件

心肺停止状態で救急搬送した人のうち、ACPやDNARの対象の方が救急搬送された人数について質問しているが、回答施設は4施設のみであった。

(問5) 貴施設では、入所者の急病時に搬送先医療機関を選定する仕組みがありますか？

- a) はい 15件
- b) いいえ 24件

入所者急病時に搬送先医療機関を選定する仕組みがあると回答した施設は15施設(38%)で、仕組みがないと回答した施設が24施設(62%)で過半数であった。

(問6-1) 緊急走行しない、救急救命士が搭乗する病院救急車、民間救命士が搭乗する民間救急車があることをご存じですか？

- a) はい 17件
- b) いいえ 22件

回答39施設のうち、緊急走行しない病院救急車や民間救急車があることについて知っている施設は17施設(44%)で、22施設(56%)は、知らないと回答した。

(問6-2) 貴施設から救急搬送する場合、上記の病院救急車や民間救急車が整備されていた場合、119番通報せずに病院救急車や民間救急車で対応可能なケースもあると思いますか？

- |            |    |
|------------|----|
| a) 大いにある   | 5件 |
| b) 半分程度はある | 0件 |
| c) 一部はある   | 6件 |
| d) ほとんどない  | 6件 |

問6-2は、仮に病院救急車や民間救急車が整備されていた場合に、施設から救急搬送する際に、上記の搬送手段で対応可能なケースの有無について質問している。

5 (30%) で、大いにあると回答している一方で、6 (35%) で、ほとんどないと回答している。

また、6 (35%) で、一部あると回答しており、大いにあると合わせると、約7割で対応可能なケースがあると回答している。

(問7) 病院救急車による迎え搬送や、有料の民間救急車による搬送体制が整備された場合、利用したいと思われますか？

- |                              |     |
|------------------------------|-----|
| a) 是非、積極的に利用したい。             | 8件  |
| b) ケースによっては利用したい。            | 19件 |
| c) できれば119番通報して消防の救急車を利用したい。 | 11件 |
| d) 全く利用したいとは思わない。            | 1件  |

問7は、仮に病院救急車や民間救急車が整備されていた場合に、施設から救急搬送する際の利用希望について質問している。

積極的に利用したい8 (20%)、ケースによっては利用したい19 (49%) で、利用希望は7割を超えている一方で、できれば119番通報して消防の救急車を利用したい11 (28%)、全く利用したいと思わない1 (3%) と、約3割は消防の救急車を利用したいと回答していた。

(問8-1) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のメリットについて教えてください。

(自由記載)

消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のメリットについて、自由記載で次のような回答を得た。内容は問8-1自由記載一病院救急車、民間救急車活用のメリット(施設)として、本文最後に掲載した。

(問8-2) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のデメリットについて教えてください。

(自由記載)

消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のデメリットについて、自由記載で次のように回答を得た。内容は問8-2自由記載一病院救急車、民間救急車活用のデメリット(施設)として、本文最後に掲載した。

(問9-1) 在宅(施設含む)から医療へのアクセス手段について、課題があると思いますか？

- |                    |     |
|--------------------|-----|
| a) 大いにある。          | 9件  |
| b) 以前に比べ改善したが未だある。 | 26件 |
| c) 課題はない。          | 4件  |

在宅(施設含む)から医療へのアクセス手段についての課題の有無を質問したところ、a)大いにある、b)以前に比べ改善したが、未だある、を合わせて35施設(90%)が課題ありと回答した。課題なしと回答した施設は4(10%)のみであった。

(問9-2) 課題について具体的な内容を教えてください。(自由記載)

在宅(施設含む)から医療へのアクセス手段の具体的な課題について、自由記載で回答を得た。内容は、問9自由記載一在宅

施設から医療へのアクセス手段の課題（施設）として、本文最後に掲載した。

（問10）医療機関受診のタイミングを主治医等に相談する頻度について教えてください。

- a) 症状発症時の1回のみ 0件
- b) 症状発症時、以後、毎日確認 5件
- c) 症状発症時、以後変化があった時 34件

医療機関受診のタイミングについて、施設からかかりつけ医師等に相談する頻度について質問している。

症状発症時の1回のみは0件で、症状発症以後、変化があった場合が34施設（87%）で最も多かった。症状発症以降は毎日確認している施設も5施設（13%）あった。

（問11）高齢者救急搬送に対する要望、意見等について教えてください。（自由記載）

高齢者救急搬送に対する要望、意見等について自由記載で回答を得た。内容は、問11自由記載—高齢者救急搬送に対する要望、意見等（施設）として、本文最後に掲載した。

#### 4. 考察

傷病者本人及び家族が緊急度判定をする、あるいは電話相談をする方法の認知度について、全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）は、職員、利用者のいずれかが知っているという割合は、診療所では13件（16.5%）で、高齢者福祉施設では2件（5.1%）、救急安心センター事業（#7119）は、診療所では22件（27.5%）、高齢者福祉施設では6件（15.3%）となっており、診療所及び高齢者福祉施設ともに、全国版救急受診アプリに比較して救急安心センター事

業の認知度が高かった。いずれも知らないという割合が診療所では7割、高齢者福祉施設では8割を越えており、職員家族の認識不足がうかがわれる結果となった。

そのため、救急要請の機会が多い高齢者福祉施設において、普及啓発を図ることにより、救急車利用の適正化につながるものと期待される。

回答のあった診療所から令和4年中に119番通報して転院搬送を行った施設は62件（78%）で、119番通報した人数は492人（最高51人、最低1人、不明あり）であった。

緊急走行しない民間救急車等については、半数以上が知らないという回答しており、仮に民間救急車等が整備されていた場合に、119番通報せず民間救急車等を利用するかと行った質問に対しては、約8割の施設で対応可能なケースもあるという回答しており、利用の希望についても、約7割の施設でケースによっては利用したいと希望している。

また、回答のあった高齢者福祉施設から令和4年中に119番通報して救急搬送を行った施設は32件（82%）で、119番通報した人数は173人（最高26人、最低1人、不明あり）であった。

高齢者福祉施設に対しては、119番通報した傷病者のうち心肺停止の傷病者について詳細に質問した。

心肺停止状態で119番通報した施設数は4施設で、そのうち3施設で死後硬直等により不搬送となったケースがある。一方で、問4-5は、救急要請事案のうち、DNAR意思とDNAR指示を確認して不搬送になった件数を質問しているが、死後の時間経過が長いことによる不搬送は約1割の施設で確認されたが、DNAR指示を意思に確認して不搬送に至る事案がほとんどない現状がわかった。

また、在宅から医療へのアクセス手段の課題については、9割の施設が未だに課題ありと回答しており、主な課題は人員や車両等ソフト面での体制整備によるものであった。

民間救急車等の質問については、診療所同様半数以上が知らないと回答しているが、約7割で対応可能なケースもあると回答しており、利用の希望についても、約7割の施設でケースによっては利用したいと回答している。

民間救急車等の活用について、有料サービスであることや、家族の理解など様々な課題はあるものの、前述の傷病者自身による緊急度判定ツールと並行して、民間救急車等の利用促進を行うことにより診療所からの転院搬送の適正化が期待できることがうかがえる結果となった。

## 5. 結語

本アンケート調査結果から、全国版救急受診アプリ（通称「Q助」）及び救急安心センター事業（#7119）の認知度の低さが浮き彫りとなった。

一方で、緊急走行しない病院救急車や民間救急車等の活用については多くのケースで利用可能であることがわかった。

今後は、更なる緊急度判定ツールや救急安心センター事業の普及と民間救急車等による搬送体制の一層の整備が両輪となって進められることが求められる。

## 6. 謝辞

本調査にご協力頂いた、下関市医師会会長飴山晶先生、理事松永尚治先生、伊藤裕先生はじめ、下関市医師会会員の先生方、下関市保健部、福祉部及び高齢者福祉施設関係者の皆様方に、心より感謝申し上げます。

## 7. 参考文献

- 1 令和5年版 救急救助の現況  
<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-5.html>
- 2 全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）  
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate003.html>
- 3 救急安心センター事業（#7119）  
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate008.html>

診療所、施設への各質問で頂いた自由記載回答の内容は、以下に纏めて掲載した

#### (診療所回答)

##### 質問4 自由記載—搬送依頼で困った内容 (診療所)

- ・専門医がいないと断られた
- ・病床がひっ迫し断られた時に困った
- ・眼の外傷で専門医が見つからなかった
- ・かかりつけ病院に連絡するも、救急当番でないからと断られた
- ・満床や、受け入れ体制の整備が不十分なケースがあった
- ・かかりつけ患者でもコロナ禍やベッドが満床につき断られる事があった
- ・急性心不全患者の受け入れ病院がなかなか見つからなかった
- ・コロナ禍で受け入れ先がなく、困った
- ・基幹病院に病診連携室を通じて救急患者受け入れをお願いしたが、断られることがあった
- ・輪番性病院の当番病院の日に医師の欠員があった
- ・土曜や夕方の転送先見つからず時間がかかった

##### 問7-1 自由記載—消防救急車に代わる搬送手段のメリット (診療所)

- ・病院・民間・消防救急車は基本的に搬送先が決まってから呼ぶので、どこでも変わらない
- ・消防救急車の出動回数が減少すると考えられる
- ・緊急度によって選択肢が広がる
- ・軽症で本来なら救急車の適応でない患者に利用する
- ・入院を依頼する病院の電話だけで済む
- ・不要なコールがなくなる
- ・消防救急車の手配がつかない時に有用
- ・必要な人に救急車を使える
- ・死亡確認を搬送先で行えるかもしれない
- ・社会的資源の保全、医療費削減になる
- ・救急隊の負荷軽減、救急医療への負担軽減、救急車の有効活用になる
- ・交通事故等で軽症の場合、民間救急車の利用がよい
- ・産科救急ではより高次病院の総合周産期母子医療センターでの治療が望ましいことがある  
総合周母センターは県外のことが多いため、消防救急車では県外搬送に難渋する場合があります
- ・救急で消防が出払って出動できない時に次の選択となる

##### 問7-2 自由記載—消防救急車に代わる搬送手段のデメリット (診療所)

- ・患者・家族の理解が必要
- ・救急搬送では搬送先からそのような提案があった事も、民間救急車の案内もこの10年間一度も無かった。検査依頼をした一箇所の病院からはある事があった
- ・安易な利用は控えたい
- ・お金がかかるため本人への説明、同意が必要

- ・急変しそうな患者の見極めが困難なことがある
- ・有料の場合、患者や家族から拒否されそうである
- ・信頼関係を築くことがまず優先される
- ・対応が遅れないか気になる
- ・一般人にとって消防救急車はコストがかからないので利用するメリットが少ない
- ・搬送先が見つからない場合がある
- ・不測の事態に対する対応はどうか
- ・医療トラブル時の責任の所在はどうか
- ・緊急性の高い症例は消防にお願いしたい気持ちがある
- ・料金の支払いが問題である

#### 問8 自由記載—アクセス手段の課題（診療所）

- ・介護タクシーの台数が少ない、介護タクシーの手配がつかない事がある
- ・全て搬送先を自院で決めないと（行き先が決まっていなくて）救急車が来てくれない
- ・引き受け病院を探すことが大変
- ・在宅や施設から病院紹介を依頼されることがあるが、病状判断難しくどの専門医に送ればよいかわからないことがある
- ・家族が同伴できない環境が多々見受けられる
- ・救急車が出払っていて到着までかなり時間がかかった事があった
- ・独居老人、認知症などで通院困難な例が多々ある
- ・身内の同乗を求められても近くに身内がいない
- ・田舎ほど公共交通手段に問題がある場合があり、家族が同居していない老人の通院が難しい
- ・消防救急車でなくても対応出来るケースがある
- ・自院から搬送先病院へのアクセス手段がスムーズにいかないため、緊急時に困ることがある
- ・同乗付き添いするヘルパーが足りない
- ・独居や老々介護、高齢者の場合救急車自体自力で呼ぶことができない

#### 問9 自由記載—高齢者救急に関する要望、意見（診療所）

- ・搬送先が決まらない場合、取り敢えず来て、搬送先確認を手伝って欲しい
- ・家族とのコミュニケーション
- ・当番性であっても、救急搬送患者のかかりつけの病院はその日が当番日でなくてもできるだけ受け入れて欲しい
- ・一般車両でよい場合は、救急車の利用は控えて欲しい。海外と同様に料金がとれるようにして欲しい
- ・これから高齢者が増加するため、今の体制では搬送困難が予想される
- ・独居高齢者の増加が見込まれるため、搬送先病院の対応に制度的なものが必要
- ・超高齢者であるとなかなか受け入れてくれない総合病院がある
- ・ACP、DNARについて住民への指導、教育に取り組んでいるが住民の関心が少ないと感じる



**(施設回答)**

**問8-1 自由記載—病院救急車、民間救急車活用のメリット (施設)**

- ・状態悪化が繰り返しおきると想定されている方も多いため、消防救急車より利用しやすい
- ・こちらが希望する病院を選択できる
- ・消防救急車搬送の対象でない症状時に専門職の同乗見守りがあれば安心して依頼出来る
- ・救急車が混在しているときの時間短縮ができる
- ・本来、救急車は急変時に使用するべきである
- ・消防救急車以外の救急搬送手段活用は、救急車が必要な傷病者のためになる
- ・一刻を争う患者の為に救急車を活用できる
- ・消防救急車が必要な所に早く着く
- ・緊急性は低い自力移動が困難な場合は利用しやすい
- ・対応の多様性と選択肢が増える
- ・消防救急車の対応にも限りがあるので、民間等を活用することで一刻を争う状態の患者の搬送を優先することが出来る
- ・施設職員の負担が軽減する
- ・病院救急車の場合はそのまま搬送可能となる (搬送先を探さないで済む)

**問8-2 自由記載—病院救急車、民間救急車活用のデメリット (施設)**

- ・緊急の際に受け入れに手間取りそうなイメージがある
- ・利用料金の負担が出来ないなど、病状だけで判断がしづらくなる
- ・搬送先は主治医が確保してから連絡するので、民間救急車を利用することのデメリットは特に思い浮かばない
- ・搬送先が見つからない場合はどうする
- ・どこに連絡するか等、仕組みからわからない
- ・予約が必要であれば不便である
- ・一般的に周知されていないので、救急対応が消防救急車と違う場合、患者が急変した場合、家族の苦情 (訴訟等) のリスクがある
- ・費用負担、時間の遅れが課題
- ・搬送による自費請求に、本人や家族が納得できるか不明
- ・消防救急車か民間救急車等のどちらを選ぶのか施設に判断をゆだねられると困る。民間救急車を選んだから、状態が悪化したと言われるのではないかと不安
- ・連絡先にばらつきがあり、すぐに呼ぶことが難しい
- ・県内外有料の為、お金がかかる

**問9 自由記載—在宅施設から医療へのアクセス手段の課題 (施設)**

- ・車椅子やストレッチャーで移送したほうがよいが、なかなか設備の整った車輛がない
- ・在宅利用者の細やかな変化に対応するのが難しく、救急対応してもらおうかどうかの判断も難しい
- ・受診時に同行するスタッフがいない。受診回数が多く、送迎で介護者が人員不足になる

- ・施設だからと入院に繋がらないことがある
- ・意思疎通が難しい
- ・車いす患者が受診する際介護タクシーの予約もとりづらく連れていくことが難しいと聞いた
- ・受け入れ病院が決定するまで時間がかかりすぎる事がある。グループ通話、チャット等を活用して同時に複数病院に問い合わせできないのか
- ・救急安心センター事業を知る人が増えると良いと思う
- ・土・日は病院が休みである為、連絡が取りにくい
- ・搬送要請前に事業者が総合病院への受け入れ有無を確認しなければならない。職員が手薄な時間帯などは、救急要請が精一杯でそれどころではない
- ・坂道があり、雪の日がタクシーは施設まで来てくれないので、緊急時に救急車が来れるのか心配がある。

#### 問 11 自由記載—高齢者救急搬送に対する要望、意見等（施設）

- ・何かの時には対応して頂き、大変助かっている
- ・受入先が決まるまで時間がかかる、長い場合は1時間近く出発しない事がある
- ・ACPを普及させて、不必要な救急搬送を減らすべきである
- ・情報の共有を一本化してほしい
- ・総合病院への搬送先を決めるのは救急隊にお願いできたら非常に助かる
- ・受け入れ病院を探すのに受診したことがあるか問われ、受診したことが無いと断られるケースがある
- ・ケアハウスは夜間職員がいないにもかかわらず、救急搬送後に見守りが必要な状態でも帰らされることがある。色々な施設があることを理解して頂きたい
- ・救急搬送をしない場合の対応の手順や条件等が曖昧であり、現時点では消防救急車による搬送が必要と考える

## 分担研究報告書

### 名古屋市におけるクリニックから病院へのアクセス手段の現状と課題

(分担研究者) 真弓俊彦 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院  
(研究協力者) 服部達哉 名古屋市医師会長  
寺本 隆 名古屋市医師会理事

#### 1. 背景と目的

近年、救急搬送数は増加の一途をたどり、現場までの到着時間や病院までの搬送時間の延長が報告されている<sup>1)</sup>。そのため、救急車の適正利用が訴えられ、傷病者や家族が自分で緊急度を知ることが可能な、全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）システム（Q助）や電話相談システム（#7119）などが導入されている<sup>23)</sup>。一方、民間救命士が同乗する民間救急車も増加し、病院救命士が配置され救命士が同乗する病院救急車の利用も増えて来ている。クリニックから病院へ救急搬送となることは少なくないが、その実態については不明である。

そこで、本研究では、名古屋市医師会の会員を対象に、緊急度判定システムの認知度、利用率や病院への搬送、民間救急車の認識などについてアンケート調査を行った。

#### 2. 対象・方法

名古屋市医師会に依頼し医師会所属の医師への（計464施設）に対し、緊急度判定システムや救急搬送についてのアンケートを依頼し、Google formに入力いただき集計した。調査期間は令和5年12月1日から1月31日とした。

質問項目は下記の通りとした。

1) 貴診療所は在宅療養支援診療所として厚生局に届出されていますか

- 2) 先生ご自身（医師）あるいは貴診療所の職員の皆さん（職員）は、全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）をご存じですか？
- 3) 先生ご自身（医師）あるいは貴診療所の職員の皆さん（職員）は、救急安心センター事業（#7119）をご存じですか？
- 4) 令和4年中に貴診療所、貴ご施設から119番通報して転院搬送を行ったことがありますか？
- 5) 令和4年中に119番通報した件数は何人ですか？
- 6) 転院先医療機関を選定する際、困ったことはありませんでしたか？
- 7) 具体的に困った内容を教えてください。（自由記載）
- 8) 先緊急走行しない、救急救命士が搭乗する病院救急車や、民間救命士が搭乗する民間救急車があることをご存じですか？
- 9) 貴診療所から転院搬送する場合、上記の病院救急車や民間救急車が整備されていた場合、119番通報せず、病院救急車や民間救急車で対応可能なケースもあると思いますか？
- 10) 病院救急車による迎え搬送や、有料の民間救急車による搬送体制が整備された場合、利用したいと思われますか？
- 11) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のメリットについて教えてください。（自由記載）

- 1 2) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のデメリットについて教えてください。(自由記載)
- 1 3) 在宅(施設含む)から医療へのアクセス手段について、課題があると思いますか?
- 1 4) 課題について具体的な内容を教えてください。(自由記載)
- 1 5) 高齢者救急搬送に対する要望、意見等について教えてください。(自由記載)

### 3. 結果

100名の医師から回答を得た。

- 1) 貴診療所は在宅療養支援診療所として厚生局に届出されていますか  
はい 34名(34%)、いいえ 66名(66%)であった。
- 2) 先生ご自身(医師)あるいは貴診療所の職員の皆さん(職員)は、全国版救急受診アプリ(愛称「Q助」)をご存じですか?  
a 医師も職員も概ね知っていて、利用したことがある者もいる。0名、b 医師も職員も概ね知っているが、利用したことがある者はいない。0名、c 医師は概ね知っているが、職員はほとんど知らない。6名、d 医師はほとんど知らないが、職員は概ね知っている。1名、e 医師も職員もほとんど知らないが、利用したことがある者はいない。2名、f 医師も職員もほとんど知らず、利用したことがある者はいない。90名であった。
- 3) 先生ご自身(医師)あるいは貴診療所の職員の皆さん(職員)は、救急安心センター事業(#7119)をご存じですか?  
a 医師も職員も概ね知っていて、利用したことがある者もいる。4名、b 医師も職員も概ね知っているが、利用したことがある者はいない。8名、c 医師は概ね知っているが、職員はほとんど知らない。11名、d 医師はほとんど知らないが、職員は概ね知っている。1名、e 医師も職員もほとんど知らないが、利用したことがある者はいない。76名であった。
- 4) 令和4年中に貴診療所、貴ご施設から119番通報して転院搬送を行ったことがありますか?  
はい 67名(67%)、いいえ 33名(33%)であった。
- 5) 令和4年中に119番通報した件数は何人ですか?  
1人 15名(15%)、2人 8名(8%)、3人 8名(8%)、4人 1名(1%)、5人 13名(13%)、6人 6名(6%)、10人 6名(6%)、11~20人 4名(4%)、30人 2名(2%)、50人 1名(1%)であった。
- 6) 転院先医療機関を選定する際、困ったことはありませんでしたか?  
はい 44名(44%)、いいえ 23名(23%)であった。
- 7) 具体的に困った内容を教えてください。(自由記載)  
(コロナ禍で)搬送先が決まらなかった13名、その他、満床、ER多忙、専門医不在で受け入れ不可などであった。
- 8) 緊急走行しない、救急救命士が搭乗する病院救急車や、民間救命士が搭乗する民間救急車があることをご存じですか?  
はい 57名(57%)、いいえ 43名(43%)であった。
- 9) 貴診療所から転院搬送する場合、上記の病院救急車や民間救急車が整備されていた場合、119番通報せず、病院救急車や民間救急車で対応可能なケースもありますか?  
a大いにある 10名(10%)、b半数程度はある 4名(4%)、c一部はある 23名

- (23%)、dほとんどない 20 名 (20%) であった。
- 1 0) 病院救急車による迎え搬送や、有料の民間救急車による搬送体制が整備された場合、利用したいと思われますか？
- a 是非、積極的に利用したい 9 名 (9%)、b ケースによっては利用したい 70 名 (70%)、c できれば 119 番通報して消防の救急車を利用したい 16 名 (16%)、d 全く利用したいとは思わない 5 名 (5%) であった。
- 1 1) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のメリットについて教えてください。(自由記載)
- 緊急度の低い場合に有用 12 名 (12%)、救急隊の負担を軽減できる 5 名 (5%)、救急車が利用できない時に有用、時間の節約になる、搬送前から患者情報を共有できるなどであった。
- 1 2) 消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のデメリットについて教えてください。(自由記載)
- 費用 19 名 (19%)、緊急時の対応 7 名 (7%)、消防救急車と民間といずれを呼ぶべきか迷う 3 名 (3%)、迅速性 3 名 (3%) などであった。
- 1 3) 在宅 (施設含む) から医療へのアクセス手段について、課題があると思いませんか？
- a 大いにある 25 名 (25%)、b 以前に比べれば改善したが、未だある 67 名 (67%)、c 課題は無い 8 名 (8%) であった。
- 1 4) 課題について具体的な内容を教えてください。(自由記載)
- 搬送先を選定しなければならない 10 名 (10%)、迅速性 3 名 (3%)、質のばらつき 2 名 (2%)、多職種の情報共有 2 名 (2%)、家族の理解度が低い 2 名 (2%) などであっ

た。

- 1 5) 高齢者救急搬送に対する要望、意見等について教えてください。(自由記載)
- 事前に ACP の確認がされていると良い、ACP を取得しても緊急時は家族も責任を負いたくないので、利用されない、家族が救命を強く希望するか否かで対応が変わる、ADL 不良例にどこまで行か、適正利用をもっと周知すべき、などであった。
- なお、Google Form 回答形式によるアンケート調査内容は、本報告書の最後に掲載した。

#### 4. 考察

医師会会員を対象とした本アンケート調査では、全国版救急受診アプリや緊急度判定システムの認知度は非常に低くほとんど利用されていないことが明らかとなった。

多くの医療機関で救急搬送を依頼しており、搬送先が決まらない、受け入れ困難を多くのクリニックが経験していることが示された。

救命士が同乗する民間救急車や病院救急車は半数以上の医師に認知されていたが、その利用は症例によって利用したいという医師が大半であった。しかしながら、費用や質の担保、急変時の対応などについて不安や課題を感じていることが示された。これに関しては民間救急車、病院救急車ともに各々のメディカルコントロール体制を整備し、質の保証を行う必要があると思われる。また、費用に関しては病院救急車に関しては令和 6 年度の診療報酬改定で下り搬送において加算が得られるようになったものの<sup>4)</sup>、クリニックから病院への、いわゆる上り搬送においては加算は依然なく、これらの民間や病院救急車利用を促進することにおいて今後の課題と考えられる。

#### 5. 結語

本アンケート調査からは、緊急度判定システムの周知が十分でないことや、民間や病院

救急車の利用の可能性はあるものの、更なる利用促進策が必要であることが伺えられた。

## 6. 謝辞

本アンケート調査にご協力頂きました、名古屋市の医師会（服部達哉会長）会員の先生方に篤く御礼申し上げます。

## 7. 参考文献

1. 令和4年版救急救助の現況. 総務省消防庁  
<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-4.html> アクセス 2024年4月11日
2. 総務省消防庁. 全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）.  
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate003.html> アクセス 2024年4月11日
3. 総務省消防庁. #7119（救急安心センター事業）関連情報  
<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate006.html> アクセス 2024年4月11日
4. 令和6年度診療報酬改訂について. 1. 個別改訂項目について. 厚労省  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001220531.pdf>  
アクセス 2024年4月11日

令和5年度 日本救急医療財団助成金交付事業 「地域包括ケア社会における、高齢者救急搬送受入れのあり方に関する調査研究（代表研究者 伊藤 重彦）」

## 分担研究報告書

### 消防機関による高齢者施設等への出動の現状と課題に関する調査研究

(研究分担者) 田邊晴山 (一般財団法人 救急振興財団 救急救命東京研修所)

#### 1. 背景と目的

消防機関による高齢者（満65歳以上の者）の救急搬送人員は年間およそ340万人（2021年）となっており、救急搬送全体（およそ550万人）の約62%を占め、10年間（2011年）で70万人（+26%）増加している<sup>1)</sup>。救急搬送人員数の増加に救急隊の増隊が追い付かず救急車の現場到着時間などが年々延長している状況において、救急搬送人員のおよそ2/3を占めつつある高齢者の救急搬送の実態や救急搬送の適正化への取り組みの状況を明らかにすることは今後の救急搬送体制の充実強化を図る上で重要である。

本調査は、全国における消防機関による高齢者搬送の実態と救急搬送適正化への取り組みの状況の明らかにすることを目的とする。

#### 2. 対象・方法

##### 1) 調査対象

対象は、都道府県の県庁所在地、または政令指定都市を所管する51消防本部とした。令和6年能登半島地震の影響により、調査の対象に金沢市消防局を含めなかった。

##### 2) 調査方法 オンラインアンケート調査 (Google<sup>®</sup>フォーム)

##### 3) 調査時期 2024年1月～2月

##### 4) 分析方法 単純集計

##### 5) アンケート調査項目

次の項目について調査した。具体的な質問項目は、本報告書の最期に掲載した。

##### ア) 救急搬送の状況

2021年中の全年齢と高齢者（65歳以上）における、ア 所管の人口(人)、イ 搬送人員数(人)、ウ イのうち心肺停止例(人)、エ イのうち発生場所が「(11) 老人ホーム：老人ホーム、老人保健施設等の老人の収容施設」の搬送人員数(人)、オ ウのうち心肺蘇生を望まなかった事例(人)、カ エのうち心肺蘇生を望まなかった事例(人)を調査した。2021年のデータがなければ、それに近い年のデータで代替することも可とした。

##### イ) 救急搬送の状況

2021年中の救急搬送困難事例の下記の発生状況について、調査した。「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」とし、総務省消防庁調査と同一基準を用いた。

##### ア 管轄内発生件数(件)、

##### イ アのうち、高齢者65歳以上の事例(件)

##### ウ イのうち、発生場所が「(11) 老人ホーム：老人ホーム、老人保健施設等の老人の収容施設」の事例(件)

##### ウ) 高齢者救急搬送への対応状況等

高齢者の救急搬送のデータ収集や適正化等の取り組みに関して、各本部の次の状況について調査した。

##### ア 高齢者施設での救急要請基準の有無 (有・無) 「有」の場合：その基準

イ 管轄内の高齢者施設ごとの救急搬送人員数のデータの収集の有無（有・無）

ウ 管轄内の高齢者施設のなかで救急搬送人員数の多い施設を対象とした適正利用の働きかけの有無（有・無） 「有」の場合：具体的内容（自由記載）

エ 高齢者施設からの救急搬送について、貴消防本部（もしくは担当者）が抱えている課題（例：搬送困難事例が多い。かかりつけ医の関与が〇〇である）（自由記載）

オ 高齢者施設からの搬送について、より適正化するための方法に関するアイデア（自由記載）

カ 高齢者の救急搬送に関して、救急医療体制に関する研究者や日本臨床救急医学会などの学会に対する意見・期待（自由記載）

4) 搬送人員数のうち、心肺停止症例数と発生率

心肺停止症例数：平均値 984、中央値 463、最大値 12,679、最小値 169

搬送にしめる心肺停止の割合：平均値 2.3%、中央値 2.2%、最大値 4.0%、最小値 1.7%

<高齢者（65 歳以上）>

1) 人口に占める高齢者の割合人口に占める高齢者の割合

平均値 28.1%、中央値 28.8%、最大値 32.6%、最小値 20.4%

2) 高齢者搬送人員数

平均値 31,820、中央値 12,888、最大値 337,224、最小値 5,022

3) 高齢者搬送割合（全搬送人員に占める高齢者の割合）

平均値 62.1%、中央値 62.4%、最大値 72.6%、最小値 53.5% ※外れ値の一都市を除く

4) 高齢者搬送人員数のうち、心肺停止症例とその発生率心肺停止症例数：平均値 766、中央値 362、最大値 9,826、最小値 117 搬送にしめる発生率：平均値 2.9%、中央値 2.9%、最大値 3.7%、最小値 1.8%

5) 高齢者搬送にしめる高齢者施設※からの搬送の割合

※高齢者施設は、消防庁「救急救助の現況」の「(11) 老人ホーム：老人ホーム 老人保健施設等の老人の収容施設」に該当する施設

平均値 9.1%、中央値 12.6%、最大値 23.4%、最小値 0.4%

消防本部間のばらつきが大きく、19 本部が 1.0%未満である一方で、28 本部で 10%を超えていた。

### 3. 結果

調査対象とした51消防本部すべてから回答が得られた。(回収率 100%)

項目ごとの回答状況

(ア) 救急搬送の基本的な状況

〈全年齢〉

1) 所管の人口

平均値 1,019,311、中央値 474,926、最大値 13,161,289、最小値 189,596

都道府県の県庁所在地と政令指定都市を所管する消防本部を対象とする調査であったが、最大と最小で 69 倍の格差があった。

2) 年間の搬送人員数

平均値 108,896、中央値 20,260、最大値 630,287、最小値 7,606

最大と最小で 83 倍の格差があった。

3) 搬送率（年間の搬送人員数／所管人口）

平均値 4.6%、中央値 4.3%、最大値 4.8%、最小値 4.0%



6) 高齢者の心肺停止事例のうち心肺蘇生を望まなかった割合

平均値 3.6%、中央値 2.3%、最大値 22.7%、最小値 0.1%

消防本部間のばらつきが大きく、6本部が1.0%未満である一方で、3本部で10%を超えていた。データがない本部も6本部あった。

(イ) 搬送困難事例の発生状況

1) 救急搬送困難事例の発生数（全年齢）

平均値 2,281、中央値 347、最大値 52,512、最小値 0

2) 全救急搬送人員数に占める救急搬送困難事例の発生割合（全年齢）

平均値 2.3%、中央値 1.5%、最大値 13.3%、最小値 0.0%

3) 救急搬送困難事例に占める高齢者の割合（全年齢）

平均値 55.5%、中央値 58.0%、最大値 75.9%、最小値 0.0%

4) 救急搬送困難事例に占める高齢者施設※からの搬送の割合

※高齢者施設は、消防庁「救急救助の現況」の「(11) 老人ホーム：老人ホーム、老人保健施設等の老人の収容施設」に該当する施設

平均値 8.4%、中央値 7.8%、最大値 20.9%、最小値 0.0%

(ウ) 高齢者救急搬送への対応状況等

1) 高齢者施設での救急要請基準の有無（有・無）

あり 4本部(7.8%)、なし 47本部(92.2%)

2) 管轄内の高齢者施設ごとの救急搬送人員数のデータの収集の有無（有・無）

あり 4本部(7.8%)、なし 47本部(92.2%)

3) 管轄内の高齢者施設のなかで救急搬送人員数の多い施設を対象とした適正利用の働きかけの有無（有・無）

あり 4本部(7.8%)、なし 47本部(92.2%)

4) 管轄内の高齢者施設のなかで救急搬送人員数の多い施設を対象とした適正利用の働きかけの具体的な内容

・救急搬送時に使用する救急搬送情報提供書を作成し使用を促している。

・適正利用、救急電話相談ポスターの配布などを行っている。

・前年の救急要請件数が多く、他の施設と比べて軽症率の高い施設や医療機関選定困難事案が発生した高齢者施設を中心に、救急要請に備えた事前対策等について、「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」などを示して、管轄する消防署から協力を求めている。

・年一回程度、市内高齢者施設を対象とした集合研修を実施している。

・救急隊が高齢者施設と顔の見える関係の構築や速やかな搬送に繋げるよう直接訪問している。

5) 高齢者施設からの救急搬送について、貴消防本部が抱えている課題について

（自由記載）

(1) 医療機関・医師との連携不足

・高齢者施設と提携している往診医への協体制が整っていない。

・救急隊を要請しながら、現場到着した際にはすでに医師が不在になっている場合などがある。

・夜間や休日は施設の嘱託医が対応してくれない一方で、受け入れ要請を行った医療機関の医師からは嘱託医に診察をしてもらい、その嘱託医の方から連絡が欲しいと言われることがあり、対応に苦慮する。

・医師からの 119 番通報の場合には、医師に搬送先医療機関の選定を依頼することを原則としているが、施設担当医が現場にはいないことが多く、搬送先医療機関を選定してくれない場合がある。

・囑託医が搬送先の選定も含めて、救急隊に救急対応の業務を丸投げする場合がある。

・医師からの転院搬送であっても、診療情報などの提供が乏しく、搬送先の選定も救急隊に依存している状況がある。

・施設には協力先の医療機関や囑託医がいることを宣伝しておきながら、救急対応への医療機関や医師の関与が希薄な場合がある。

・施設側によって搬送先医療機関が選定されていない場合、消防機関が搬送先を選定するが、選定のために電話をした医療機関からは、「協力病院には連絡をしたのか」「協力病院がまず受け入れるべきではないか」などと言われることがある。

#### (2) 施設職員の情報提供・対応不足

・施設職員から必要な傷病者情報(病歴)を得られないケースが多い。

・施設職員による傷病者のカルテやサマリーなどの準備がなく、傷病者情報の取得に時間を要する。搬送開始までに時間を要することになる。

・救急隊に対して傷病者の情報提供を行うことが可能な職員が限られている。

・施設に入居間もない傷病者の場合、搬送に必要な傷病者情報が取得できない場合がある。

#### (3) DNAR、ACP に関連すること

・傷病者の DNAR への希望について、施設が把握していないことが多い。

・その情報があったとしても DNAR の希望の確認に時間がかかる。

・DNAR や ACP などへの対応が不十分である。傷病者本人が DNAR を希望していても、

その希望に配慮せずに、あるいは対応についての教育や方針が十分にされていないために、救急要請している事例がある。

#### (4) 救急要請の適切性

・救急要請の必要性が低いことが分かっているながら、自施設での対応の負担を避けるために救急要請している。その場合には、搬送先医療機関がなかなか見つからない。

・感冒程度でも救急要請をするなど、救急要請を安易に行うモラルの低い施設が散見される。

・民間救急搬送業者や介護タクシーでも移送可能と考えられるが、そのような手続きを取ろうとせずに安易に 119 番通報する傾向がある。

・施設側は訴訟の危険性があり、重症度に関係なく(例:転倒し頭部をぶつただけで、傷病者からの痛み等の訴えや明らかな外傷が無くても、施設のルールで救急要請する取り決めとなっている)、施設で発生した急病や怪我等について救急車を要請せざるを得ない実情がある。

・明らかな症状が発熱のみで救急搬送の要請があった場合には、収容する医療機関が決定するのに時間を要する。

・心停止事案であっても、発見から 30 分後に通報がなされるなど、緊急性が低いと考えられる事案が多い。

・施設内の対応体制が整っておらず、119 番通報が遅れるケースがある。

#### (5) 患者等搬送事業者の活用

・夜間は民間搬送事業者の営業外となり、消防機関に頼っている状況がある。

・民間搬送事業者の利用手続きに手間がかかるため、119 番通報のみで利用できると考えられている救急車を利用する傾向がある。

・酸素投与が可能な患者等搬送事業者が不足しており、それによる救急要請が多い。

- ・患者等搬送事業者の有効活用は課題である。
- ・協力医療機関への傷病者の搬送は、安易に消防救急車を要請せずに、実施施設の患者搬送者や実施施設のスタッフを活用するようにしてほしい。

#### (6) 施設職員の救急車同乗・搬送体制

- ・施設職員の救急車への同乗が難しい。
- ・施設自らが搬送手段や対応スタッフを用意せずに、消防機関の救急車や職員に救急対応を依存している。
- ・夜間は施設職員が少ない時には、救急車へ施設の職員が同乗しない場合がある。一方で、医療機関からは施設の職員の同乗を要請される場合がある。
- ・傷病者の意思決定をする家族や関係者と連絡が取れず、一方で医療機関からはそのような者の来院を求められ、対応に苦慮する。
- ・施設によって医師が常駐していたり、看護師のみが常駐していたり、医療従事者がいない施設など、施設の医療体制は様々であり、入所者の急変時における対応に差が生じている。それらに合わせて救急隊が対応するのに負担を感じている。

6) 高齢者施設からの搬送について、より適正化するための方法に関するアイデア（自由記載）

#### (1) 施設と医療機関との連携強化

- ・高齢者施設と連携、協力関係にある医療機関による一時的な受入体制の確立。症状の鎮静化を図りつつ、入院先を探すなどの体制が望ましい。
- ・施設医による介入体制（オンライン診察含む）の確立により、施設内で自己完結できるようにする。
- ・かかりつけ医や施設医（往診医）、看護師との連携強化により、適時・適切な救急要請や搬送医療機関の調整を促進する。

- ・連携病院などによる患者の受入れ体制の強化や、救急告示病院も含めたネットワーク作りを行う。

- ・施設から主治医・搬送希望医療機関へ（救急車要請前に）照会が行われることで適正化につながる。

- ・高齢者の受け入れを行う医療機関へのインセンティブを増加させる。

- ・高齢者の受け入れのみ行う医療機関（発熱＋整形対応など総合診療が可能）の設置により、搬送がスムーズになる。

- ・入院施設がある医療機関と契約し、CPAなどの緊急性が高い場合を除き施設若しくは医療機関の車で搬送する（ベッド満床の場合でも、契約した医療機関が責任を持って転院先を決める）。

#### (2) 施設職員の教育・研修

- ・施設職員、提携の医師、提携の医療機関、本人・家族とのコミュニケーションを密にして、緊急時の対応や ACP・DNAR についての正しい理解と共通の認識を持ってもらう。

- ・施設職員に対する救急対応講習を実施する。
- ・施設職員の救急車適正利用についての知識や心肺蘇生のスキルアップを図るための効果的な広報活動を行う。

救急隊員の地域包括に関する理解度を深める研修、訓練を実施する。

#### (3) 適正利用のためのガイドライン・マニュアルの作成

- ・救急要請をする場合の要件を明確化する。
- ・搬送先に関するルール作りを行う・救急要請が多い施設の要因分析及び改善措置を行う。

- ・福祉担当部局と共同で作成する救急要請基準の策定又は改正を行う。

- ・他市で導入されている、“高齢者福祉施設における救急要請ガイドライン”等の策定が必要であると考える。

・救急要請する基準、判断に関すること（施設間の差が大きい）を整理する。

・救急要請の基準、往診医が対応する基準を厚生労働省が作成する。

#### （４）救急隊への情報提供の標準化

・高齢者施設関係者・救急隊・搬送先医療機関が円滑に傷病者情報を共有できるよう、「情報提供シート」を作成し、活用する。

・県下もしくは地域MC下で統一した傷病者情報シートやDNARの意思を明記する書類を作成し、救急要請時には、介護施設職員は救急隊に遅滞なく提供できるようにする。

・救急搬送情報提供書を地域での共通認識とすること（施設、行政、消防、医療）。

・消防側が作成した用紙（救急搬送時に必要とされる情報）を高齢者施設に配布し、救急搬送時に提出してもらうことにより、現場滞在時間の短縮を図る。

・施設入所時にDNARや救急要請時に必要な情報を書面で記録、保存し定期的に更新する。

#### （５）意思決定支援の強化

・DNARについて、本人や家族・掛かりつけ医・高齢者施設側で話し合い、本人の意思を尊重し、救急要請に至らない状況を作ることが大切である。

・DNARの意思表示等マイナンバーカード（健康保険証）等に取り込み、救急隊が内容を閲覧でき、救急搬送の際対応を迷わないようにする。

・ACPの普及啓発と救急医療体制の現状に関する諸課題を連動させる。

・高齢者施設内でのDNARの情報共有をしっかりと行うために、マイナンバーカードなどを利用した地域包括ケアのシステム上の活用を図る。（本人の尊厳が守られ、不要なCPRを防ぐことができる。ひいては救急車の適正利用につながると思われる。）

#### （６）代替搬送手段の活用

・施設が保有する車両や民間救急車を積極的に活用し、高齢者施設からの移送体制の確立または拡充を図る。

・緊急度、重症度の低いと思われる傷病者の搬送については、民間の患者搬送事業者を積極的に活用するよう、県下の担当課からの周知広報を強化する。

・軽症であれば施設の送迎者等を活用し、自力で病院受診すべきである。

・明らかな軽症者へ民間救急サービスの利用促進を図る。

#### （７）相談・トリアージ体制の強化

・囁託医に連絡が付かなかった場合、地域の当番病院が高齢者施設の相談ダイアル的な役割を担う。

・＃7119の活用促進を図る。

・コールトリアージから民間搬送事業者へ繋ぐ。

・まずは往診医師（提携医師）の介入が重要。診察の結果での119番要請や民間搬送事業者の選択などを判断していただければと考える。」・特に夜間の介護職員のみ勤務時の救急要請が多いため、救急要請するべきか＃7119のような相談窓口と、訪問診療医派遣体制の構築が必要である。

#### （８）情報発信・広報活動の強化

・令和5年9月から、市ホームページに高齢者施設職員向けのページを作成し、円滑な救急活動につなげている。また、同ページに予防救急に関することや救急要請に迷った時の対応窓口についても掲載したことで、適正利用の一助になることを期待している。

・県担当部局から適正利用と救急要請のマニュアル等通知する。

・不適正利用の事例等を明示した通知の発出を行う。

7) 高齢者の救急搬送に関して、救急医療体制に関する研究者や日本臨床救急医学会などの学会に対する意見・期待（自由記載）

(1) 高齢者施設と医療機関との連携強化

・救急隊は、搬送医療機関さえあれば困ることはない。よって、各高齢者施設は、事前に医療機関との連携を構築する必要があると思う。

・高齢者にかかりつけ医がいた場合、どういった状況でどう対応するのか。救急搬送先について事前に定めておくなどの方策の徹底をさらに図ってほしい。

・高齢者施設に勤務する看護師や介護士向けの研修を実施してほしい。

・コースの策定（観察要領、DNARACP について等）を期待する。

・医療機関と高齢者施設(全国老人保健施設協会等)との間で緊急時の連携がどこまで行われているか疑問である。例えば夜間及び休日での急患対応など。

・高齢者施設には、基本的に医師が勤務、または、医師または看護師が関与していると思われるので、搬送先医療機関の手配等、救急要請時の対応について、予め職員と調整してほしい。

(2) DNAR に関する全国統一のガイドライン作成、ACP の推進

・全国的に統一された DNAR 指示の出ている傷病者対応時のプロトコルの作成を期待する。

・人生の最終段階にある心肺停止傷病者に対する法的な担保を国で統一してもらいたい。

・DNAR についての考え方や書面を全国で統一してもらいたい。

・医学的視点から DNAR に対する方針を示していただけることを期待している。

・ACP (アドバンスケアプランニング) の推進

・傷病者の意思を尊重し、不必要な救急搬送を抑制するため、ACP の取組みを推進していただきたい。アドバンスケアプランニングのさ

らなる普及、緊急度判定システム等の普及による不要不急の救急搬送の減少を期待する。

・ACP を始めとした人生における終末期の方向性を個人及びその家族が決定共有するという行動の啓発がまだ十分でないと思われる。学会ならでの、データ、エビデンスに基づいた広報をマスメディア等の媒体を通じて行うことを期待している。

・ACP 関係者への救急車適正利用及び DNR 広報の徹底を望む。

(3) 救急要請の適正化に関する研究啓発活動

・今回のアンケート調査の結果等について、学会等で発表することを期待する。

・本研究の結果を受け、高齢者施設からの救急要請の適正化に関する協議の場を設けることで、救急需要対策に繋げていただくことを期待したい。

・高齢者施設に対し、h 救急要請マニュアル等を作成している本部等のその効果についての研究を行ってほしい。

・引き続き、上記以外に関してもデータエビデンスに基づいた提言を期待している。

・効果的な広報活動や素材の提供があるとよい。

(4) 高齢者救急医療体制の整備

・高齢者の救急受入強化。そのためにも、入院ベッドなどの増設や医療を施せる能力を有した施設などの開設を期待する。

・地域包括ケアシステムの中の救急車の立ち位置を明確にし、消防救急車以外の搬送のリソースも活用しながら、適切な救急業務となるような制度作りを行ってほしい。

・搬送困難事例となった場合、一時的に病院が受入れる体制があれば、救急車の不足を回避できると考えられる。

・地域包括ケアシステム体制の更なる取組み強化充実に向けた方策の立案や提言を期待する。

#### (5) その他

・本人が希望する処置を示すことができる体制づくりへの期待(例)免許証、身分証に組み込む、または現在の保険証の臓器提供意思表示項目にDNARを追記し、その有効性を強調した広報を行う。

・看取りの研究をお願いしたい。

・救急学会のみではなく、高齢者施設を管轄する組織を巻き込んだ議論をすることを希望する。

・傷病者本人だけでなく、家族にも理解してもらうため、DNARの内容(目的や意味等)をCMや番組で広報してほしい。

・高齢者の救急搬送における課題を明確にし、その問題点への抜本的な取組みを期待する。

### 4. 考察

本調査の結果から、高齢者施設からの救急搬送における様々な課題などが浮き彫りになった。データ収集、高齢者施設と医療機関との連携不足、施設職員の情報提供・対応不足、DNAR・ACPに関する対応の不十分さ、救急要請の適切性の問題、代替搬送手段の活用不足などが主な課題として挙げられた。

#### 1) データ収集の課題

「高齢者搬送に占める高齢者施設からの搬送の割合」については、19本部が1.0%未満である一方で、28本部で10%を超えており、消防本部ごとに大きなばらつきが見られた。地域によって高齢者施設への入居率などに多少の差異はあるものの、10%を超える格差は一般的ではない<sup>2)</sup>。このことを考慮すると、様々な高齢者施設の形態がある中で、「(11) 老人ホーム：老

人ホーム、老人保健施設等の老人の収容施設」に含まれる範囲が、消防本部ごとに大きく異なることが示唆される。今後、「高齢者施設」や「老人ホーム」等の定義をより明確にすることが求められる。

同様に、「高齢者の心肺停止事例のうち心肺蘇生を望まなかった割合」についても、消防本部ごとに大きなばらつきが確認された。何をもって「心肺蘇生を望まなかった」とするのか、その定義の違いが消防本部ごとに大きく異なることが示唆される。こちらについても、今後、定義をより明確にする必要がある。

#### 2) 高齢者施設と医療機関との連携不足への対策

全救急搬送人員数に占める高齢者の割合(平均62.1%)と、救急搬送困難事例に占める高齢者の割合(平均値55.5%)を比較したところ、大きな差は見られなかった。この調査結果から、対象となった消防本部全体において、高齢者が特に救急搬送困難に陥りやすい状況にあるとは言えないことが明らかになった。

しかし、高齢者施設と医療機関との連携については、往診医への協力体制の不備、夜間・休日における嘱託医の対応の問題、搬送先医療機関の選定に関する医師の関与の希薄さなどが指摘された。これらの課題に対しては、高齢者施設と連携・協力関係にある医療機関による一時的な受入体制の構築、施設医によるオンライン診察を含めた介入体制の確立、かかりつけ医との連携強化による適時・適切な救急要請の促進などの対策が提案された。

3) 施設職員の情報提供・対応不足への対策  
施設職員の情報提供・対応不足に関しては、必要な傷病者情報の提供が不十分であること、

情報提供に時間を要することなどが問題点として挙げられた。これらの課題への対策として、施設職員に対する教育・研修の実施、救急車適正利用についての知識や心肺蘇生のスキルアップを図るための効果的な広報活動などが提言された。

#### 4) DNAR・ACP に関する対応の不十分さへの対策

DNAR・ACP に関する対応の不十分さについては、傷病者の DNAR の希望の確認に時間がかかること、施設による DNAR・ACP への対応が不十分であることなどが指摘された。これらの課題に対しては、DNAR について本人や家族、掛かりつけ医、高齢者施設側での話し合いを通じて本人の意思を尊重する体制づくり、DNAR の意思表示をマイナンバーカード等に取り込むことによる救急隊の対応の迷いの解消、ACP の普及啓発と救急医療体制の現状に関する諸課題の連動などの対策が提案された。

#### 5) 救急要請の適切性の問題への対策

救急要請の適切性の問題については、緊急性が低いと考えられる事案での救急要請、安易な救急要請、自施設での対応の負担を避けるための救急要請などが課題として挙げられた。これらの課題への対策として、救急要請をする場合の要件の明確化、搬送先に関するルール作り、救急要請が多い施設の要因分析及び改善措置、福祉担当部局と共同での救急要請基準の策定・改正などが提言された。

#### 6) 代替搬送手段の活用不足への対策

代替搬送手段の活用不足に関しては、夜間における民間搬送事業者の営業外、民間搬送事業者の利用手続きの煩雑さなどが問題点として指摘された。これらの課題への対策として、施設保有車両や民間救急車の積極的な活用

による高齢者施設からの移送体制の確立・拡充、緊急度・重症度の低い傷病者の搬送における民間の患者搬送事業者の積極活用などが提案された。

#### 7) 救急医療体制に関する研究者や学会への期待

また、救急医療体制に関する研究者や学会に対しては、DNAR に関する全国統一のガイドライン作成、ACP の推進、救急要請の適正化に関する研究・啓発活動、高齢者救急医療体制の整備などへの期待が寄せられた。特に、全国的に統一された DNAR 指示の出ている傷病者対応時のプロトコルの作成、人生の最終段階にある心肺停止傷病者に対する法的な担保の国による統一、傷病者の意思を尊重し不必要な救急搬送を抑制するための ACP の取組み推進、高齢者施設に対する救急要請マニュアル等の効果についての研究、高齢者の救急受入強化のための入院ベッドの増設や医療を施せる能力を有した施設の開設などが期待された。

#### 8) 多職種・多機関の連携の重要性

高齢者の救急搬送における課題解決には、高齢者施設、医療機関、消防機関、行政、学会等の多職種・多機関の連携が不可欠である。本調査で明らかになった課題と対策を踏まえ、関係者が一丸となって高齢者の救急搬送の適正化と救急医療体制の充実に取り組むことが強く求められる。そのためには、各関係機関の役割を明確化し、連携・協力体制を構築していくことが重要である。また、高齢者施設からの救急搬送の適正化に向けた取組みの好事例を収集・共有し、全国的な展開を図っていくことも有効であろう。

#### 9) 今後の展望

今後、本調査の結果を活用し、高齢者の救急搬

送をめぐる課題解決に向けた具体的な施策の立案・実施が期待される。高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送需要はさらに増加することが予想される中、限られた救急医療資源を効果的・効率的に活用するためにも、高齢者施設からの救急搬送の適正化と救急医療体制の充実喫緊の課題である。本調査が、そうした取り組みの推進に寄与することを期待したい。

## 5. 結論

高齢者の救急搬送の実態や救急搬送の適正化への取り組みに関するアンケート調査を実施した。高齢者施設からの救急搬送における様々な課題が明らかになった。多職種・多機関が連携し、施設と医療機関の連携強化、施設職員の教育、DNAR・ACPへの対応、救急要請の適正化、代替搬送手段の活用等の対策を推進することが求められる。

## 6. 謝辞

ご多忙の折に、本調査にご協力をいただいた都道府県の県庁所在地、または政令指定都市を所管する51消防本部の皆様にご心よりお礼を申し上げます。

## 7. 文献

1) 総務省消防庁 「令和4年版 救急救助の現況：救急編」

[https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg\\_r04\\_01\\_kyukyu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r04_01_kyukyu.pdf)

2) 厚生労働省「第4回 都市部の高齢化対策に関する検討会」資料 都道府県別65歳以上の高齢者向け施設・住まいの整備状況（平成25年8月27日）

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000018336.pdf>



# 1. 診療所、高齢者福祉施設対象に実施したアンケート調査内容（長岡、真弓研究）

I 在宅、施設におけるACP取組の現状と課題に関するアンケート調査（診療所）		
以下の質問に対する回答を回答欄（A, B, a～f）から選択してください。自由記載欄には、自由なご意見をご記入ください。		
問 1	貴診療所は在宅療養支援診療所として厚生局に届出されていますか	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 2-1	貴診療所では、看取りを実施されていますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 2-2	(→ A はいの場合) 令和4年中の看取り人数は何人ですか？ (令和4年1月1日～12月31日)	回答欄(数値記入) ( )人
問 2-3	{→ B いいえの場合} 看取りができない理由を教えてください。 a 看取りの対象となる患者さんがいない。 b 訪問診療を行っていない。 c 診療時間中は訪問診療（看取り）等に対応できない。 d 診療時間外は対応できない。 e その他（自由記載）	回答欄(○で囲む) a b c d e
問 3	在宅看取りに対する課題について教えてください。（自由記載）	
問 4	ACP（※1）に対する認知度について教えてください。 a 医療側及び患者側とも理解している。 b 医療側は理解していても患者側の理解が薄い。 c 患者側は理解していても医療側の理解が薄い。 d 医療側及び患者側とも理解が薄い。 ※1 ACPとは：将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセス、取り組みです。	回答欄(○で囲む) a b c d
問 5-1	貴診療所では、ACPについて患者さんや家族と話されていますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 5-2	(→ B いいえの場合) 先生が患者さんとACPを進めていく際に難しいと感じることは何ですか？ a ACPの進め方がわからない b 個々の患者さんで死期が近づいている、という判断が難しい。 c 外来でお話しする時間がない。 d 別に時間をとってACPの話を進めることが難しい。 e 元気で外来に来られた方にそのような話をすることができない。 f その他（自由記載）	回答欄(○で囲む) a b c d e f
問 6	貴診療所の患者さんがACPを進めていく上で必要と思われるものはなんですか？（複数回答可） a 時間 b 話に立ち会う看護師、あるいは専門家 c ACPを進めていくチーム、あるいは専門部署 d ACPに対する社会のコンセンサス e その他（自由記載）	回答欄(○で囲む) a b c d e
問 7	貴診療所ではACPに関する研修に参加していますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 8-1	ACPは進んでいると思われますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 8-2	(→ B いいえの場合) ACPが進まない理由についてご意見をください。（自由記載）	
問 9-1	コロナ禍において、患者さんが転院する際に、DNAR（※2について求められたことがありますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 9-2	(→ A はいの場合) DNAR（※2）について求められて困った内容を具体的に教えてください。（自由記載） ※2 DNARとは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。	
問 10-1	コロナ流行の経験からACP取組への意識変化がありましたか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 10-2	(→ A はいの場合) 意識変化の具体的な内容について教えてください。（自由記載）	
問 11	貴診療所において、患者さんとACPについてお話をするうえで、先生がご自身で工夫されていることは何ですか？（自由記載）	

I 在宅、施設におけるACP取組の現状と課題に関するアンケート調査（施設）		
以下の質問に対する回答を回答欄（A又はB、a～fから）から選択してください。自由記載欄にご意見をご記入ください。		
問 1	貴施設の施設形態を教えてください。 a 軽費老人ホーム b 養護老人ホーム c 生活支援ハウス d 介護老人保健施設 e 介護医療院 f 有料老人ホーム g サービス付き高齢者向け住宅 h 特別養護老人ホーム i グループホーム	回答欄(○で囲む) a b c d e f g h i
問 2-1	貴診療所では、看取りを実施されていますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 2-2	(→ Aはいの場合) 令和4年中の看取り人数は何人ですか？（令和4年1月1日～12月31日）	回答欄(数値記入) ( )人
問 2-3	(→ Bいいえの場合) 看取りができない理由を教えてください。 a 看取りの対象となる患者さんがいない。 b 訪問診療を行っていない。 c 診療時間中は訪問診療（看取り）等に対応できない。 d 診療時間外は対応できない。 e その他（自由記載）	回答欄(○で囲む) a b c d e
問 3	在宅看取りに対する課題について教えてください。（自由記載）	
問 4	ACP（※1）に対する認知度について教えてください。 a 施設側及び入所者側とも理解している。 b 施設側は理解していても入所者側の理解が薄い。 c 入所者側は理解していても施設側の理解が薄い。 d 施設側及び入所者側とも理解が薄い。 ※1 ACPとは：将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセス、取り組みです。	回答欄(○で囲む) a b c d
問 5-1	貴施設では、ACPについて患者さんや家族と話されていますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 5-2	(→Aはいの場合) ACPの中で、延命処置（心肺蘇生）を希望しない意思の確認はどうしていますか？ a 入所前、入所時あるいは入所後のいずれか時期に1回行っている。 b 入所後も定期的、あるいは複数回の確認を行っている。	回答欄(○で囲む) a b
問 5-3	どのような方が入所されたときに話し合われていますか？ a 入所者全員に確認している。 b 対象者を決めて確認している。 c その他（自由記載）	回答欄(○で囲む) a b c
問 6	施設としてACPにおける延命処置（心肺蘇生）を希望しない人への対応の仕方を明文化していますか？ a 明文化している。 b 明文化していないが対応の仕方は決まっている。 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（自由記載）	回答欄(○で囲む) a b c d
問 7-1	ACPで「延命処置（心肺蘇生）を希望しない意思」があることが事前に判明している入所者が心肺停止になった場合、どのように対応されていますか？ a 蘇生を行わず、施設で対応する。（原則、救急車は呼ばない。） b 蘇生を行わずに救急車を呼ぶ。 c 蘇生しながら救急車を呼ぶ。 d その他（自由記載）	回答欄(○で囲む) a b c d
問 7-2	上記7-1の場合に、医師と連絡を取れる体制ができていますか？ a 24時間常に連絡が取れる。 b 平日日中（診療所診療時間中等）のみ連絡が取れる。 c 連絡が取れない。	回答欄(○で囲む) a b c
問 8	貴診療所ではACPに関する研修に参加していますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 9-1	ACPは進んでいると思われますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 9-2	(→Bいいえの場合) ACPが進まない理由についてご意見をください。（自由記載）	
問10-1	コロナ禍において、患者さんが転院する際に、DNAR（※2）について求められたことがありますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問10-2	(→Aはいの場合) DNAR（※2）について求められて困った内容を具体的に教えてください。（自由記載） ※2 DNARとは、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。	
問11-1	コロナ流行の経験からACP取組への意識変化がありましたか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問11-2	(→Aはいの場合) 意識変化の具体的な内容について教えてください。（自由記載）	
問 12	貴施設で入所者さんとACPについてお話をするうえで工夫されていることは何ですか？（自由記載）	

Ⅱ. 在宅から医療へのアクセス手段の現状と課題を調査（診療所）		
以下の質問に対する回答を回答欄（A又はB、a～fから）から選択してください。自由記載欄には、自由なご意見をご記入ください。		
問 1	貴診療所は在宅療養支援診療所として厚生局に届出されていますか	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問 2	先生ご自身（医師）、貴診療所職員の皆さん（職員）は、全国救急受診アプリ（愛称「Q助」）をご存じですか？ a 医師も職員も概ね知っていて、利用したことがある者もいる。 b 医師も職員も概ね知っているが、利用したことがある者はいない。 c 医師は概ね知っているが、職員はほとんど知らない。 d 医師はほとんど知らないが、職員は概ね知っている。 e 医師も職員もほとんど知らないが、利用したことがある者はいる。 f 医師も職員もほとんど知らず、利用したことがある者はいない。	回答欄(○で囲む) a
		b
		c
		d
		e
		f
問 3	先生ご自身（医師）、貴診療所の職員の皆さん（職員）は、救急安心センター事業（#7119）をご存じですか？ a 医師も職員も概ね知っていて、利用したことがある者もいる。 b 医師も職員も概ね知っているが、利用したことがある者はいない。 c 医師は概ね知っているが、職員はほとんど知らない。 d 医師はほとんど知らないが、職員は概ね知っている。 e 医師も職員もほとんど知らないが、利用したことがある者がいる。 f 医師も職員もほとんど知らず、利用したことがある者はいない。	回答欄(○で囲む) a
		b
		c
		d
		e
		f
問4-1	令和4年中に貴診療所、貴ご施設から119番通報して転院搬送を行ったことがありますか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問4-2	(→Aはいいの場合) 令和4年中に119番通報した件数は何人ですか？	回答欄(数値記入) (        )人
問4-3	(→Aはいいの場合) 転院先医療機関を選定する際、困ったことはありませんでしたか？ a 困ることなくスムーズに調整できた。 b 受け入れ先が見つからず選定に困った。	回答欄(○で囲む) a
		b
問 4	(→bの場合) 具体的に困った内容を教えてください。(自由記載)	
問5-1	緊急走行しない、救急救命士が搭乗する病院救急車や、民間救命士が搭乗する民間救急車があることをご存じですか？	回答欄(○で囲む) A はい B いいえ
問5-2	(→Aはいいの場合) 貴診療所から転院搬送する場合、上記の病院救急車や民間救急車が整備されていた場合、119番通報せず、病院救急車や民間救急車で対応可能なケースもあると思いますか？ a 大いにある。 b 半数程度はある c 一部はある。 d ほとんどない。	回答欄(○で囲む) a
		b
		c
		d
問 6	病院救急車による迎え搬送や、有料の民間救急車による搬送体制が整備された場合、利用したいと思われませんか？ a 是非、積極的に利用したい。 b ケースによっては利用したい。 c できれば119番通報して消防の救急車を利用したい。 d 全く利用したいとは思わない。	回答欄(○で囲む) a
		b
		c
		d
問7-1	消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のメリットについて教えてください。(自由記載)	
問7-2	消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のデメリットについて教えてください。(自由記載)	
問8-1	在宅（施設含む）から医療へのアクセス手段について、課題があると思いますか？ a 大いにある。 b 以前に比べれば改善したが、未だある。	回答欄(○で囲む) a
		b
問8-2	(→a、bの場合) 課題について具体的な内容を教えてください。(自由記載)	
問 9	高齢者救急搬送に対する要望、意見等について教えてください。(自由記載)	

II. 在宅から医療へのアクセス手段の現状と課題を調査（介護施設用）		
以下の質問に対する回答を回答欄（A又はB、a～iから）から選択してください。自由記載欄には、自由なご意見をご記入ください。		
問1	貴施設の施設形態を教えてください。	回答欄（○で囲む）
	a 軽費老人ホーム	a
	b 介護老人ホーム	b
	c 生活支援ハウス	c
	d 介護老人保健施設	d
	e 介護医療院	e
	f 有料老人ホーム	f
	g サービス付き高齢者向け住宅	g
	h 特別介護老人ホーム	h
	i グループホーム	i
問2-1	貴施設職員の皆さん（職員）、入所者ご家族（家族）は、全国版救急受診アプリ（愛称「Q助」）をご存じですか？ a 職員も家族も概ね知っていて、利用したことがある者もいる。 b 職員も家族も概ね知っているが、利用したことがある者はいない。 c 職員は概ね知っているが、家族はほとんど知らない。 d 職員はほとんど知らないが、家族は概ね知っている。 e 職員も家族もほとんど知らないが、利用したことがある者はいる。 f 職員も家族もほとんど知らず、利用したことがある者はいない。	回答欄（○で囲む） a b c d e f
問3-1	貴施設職員の皆さん（職員）、入所者ご家族（家族）は、救急安心センター事業（#7119）をご存じですか？ a 職員も家族も概ね知っていて、利用したことがある者もいる。 b 職員も家族も概ね知っているが、利用したことがある者はいない。 c 職員は概ね知っているが、家族はほとんど知らない。 d 職員はほとんど知らないが、家族は概ね知っている。 e 職員も家族もほとんど知らないが、利用したことがある者はいる。 f 職員も家族もほとんど知らず、利用したことがある者はいない。	回答欄（○で囲む） a b c d e f
問4-1	令和4年中に貴診療所、貴ご施設から119番通報して転院搬送を行ったことがありますか？	回答欄（○で囲む） A はい B いいえ
問4-2	（→Aはの場合）令和4年中に119番通報した件数は何人ですか？	回答欄（数値記入） （ 人）
問4-3	（→3-2の119番通報した人数のうち）心肺停止状態で救急搬送された件数は何人ですか？	回答欄（数値記入） （ 人）
問4-4	（→3-2の119番通報した人数のうち）救急隊到着後に死後硬直等により、救急隊の判断で不搬送（警察に引継ぎ）となった件数は何人ですか？	回答欄（数値記入） （ 人）
問4-5	（→3-2の119番通報した人数のうち）救急隊到着後に救急隊からかかりつけ医等に連絡して、心肺蘇生を中止してかかりつけ医等に引き継いだ件数は何人ですか？	回答欄（数値記入） （ 人）
問4-6	（→3-3の心肺停止状態で搬送された人数のうち）搬送先で死亡が確認され、死亡退所となった人数は何人ですか？	回答欄（数値記入） （ 人）
問4-7	（→3-3の心肺停止状態で搬送された人数のうち）ACPやDNRの対象の方が救急搬送された件数は何人ですか？	回答欄（○で囲む） （ 人）
問5	貴施設では、入所者の急病時に搬送先医療機関を選定する仕組みがありますか？	回答欄（○で囲む） A はい B いいえ
問6-1	緊急走行しない、救急救命士が搭乗する病院救急車や、民間救命士が搭乗する民間救急車があることをご存じですか？	回答欄（○で囲む） A はい B いいえ
問6-2	（→Aはの場合）貴診療所から転院搬送する場合、上記の病院救急車や民間救急車が整備されていた場合、119番通報せず、病院救急車や民間救急車で対応可能なケースもあると思いますか？ a 大いにある。 b 半数程度はある。 c 一部はある。 d ほとんどない。	回答欄（○で囲む） a b c d
問7	病院救急車による迎え搬送や、有料の民間救急車による搬送体制が整備された場合、利用したいと思われますか？ a 是非、積極的に利用したい。 b ケースによっては利用したい。 c できれば119番通報して消防の救急車を利用したい。 d 全く利用したいとは思わない。	回答欄（○で囲む） a b c d
問8-1	消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のメリットについて教えてください。（自由記載）	
問8-2	消防救急車に代わり病院救急車や有料の民間救急車を利用する際のデメリットについて教えてください。（自由記載）	
問9-1	在宅（施設含む）から医療へのアクセス手段について、課題があると思いますか？ a 大いにある。 b 以前に比べれば改善したが、未だある。	回答欄（○で囲む） a b
問9-2	（→a、bの場合）課題について具体的な内容を教えてください。（自由記載）	
問10	医療機関受診のタイミングを主治医等に相談する頻度について教えてください。 a 症状発症時に1回のみ。 b 症状発症時、以後、毎日確認。 c 症状発症時、以後、変化があった場合に。 d その他（自由記載）	回答欄（○で囲む） a b c d
問11	高齢者救急搬送に対する要望、意見等について教えてください。（自由記載）	

## 2. 病院内科医師対象に実施したアンケート調査内容（福島研究）

### ACP および DNAR 取組の現状と課題に関するアンケート調査(対象 病院内科医師)

該当する項目を○で囲んでください。またご自由記載欄にも記載ください。

1. 先生が診ておられる、あるいは過去に診ておられた患者さんのうち、先生が「死期」が近づいている、と感じる患者さんはおられますか？  
(はい・いいえ)

2. それほどのような情報に基づいて判断されますか？（複数回答可）
- a 患者さんの年齢
  - b 症状の明らかな悪化
  - c ADL の悪化、フレイルの進行
  - d 医療機関受診や入院回数が増えていた時
  - e 患者さんやご家族からDNARについて話したいとの申し出があった時
  - f その他
- (自由記載： )

3. その際、DNARについてお話されますか（されましたか）？  
(はい・いいえ)

(はいの場合) 先生がDNARについてお話しされる際にご自身で工夫されていることがありました

4. コロナ禍において、救急患者さんを他院へ転送する際に、搬送先から DNARについて求められたことがありますか？（はい・いいえ）

はい) の場合

DNARについて求められて困ったことがありましたら具体的に教えてください。

(自由記載： )

5. 救急患者さんを受入れる際にDNARを確認されますか？
- 施設からの搬送の場合、施設職員から (はい・いいえ)
  - 救急搬送の場合、救急隊から (はい・いいえ)
  - 転院搬送の場合、転送元医師から (はい・いいえ)

(はいの場合) その理由を教えてください。

(自由記載： )

6. 先生はこれまで、患者さんがまだ元気なうちからACPについてお話しされたことはありますか？（はい、いいえ）

7. 先生が患者さんとACPについて話すときに難しいと感じることは何でしょうか？（複数回答可）

- a ACPの進め方がわからない
- b 個々の患者さんで死期が近づいている、という判断自体が難しい。

- c 外来でお話しする時間がない。
  - d 別に時間をとってACPの話を進めることが難しい。
  - e 元気で外来に来られた方にそのようなお話をすることができない。
  - f その他
- (自由記載： )

8. 先生が患者さんとACPを進めていく上で必要と思われるものはなんですか？（複数回答可）

- a 時間
- b 話に立ち会う看護師、あるいは専門家。
- c ACPを進めていくチーム、あるいは専門部署。
- d ACPに対する社会のコンセンサス。
- e その他

(自由記載： )

9. お勤めの医療機関で、ACPに関する研修に参加したことはありますか？

(はい・いいえ)

10. ACPは進んでいると思われますか？

(はい・いいえ)

(いいえ) の場合

ACPが進まない理由についてご意見をください。

(自由記載： )

11. コロナ流行の経験からACP取組への意識変化がありましたか？

(はい・いいえ)

(はい) の場合

意識変化の具体的な内容について教えてください。

(自由記載： )

12. 患者さんとACPについてお話をするうえで、先生がご自身で工夫されていることはあれば教えてください。

(自由記載： )

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

「地域包括ケア社会における高齢者救急搬送・受入れのあり方に関する調査研究」  
研究分担者 福島英賢（奈良県立医科大学附属病院）

### 3. 全国消防本部対象に実施したアンケート調査内容（田邊研究）

#### 8. アンケート調査項目案

##### A. アンケート回答者の属性

（所属消防本部名、担当者連絡先）

##### B. アンケート内容

○貴消防本部の高齢者の救急搬送に関連する次の項目について教えてください。

##### （1）救急搬送の状況

貴消防本部の2021年中の下記について教えてください。ただし2021年がなければ、それに近い年のデータでも結構です。

表1 全年齢と高齢者（65歳以上）の状況

	① 全数（全年齢）	② 65歳以上
ア 所管の人口（人）		
イ 搬送人員数（人）		
ウ イのうち心肺停止例（人）		
エ イのうち発生場所が「(11)老人ホーム：老人ホーム、老人保健施設等の老人の収容施設」の搬送人員数（人）		
オ ウのうち心肺蘇生を望まなかった事例（人）		
カ エのうち心肺蘇生を望まなかった事例（人）		

表2 搬送困難事例の発生状況

	救急搬送困難事例の発生数 ※「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」（総務省消防庁調査と同一基準）
① 管轄内（件）	
② ①のうち、高齢者65歳以上（件）	

③ ②のうち、発生場所が「(11) 老人ホーム：老人ホーム、老人保健施設等の老人の収容施設」の搬送人員数(件)	
---	--

## (2) 高齢者救急搬送への対応状況等

高齢者の救急搬送のデータ収集や適正化等の以下の取り組みに関して、貴本部の現在の状況を教えてください。

### ① 高齢者施設での救急要請基準の有無（有・無）

例 <https://www.city.kobe.lg.jp/documents/37147/koureisayahukusisisetukyukyuyouseigaidorain.pdf>

・「有」の場合：その基準

### ② 管轄内の高齢者施設ごとの救急搬送人員数のデータの収集の有無（有・無）

### ③ 管轄内の高齢者施設のなかで救急搬送人員数の多い施設を対象とした適正利用の働きかけの有無（有・無）

・「有」の場合：その具体的な内容（自由記載）

### ④ 高齢者施設からの救急搬送について、貴消防本部（もしくは担当者）が抱えている課題（例：搬送困難事例が多い。かかりつけ医の関与が●●である）（自由記載）

### ⑤ 高齢者施設からの搬送について、より適正化するための方法に関するアイデア（自由記載）

### ⑥ 高齢者の救急搬送に関して、救急医療体制に関する研究者や日本臨床救急医学会などの学会に対する意見・期待（自由記載）

## 参照

○現状わかっていること（2021年）

### 全国の状況

- ・ 高齢者の救急搬送人員：3,399,802人
- ・ 救急搬送全体に占める高齢者の割合：61.9% ※高齢者の人口割合（高齢化率）は28.7%
- ・ 傷病程（高齢者）：中等症（入院診療）以上65.5%（高齢者も含む全体55.7%）
- ・ 高齢者施設からの救急搬送人員：救急搬送全体の8.2%