

平成26年度 救急業務のあり方に関する検討会

第1回資料

～地域包括ケア時代にふさわしい救急連携の在り方～

平成26年7月16日(水)

消防庁

救急業務のあり方に関する検討会

地域包括ケア時代にふさわしい
救急連携の在り方

2014年7月16日
あおぞら診療所 川越 正平

当地における救急問題取り組みの経緯

13年04月

- 松戸市消防局ヒアリング

13年10月

- 多職種が一堂に会する会議
- (150名規模で開催)

- 全国他地域の先進事例を収集

14年3月

- 救急医療と在宅医療を考える会(20名規模)
- (救急医療に従事する医師・看護師よりヒアリング)

14年6月

- 救急シンポジウム
- (近隣4市からも含め260名が参加)

14年7月

- 理事会:松戸市医師会として今後の活動を推進

13年
04月

松戸市の救急搬送件数(2012年)

松戸市消防局ヒアリング

-
- 救急搬送件数 21,868件
 - 現場滞在時間60分以上 178件
 - 現場滞在時間90分以上 36件
 - 照会回数5回以上 272件
-

参考:松戸市人口48万人(救急隊10隊体制)

13年
04月

高齢者の救急搬送にまつわる課題

松戸市消防局ヒアリング

1. 救急搬送における受入困難事例の増加

- 受入困難事例には高齢者、独居、認知症、施設入居者など在宅医療の対象者が多い

2. 居住系施設入居者や在宅独居患者の救急搬送に際して適切な情報共有

- 入居者の基礎疾患や既往症等の基本情報を取りまとめた文書を施設が用意している例はあるものの、その様式は施設ごとに異なる
- 記載内容が数年前の入居時に記入されたままである場合など、その運用にあたっては課題が残る

13年
04月

高齢者の救急搬送にまつわる課題

松戸市消防局ヒアリング

3. End of Life Careを必要とする患者に ふさわしい救急対応の確立

- 患者は認知症を有していたり意識障害に陥っているなどリビングウィルを表明することが容易でない場合が多く、患者の意向を踏まえた治療方針の決定には多大な時間や労力を要する
- このような患者の受入経験が豊富な慢性期の病院や有床診療所はノウハウを有しているにもかかわらず、救急医療の受け皿としては位置づけられていない

4. 在宅患者の到着時心肺停止事例への対応

- 在宅療養支援診療所の制度が周知されていない
- かかりつけ医以外が死亡診断した場合、検死の手続きを要する

13年
10月

多職種が一同に会する会議

150名が参加

テーマ:

「松戸の救急現場はどうなっているの！？救急隊に聞いてみよう」

1. 講演:「松戸市の救急搬送の現状について」

松戸市消防局救急課主幹 押尾 昌典 氏

2. グループワーク

多職種で構成される7～8名のグループに分かれて、講演の感想や各自の体験談を語りあいながら、地域における救急搬送を取り巻く現状について課題を抽出する

3. 全体共有

13年
10月

講演：「松戸市の救急搬送の現状について」

松戸市消防局救急課主幹 押尾 昌典 氏

救急活動時間が長くなっている主な要因

- 高齢者からの救急要請
 - 不定愁訴
 - 一人暮らし
 - 認知症
- 介護施設からの救急要請（情報収集に時間を要する）
 - 施設職員
 - 施設・契約医療機関の連携
 - 傷病者家族への連絡
- 救急車の適正利用に合致しない者からの救急要請
 - 緊急性が極めて低く、本来救急車による搬送を必要としない者
 - 頻繁に救急要請する者（いわゆる「救急常習者」）
 - 精神疾患の傷病者

多職種が一同に会する会議の実際例

あおぞら診療所は訪問診療、訪問看護に関する臨床実践、連携、教育、研究、地域活動に関する活動を行っています

お問い合わせ

アクセス



ホーム

トピックス

診療のご案内

あおぞらの取り組み

人材募集

当院のご案内

診療エリア

費用

診療のご案内

当院では、年齢や病気に問わず、ご自宅で療養している方に診療を行っています。

診療申し込みご希望の方はこちらのページをご覧ください。



あおぞらの取り組み

当院では「臨床」を中心として「連携」「教育」「研究」「啓発」の5つの要素を連動させる形で在宅医療に関するさまざまな活動を行っています。

当然のことながら「臨床」がその中心的な位置を占めますが、そのほかの4つの要素は「臨床」と深く関与しつつ、最終的に患者さんへの診療に貢献することを目指して取り組んでいます。

多職種合同カンファレンス

「地域課題の抽出
～救急医療編～」

動画を見る

多職種合同カンファレンス

「多職種の専門性を知る」

動画を見る

映像教材

「在宅医療の風」

動画を見る

在宅医療バイブル発刊のお知らせ

当院川越が編集執筆した在宅医療に関するテキスト「在宅医療バイブル」が完成し、日本医事新報社から発刊されました

家庭医学、老年医学、緩和医学の3つの領域の知見を統合する形で在宅医療のエッセンスを結集するというスタイルの書籍です。全80項目の構成として全国の優れた先生方に分担執筆をお願いしました。在宅医療を志す医師はもちろんのこと、患者中心の医療を目指す全ての医師、そして在宅医療に従事する訪問看護師や歯科医師、薬剤師、そしてケアマネジャーなどの多職種にとってお役に立てばと考え、企画編集しました。

「在宅医療バイブル」序文

「在宅医療バイブル」執筆項目著者一覧



多職種が一同に会する会議で抽出された課題

1. 情報共有

- 病歴や背景、これまでの身体状況などについての情報共有

2. 判断基準

- 救急搬送すべき状態かどうかについての現場の判断

3. 意思決定

- どこまでの医療を希望するのかについてのリビングウィル

4. 予防的な手立て

- 急病が生じる前の予防策や在宅医療としてできる対応

5. 入院後の後方支援

- 在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割

6. その他の課題

- 精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論

14年
03月

救急医療と在宅医療を考える会

- 救急医療に従事する医師や看護師からの
課題認識や意見を聴取

- 出席者 17名

(内訳)	病院医師	3名
	診療所医師	6名
	病院看護師	3名
	診療所看護師	1名
	訪問ST看護師	2名
	消防局	2名

14年
03月

救急医療と在宅医療を考える会

1. 高齢者の救急搬送に関する地域での取り組み

1) 松戸市内での取り組み

- 多職種合同カンファレンス(2013年10月10日)の報告
- 地区社会福祉協議会「救急医療安心キット」について

2) 他地域での取り組み

- 「八王子高齢者救急医療体制広域連絡会(八高連)」
- 大阪市の浪速区医師会の「ブルーカードシステム」
- 首都圏の取り組み:「東京ルール」

2. グループワーク

現場で感じる救急搬送にまつわる課題と解決策

救急医療従事者から抽出された課題

1. 情報共有

- 病歴や背景、これまでの身体状況などについての情報共有

2. 判断基準

- 救急搬送すべき状態かどうかについての現場の判断

3. 意思決定

- どこまでの医療を希望するのかについてのリビングウィル

4. 予防的な手立て

- 急病が生じる前の予防策や在宅医療としてできる対応

5. 入院後の後方支援

- 在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割

6. その他の課題

- 精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論

救急シンポジウム 「高齢者の救急医療と在宅医療を考える」 ～みんなで守ろう！松戸市の救急医療～

日時 平成26年6月24日（火）18：30～20：40（18:00 受付開始）

場所 松戸市民劇場（松戸駅徒歩3分）

定員 300名（参加費無料）

当院ホームページ
（お申込みフォーム）よりお申込み下さい
<http://aozora-clinic.or.jp/>

第一部：病院からの論点提示

発表者	乾 久美子氏	新東京病院 救急外来看護師長
	塚本 めぐみ氏	千葉西総合病院 救急外来看護師
	勝沢 豊氏	新松戸中央総合病院 医療福祉相談室 課長
	桜井 裕之氏	東葛クリニック病院 地域医療連携室 室長
	小川 晴久氏	東葛クリニック病院 栄養部 管理栄養士
	山田 朱里氏	松戸市立病院 医療福祉相談室 ソーシャルワーカー

基調講演 吉岡 伴樹氏 東松戸病院 副院長

第二部：多職種による討議

シンポジスト	押尾 昌典氏	松戸市消防局 救急課主幹
	梶原 栄治氏	特別養護老人ホームひまわりの丘 理事長
	村上 美恵子氏	松戸市介護支援専門員協議会 代表
	吉岡 伴樹氏	東松戸病院 副院長
	和座 一弘氏	松戸市医師会 会長

座長 川越 正平氏 ぁおそら診療所 院長（五十音順）



救急シンポジウム「6つの論点」

1. 情報共有

- 病歴や背景、これまでの身体状況などについての情報共有

2. 判断基準

- 救急搬送すべき状態かどうかについての現場の判断

3. 意思決定

- どこまでの医療を希望するのかについてのリビングウィル

4. 予防的な手立て

- 急病が生じる前の予防策や在宅医療としてできる対応

5. 入院後の後方支援

- 在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割

6. その他の課題

- 精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論

シンポジウムで討議された内容

1. 情報共有

- 専門職が記入する情報シートを作成し地域での一体運用を目指す

2. 判断基準

3. 意思決定

- 情報シートを活用して主治医や訪問看護師等と病院が連絡を取る

4. 予防的な手立て

5. 入院後の後方支援

- 後方支援機能を担う医療機関の会議体を新たに構えるべき

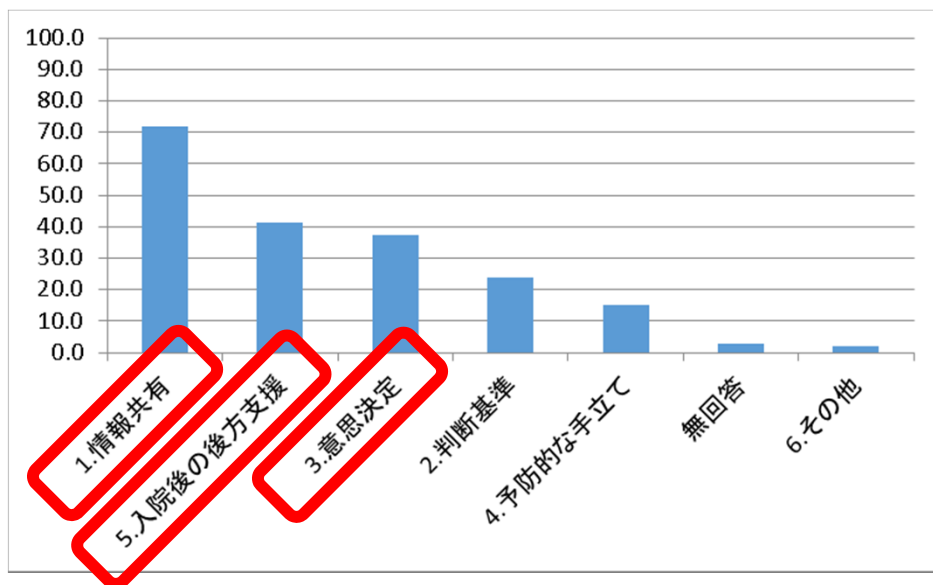
6. その他の課題

14年
06月

救急医療の課題解決に向けて

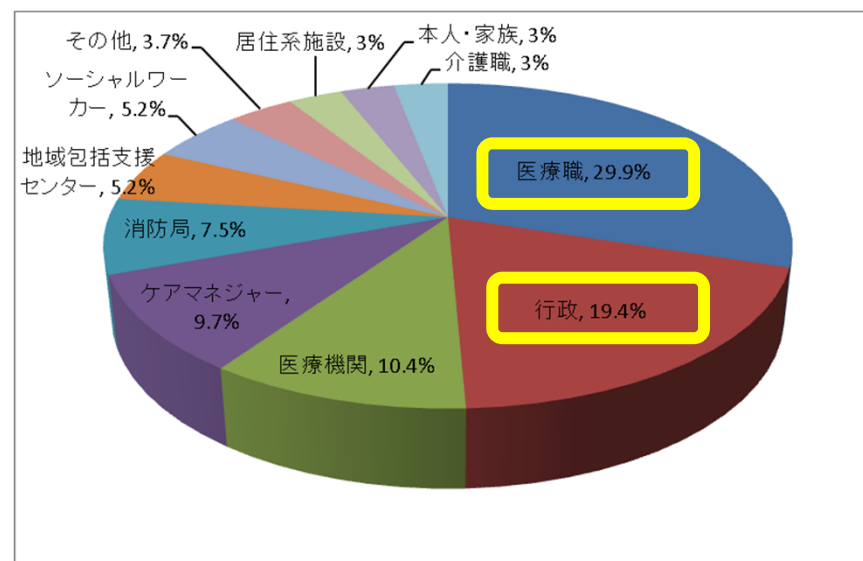
(アンケート結果)

救急医療において、より解決が必要と思われる課題



* 6つの論点から選択する形で回答

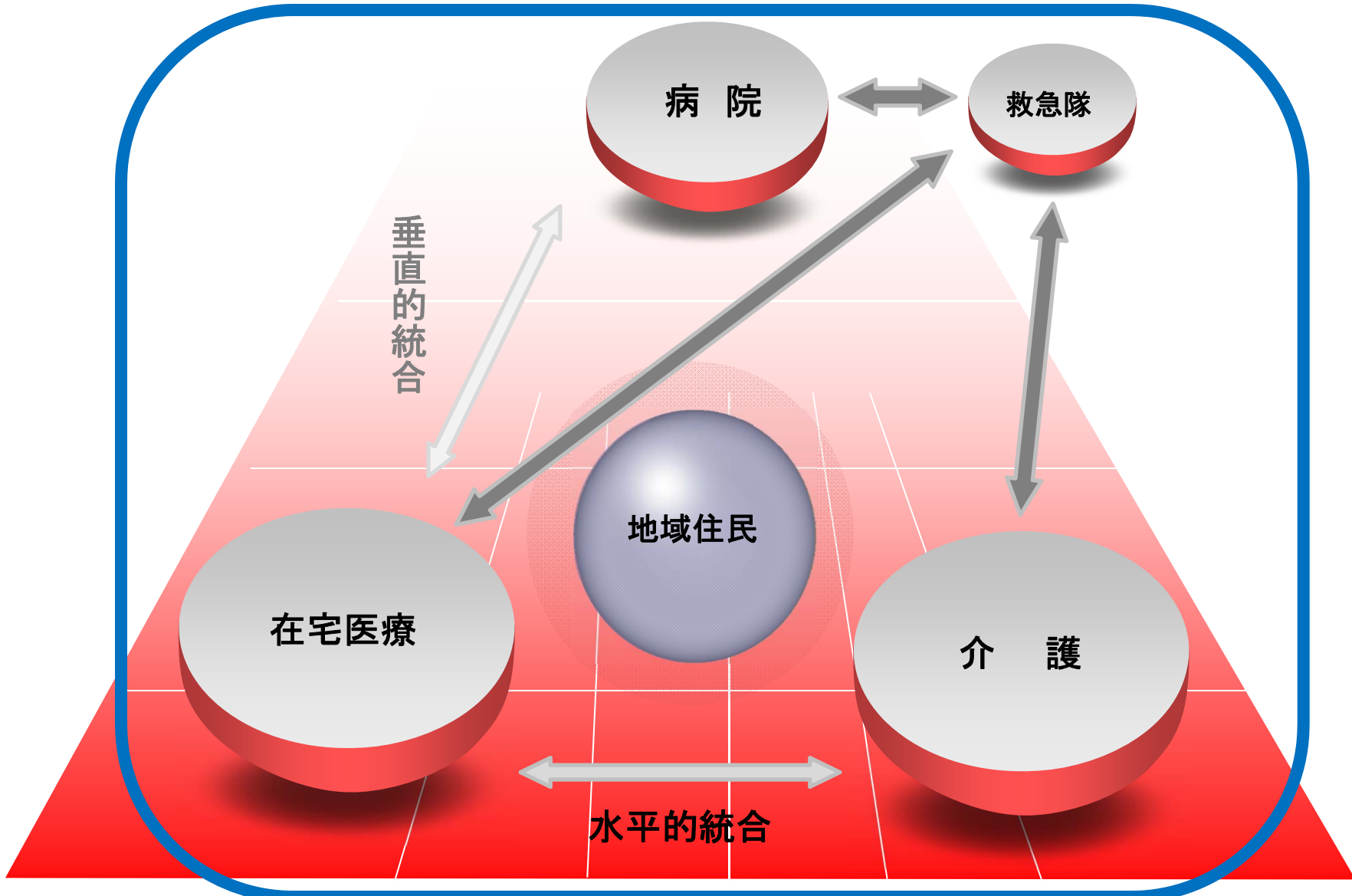
課題解決のために、さらに尽力してほしい職種や団体



* 自由記述形式で回答

家族	同居家族	無 有 (月・水・金の日中は独居となることからデイサービスを利用)				
	連絡先	氏名	続柄	住まい (市内外)	緊急時の連絡先 (携帯、職場など)	
		1	救急一郎	長男	同居	①000-000-0000 (携帯) ②111-111-1111 (職場、平日)
		2	応急花子	妹	埼玉県〇〇市	①222-222-2222 (自宅) ②333-333-3333 (妹の嫁の携帯)
3	救急次郎	次男	北海道〇〇町	①444-444-4444 (携帯) ②555-555-5555 職場 666-666-6666 自宅		
医療・介護連絡機関	連絡先	医療機関名	担当者	緊急時	代表	
		診療所	〇〇診療所	診療花子 (主治医)	777-777-7777	888-888-8888
		訪問看護ステーション	〇〇訪問看護ステーション	看護桃子	999-999-9999	101-101-1010
		居宅介護支援事業所	〇〇居宅介護	介護一郎	202-202-2020	303-303-3030
	薬局	〇〇薬局	薬 二郎	404-404-4040	505-505-5050	
受診歴のある病院 ① <u>〇〇病院</u> ② <u>△△病院 (脳梗塞の治療を行った)</u>						
その他特記事項						

価値観や課題認識を共有し、“壁”を取り除く交流を要する



規範的統合：厚労省老健局「地域包括ケア研究会報告書」

当地における救急問題取り組みの経緯

13年04月

- 松戸市消防局ヒアリング

13年10月

- 多職種が一堂に会する会議
- (150名規模で開催)

- 全国他地域の先進事例を収集

14年3月

- 救急医療と在宅医療を考える会(20名規模)
- (救急医療に従事する医師・看護師よりヒアリング)

14年6月

- 救急シンポジウム
- (近隣4市からも含め260名が参加)

14年7月

- 理事会:松戸市医師会として今後の活動を推進

参 考 资 料

救急搬送における課題の解決 先進事例と成果

⑧ 兵庫県立柏原病院 & 地域医療を育てる会
(東金市)
“くませんせいのSOS”



① 大阪府大阪市浪速区
“ブルーカード”
② 東京都八王子市
“八高連”

③ 千葉県船橋市
“夜間休日急病診療所”

④ 横浜市青葉区
“地域包括ケア
「あおばモデル」”

⑤ 千葉県松戸・流山・市川
“夜間小児急病センター”

⑥ 千葉県松戸・柏・流山
“GIB ネットワーク”

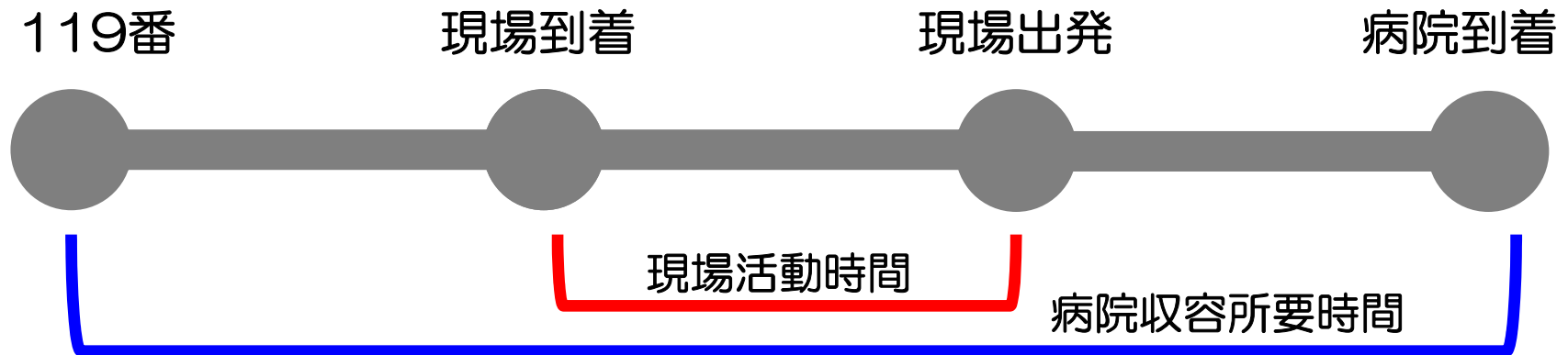
⑦ 東京ルール (東京都)

市
区
町
村

医
療
圏

都

救急搬送時間短縮のための取組み



現場活動時間

	2010年	2012年
全国平均	データ無し	データ無し
松戸市	19.6分	*1 22.3分 ↑
八王子市	21.24分	有 17.28分 ↓ 無 21.55分 ↑
大阪市	17分	20.2分 ↑
大阪市浪速区	—	—

*1. 救急医療情報シートを活用した場合（有）としなかった場合（無）を比較

病院収容所要時間

	2010年	2012年
全国平均	36.1分	36.2分 ↑
松戸市	34.5分	38.5分 ↑
八王子市	データ集計中	データ集計中
大阪市	30.2分	36.2分 ↑
大阪市浪速区	—	*2 17.1分

*2. ブルーカードを導入しスムーズに処理された51件についてのデータ

市区町村を単位とした取組みの先進事例

情報共有により搬送時間を短縮する

- ① 八王子高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）
- ② 大阪市浪速区医師会「ブルーカードシステム」

二次救急病院への救急搬送の集中を防ぐ

- ③ 千葉県船橋市 “夜間休日急病診療所”

後方支援病院が救急病院をバックアップする

- ④ 横浜市青葉区 地域包括ケア「あおばモデル」

① 八王子高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）

- 「1秒でも搬送時間を短縮するためにできること」を検討するために連絡会を設立
- 関連団体（15団体、147機関）が参加し、1年間で計27回の会議を経て「救急医療情報シート」を作成
（記入は本人、施設は施設職員）

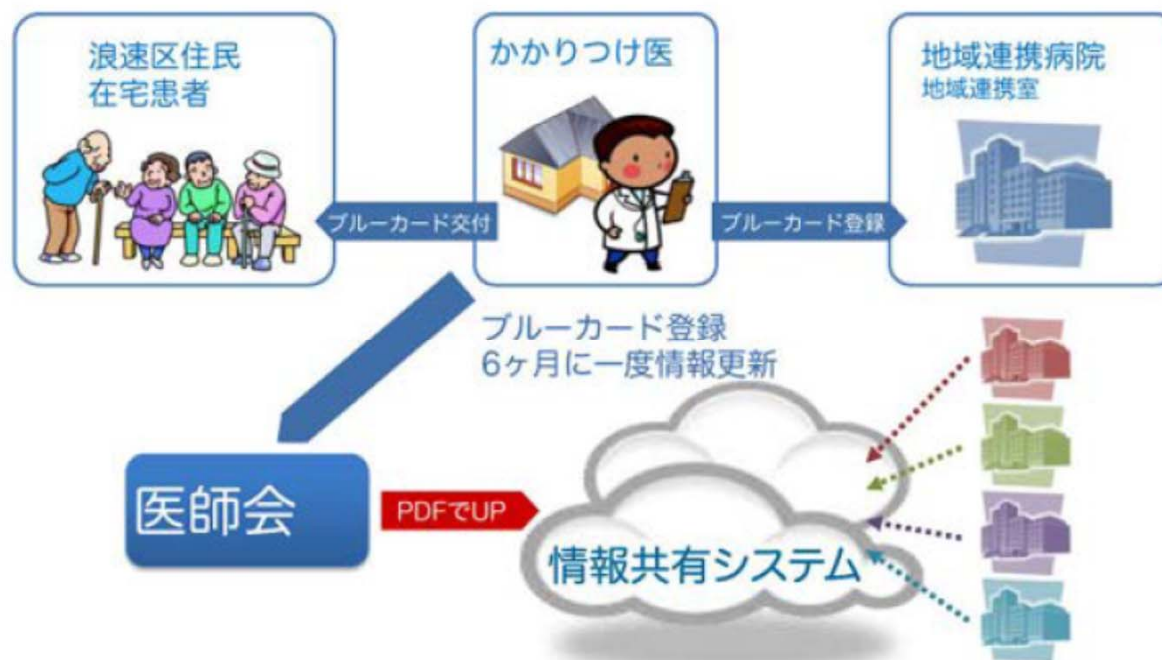
発起人：消防署（特に、当時の消防署長）

効果：まずは施設で施行。搬送時間の短縮がみられた。
関連団体の顔のみえる関係が深まり、事情が理解できるようになった。

課題：施設での更なる普及[H24年度 207件（28.4%）]
居宅での普及[H24年度 22件（0.3%）]
各団体の長が変わった時に継続できる仕組みづくり

② 浪速区医師会「ブルーカードシステム」

- 「ブルーカード」と呼ばれる所定の用紙に、緊急時に依頼する病院と患者情報を医師が（手書き又はPC上で）記載
- その用紙を依頼先として選択した病院へFAX
- ブルーカードを受理した病院は、受理日・担当者を記入の上、浪速区医師会へFAXし、医師会がデータをPDFに変換し管理



③ 千葉県船橋市 “夜間休日急病診療所”

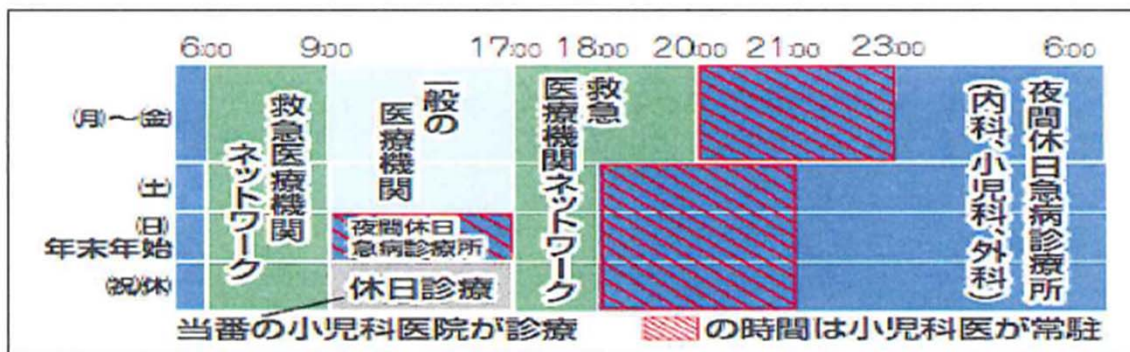
船橋の救急医療体制

1次（初期）救急

外来で対応可能な症状の診療を受け持ちます。

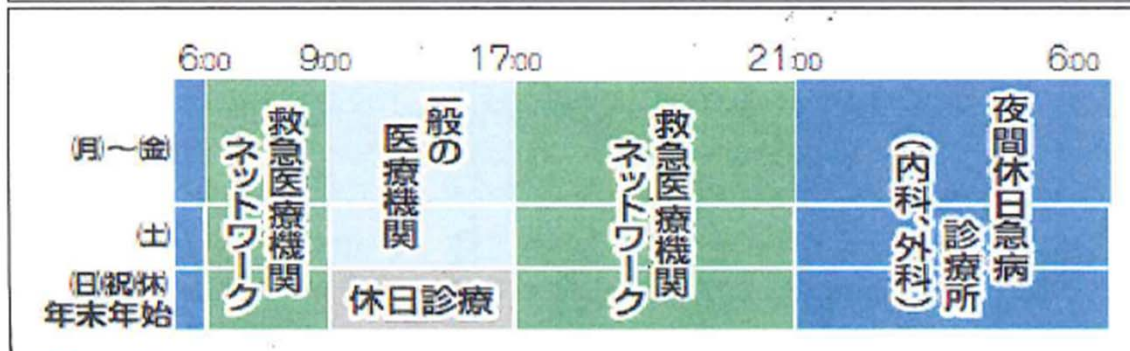
小児

(15歳未満)



一般

(15歳以上)



◎ 夜間休日急病診療所 TEL 047-424-2327

内科、小児科、外科などが交替で急病人の応急処置をします。

<内科・外科> ● 毎日（年中無休） 午後9時～翌6時（21時～24時は内科系・外科系医師各1名・0時～翌6時は内科系・外科系医師のうち1名が当番医として診察しています。

<小児科>小児科医1名が診察しますが、年末年始は医師2名で対応します。（対象は15歳未満の内科系疾患患者）

【夜間】● 土日祝休・年末年始 18時～21時（受付時間は20時30分まで）

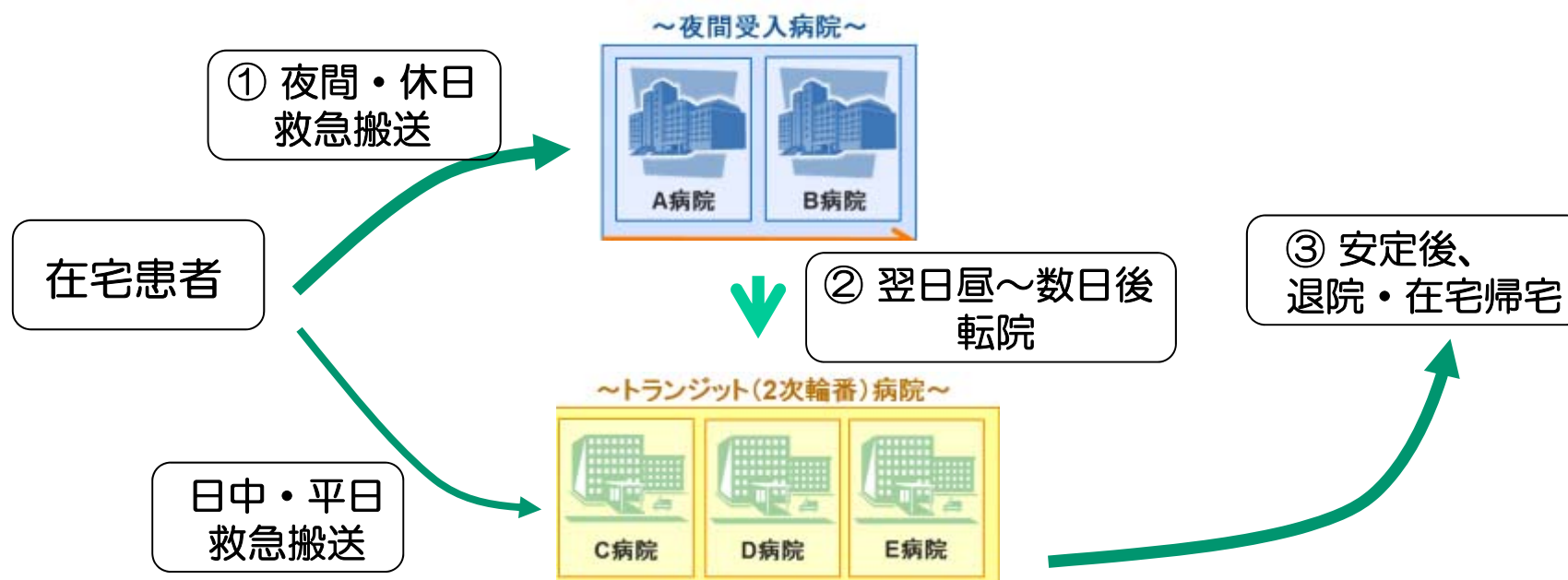
● 平日（月～金） 20時～23時（受付時間は22時30分まで）

【昼間】● 日曜、年末年始 9時～17時（受付時間：8時45分～11時30分、13時45分～16時30分）

④ 横浜市青葉区 地域包括ケア 「あおばモデル」

後方支援病院が救急病院をバックアップする

- ① 夜間受入病院で数日入院を受け入れる
- ② トランジット（2次輪番）病院のへ転院
- ③ 安定後、退院・在宅復帰



市境を超えた

多市共同による取組みの先進事例

二次救急医療体制を補完する取組み

⑤ 千葉県

松戸・流山・市川 “夜間小児急病センター”

夜間の小児救急搬送に3市が協同で対応

⑥ 千葉県

松戸・柏・流山 “GIB ネットワーク”

⑤ 松戸市夜間小児急病センター

松戸・流山・市川が協力／診療時間は18時～23時
従来の診療時間から2時間延長

- 2008年4月、松戸市立病院敷地内に松戸市夜間小児急病センターを設置
- 松戸市医師会・松戸市立病院・流山市と市川市の小児科医（4名）の協力体制のもと診療（市立病院の小児科医師1人＋医師会から2名の医師）
- 市民からの高い評価

参加医師：市立病院 小児科医師23名、

医師会 小児科医師27名、他科医師31名、流山市-市川市の小児科医4名

夜間小児急病センターの実績（H25, 4月～H26, 3月）：

外来患者平均 22名／日

年間外来患者総数 8,033名（前年度 8,062名）

市外からの患者の割合 16%

松戸市民の評価（全受診患者さんに配布したアンケート結果）＊回収率 43.0%

95.8%の受診者が「満足である」と回答

⑥ 三市GIB ネットワーク

松戸・柏・流山

～二次救急医療体制を強力に補完～

- 2010年3月に3市（松戸・柏・流山）共同で、GIB（Gastro Intestinal Bleeding）消化管出血対応ネットワークを設立
- 吐血、下血患者が発生し、救急当番病院が受け入れ不能の場合、最後の受け皿としてGIBネットワークのメンバーとなっている病院が救急搬送を受け入れる体制（「かかりつけ」、「専門外の当直医」等一切関係なく患者を受け入れる）
- 近隣市町村からも頼られる重要な救急医療システムとして確立

運営主体：三市医師会

参加病院：松戸の5病院、柏の5病院、流山の2病院

運営方法：参加病院が輪番で対応

委員会開催：GIBネットワークの円滑な運営のために、年6回奇数月に委員会を開催
三市の医師会から各2名の医師、三市の消防局から各1名の職員、
参加病院の医師が出席
各病院間、三市医師会、三市消防局が連携を密にし、問題点を明らかにするとともにそれらの対策を迅速に進めていく方向で活動中

都道府県単位での取組み先進事例

⑦ “東京ルール”

～多くの医療機関がある地域における
患者の“たらい回し”をなくすために～

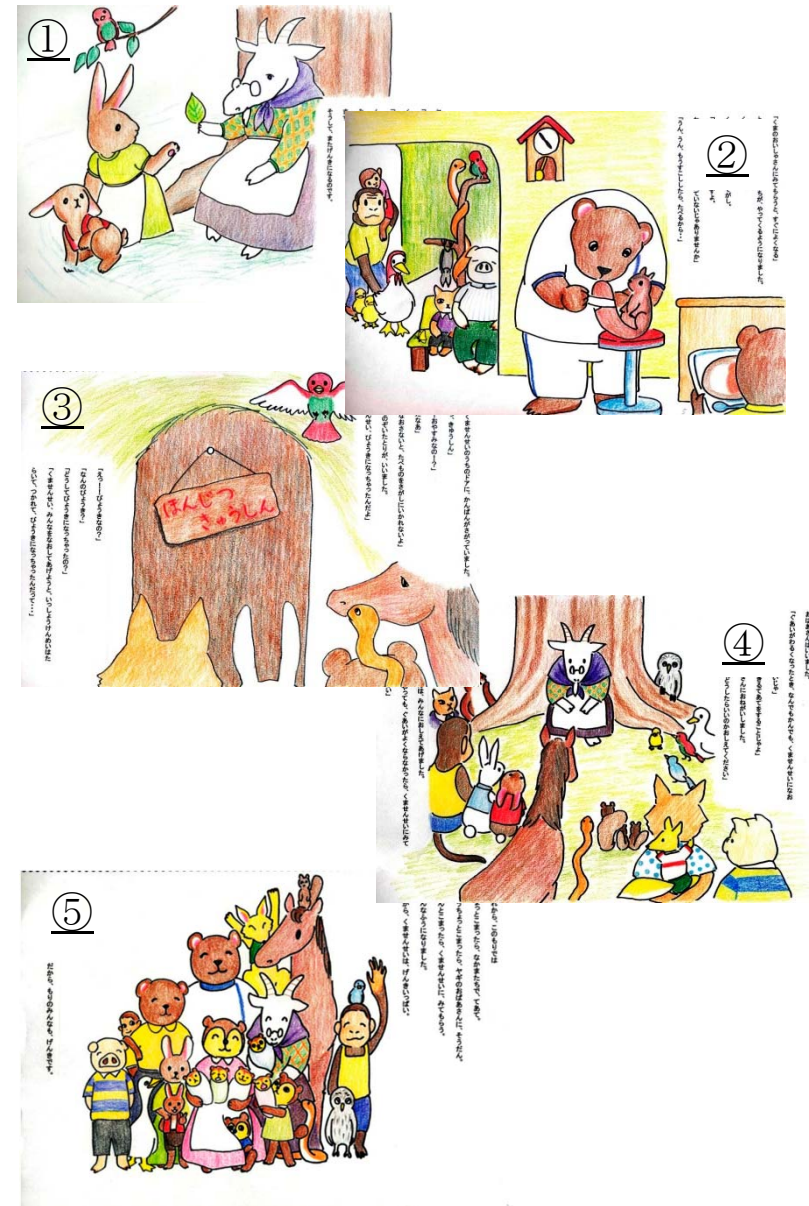
- 搬送困難患者の定義：
原則中等症以下で、救急隊による医療機関選定において、5医療機関への受入照会または選定開始から20分程度以上経過しても搬送先が決定しない患者
- 搬送先選定困難事例（“たらい回し”）をなくし、迅速な患者搬送を実現するために作ら得たルール
- できるだけ二次医療圏域内の地域救急医療センター（当番制と固定制）が受け入れ、難しい場合は専属のコーディネーターが圏域を超えて受け入れ先を探す

⑧ 「病院コンビニ受診」の弊害を解決した地域活動『くませんせいのSOS』

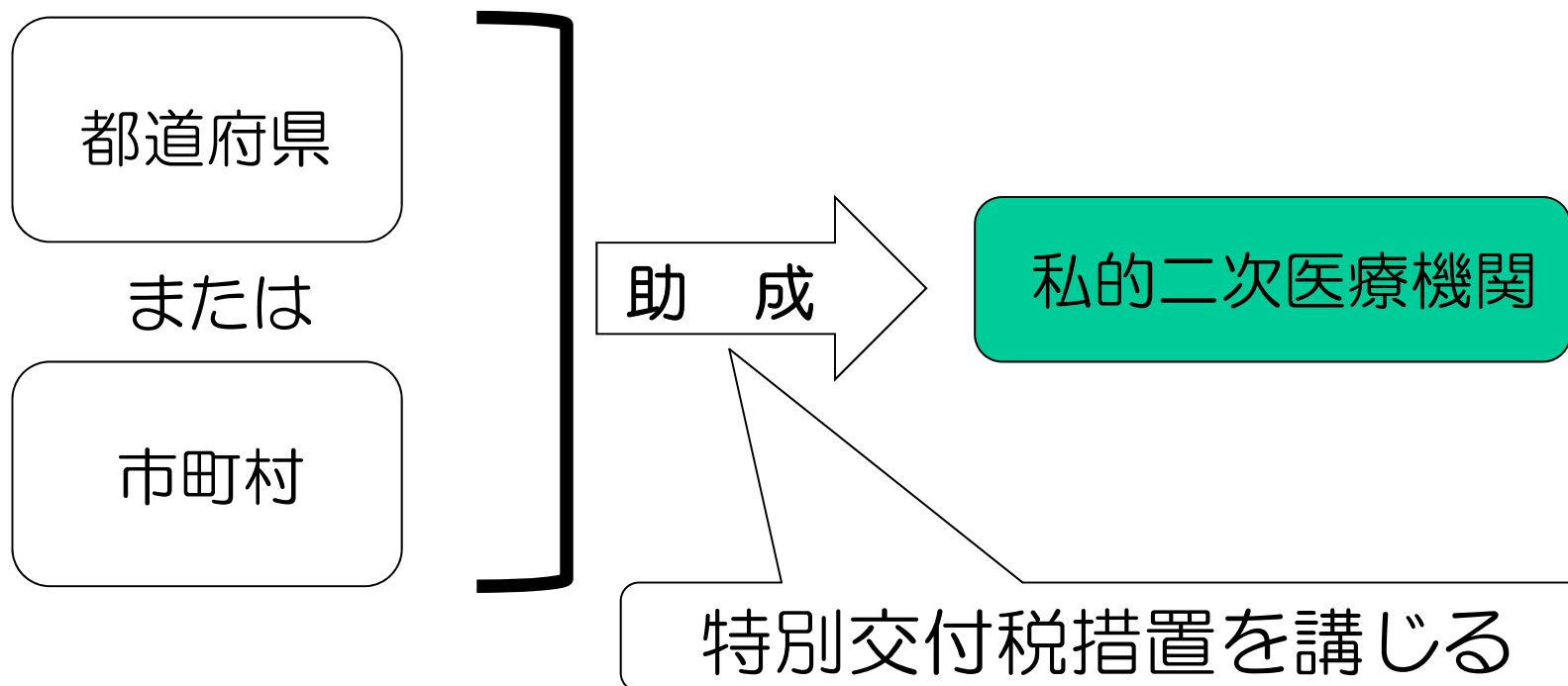
- 制作：兵庫県立柏原病院の小児科を守る会&NPO法人地域医療を育てる会
(千葉県東金市)
- 主旨：「病院コンビニ受診」の弊害と、その解決に取り組んだ地域活動の成功例を絵本として紹介
- 実例：
 - ・ 兵庫県立柏原病院では医師の過重労働が深刻化し、小児科医師の退職が相次いだ。
 - ・ 2007年4月、1名となった小児科医が退職の意向を表明し、ついに小児科閉鎖の危機に直面。
 - ・ その現状を知った地域の母親たちが「県立柏原（かいばら）病院の小児科を守る会」（以下、守る会）を結成。
 - ・ 守る会は、地域の住民に「夜間のコンビニ受診を控えよう」と呼びかけるなど、医師が働きやすい地域を作るために様々な取組みを行った。
 - ・ そうした取組みが地域住民の意識と行動を変え、緊急に夜間の受診が必要か否かを考え行動する母親たちが増え、夜間の小児科受診数は半減した。
 - ・ 地域住民の活動とその成果を理解し、最後の一人となった小児科医は病院に留まることを決意。
 - ・ さらに、活動に興味を持った医師が柏原病院での勤務を希望し、小児科医は現在（2014年5月）5人にまで増え、安定した体制で地域に貢献するようになった。

絵本『くませんせいのSOS』ストーリー

- ① 森にすむ動物たちは、病気になると物知りのやぎのおばあさんに相談していました。
- ② そこへ、医師の「くませんせい」が赴任すると、森の動物たちは軽い症状でも昼夜を問わず受診するようになりました。
- ③ 食事の時間も寝る時間もない生活で、遂にクマ先生は過労で病気になってしまいます。
- ④ それを契機に動物たちが受診のあり方を考え直し、安易な受診を控えるようにみんなで努力しました
- ⑤ 森の動物たち自らの行動が、持続可能な森の医療を守ることにつながりました。



救急患者受け入れに補助金 ～救急医療を充実させるための特別交付税～



【算定額の実績（H25年度）】

都道府県：13府県（約1.2億円）

市町村：250市町村（約8億円）

救急シンポジウム

「高齢者の救急医療と在宅医療を考える」

～みんなで守ろう！～松戸市の救急医療～

アンケート結果

(添付資料付き)

1. シンポジウム参加状況

日時：2014年6月24日（火）18:30～20:40

場所：松戸市民劇場

参加人数：237名

2. アンケート回収率（63.3%）

アンケート回答者内訳

	度数	%
医師	5	3.3
歯科医師／歯科衛生士	8	5.3
看護師	29	19.3
薬剤師	2	1.3
PT/OT/ST	1	0.7
ソーシャルワーカー	15	10.0
ケアマネジャー	36	24.0
介護職	14	9.3
行政職	13	8.7
その他	21	14.0
無回答	6	4.0
計	150	100.0

アンケート結果概要

救急医療に関して困ったケースとして挙げられた中で最も多かったのは、家族や搬送後の対応を含めた「患者に関する情報の把握」についてである。患者の情報共有がスムーズにいかない結果、搬送先の選定に時間を要したり、搬送後の対応を相談する家族やキーパーソンが不明なため、受入れまでに時間を要している実状も明らかになった。このような状況下において、ケアマネジャーが家族に代わり救急車への同乗を求められるなど、本来の業務の枠を超えた負担が、その場しのぎ的に特定の個人に課せられている。地域の救急医療を多職種で守っていくためには、こうしたひずみを解消し、救急搬送時間の短縮にも寄与する仕組み作っていくことが重要であると考えられる。

こうした状況を踏まえ、救急医療の課題解決のために、何に「取り組める」または、「取り組みたい」と思うかという問いに対しては、シンポジウム出席者が最大の課題と考えた情報共有を円滑に進めるための仕組み作りという回答が最も多かった。

救急医療の問題を解決する上で最も期待される職種として挙げられたのは、「医療職」と「行政」であった。地域で救急医療を守るという視点に立った場合、この2職種が中心となって仕組みを作っていくことに対する期待の大きさが示された。追記すべき点が、自由記載の中に認められた。例えば、そうしたシートや仕組みを作ってほしいという声だけではなく、それらを広めていくために尽力していきたいというものが多職種から寄せられた点である。医療職と行政がタックをくみ、情報共有の円滑化を柱に据えた仕組み作りを最初に行い、それを多職種が広めていく方向性が、本シンポジウムを通じて共有された一つの姿と考察される。

松戸市の救急医療の課題

Q1. 救急医療に関して、あなたがこれまでに困った経験や、困っているケースを聞いたことがありますか？

ある方は、その経験やケースを示すキーワードをお書き下さい。

情報共有	搬送先が決まらない	救急車への同乗
家族との連絡困難	救急車を呼ぶ判断基準	後方支援
キーパーソン不在	救急車の適正利用	その他
意思確認（本人／家族／独居）	病院間連携	
意思決定（本人と家族）	医師—患者関係	

(*資料1 参照)

Q2. 救急医療の課題解決のために、あなたご自身が「取り組める」または、「取り組みたい」と思うことをお書き下さい。

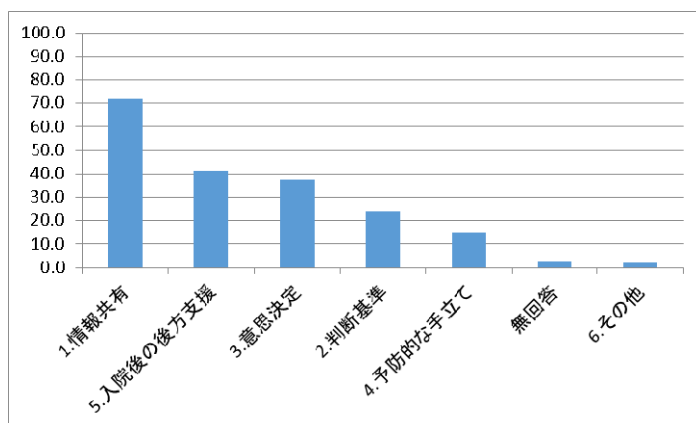
情報共有、シートの作成と運用	意思決定	連携の強化
知識の補強	その他	

(*資料2 参照)

Q3. 救急医療において、より解決が必要と思われる課題を二つ選び番号に○を付けてください。

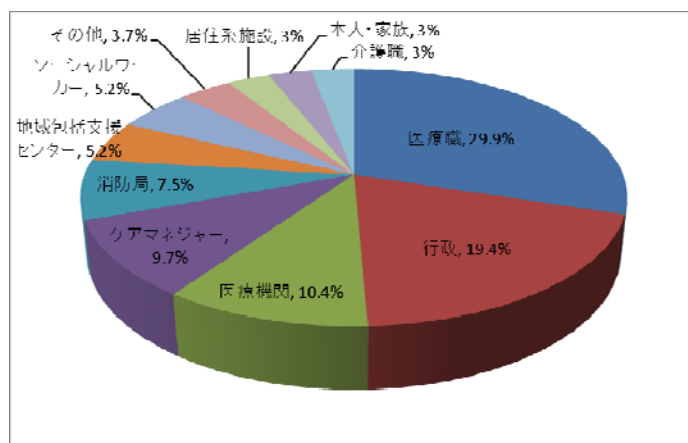
1. 情報共有 2. 判断基準 3. 意思決定 4. 予防的な手立て 5. 入院後の後方支援
6. その他 ()

	度数	%
情報共有	108	72.0
入院後の後方支援	62	41.3
意思決定	56	37.3
判断基準	36	24.0
予防的な手立て	23	15.3
無回答	4	2.7
その他	3	2.0
計	150	100.0



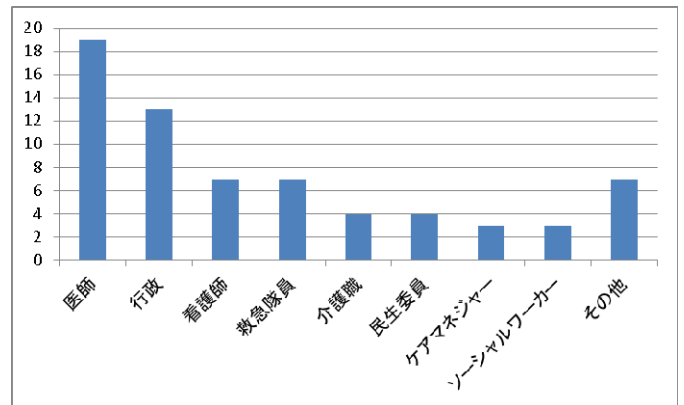
Q4. Q3 でお選びいただいた課題を解決していくために、さらに尽力してほしい職種や団体をお書き下さい。
(複数回答可)

	度数	%
行政	26	19.4%
医療機関(病院・医院)	14	10.4%
医療職(医師会・医師・看護師・歯科医師・薬剤師)	40	29.9%
消防局	10	7.5%
地域包括支援センター	7	5.2%
ケアマネジャー	13	9.7%
居住系施設	4	3.0%
本人・家族	4	3.0%
ソーシャルワーカー	7	5.2%
介護職	4	3.0%
その他	5	3.7%
計	134	100.0%



Q5. 救急医療の課題解決を考える上で、次に話を聞いてみたい職種やお立場をお書き下さい。

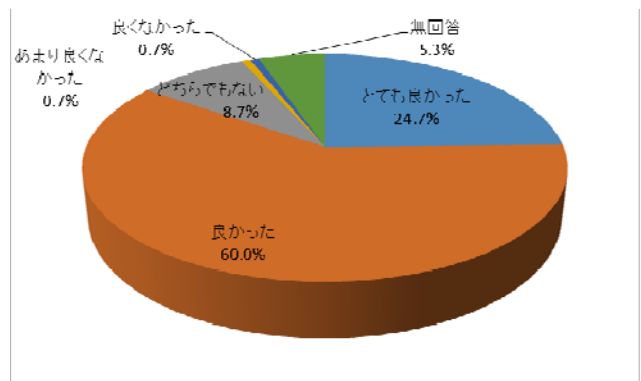
医師	19
行政	13
看護師	7
救急隊員	7
介護職	4
民生委員	4
ケアマネジャー	3
ソーシャルワーカー	3
その他	7
計	67



◆ シンポジウムに対する評価

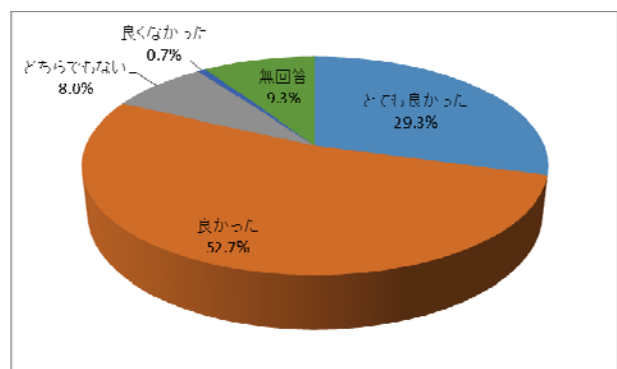
Q8. 第一部（病院からの論点提示）の発表について

	度数	%
とても良かった	37	24.7
良かった	90	60.0
どちらでもない	13	8.7
あまり良くなかった	1	0.7
良くなかった	1	0.7
無回答	8	5.3
計	150	100.0



Q9. 第二部（多職種による討議）について

	度数	%
とても良かった	44	29.3
良かった	79	52.7
どちらでもない	12	8.0
あまり良くなかった	0	0
良くなかった	1	0.7
無回答	14	9.3
計	150	100.0



資料1

情報共有

情報の少なさ
患者の情報収集
情報収集
情報が得られなかったこと。
家族と連絡が取れないなど。
老々介護、単身独居の方が多く、患者情報が少ない。
介入ケース情報がない患者を救急搬送した場合にHP側もこちらも困る。
一人暮らしで情報が取れない。
情報不足、HP受入困難、情報が入手できない。
身寄りのない人や近隣との関わりがない人の救急搬送の際の情報収集は難しいと聞いたことがあります。
他施設からの救急搬送でありながら、情報が足りない。
高齢者からの情報収集。
家族と連絡がつかない。情報が少ない等の理由で、なかなか受け入れ病院が見つからない。
独居で、保険証、連絡先が不明な方の受入搬送先の病院が見つかるのに、時間が長かった。
かかりつけ病院に搬送されない時に、情報提供が必要
家族じゃないので、次々と質問され、困った事があった。
かかりつけ医を持たず、介護サービス等にもつながっていない高齢者の方が救急搬送されるケース。情報を得ることができない等。
救急車に同行するすることが多いので、入居者のF a、協力病院D rとのやりとり。普段との違いを知っていると知っているが、HPでの相談員は医療知識が不足しているからと「話にならない!!」という態度も多々ある。
家族から妻が救急搬送されたらと連絡があった。家族は肢体不自由があって病院へは行けない。ケアマネに様子をみてきてほしいと言われ、様子を伺いにいくと、情報はもらえず、「待って下さい」と言われ、2時間待った。
地域包括へ警察、市を介して、消防より、本人より、救急要請されたが、普通に歩いている本人は病院に行きたいと言っている。救急車に同乗してほしいと言われ、同乗した。警察は家族の連絡先を知っていたが、個人情報保護の観点により、知っている電話番号を使えなかった。警察と消防の連携も大切です。
情報提供しても病院内で共有されていない。情報提供しても無駄と思われる場面がほとんどである。(現場のNsがCLTの名前さえ覚えていない。CLTの情報を把握しないで、医療提供されている。亡くなられても、退院しても全く連絡がない)
救急搬送の依頼をした際に本人の情報を適確に伝えられなかった事。救急受入れをする病院が見つかるまでに30分以上かかった事などがあった。
老人介護施設にショートステイしている方が、病状が悪くなってからQQ車を呼ぶことが複数回あった。急になったものではない…日常的な水分管理・食事管理・看護の記録・観察などで救急を呼ばすにいいのに…介護の中の予防・観察など医療職の役割を考えさせられた。
情報の伝達方法
以前、自身で尿路結石で救急のお世話になったが、救急車の中で、症状説明に相当な時間を要し、出発まで時間が掛かった経験がある。

家族との連絡困難

家族が朝方までつかまらなかった。発生は夜間帯。

家族と連絡がつかない。

キーパーソン不在

身寄りなし、キーパーソン不在

キーパーソン不在、認知症

独居の高齢者の場合、誰かが付きそって行かなければならない。仕事上、呼び出されてしまう。(ケアマネジャー)

医療が明らかに必要。しかし、認知症や精神疾患などで、正しい判定ができない時、どう対応したらいいか。救急車呼んでも本人が拒否したら乗れない…など。

意思確認（本人）

DNR、老健・特養などでDNRの文書があったにもかかわらず、ドクターカーで挿管されてきた。つきそいの施設ナースが把握していなかった事例を、把握していたが、とりあえず挿管を頼んだ事例。

今後の治療方針（延命治療をするかどうか？）→聞きづらいです（ケアマネとしては）→Drから始め聞いていただくと良い。いきなり、全く知らないFaがでてきて、混乱してしまった。

身元不明、精神疾患、意思決定が困難（病状、家族なし（不明）のため）

リビングウイル

意志決定が出来ない。

施設の利用者様よりDNARを取得しておらず、搬送に時間がかかってしまった。

死亡判断、本人と家族などのリビングウイルの話し合いが行われているのか？

高齢者の延命治療について、DNARなどがあいまいな状態で、病院での治療に困る。どこまで治療するのかわからない。

意思確認（家族）

家族が救急搬送を望まない。

本人の意志や家族の意志を知っておく事が大切。

意思確認（独居）

独居、どこまでの医療を希望するのか、救命なのか、延命なのか。

独居の人、認知機能低下の人、情報、判断、決定する意見の確認、変化に対応していく人材が必要。

独居（生活保護→支援者少ないことも多い）、

意思決定（本人と家族）

身元が全くわからない。

患者本人は尊厳死協会に入っているが、家族が徹底的に延命治療を望む。

搬送先が決まらない

病院受け入れ先が決まらない。ご家族と連絡が取れず受け入れてもらえない。又はすぐに来れない。

病院がすぐに見つからない。家族に連絡が取れない。

救急隊員が到着してから受入先病院が決まるまで時間を要し、その間に2回目の脳出血を起こし、結果的に死亡につながったこと。
救急車がすぐに出発しない。ずっと医療機関に電話している。
以前、強い腹痛で、救急病院に電話で問い合わせた時、10数件に断れた経験があり、夜間に確実に診てもらうには、救急車を呼ぶしかない現状があると思われる。
認知症のある骨折患者の受け入れ（搬送先）決定に2時間要したケース。

受け入れ困難
ADLの低下した高齢者になると、緊急の入院が必要な際、受け入れ先に困ることがよくある。
付き添いの人がいないと受け入れが？
同乗者がいないことで搬送ができない。救急車到着後に搬送先に手間取っている状況に居合わせるがあった。
ベッド満床、救急搬送お断り、身寄りなし。救急車に看護師同乗してくれないとダメ（その時看護師不在でしたか…）
精神疾患のある患者さんの受け入れ先が、なかなか決まらず、苦慮した。
高齢の方のCPAでの救急搬送。キーワード高齢者CPA
精神疾患患者の対応→内科・外科の処置・治療が終了し、精神科への転院を促しても、断られるケースが多い。

救急車を呼ぶ判断基準

身寄りのない方、情報の少ない方、独居で医療にかかっていない方、救急車を呼ぶ基準
判断基準
判断基準
子供が小さい頃、頭を（ぶっけて）切ってしまい、大量の出血があった。この時、救急車を呼ぶか迷ったが、頭はたいした傷ではなくても、血が多く出ると聞いた事があり、結局、自家用車で病院へ行った。結果としてその時の判断は正しかった訳だが、救急車をどの様な状態で呼べばいいのか、判断が難しい。
救急電話の際のトリアージ。看護師が電話にて、応急処置の指示や救急出勤が必要な判断
判断基準
救急車を呼ぶべきか、安静にすべきかの判断。
救急車を呼ぶ時の判断→迷う時、後のことを考えた時に、不安がある時→QQ車を呼ぶ。
家族のいない独居の方、家族も高齢な方はケアマネがどこまで、救急の対応にかかわれるのか、救急搬送の判断。
頭部打撲にて、病院に行った方が良いか、様子を見た方が良いか。迷うことが多い。
高齢者の中には、救急車を呼ぶという事にとっても抵抗がある人が多い。ご主人は呼ばなくて良いと言っているにもかかわらず、呼吸がすごくしそう、聞くと「大丈夫」と答える。SPO2で測ると80、どんどん低く、奥様は「大丈夫」「呼ばなくていい」の言葉に、救急車を呼べずにいる。やはり基準があれば、ひどくなる前に対応することが出来るかもしれない。

救急車の適正利用

軽症にも関わらず、すぐ救急車を呼ぶ。
コンビニ受診、不必要な救急医療の利用
コンビニ受診、高齢者搬送の増加
コンビニ受診により、診療を受けるまでに長い時間がかかる。

独居の方が、数回に1回のペースで救急搬送されていました。本人は心配で他に頼る人もいないので救急を依頼するのですが、なんだかなあと感じています。
簡単に救急車を呼ぶケースを度々見ます。呼ぶなどとは言えないのですが、いかがなものかと思う時があります。
救急車をタクシーがわりに使っている。本来のかかりつけ医が定まらず、かえって病状を悪化させてしまう。
体調不良時、独居、不安から度々、救急車を呼んでしまう反面、自身で必要時、対応できない（独居や老々介護）
独居、身寄りなく、アルコール中毒、気切でコミュニケーションとれない。緊急性は低いが、タクシーのように救急車を呼んでしまう。

救急と在宅の連携

救急病棟と在宅との連携
（在宅）救急できた患者を別の専門HPへ紹介する際に多大な時間がかかる場合がある。（HP側）
在宅療養支援診療所におりますが、長期に安定されており、終末期についての話をするタイミングのなかった方が急変された場合、救急搬送受入先HPにより、お叱りを受けてしまう。

病院間連携

出先での、これまでと異なる病院への搬送時に、病院間での連携のとり方等

医師－患者関係

家族から退院時に、担当医師からの説明がないと、数回聞いています。
家族の思いを主治医（往診）に伝えていたのに、急変時に対応が遅くなり、自宅の車ではなく、救急車で病院に行くことになった。もう少し入院調整が早ければ、自宅の車での病院搬送が間に合ったかも。

救急車への同乗

救急車で運ばれる時に同乗する様言われる。
救急車に同行するすることが多いので、
救急車に同乗を求められ、断った際に、搬送を断れた時があった。
老人ホーム職員が同乗したがる。病歴等がはっきりせず、家族への連絡もつながらないことが多い。（デイケアセンターなど）
地域からの相談で、救急に関わり、情報がない中で、同乗せざるを得なかった。

後方支援

介護度が決まらなければサービス入れるのも難しいのに申請中でも退院。救急車で運ばれたHPに連絡しても教えてくれない。退院ばかり急いで在宅の準備が整わないのに、退院させられる。
後方支援
救急搬送されたが家に帰された。「入院の必要はなし」等、恥骨骨折した95才の女性、家族から、ショートを依頼されました。（その日の夕方）
即日退院（薬も数日分しかなく、次の病院も決まっていなかったのに退院する）、無保険
在宅調整が不十分であるが退院日をせかされる。
後方支援
救急で搬送されても治療の問題もなく。自宅へ戻る場合、独居である為、戻れない場合にどのように対応していけばよいかわからないことがある。
救急医療から後方支援病院をみつけるのが、大変との話をよく聞きます。

一人暮らしの方が急に下肢に力が入らなくなり、一晩、自宅で倒れて失禁され、過ごす事となった。連絡が取れず、CMが訪問するが、鍵が閉まっていた、近所より鍵を開けて入室、救急を呼んだが、翌日自宅に戻すと連絡が入った。一人暮らしでは自宅が困難と訴えるが何も環境が整う前に戻る事になった。

その他

飲酒酩酊、救急車で来院したが、検査、治療を拒否し、大声を出し暴れていたため、警察に連絡したところ、「まだ何もされていないから出動できない」との解答であった。軽症、発熱悪寒の20代の患者さん、指を包丁で切った患者さん…

高齢者世帯、同居配偶者が歩行困難でQQ搬送に同行できず、CMがW/Cで介助すると言ったが拒否（本当の拒否理由は頻尿）、QQ搬送先で病状説明を受け、治療に同意するF aがいない。→HPは自宅に出向くことを拒否（T e l 同意も不可）※認知症でなくても極端な頑固さをもつ高齢者はシステムを受け入れない。

身寄りなし、独居、金銭管理の方法、後見制度、日本語、英語が通じない（話せない）ケース

介護の仕事に就いて10年経つので、救急車を呼んだ事、同乗した事が10回以上ありますが、1度、とても救急隊の態度が不親切で、「なぜ、こんな事で呼んだ。いつもと違うと言われても私達は（いつも）を知らない」等と言い、家族は「もういいです」と言ってしまった事があります。私の判断で救急搬送してもらい、結果、脳梗塞を起こしていました。千葉西に1ヵ月入院。あまりにも救急隊の対応はひどく、「どこの消防ですか？名前は？」と聞くと、「すみませんでした」と謝り教えてくれませんでした。家族が「やっぱりいいです」とおびえて断るような対応に驚き、あり得ないと思ったケースがありました。

今回のような場で先進的な救急医療を発表された松戸一の医療支援救急病院で、実際行っている救急医療の貧困を実例として、知っているものとして、現場の医師を含めたスタッフのさらなる充実を切望している。朝8時に大肢骨骨折患者をストレッチャー上に8時間放置し、脱水を併発し、翌朝に死亡された。

精神、整形外科、アルコール、高齢者付き添いなし

今回、発表のあったケースはよくあります。家族関係の破綻、独居、身元不明、精神疾患等、救急の現場では日々悩みながら対応しています。

自宅で亡くなっていた時にどこに連絡したら良いのか？訪問診療の医師に連絡がとれなかった場合。

精神疾患、認知症、意識障害＋独居

独居

身元不明の方の搬送、身寄りの方のない独居老人、経済乏窮者の対応、判断能力のある方の支援。

資料2

情報の共有、シートの作成と運用

救急シートの確立。特に連絡先
救急時のスムーズな受け入れが可能な様に情報をすぐに用意出来る準備又本人・ご家族への意志確認
介護、訪問先の家族と連携して救急時の情報をまとめたシートを整備したい。
情報共有
情報共有
情報共有
情報の共有
情報共有(多職種)
他職種、他機関との情報共有
情報共有をしていきたい。
情報共有に取り組めたら良いです。
他職種との情報共有
情報の整理
情報を整理し、共有する。
救急搬送時の情報をあげる。
いつでも情報提供ができるよう、整理しておく。
スムーズな搬送のための情報整理
情報の取りまとめ
専門職としての情報提供をしていく。
情報共有用紙の取り組み
情報共有がしっかりできる様にする。
情報シート作成
情報共有のためのシート作成、チェック。本人の意思・家族の意思の確認
救急と施設での情報共有や課題の共有への取り組み。リビングウイル、救急搬送されてからではなく、施設で過ごす中でご本人ご家族とゆっくり考える時間を設けており、その情報を正確に持参できるよう、知識とシステムを改善していきたい。付き添う職員が情報を持っておらず、付きそってくる意味がない…という事例が目立つ。どんな情報が必要なのか、知識の共有をしていきたい。
施設勤務者ですが、救急隊の方にスムーズに情報提供できる様、日常から職員に周知を心掛けること。
情報をきちんととっておく事。
情報を共有できるように、書面(シール)で、残しておく。
情報共有シートの一元化、誰がどこまで記入するか、マニュアルが決まれば、自分の関わる患者全員の使用に協力していきたい。
わかる部分でのシートの記入
情報キット(シート)のシステム化実現されたら、看護職の立場から、情報収集に協力したい。
松戸共通シートを導入するにあたり、施設のシートも検討しないとイケない。
救急キットが統一されるのであれば、積極的に記入のサポートはしていきたい。各病院の救急外来のNrsやDr、消防の人達と気軽にコミュニケーションとれる仲が作れると良い。
患者さんのリビングウイル、意志決定支援、病院への情報提供・連携
予防的な手立て、意思決定、判断、情報共有、後方支援について、取り組む役割である認識を持っています。

傷病者本人の情報用紙記入
情報シートを使用して、救急搬送時に救急隊や受け入れの医療者に情報共有できるよう協力したい。
主治医と連携をとりながら、訪問看護で対応できること(緊急受診が必要かどうかの判断など)は行っていきたい。普段から緊急時に関して話し合い文書に残しておきたい。
家族間で、誰が誰の話を聞かれてもいいように、情報共有をしておく。
実効性のあるQQ情報セットの準備、定期的な見直し。本人・家庭のかかえる問題がQQ時にネックとなる状況について、情報提供、入院直後からの情報共有。
情報共有のためのシートの活用状況の確認、共に作成行う。救急搬送時等、医療希望について意向確認。
情報シート、自分の関わっていることは記入したいと思う。
集約された連携シート必要。自身がわかる範囲のシートを作成したい。
離れて暮らす両親や親類や、老々世帯、家族の関わり薄い患者家族に対し、本人の病歴や内服薬などの情報をまとめておくことを勧める。(一緒に作成する)
救急時、服薬状況、かかりつけ医、血液型、緊急連絡先等の情報を必要最小限をわかりやすいところへ、掲示しておくと共に意向を話せる時にきいておくこと。
万が一時の情報共有を、事前に決めておくこと。目立つ所に開示しておくこと。
訪問診療の場で、救急時にすばやく今迄の情報で、渡せるように努力したい。今回の勉強会は大変役に立った。
日頃の健康状態や、連絡先などを記録しておくこと。
統一された判断基準の周知、徹底、ITを活用した情報共有の検討
情報の共有ー当事者、支援者に負担のかからない方法で。
情報については、本人が管理しやすいもの、情報の更新時を一斉に行う(年度はじめなど)
情報収集をCMとして、しっかり行う～提供～共有
服薬リスト(薬説明書)、症病歴、リビングウイユル等、ひとまとめに準備しておく。
担当する利用者に緊急時の情報キットの活用を勧める。
救急搬送時の情報提供シートの作成
情報共有ができるよう、救急情報シートの記入を援助していきたい。主治医や利用者が入院した場合、退院する際の医療連携。
受け持つ利用者様の日常の身体状況等、緊急時には必要機関に提供できるよう整えたい。
情報収集や提供には協力して行きたい。
本日、議題に挙げた情報共有のためのツール作成など。
緊急情報シートの大切さを実感、全世帯に記入できたら、よいと思います。
グループホームにて、連携シートの作成を、入居者分、作成する。
情報シートの活用
家族の情報整理。患者様への情報整理のお勧め。
シートの記入、又、入院中、退院の支援。
情報シートを幅広く進めること。
情報共有シートの作成、かかりつけ→病院、病院→かかりつけ

意思決定

延命措置の意思確認カードの常備

訪問診療を受けられる方に関しては、どのような状態であっても、初期の段階に意志を確認。

意思決定について、ソーシャルワーカーとして、日頃、患者様の話を聴いて、本人の気持ちをくみ取り、できれば記録に残せるようにしていく。

意思決定を患者や家族ができるように、よく話を聞いて、思いを引き出すような援助をしていきたいと思いません。

連携の強化

特に高齢者に関しては、いきなり救急ではなく、かかりつけ医に相談にのってもらいたい。普段から相談できるような体制づくり。

松戸市内、同じ職種でのネットワーク作り

救急について課題を身近な人と共有したい。

高齢者に医療情報を渡す、小児夜急診と同じ様な内科夜急診

地域での交流、街ぐるみでの活動、人と人とのつながり

地域や専門職など枠ではなく、「人が生きる」という所を考えたい。ソーシャルインクルージョンの実践。

地域コミュニティの確立。これから人口が少なくなっていく中での年寄りを1人にしない方向性が大切である。

訪問診療や訪問看護との連携

病院で対応可能なことを実行したい。何ができるかを、チームで検討したい。

他機関との連携を深め、情報共有をスムーズに行えるようにする。

かかりつけ医、救急病院を決めておく。

かわりのある高齢者に対して、医療連携シートを作ること、今後考えてほしいと思います。

県の地域生活連携シートを事前に2～3カ月に1回作っていますが、それ以外は方法がわからないですね。

在住町会には高齢者世帯が多く、何か手伝える事があればと思っています。具体的には良く判っていませんが…

治療以外を病院に期待しない。病院に振りまわされない。病院と診療所が仲良くないのか、医師同士で関係が作れないのか、ケアマネに頼られ、Dr同士で情報共有できない様子がわかる。

高齢者で見守り必要な方に救急キットを配布しています。民生委員の立場としても個人情報保護問題から、内容の記述確認まで踏み込む事は難しいが、地域民生委員としても議論・検討してみたい。

公的医療機関の役割の充実

地域、行政、他医療機関との連携強化を今後も取り組んでいきたい。

知識の補強

基礎的な救急処置知識

知識、経験を深め、救急を要請する際、適切な判断が行えるようになる。

予防的な手立て

患者の症状をできるだけ見極め、気軽に119をしない。

まずは自身・家族が不必要な救急医療の利用をしないことから…気をつけています。

安易に医療機関にかかるのではなく、まず相談できる場所がないかを探ること。

その他

救急車の適正利用について、具体的な事例を踏まえてPRしていく。転院搬送における救急車の適正利用について、理解して頂き、病院救急車の活用、民間患者用移送車の活用について、働きかけていく。高齢施設（特

養・老健など)と協力病院との連携が取れるように、相互理解が得られるように働きかけていきたい。

夜間、病院の問い合わせがあった際、速く正確に案内する。

入院後の後方支援病院の職員として、スムーズな受け入れに取り組みたいと思います。

今後、救急病院が高齢者であられ、機能しなくなるとは困るので、地域で高齢者対策をどのように取り組んでいけるか…

在宅独居の高齢者が不安などから救急要請を頻回に行っているケースなどに対して「救急医療」の視点からもとらえ直して考えたい。

お薬手帳に病気の年表のようなものを作っておくようにすすめている。救急で初めの患者などを診ることは大変なことと家族に言っている。

緊急時用 情報集約用紙

記載日 年 月 日

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 () 歳						
住所	電話番号								
主たる傷病名									
現在の状況	病状・治療経過・治療方針								
	投与中の治療の主軸となる薬剤	(過去半年間処方の変更がない薬剤には、○)							
		1	2	3					
		4	5	6					
	日常生活自立度	障害	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1
	認知症	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
身体状況	麻痺	無・有 ()							
	意識障害	無・有 ()							
想定される緊急病態と意思決定支援に資する情報	予想される緊急病態								
	表明された本人意思や家族の希望								
家族	同居家族	無・有 ()							
	連絡先	氏名	続柄	住まい (市内外)	緊急時の連絡先 (携帯、職場など)				
	1				① ②				
	2				① ②				
3				① ②					
医療・介護連携機関	連絡先	医療機関名	担当者	緊急時	代表				
		診療所							
		訪問看護ステーション							
		居宅介護支援事業所							
	薬局								
受診歴のある病院									
① _____ ② _____									
その他特記事項									

患者署名 _____

家族署名 _____

関係機関への周知

訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所		薬局	
------------	--	-----------	--	----	--

