

東京都西多摩二次医療圏に設置されている介護老人福祉施設（特養）および介護老人保健施設（老健）に対して施設内での急変などへの対処方法について平成25年8月調査を行った。回収率は介護老人福祉施設（特養）ならびに介護老人保健施設（老健）ともに61%ほどで同じような比率であった。

## D. 考察

### (1) 東京都西多摩地域の救急医療と介護施設

東京都西多摩二次医療圏は人口10万人あたりの定員が、介護老人福祉施設が全国の4.7倍、介護老人保健施設が0.9倍、介護療養型医療施設が4.4倍設置されているが、急性期病院は全国平均の58%に留まっている（表35）。

表 35-1 対人口10万での医療施設、救急告示病院数の地域ごとの比較

		全国		東京都全域		東京都特別区部		広域西多摩地域*	
		病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
施設総数	総数	6.77	77.95	4.92	96.39	4.73	108.07	7.55	64.94
一般病院	総数	5.92	8.29	4.51	4.71	4.56	5.14	5.29	4.78
	病床	705.64		625.45		669.18		441.50	
救急告示病院	総数	3.03		2.33		2.53		1.76	

医療施設調査 平成22(2010)年10月1日

\*広域西多摩地域:東京都西多摩二次医療圏に診療圏として山梨県北都留郡を含めたものをここでは算出している。

表 35-2 対人口10万当たりの介護施設数・定員・従業者数の地域ごとの比較

			全国	東京都全域	東京都特別区部	広域西多摩地域*
介護老人福祉施設	施設数	対10万人比	4.66	2.98	2.30	14.50
		全国に対する比率	1.00	0.64	0.49	3.11
	定員	対10万人比	334.6	268.3	195.3	1,568.7
		全国に対する比率	1.00	0.80	0.58	4.69
常勤換算従事者数	対10万人比	219.23	168.58	124.88	949.59	
	全国に対する比率	1.00	0.77	0.57	4.33	
介護老人保健施設	施設数	対10万人比	2.76	1.16	0.95	2.25
		全国に対する比率	1.00	0.42	0.34	0.81
	定員	対10万人比	248.90	121.55	101.92	215.71
		全国に対する比率	1.00	0.49	0.41	0.87
常勤換算従事者数	対10万人比	149.76	76.49	64.56	133.98	
	全国に対する比率	1.00	0.51	0.43	0.89	
介護療養型医療施設	施設数	対10万人比	1.34	0.54	0.41	2.50
		全国に対する比率	1.00	0.40	0.31	1.87
	定員	対10万人比	59.46	45.83	30.50	258.71
		全国に対する比率	1.00	0.77	0.51	4.35
常勤換算従事者数	対10万人比	45.91	31.58	21.47	184.47	
	全国に対する比率	1.00	0.69	0.47	4.02	

介護サービス事業所調査 平成22年度

\*広域西多摩地域:東京都西多摩二次医療圏に診療圏として山梨県北都留郡を含めたものをここでは算出している。

## (2) 介護施設の状況

介護施設の基本情報として、施設入居者の平均年齢を算出したが介護老人福祉施設（特養）で85.0歳、介護老人保健施設（老健）で83.4歳とはほとんど差がなかった（表3〈質問2〉）。これらの介護施設での新たな受け入れは、一年間に介護老人福祉施設（特養）で41.6人（1床あたり0.376）、介護老人保健施設（老健）各施設で94.25人（1床あたり0.921）を新たに受け入れている。定員100人の1つの介護施設が常に満床であると仮定すると、介護老人福祉施設（特養）の場合は年間37.6人、介護老人保健施設（老健）の場合は92.1人が新たに入居していることになる。すなわち介護老人福祉施設（特養）の平均利用日数は3年弱、介護老人保健施設（老健）で1年弱ということになる。また入所の際に入所申し込みから入所までの平均日数は介護老人福祉施設（特養）で8か月、介護老人保健施設（老健）で6か月弱であった。（ただしここでの平均日数は、各施設の平均日数を合算し、単純に回答施設数で割ったものである）（表8〈質問7〉）。介護施設の入居者のほぼ半数は入居前には単身生活や高齢者所帯などで暮らしているなど、いろいろ問題を抱えて入居してきていた（表9〈質問8〉）（文献1）。

## (3) 介護施設からの退所

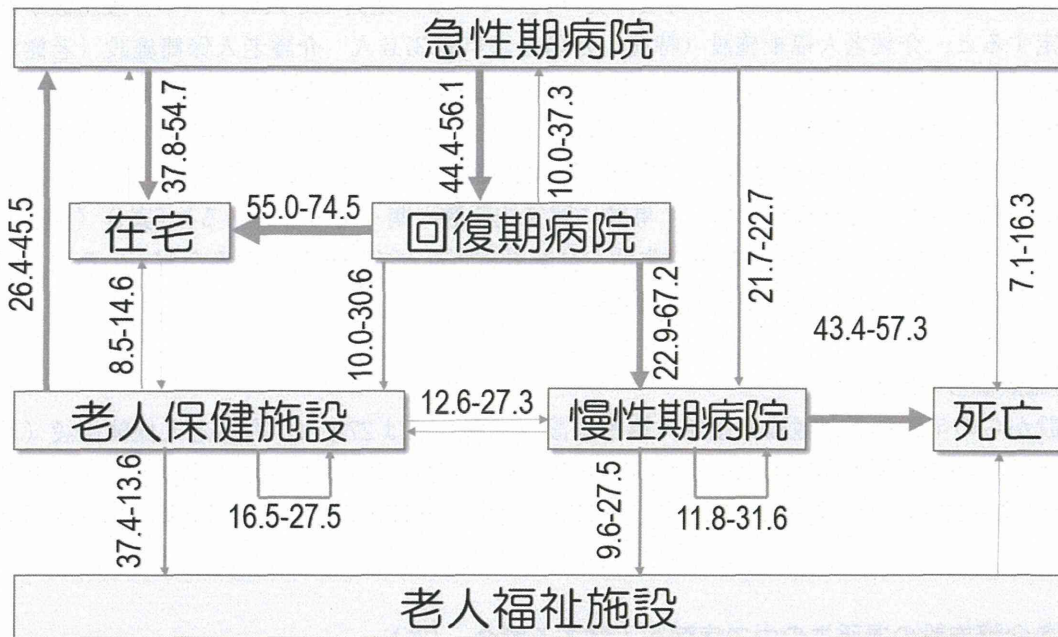
介護施設からの年間退所者数は介護老人福祉施設（特養）では27.4人、介護老人保健施設（老健）では93.1人で介護老人福祉施設（特養）に比べて回転率が高い（表10〈質問9〉）。急変などで具合が悪くなり医療機関に入院するものは介護老人福祉施設（特養）で37%、介護老人保健施設（老健）で46%であった（表36）。

表36 各介護施設の退所先の中で病院へ入院する割合（%）

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設
急性期病院へ入院	21.11	27.92
慢性期病院へ入院	15.98	18.52
病院へ入院	37.09	46.44

退所先別でみると介護老人保健施設（老健）の場合は施設で死亡するものはわずかで、他の介護老人保健施設（老健）へ移動しているものが全体の9.93%、在宅へ復帰しているものが25.23%で、介護老人福祉施設（特養）では57.68%が死亡による退所であった（表12〈質問11〉）。介護老人保健施設（老健）の退所理由で最も多いのはいわゆる急変43.5%による病院搬送であった（表11〈質問12〉）。これらの結果は、平成24年に実施された西多摩医師会での調査によく似ていた（図1）（文献2）。また、在宅復帰ができない理由については、家族の介護力がないことを挙げている介護施設が最も多かったが、2番目に医療依存度が高いことを挙げる施設が多かった。その傾向は介護老人福祉施設（特養）で目立った（表14〈質問13〉）。

図1 脳卒中患者の主な流れ： 西多摩地域の病院及び介護施設に対して、脳卒中で入院あるいは入所した人の退出先の割合を平成21年，平成22年の調査を合わせて，その最大値と最小値で示す．：西多摩地域脳卒中医療連携検討会：西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査結果報告（平成24年10月）



#### (4) 介護施設の医療支援

全介護施設で協力病院・提携病院等として医療機関の支援を受けていたが（表17〈質問16〉）、夜間休日に生じているものについては協力病院・提携病院の支援が得にくい傾向があった（表19〈質問18〉）。また、医療機関の対応は一樣でなく、救急要請をする前に協力・提携医療機関へ相談して、診察を受けることができるものは介護老人福祉施設（特養）で半数、介護老人保健施設（老健）は2/3で（表21〈質問20〉）、電話対応してくれる職員の職種も異なり状況の把握が十分と難しい場面や対応がはっきりしていない部分も見られた（表15〈質問14〉）。また提携・協力病院以外の受診を希望される時（いわゆる急変時）医師・看護師以外のものが事前に先方に連絡をしているのは58.2%で、急変時の病状が伝わりにくい可能性が示唆された（表30〈質問29〉）。

#### (5) 介護施設からの救急要請

急変の内容については介護施設では意識障害や胸痛・腹痛が想定され（表16〈質問15〉）、対処に困っていることを救急要請の第一の理由としている。特に介護老人保健施設（老健）では救急車を依頼する傾向があった。（表23〈質問22〉）。介護老人保健施設（老健）では医療者が救急要請するが、介護老人福祉施設（特養）の場合は医療者以外にも介護士や相談員や家族が救急車を要請することもあった（表22〈質問21〉）。救急を要請する理由は主に様子を見ているも改善する傾向がない場合が多く、対処できない、改善しないというものが多かった。また判断できない等の理由となるものも21.9%あった（表24〈質問23〉）。急変時の対処方法については介護施設毎に異なり、介護老人福祉施設（特養）の半数ではマニュアルが整備されているが介護老人保健施設（老健）では1/4にとどまっていた（表22〈質問21〉）。また「救急要請をしない」、「延命治療をしない」としたものの、実際に救急要請をするのは、回復するものを見逃しているかもしれないなど、判断ができない、あるいは対処できない場合であった（表26〈質問25〉）。また延命治療をしない時に心配なことは、医療行為で改善するかもしれないと考える場合が圧倒的に多く、特に介護老人保健施設（老健）では回答したすべての施設で同様に考えられていた（介護老人福祉施設（特養）でも75.9%と多い）（文献3）。それでも介護施設の医療者は救急要請を出来る限りしないように施設の自動車での搬送を指示して対応をしようとしていた（表28〈質問27〉）。

さらに、延命治療をしないとしても、実際に家族が救急を要請する、あるいは要請を希望する場合がある。これは、職員が判断できないため家族への説明が難しいためであり、また誰が急変を家族に説明するかによって変化する可能性が示唆された（表27〈質問26〉）。

年間の救急搬送は介護老人福祉施設（特養）では施設の自動車による搬送が多く、介護老人保健施設（老健）では救急要請する割合が高かった。また、介護老人福祉施設（特養）に比べて介護老人保健施設（老健）の方が（医療支援が多いにもかかわらず）救急要請の割合が高かった（表20〈質問19〉）。介護老人保健施設（老健）では看取りはしないが、介護老人福祉施設（特養）では80.0%の施設でいわゆるお看取りが行われ（表11〈質問10〉）、状態が悪いと考えたが、救急要請をしない場合の理由として介護老人福祉施設（特養）では終末期と考えた対応が目立った（表25〈質問24〉）。

#### （6）介護施設の受け入れ体制

救急病院に入院したのち、介護施設に戻らないもの（1年間）（ショートステイを含む）は33.1%で、そのうち介護老人福祉施設（特養）は41.0%、介護老人保健施設（老健）は26.1%であった。（表29〈質問28〉）。介護施設に戻らない理由として挙げたものは新たな医療行為や身体状態が不安定と判断したことであり、A病院で相談員に依頼のあったものでもこの傾向が強かった。

この院内調査では救急病院に入院した者の約7割は介護施設に戻ることができたが、調整に時間を要した31件のうち医療行為が変更したために調整が必要となったものが70%で、そのうちの66.7%は医療行為が変更されたため施設に戻ることができなかった。また入院を契機にして長期に入院したために退所扱いにしたことや家族などの意向で戻らないこともあった（表31〈質問30〉）。介護施設入所の際の判断となる項目についての調査では“その他”の回答が少ない、すなわち医学的管理（インスリン、人工透析、中心静脈栄養、末梢の点滴、胃瘻、バルンカテーテル、気管カニューレ、吸引、酸素（HOT）、ストマ等）および身体状態が安定しているか、社会支援等の内容などが入居の際に検討されるが（表6〈質問5〉）、特殊な場合を除いてここで挙げたものではほぼ全項目が示されていると考えられる。身体状態が安定していると判断する期間は、介護老人保健施設（老健）では2週間以上、介護老人福祉施設（特養）では1か月以上と考える傾向があり、急性期病院の平均在院日数を大きく上回っており、介護施設と救急病院の間で開きがあり、両社で判断の基準が異なっていた（表7〈質問6〉）。

またA病院の相談室で取り扱ったもののうちの調整に時間が必要であった20件のうち、医療依存度が高くなったものが14件、介護量が増加したものが4件、3. 家族の希望2件で、当該施設に戻ったものでも医療、介護量、家族の調整が必要となったものが19件であった（表33）。

#### （7）介護施設相談員

西多摩地域は7つの救急病院で介護施設の救急要請に対応しているが、救急病院の相談員数は少なく、速やかな退院を支援することが難しい（表37）。当地域で唯一三次救急に対応しているA病院（562床）では、相談員が4人で、年間約1400件の相談・調整業務にあたっている（表37）。施設の入居者が救急病院へ入院して、介護施設に戻れなかった20件のうち、当該施設が療養環境整備で対応してくれたものは9件、対応せず当院で独自に療養整備をして病院等へ転院しなくてはならなかったものが11件あったが、介護施設の入居者の場合、介護度が高く高齢で再発のリスクも高く、病状が不安定で、病状の経過が複雑で長いため救急病院では十分に病状が把握できず、入居者と家族との関係が希薄で、さらに家族が遠方に居住していることも多く、相談員と家族との関係を構築することが難しい。また介護施設が救急病院に依頼する内容と家族の希望とが必ずしも一致していると言えず、救急病院の相談員は介護施設と家族の間に入って調整しなくてはならないこともある。西多摩地域にある7つの救急病院には12人の相談員がいるが（表37）、長期入院が困難な救急病院の相談員だけでは、経過の長い施設入居者の退院調整に必要な情報を短期間に把握して療養調整に速やかに対応することは困難と考えられる。院内調査では、介護施設に戻ることができない事例の転出先の95%が療養型病院であり、そのうち療養の調整に45%の施設で協力を得ることができた。

介護施設からの救急要請のうち69.6%は医療者が行うが（表22〈質問21〉）、一方で介護施設と提携・協力関係にあるかかりつけ医療機関の56.5%では初期対応を相談員がしていた（表15〈質問14〉）。また救急を要請した施設の担当者は医療者あるいは介護者であり、施設への受け入れの際には関与せず、施設での受け入れを担当するものは生活相談員等別の職種のものが多いことが多く、急変時の状況を十分に理解

することは困難で、施設の基準で受け入れを判断するため、救急要請の際の医療情報や救急病院を退院する際の医療内容の変更が伝わりにくくなっている（文献4）と考えられた。

表37 東京都西多摩地域の各施設の相談員数

	介護老人福祉施設（特養）	介護老人保健施設（老健）	救急告示病院
施設数	61ヶ所	13ヶ所	7ヶ所
定員	6629人	1457人	1703人
相談員数	116.0人	23.8人	12.0人
相談員一人当たりの対象者数	57.1人	61.2人	141.9人

平成22年介護サービス施設・事業所調査※東京都介護サービス表システム

#### (8) 課題への対応

以上の調査結果から、次のようなことの検討が今後必要になると考えられた。

- 1) 救急車の要請を誰がどのように判断していったらよいか等、介護関連施設での、特に夜間・休日における急変時の対応手順を標準化したマニュアルの作成。その際に、状態が悪いことの原因の検索、その対処方法についての相談などといった、救急病院を受診する目的を明らかにしておく必要がある。
- 2) 施設での対応が難しいことが生じて、家族は介護施設の説明だけでは具合が悪いことはわかるものの、状況が理解できない。そのため各介護施設では事前に医師あるいは看護師が急変時にどのような対応をしたらよいか具体的に家族と相談し、了解を得ることが必要で、急変時にはできる限り家族の判断に介護施設が対応をすることが望まれる。
- 3) 救急病院に入院すると新たな治療が開始されたり、身体状態が変化し後遺障害として残存したりして、介護施設の入居者が入院して施設に戻ることができない場合は、72.4%の介護施設では依頼があれば療養調整に協力が得られると回答されており（表32〈質問31〉）、救急病院での加療が終了した際には、速やかに救急病院からの退院をはかるために、救急病院に入院した後も、救急病院側および介護施設の窓口を一本化して、急性期病院の相談員と入居していた介護施設の相談員は早期から情報を共有し、救急病院からの要請に対し対応が困難な場合は提携病院等を含めて療養の可能な施設への移行を速やかに行うことが望まれる。
- 4) 救急要請し入院した介護施設入所中の利用者の場合、その後の受け入れ場所を確保することは救急病院では困難となり、社会的入院となる。救急要請ばかりではなく高齢者が種々に変化しやすいことなど、お互いの業務を理解しながら①救急搬送の要因②対処方法の違い③制度や家族状況などの複雑な問題等について検討し、介護施設からの緊急病院の実情等について介護施設はさらに理解を得るように努め、介護施設の置かれている状況について救急病院も理解を深めていく必要がある。

## E. 結論

今後、超高齢化社会を迎え介護施設の増加が予測され、それに伴って施設入居者の救急要請も増加し、救急病院への負荷も大きくなると考えられ、東京都西多摩地域の介護施設調査を行い、救急病院に入院した施設入居者の療養支援について検討した。

調査結果からは

- 1) 介護施設では判断・対処が難しい場合が多く、施設で病状の判断ができないために救急要請をしている。
  - 2) 急変時の対応については介護施設によって標準化が十分でない可能性があった。
  - 3) 協力病院・提携病院の特に夜間休日の対応が難しい。
- などが示された。そのため
- 1) 介護関連施設での急変時の対応手順の標準化としてマニュアルを作成する。
  - 2) 各介護施設では医師あるいは看護師が急変時にどのような対応をしたらよいか具体的に家族と相談をして事前に了解を得ておく。
  - 3) 救急要請をしたのちも救急病院に対する支援を介護施設が継続して行う。
  - 4) 介護施設からの緊急病院の実情等について介護施設にも理解をいただく一方で、介護施設の置かれている状況について救急病院も理解を深めていく。

などについて今後検討が必要になると考えられた。

#### 参考文献

- (文献1) 近森 栄子：特別養護老人ホーム入居者の実態調査；大阪市立大学看護短期大学部紀要：6：9-15, 2004
- (文献2) 西多摩地域脳卒中医療連携検討会：西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査結果報：2012
- (文献3) 清水 みどり：介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察— 看護管理者へのインタビューから —；新潟青陵大学紀要：5：347-358, 2005
- (文献4) 柴田 明日香, 西田 真寿美, 浅井 さおり ら：高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識：日本老年看護学会誌：7, 116-126, 2003

#### 謝辞：

日頃の忙しい中で本調査にご協力いただきました

第二紫水園, 特別養護老人ホーム 南聖園, 特別養護老人ホーム 麦久保園, 特別養護老人ホーム 紫水園, 特別養護老人ホーム 琴清苑, 特別養護老人ホーム 不老の郷, 特別養護老人ホーム 第3サンシャインビラ, 特別養護老人ホーム 栄光の杜, 特別養護老人ホーム 日の出ホーム, 特別養護老人ホーム 塩船園, 特別養護老人ホーム 御岳園, 特別養護老人ホーム 聖明園富士見荘, 特別養護老人ホーム 青梅白寿園, 特別養護老人ホーム 青梅園, 特別養護老人ホーム 第二青梅園, 特別養護老人ホーム 成蹊園, 介護老人福祉施設 今井苑, 青梅療育院, 特別養護老人ホーム 大洋園, 特別養護老人ホーム やすらぎの家, 特別養護老人ホーム 九十九園, 介護老人指社施設 あゆみえん, 介護老人福祉施設 リバーパレス青梅, 特別養護老人ホーム 長淵園, 特別養護老人ホーム 第2サンシャインビラ, 介護老人保健施設 けんちの苑みずほ, 介護老人保健施設 菜の花, 介護老人保健施設 ユニット菜の花, 介護老人保健施設 ウェルピア白寿, メディケア梅の園, 介護老人保健施設 西東京ケアセンター, 介護老人保健施設 ユーアイビラ

をはじめとする46施設のご担当の方々に深謝いたします。

## F. 健康危険情報

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

1) 中野美由起, 草野華世, 等松晴美, 佐藤いず美, 高橋眞冬, 大島永久:療養施設からの救急搬送後, 退院調整をした事例の調整内容の検討；第52回全国自治体病院学会（京都市）平成25年10月18日

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他



## 施設調査の依頼

### 関係者各位

皆様におかれましてはますます清祥のことと存じます  
平素よりご厚情をいただきありがとうございます。  
このたび、下記要領でアンケートをさせていただけますと幸いです。

西多摩地域は介護施設が全国に比べても多く、将来の超高齢化社会を迎えるに当たり、今後さらに設置される可能性がある。その一方で、西多摩地域では全国的にみても人口の割に医療資源・救急体制は徐々に縮小してきています。当該地域では今後どのように施設を支援していくかが問題になってくると考えられます。そこで西多摩二次医療圏に設置されている全介護老人保健施設並びに介護老人福祉施設を対象にして介護関連施設が救急医療をどのようにご利用いただけるか、また救急指定医療機関がどのように介護関連施設を支援することができるかを検討するために調査させていただけますと幸いです。くれぐれも特定の施設について行われるものではなく、地域全体での支援体制を検討するための事であることをご理解いただけますと幸いです。

### 調査の目的：

本調査は平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）脳卒中や心筋梗塞に関する医療連携構築に関する研究（H25-心筋- 一般-001）の分担研究として地域の医療福祉資源の有効利用について西多摩地域での地域医療福祉連携について検討する中で、介護関連施設が救急医療をどのようにご利用いただけるか、また救急指定医療機関がどのように介護関連施設を支援することができるかを検討する。

対象：東京都西多摩 2 次医療圏に設置されている、全介護老人福祉施設及び介護老人保健施設（宿泊型）

調査期間：平成 25 年 8 月 1 日より平成 25 年 8 月 31 日

特別な項目を除いて平成 24 年 4 月 1 日より平成 25 年 3 月 31 日の 1 年間を対象とする

調査処理方法：返信用封筒を用意した郵送による

### 調査票

受付番号票と調査結果の送付先

調査票には施設が特定されないように施設の種別と乱数票の基づく受付番号のみが記載される  
ご協力をいただいた施設名が受け付け順に記載され、誤送等の防止をするために基礎票と無関係にアトランダムに処理される

調査票は分解され、療養床数および相談員数などを基礎数として、総数として統計処理する

ご返送期限 平成 25 年 8 月 31 日

倫理的配慮：当調査については、青梅市立総合病院倫理委員会および、厚労科研究班主任研究者の所属する日本医科大学 COI 委員会での承認を得ています。さらに、この情報については、施設が特定されないように上記委員会を通じて配慮され、研究以外の目的で使用されることはありません。また調査報告書を希望される場合は、別刷りの依頼書に記載させていただきます。

さらに、調査で知り得た情報については、本研究以外での使用はありません。報告書作成次第、個人情報と同様に破棄します。

できるだけ件数での調査 12か月 平成24年4月1日～平成25年3月31日

対象はショートステイによる利用者は除く

解析結果

統計処理されたデータを希望される場合は別紙で依頼をするが、

厚生労働省のホームページからのアクセスも可能になる

御不明なことがございましたら、お気軽に下記までお問い合わせいただけますと幸いです

青梅市立総合病院 神経内科 高橋真冬



受付票

乱数表

ご協力いただいた施設名 千  
住所  
施設名

主にご協力いただいた方

調査結果のお知らせのご希望                      あり                      なし

【施設関連項目】

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. 施設入居者用定員                   | 人 |
| ショートステイ用定員                    | 人 |
| 2. 入所相談員数（常勤換算）               | 人 |
| 3. 施設入居者の平均年齢                 |   |
| 4. 年間の新たな入所者数（ショートステイ・再入所を除く） | 件 |

5. 入所の際の検討する項目 該当するものに○（可不可の質問ではない）

(ア) 介護度			
(イ) 医療行為	① 薬価		
	② 医学的管理	インスリン	
		人工透析	
		中心静脈栄養	
		末梢の点滴	
		胃瘻管理	
		バルンカテーテル管理	
		気管カニューレ	
		吸引	
		酸素（HOT）、 ストマ	
その他（                      ）			
③ 状態が安定していると思われるもの			
④ 譫妄等の異常行動がない（認知症の程度）			
⑤ その他 具体的に（                      ）			
(ウ) 生活保護等			
(エ) 支払い能力の有無			
(オ) キーパーソンの有無			
(カ) 定期的な医療機関への受診が必要か否か			

6. 具体的に「状態が安定している」というのはどういう状態を想定されていますか？該当するものに○で記してください

内容	食事が一定に摂取できる	
	バイタルサインに異常がない	
	良眠されている	
	その他 具体的に（                      ）	
期間	1 週間以上	
	2 週間以上	
	1 か月以上	

受付番号 ( )

介護老人保健施設・介護老人福祉

7. 施設(医療機関あるいは介護施設)からの入所の場合に、申込日から入所日までの平均日数

日
---

8. この1年間に入所した方が入所する前の在宅生活の状況

(ア) 単身生活	件
(イ) 老老介護(介護力がない場合)	件
(ウ) その他 具体的に ( )	件

【退所関連】

9. 年間退所者数

件
---

10. お見取りをしていますか はいの場合○

--

11. 退所先別件数(ショートステイ中の方は除く)

(ア) 1年間に、在宅の準備が整い、訪問看護等を準備し在宅療養(親類宅を含む)を開始した件数	件
(イ) 1年間に慢性期病院への入院した件数	件
(ウ) 1年間に急性期病院への入院した件数	件
(エ) 1年間に介護老人福祉施設へ入所した件数	件
(オ) 1年間に介護老人保健施設へ入所した件数	件
(カ) 1年間に有料老人ホームへ入所した件数	件
(キ) 1年間に認知症対応型グループホームに入所した件数	件
(ク) 1年間に死亡した件数(お見取り)	件
(ケ) その他 具体的に ( )	件

12. この1年間で退所した方の退所理由

(ア) 急変等による入院のため	件
(イ) 入所期間が過ぎたため	件
(ウ) 家族の希望(事故やトラブルを含む)	件
(エ) 死亡	件
(オ) その他 具体的に ( )	件

13. 在宅復帰ができない要因(複数回答可)多い順序で数字を記入

(ア) 家族の介護力が無い	
(イ) フォーマル・インフォーマルな支援が得られない	
(ウ) 医療依存度が高い	
(エ) 通院・移動が困難	

【施設の医療行為】

14. 施設のかかりつけの医療機関の対応 (該当するものに○)

(ア) 電話での対応		
電話対応してくれる人の職業	医師	
	看護師	
	事務	
	相談員	
	その他 ( )	
(イ) 医師による往診		
(ウ) 看護師の出勤		
(エ) 協力・提携医療機関への受診		
(オ) 救急病院への受診		

15. 施設で急変することがありますが、急変とはどのようなものを言いますか

急変の内容 該当するものに○	意識障害	
	急な頭痛	
	急な胸痛・腹痛	
	転倒	
	めまい	
	悪心嘔吐	
	その他	

16. 協力病院・提携病院等医療機関の支援 (該当するものに○ 複数ある場合はその数を記入して下さい)

(ア) 提携病院	
(イ) 協力病院	
(ウ) 無床診療所	
(エ) なし	

17. 提携病院あるいは協力病院は同一法人ですか “はい”の場合に○

18. 提携病院・協力病院が対応した

(ア) 平日の日中	1年間の入院数	件
	施設が入院を希望したが入院できなかった件数(平成25年7月)	件
(イ) 夜間休日	1年間の入院数	件
	施設が入院を希望したが入院できなかった件数(平成25年7月)	件

19. 年間救急搬送件数 (ショートステイ中の肩を含む)

(ア) 施設の自動車による搬送件数	件
	うちショートステイ中の搬送件数
(イ) 年間救急要請件数	件
	うちショートステイ中の搬送件数

20. 救急要請をする前に協力・提携医療機関へ相談 該当するものに○

(ア) 相談の結果、往診してくれる	
(イ) 相談の結果、受診させてくれる	
(ウ) 相談するが、電話対応のみで、様子を見るか、救急病院へ行くように指示される	
(エ) ほとんど相談しない	

21. 救急要請をだれが判断しますか？該当するものに○ 複数回答可

(ア) 施設のマニュアルに従う（施設の方針）	
(イ) 介護チームのリーダー	
(ウ) 介護者の一人	
(エ) 事務	
(オ) 医師	
(カ) 相談員	
(キ) 家族	
(ク) その他 具体的に ( )	

22. 救急要請をする理由 該当するものに○ 複数回答可

(ア) 対処できない	
(イ) 援助が得られない	
(ウ) 改善しない	
(エ) 判断できない	
(オ) その他 具体的に ( )	

23. 主にどんな時救急を要請していますか 該当するものに○

(ア) 意識障害	① 短時間でも	
	② しばらく様子を見てから	
(イ) 痙攣	① 短時間でも	
	② しばらく様子を見てから	
(ウ) 胸痛	① 短時間でも	
	② しばらく様子を見てから	
(エ) 腹痛	① 短時間でも	
	② しばらく様子を見てから	
(オ) 咳がおさまらない		
(カ) 火傷		
(キ) 外傷	① 転倒等で体を動かさなくなった	
	② 打撲（出血が多い）	
(ク) 発熱により悪寒戦慄がある		
(ケ) その他 ( )		

24. 状態が悪いと考えたが、救急要請をしない場合の理由

(ア) 医師・看護師が救急病院を受診する必要がないと判断した	件	
該当するものに○ 複数回 答可	① 年齢を考えて	件
	② 家族との合意で	件
	③ 末期（終末期である）	件
(イ) 医師・看護師が施設の車で搬送するように指示された	件	
(ウ) 現場の判断で、施設の車で搬送を決定した	件	
(エ) 様子を見ていたら落ち着いてきた	件	
(オ) その他 ( )	件	

25. 救急要請をしない、延命治療をしないとしていたが、実際に救急要請をした件数（1年間）

件
---

26. 延命治療をしないとしても、実際に救急要請した理由（1年間）（複数回答可）

(ア) 具合の悪いことがイメージできず、延命治療でないと判断した	
(イ) 上司からの指示	
(エ) 現場で対処できなかった	
(ア) 状況が分からなかった	件
(イ) 家族の希望	件
(ウ) 事前に救急要請しないと決めていたことを職員が知らなかった	件
(エ) 医師の指示による	件
(オ) 週末や年度末を控えて、医師・看護師の対応に不安があった	件
(カ) その他 ( )	件

27. 救急要請しない、延命治療をしない時に心配なことは何ですか（複数回答可）

(ア) 具合が悪い時 それで医療行為で改善するかもしれない	
(イ) 自信がない	
(ウ) 対処方針がわからない。教えてもらえない	
(エ) 指示がない	
(オ) その他	

28. 救急病院に入院したのち、施設に戻らない件数（1年間）（ショートステイを含む）

(ア) 病院で死亡（ショートステイを含む）	件
(イ) 再度入所した件数	件
(ウ) 入所しなかった件数（ショートステイを除く）	件

29. 提携・協力病院以外の受診を希望される時(いわゆる急変時)事前に連絡を先方にいらいますか (該当するものに○)

(ア) 入れていない		
(イ) 連絡しない理由	① 受診を断られる可能性があるから	
	② 叱られるから	
	③ その他	
(ウ) 入れている		
(エ) 主に誰が連絡されますか	① 医師	
	② 看護師	
	③ 事務	
	④ 介護士	
	⑤ 家族	
	⑥ その他	
	⑦ かかりつけの医療機関の相談員	
(オ) 連絡を入れているが、医師に伝わっていないことがありますか		
(該当するものに○)	① あまり伝わっていない	
	② ほとんど伝わっている	

30. 施設に戻らない理由(1年間)

	① 新たな医療行為に対応できない(総数)	件
	薬価で赤字になるため	件
	中心静脈栄養	件
	気管切開	件
	吸引	件
	人工呼吸器(陽圧換気を含む)	件
	ストマ管理	件
	経管栄養(胃瘻を含む)	件
	その他( )	件
	② 状態が不安定と判断した	件
③ 生活保護等の施設枠を超えている	件	
④ 家族・本人が希望しない	件	
⑤ 退所扱いになって居室がない	件	

31. 急性期病院での治療が終了して再入所できない場合に貴施設ではどのように対応しますか

(ア) 依頼がない	
(イ) 責任が持てないので、施設では依頼があっても療養先を探すことはしない	
(ウ) 退所しているので、依頼があっても状況がわからないために手伝えることはない(かえって迷惑をかける)	
(エ) 依頼があれば提携病院・協力病院にあたる(ショートステイを含む)	
(オ) 依頼があれば提携病院・協力病院以外でも療養先を探す(ショートステイを含む)	
(カ) ショートステイのために当施設では対応しない	
(キ) その他 ( )	





## 心筋梗塞症例に効果的に医療提供を行うための現状把握と将来予測に関する研究

研究分担者 小池 城司 福岡市医師会成人病センター 部長

### 研究要旨

福岡市医師会では平成 20 年 4 月の厚生労働省・第 5 次医療法改正・「新地域医療計画」に沿って、福岡市医療圏での急性心筋梗塞に対する医療の標準化を目的として、「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」の運用を開始した。しかしながらこの地域連携パスの運用は想定通りに行われておらず、今回の検討でいくつかの問題点が明らかになった。今後はこれらの問題点を解決するための要因について更なる検討を行っていく予定である

### A. 研究目的

本研究は、救急医療体制、特に脳卒中や心筋梗塞での課題である急性期から回復期・維持期への連携をより機能的に行うために医療連携のあり方を明らかにするための「脳卒中や心筋梗塞に関する医療連携構築に関する研究」の分担研究で、心筋梗塞連携分析分科会を担当する。

本分科会では、平成 23 年から運用が開始された「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」のこれまでに蓄積されたデータを活用することで以下のことを明らかにすることを目的とする。

- ① 福岡市における急性心筋梗塞の医療連携の現状把握と課題の抽出を行い、急性期から維持期・回復期に至る円滑な連携体制の構築を検討する。
- ② 医療連携の循環から脱落した症例を集積し、その要因を解析してより機能的な連携体制を検討する。

### B. 研究方法

福岡市医師会では別紙のような「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」の試験運用を平成 23 年 5 月より試験運用を福岡市内の 6 機関病院で開始し、11 月より本格的に運用を開始した。「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」に関するデータは福岡市医師会地域医療化が管理することとなり、これに関するデータは福岡市医師会の許可

を得て、匿名化した状態で提供を受ける。「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」では急性期病院、回復期病院およびかかりつけ医における各種患者データや治療に関するデータが含まれる。このデータベースを基盤として、本分担研究では以下の点について検討を行う。

- ① 「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」の運用の現状について検討する。また、それにより何が課題であるかを明らかにする。
- ② これに引き続き現在このデータベースに登録された 37 症例について各種患者データの解析が進行中である。それにより「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」から得られた患者データについて検討することで、福岡市における心筋梗塞患者の状況を明らかにする。  
(倫理面への配慮)

福岡市医師会から提供を受ける心筋梗塞地域連携パスのデータはすでに匿名化されており、その状態のまま提供を受けることとする。従って、「疫学研究に関する倫理指針」のインフォームド・コンセントの簡略化に関する細則に添って、研究対象者からのインフォームド・コンセントは取得しない。

### C. 研究結果

福岡市医師会では、平成 20 年 4 月の厚生労働省・第 5 次医療法改正・「新地域医療計画」に合わせる形で、これまでに脳卒中、大腿骨頸部骨折および胃

がん・大腸がん（これは福岡県と共同で）を対象とした地域連携パスを作成・運用を行い、脳卒中が年間約 150 件、大腿骨頸部骨折が年間約 50 件運用されている。

平成 23 年 5 月より福岡市内の 6 基幹病院で試験運用が開始され、同年 11 月から本格運用が開始された「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」の運用状況を表 1 にまとめた。

表 1. 年度別の「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」運用状況

	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年
A 病院	3	0	0
B 病院	9	0	0
C 病院	3	1	0
D 病院	1	2	0
E 病院	3	0	1
F 病院	9	5	0
合計	28	8	1

表 1 にまとめたように脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスと比較して、運用が当初の計画通り進んでいないことが明らかになった。また、これらすべての症例は急性期病院退院時までのデータはあるものの、回復期およびかかりつけ医からのデータの入力がなされていない状況が明らかになった。

#### D. 考察

福岡市医師会が「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」作成するきっかけは前述したように平成 20 年 4 月の厚生労働省・第 5 次医療法改正・「新地域医療計画」よるところが大きい。また、福岡市が人口 150 万人で、急性心筋梗塞に対応できる基幹医療機関が 15 ヶ所もあり、それら同士の連携が確立されていなかったため、福岡市内における急性心筋梗塞の対する医療の標準化という点でも必要とされていたということが挙げられる。また、脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスがスムーズに運用されている実績もあったことも一つの要因であった。

しかしながら実際に運用を開始してみるとそれがほとんど使われていない状況であった。脳卒中や大腿骨頸部骨折との違いは、保険点数が算定されておらず、急性心筋梗塞の地域連携パスを使っても、何のインセンティブもないことがその要因ではないかと考える。地域連携パスを運用することは、一般の医療に加えての行為になるので、この点は今後の検討が必要と思われる。

また、急性期病院でこの急性心筋梗塞地域連携パスの運用が開始されても、回復期病院やかかりつけ医で使用されていない原因として、この地域連携パスが急性期病院の視点から作成され、それ以外の立場ではやや使いづらい点があった可能性がある。今後の患者データ等を検証することで、最低限必要な情報についての検討を今後していく予定である。

#### E. 結論

今回、「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」について、その運用の現状について検討を行った。福岡市医師会ではすでに脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスがスムーズに運用されているため、急性心筋梗塞の地域連携パスもスムーズに運用される素地はあったものの、上述の考察のように脳卒中や大腿骨頸部骨折との保険制度上の違いもあり、それが想定通りに動いていないことが明らかになった。また、急性期病院と回復期病院・かかりつけ医の間のギャップもあることが示唆された。今後は、これらの問題の解決すべき点等について検討を行っていく予定である。

#### F. 健康危険情報

なし。

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし。
2. 学会発表  
なし。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

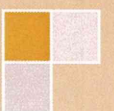
1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
なし。



# 急性心筋梗塞の 医療連携

2011 年度版

福岡市医師会



## はじめに

福岡市医師会では、第5次医療法改正を受け、4疾病5事業における地域医療連携体制の確立・推進のため、平成20年に脳卒中、平成22年には大腿骨頸部骨折の地域連携パスを策定し、それぞれ運用を開始致しました。

また、がんにつきましても、私ども福岡ブロックがん診療連携協議会ワーキンググループメンバーによって策定された胃がん・大腸がんステージⅠの地域連携パスが、福岡県全域を対象とする福岡県がん対策推進協議会の地域連携パスとして採択され、平成23年から運用が始まるなど、着実に連携の歩を進めて参りました。

今般、上記疾病に続き日本人三大主要死因の第二位となっております心疾患を対象とした地域連携パス「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」が完成し運用を開始することとなりました。

急性期・回復期・かかりつけ医（維持期）の各段階の医療機能・施設が効率的に機能するための円滑な医療連携を目的としたこの急性心筋梗塞地域連携パスによって、医療機関の機能分化と地域連携が更に進展し、急性期からかかりつけ医まで一貫した治療プログラムにより、患者は安心して切れ目のない医療を受けることができるようになります。現在まだこの地域連携パスには診療報酬上の評価はなされておりませんが、本会では、急性心筋梗塞を発症した患者が一日でも早くこの恩恵を受けられるよう、全国の政令指定都市に先駆けて運用を開始することと致しました。

今後、この地域連携パスが福岡市エリアだけでなく広く普及・活用され、質の高い医療の効率的な提供と患者満足度の向上に寄与できればと考えます。

最後に、本地域連携パスの策定にあたり、ご多忙の中熱心にパスの策定にご尽力頂きました急性心筋梗塞ワーキンググループメンバーの方々、試験運用にご協力頂きました医療機関に対しまして、この場をお借り致しまして心より厚く御礼申し上げます。

平成23年11月

福岡市医師会

会長 江頭 啓介