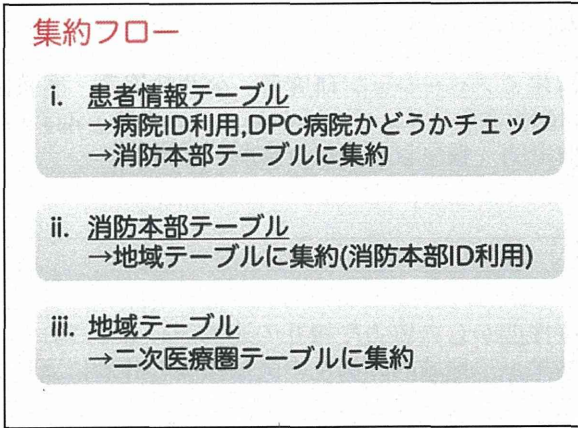


これら5つの基本テーブルからなるデータベースに情報を格納した後、二次医療圏毎に集約作業を行った。

その際、三段階の集約フローを実施した(図表2)。また、iiiの地域テーブルに関する集約過程に関しては、二次医療圏と消防本部の関係から4つの類型を想定し(図表3)、それに基づいた集約を実施した。



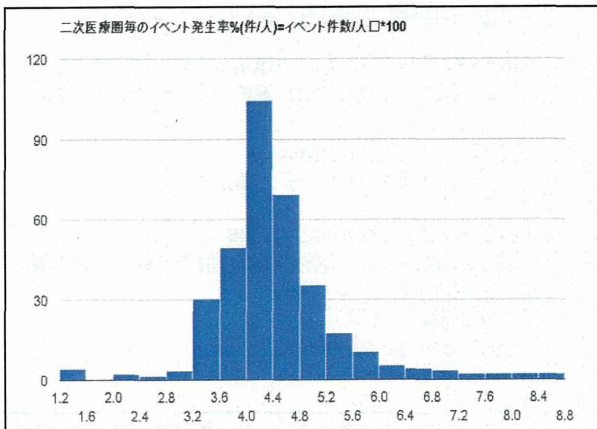
図表2: 二次医療圏毎の集約フロー

型	特徴	所管の異なる 二次医療圏 消防本部	計算方法、備考、課題	例
1	二次医療圏と消防本部の管轄が一致	b	二次医療圏の救急搬送件数 (a) = 消防本部の救急搬送件数 (b)	豊前二次医療圏 一宮地区広域消防組合消防本部 (100圏程度)
2	1つの二次医療圏に複数の消防本部が含まれる	b, b', b''	二次医療圏の救急搬送件数 = 複数の消防本部の搬送件数の和 $a = b + b' + b''$	新子守館二次医療圏 一宮野市消防本部 花巻市消防本部 北上市消防本部 北上市消防組合消防本部 (20圏程度)
3	1つの消防本部が複数の二次医療圏に含まれる	a, a', a''	二次医療圏の救急搬送件数 = 消防本部の救急搬送件数の当該二次医療圏の人口 (A) 割合相当 $a = b \times A / (A + A' + A'')$	東京消防庁管轄圏 横浜消防局管轄圏 川崎市消防局管轄圏 (5圏程度)
4	1つの消防本部の所管が、複数の二次医療圏にまたがる	b, b', b''	二次医療圏の救急搬送件数 $a = b \times (b \text{消防本部の所管人口のうち} i \text{医療圏に属する人口割合}) + b' \times b''$ $a' = b \times (b \text{消防本部の所管人口のうち} i' \text{医療圏に属する人口割合}) + b''$	北海道二次医療圏など (30圏程度)

図表3: 二次医療圏の救急搬送件数等の算出方法

C. 研究結果

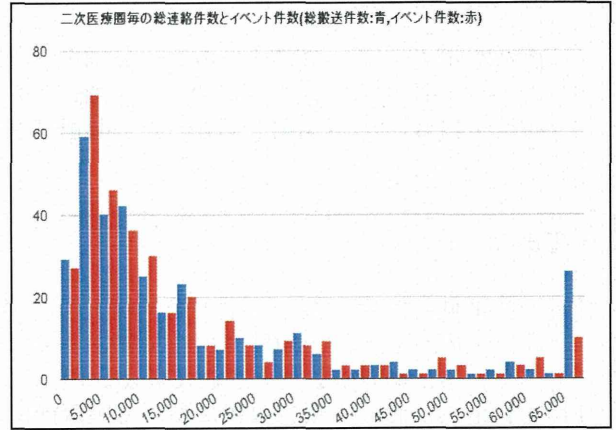
二次医療圏毎の救急搬送に関する数量的な特徴には、様々な論点が見られた。まず、二次医療圏ごとの救急搬送事象(以下、イベント)発生率は、4.4~4.8%である二次医療圏が104と最も多く、ほぼその前後の発生率に二次医療圏の数も集中している(図表4)。



図表4: 二次医療圏毎のイベント発生率

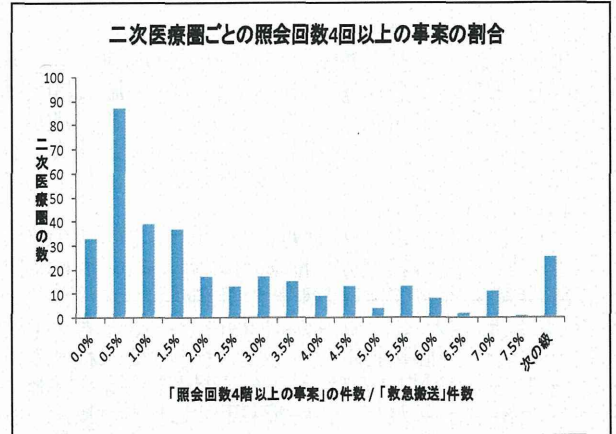
また、総連絡件数、総イベント発生件数に関しては、両事象とも5,000以下の二次医療圏が最も多いと言えるが、約35,000事象までは、一定数の二次医療圏において発生しており、ばらつきがみられる。

また総連絡件数が突出して数の多い、二次医療圏も存在し、救急搬送体制における何らかの課題を抱えている可能性が高い(図表5)。



図表5: 二次医療圏毎の総連絡件数とイベント件数

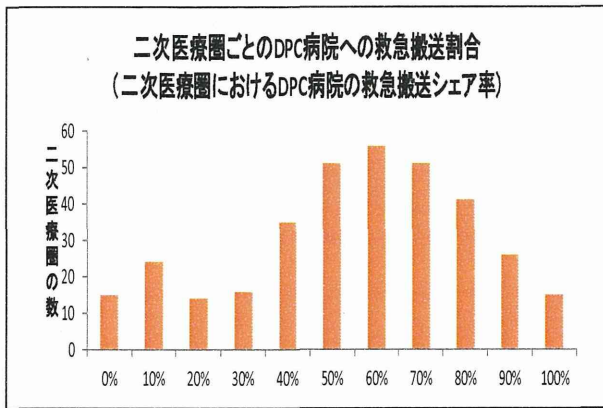
二次医療圏毎の照会回数4回以上の割合に関しては、0.5%の二次医療圏が最も多いが、その一方で、3%を超える割合を示している二次医療圏も一定程度存在しており、救急搬送に際して、多くの照会が行われている二次医療圏も一定程度存在していることが見て取れる(図表6)。



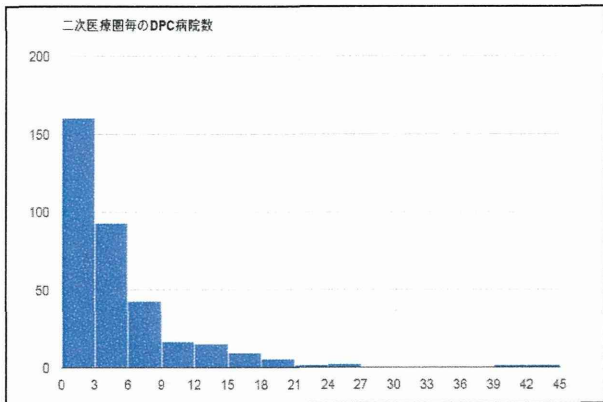
図表6: 二次医療圏毎の照会回数4回以上事案割合

二次医療圏毎の、DPC病院への救急搬送割合に関しては、受け入れ割合に関してはばらつきが見られるが、半数以上の搬送はDPC対象病院が受け入れていることが見て取れた(図表7)。

ちなみに、二次医療圏毎のDPC病院数は、10以下の二次医療圏が約84%であり、地理的な状況を勘案する必要があるが、比較的少数の医療機関が救急搬送を受け入れている状況が見て取れた(図表8)。



図表7：二次医療圏毎のDPC病院搬送割合



図表8：二次医療圏毎のDPC病院数

D. 考察

全国の基礎自治体の所管消防本部と所管MC協議会、さらには二次医療圏に関する基礎的なデータおよびそれに関連する各地域ごとの救急搬送の実態に関しては、これまで明確になっていない点が多かったといえる。

今回構築されたデータおよびその解析の結果は、全国や各地域において、救急車の搬送受け入れを円滑にする施策などについて考える上で、また、現在、各自治体で取り組まれている市町村消防の広域化を検討する上で貴重な資料となると考えられる。

したがって、今回、算出したデータは、これらを継続的に把握し、集積できる体制が望まれるといえる。また同時に、こうしたデータに基づく解析を実施するためには、元となるデータの質や正確性に関しても留意していく必要がある。具体的には、DPC病院に関わる病院識別に関わるデータに関しては、その精度にかなり課題があると言え、こうした点も今後の検討課題であると言える。

E. 結論

二次医療圏毎の救急搬送の実態には、ばらつきが見られるが、地域全体での救急搬送の受入れ状況の改善が、地域内の個々の医療機関の評価と関連する仕組みを構築することにより、各医療機関は地域の救急医療体制への協力や施設間での連携により積極的になることにより、こうしたばらつきを少なくし、さらには個々の二次医療圏毎の救急搬送体制の底上げにも繋がると考えられる。

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

- 水野信也「医療データ解析基盤構築とその応用」数学協働プログラムによる「計算数学に基づく看護暗黙知特徴抽出の数理」についての研究集会 2015年9月8日

- 篠原美樹、水野信也、藤澤由和、田邊晴山、行岡哲男「二次医療圏解析プラットフォーム構築と応用例」平成27年度日本経営工学会中部支部研究発表・講演会 2016年2月23日

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

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究課題：増加する救急患者に対する地域での取組（特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用）に関する研究

研究項目：地域包括ケアシステムの構築に向けたメディカルコントロールの活用に関する研究
分担研究：在宅医療支援隊の育成に関する研究

研究分担者 太田 祥一 東京医科大学 救急・災害医学分野 兼任教授
研究分担者 野口 英一 東京医科大学 救急・災害医学分野 客員教授

研究要旨

平成26年中における全国の救急搬送人員540万917人の55.5%が高齢者であり、26年前の平成元年の高齢者の占める割合と比較すると約5倍となっている。

増加する高齢者救急搬送者は他の年齢層と比較し、軽症の割合が低く、後期高齢者ほど重症化する傾向が認められる。平成19年4月11日厚生労働省社会保障審議会後期高齢者医療のあり方に関する特別部会が「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」として、生活を重視した医療、高齢者の尊厳に配慮した医療、高齢者及びその家族が安心・納得できる医療を「基本的視点」として示している。しかし、増加する高齢者救急搬送の救急現場（高齢者が生活し、医療提供を求められている現場<在宅医療現場等>）では、高齢者又はその家族等からの救急要請を前提として救命のための医療が実施されており、高齢者の尊厳と生活の質を基本的視点とする高齢者医療が具体化されている状況ではない。

このような状況は、住まい、生活支援、福祉、介護、医療を構成要素とし、公助、共助、互助、自助により地域ごとの体制構築を推進しようとしている「地域包括ケアシステム」が未成熟であり、地域の高齢者が尊厳を保持し、自立して生活することに関する支援のあり方及び介護、医療等の地域包括ケアシステムを構成する関係機関等の連携がまだまだ不十分であることを示していると考えられる。

地域包括ケアの推進方策と類似する「地域防災体制」の構築に当たっては、公助、共助、自助の連携において、構築の核となるのは地域を熟知し地域特性を踏まえた公助を促し、自助を啓発する「共助」であり、「共助」が強力な地域ほど強固な防災体制が構築されている。地域の特性を踏まえ、地域としての包括ケアのあり方を明確にし、構成機関の連携を推進するためには、地域防災体制の共助に該当する地域の「互助」が地域特性を踏まえ、公助、共助、自助に必要な働きかけを行う必要がある。

そして、今後、地域包括ケア体制の対象は、地域における医療依存度の高い後期高齢者の増加と平均在院日数の短縮化政策が相俟って増加が予測される在宅医療患者が中心となり、地域における在宅医療の強化が求められている状況にある。

したがって、地域包括ケア体制の充実には、地域における在宅医療患者を中心として形成する「互助」が必要とされていると考えられることから、在宅医療患者を支援し、地域包括ケア体制を充実させる機能を有する「互助」、すなわち「在宅医療支援隊」の形成について、①支援隊の構成員の範囲、②その形成方法、③支援隊として必要とする知識、技術（救急医療の「First Aid」との対比として「Mutual Aid」<相互扶助>）の内容、④救急医療における地域メディカルコントロールの役割について研究するものである。

A. 研究目的

地域メディカルコントロールの関与・指導の下、在宅医療患者に対し「互助」としての「在宅医療支援隊」による地域支援体制を強化し、増加する高齢者救急搬送の適正化を図ると共に、互助としての在宅医療支援隊を媒介とする関係機関、団体の連携を強化し、地域における高齢者医療のあり方のコンセンサスを形成し、公助、共助、互助、自助による地域包括ケア体制構築促進を助長する。

B. 研究方法

地域包括ケアシステムを構成する関係機関等の

連携を強化するための方策について検討する。

C. 研究結果

1 在宅医療支援隊の構成範囲・形成方法

地域在宅医療及び地域包括ケア体制を担っている福祉行政、介護職員、薬局、警察、消防、葬儀社、地域ボランティア等の多様な主体を構成メンバーの範囲とし、多様な主体の団体、例えば地域ケアマネージャー協会、地域ボランティア団体等に働きかけを行い、意見等を聴取しつつ、連携していく。

これら支援隊構成員を対象として定期的な地域在宅医療支援隊連絡会を開催し、在宅医療、地域包

括ケア、構成員相互の情報交換を行うとともに、支援に必要な知識、技術（「Mutual Aid」＜相互扶助＞）の講習を行い、支援隊としての育成及び連携を図っていく。

具体的には、太田研究分担者の主催する世田谷区烏山地域の「烏山在宅医療に係る連携塾」、ケアマネージャー協会、薬局・薬剤師等の団体、ボランティア団体主催の連絡会議等と連携して支援隊連絡会議を開催し、支援隊構成範囲、支援隊養成方法等について意見交換していく。

2 Mutual Aid＜相互扶助＞の内容

(1) Mutual Aidは、高齢者医療の基本的視点に立ち、地域包括ケア体制の目的に立ち、医療患者を支援する相互扶助行動を具体化するものであることから、在宅医療支援隊が備えるべき知識・技術は概ね次の内容が考えられる。

- ・高齢者医療の理解と適切な認識（看取りも含む）
- ・地域包括ケアの理解と適切な認識
- ・在宅医療の理解と適切な認識
- ・高齢者の自立的な生活の理解と適切な認識
- ・在宅医療支援処置
- ・救命処置を含む応急手当

(2) Mutual Aidは、在宅医療に係るものであり、技術的には医学的担保を持った行為、処置である必要がある。

救急医療におけるバイスタンダーの「First Aide」が、メディカルコントロール下にあるのと同様に、Mutual Aidの範囲、内容についてもメディカルコントロールによる担保を受けたものとしていく。

具体的には、地域メディカルコントロール協議会と連携し、Mutual Aidの範囲、内容を明らかにしていく。

3 地域メディカルコントロール協議会との連携

上記のように在宅医療支援隊の相互扶助としてのMutual Aidについて、メディカルコントロールが必要であり、地域メディカルコントロール協議会との連携は不可欠である。

さらに、地域における高齢者救急搬送の実態を踏まえ、本支援隊形成は、高齢者医療と救急医療の相互関係の中で新たな地域医療体制を形成し、結果として地域包括ケア、とりわけ在宅医療に対する救急医療の役割を明確にするものでもある。

したがって、地域メディカルコントロールの新たな役割として位置づけられることを前提として、支援隊のMutual Aidの範囲、内容を検討しつつ、地域メディカルコントロールの役割について、意見交換し明確化していく。

具体的には、東京メディカルコントロール協議会との意見交換をしていく。

4 支援隊に関する広報による意見交換

在宅医療関係雑誌、介護、福祉、薬剤等に関する雑誌の編集者等の協力を得て、本研究の紹介、在宅支援隊の必要性等を掲載していただき、読者からの意見等を聴取し、支援隊形成に反映していく。

D. 考察

本年度地域包括ケアシステムを構成する関係機関等の連携を強化し、メディカルコントロール体制とどのように結び付けていくかを検討するうえで

- ・在宅医療支援隊の構成範囲・形成方法
 - ・Mutual Aid＜相互扶助＞の内容
 - ・地域メディカルコントロール協議会との連携
 - ・支援隊に関する広報による意見交換
- について課題を抽出した。来年度の実施に向けさらなる調整が必要である。

E. 結論

地域の特性を踏まえ、地域としての包括ケアのあり方を明確にし、構成機関の連携を推進するためには、地域防災体制の共助に該当する地域の「互助」が地域特性を踏まえ、公助、共助、自助に必要な働きかけを行う必要がある。

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

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究課題：増加する救急患者に対する地域での取組（特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用）に関する研究

研究項目：地域包括ケアシステムの構築に向けたメディカルコントロールの活用についての実態調査

研究分担者 太田 祥一 東京医科大学 救急・災害医学分野 兼任教授
野口 英一 東京医科大学 救急・災害医学分野 客員教授

研究協力者 関根 和弘 京都橘大学 現代ビジネス学部 都市環境デザイン学科 准教授
酒井美和子 メディカル・ハンパ訪問看護ステーション
所長・看護師・介護支援専門員
佐藤武諭毅 佐藤レスキュープラン 代表・救急救命士
下田 重人 医療法人社団緑真会 世田谷下田総合病院 院長

研究要旨

〔目的〕 地域包括ケアシステム(以下：地域包括ケア)の救急隊の理解度などを調査した。

〔方法と対象〕 全国の救急隊員に web を利用して調査紙にて実施した。

〔結果〕 46 都道府県 319 人から回答を得た。救急救命士 288 人(9.2%)。地域包括ケアを知っていたものは 61 人(19.1%)。地域包括ケアを知った場所として MC や消防学校などの公的機関は 59 件、自主勉強や書籍・知人からが 138 人。地域包括ケアの問題点として情報関係を指摘している回答が 309 件、搬送先が決まってい
ないが 123 件、特に問題はないが 76 件であった。

〔結論〕 救急隊に地域包括ケアシステムは浸透していないため在宅医療関係者からの救急要請は、的確さを
欠く救急要請ととらえているところがある。共通の概念と言語を学ぶ必要があり MC や医師会が主体となり救
急隊ははじめ介護関係者や家族への教育と普及が必要である。

A. 研究目的

地域包括ケアシステムを救急隊の理解度等を踏
まえ問題点や在宅医療との連携をどのように構築
すべきか調査した。

B. 研究方法

各種医療従事者のメーリングリスト(JPTEC™、IT
LS、ICLSなど)で全国の救急隊員へwebのアンケート
を実施した(資料1)。

(倫理面への配慮)

氏名や所属の記載の実施項目はなくし個人が特
定できないように配慮した。

C. 研究結果

別添(資料2)のとおり。

D. 考察

近年の救急搬送は、高齢者が290万人余と全救急
搬送の54.3%に達しており¹⁾、救急業務も急性期傷病
者から慢性期傷病者も視野に入れた業務が必要と
なってきた。山本²⁾、栗原³⁾らは、地域包括ケ
アシステム作りには、救急搬送のシステムがかかせ
ないと記載している。しかし、アンケートの結果か
ら救急隊は地域包括ケアに関して教育がなされて
おらず、システムについても理解していないことが
判明した。また実際の現場活動において、「在宅医
療の現場活動に関して問題はありますか？」(複数

回答)の質問に対して、特に問題はない、と回答は7
9件であった。他の回答としては、情報系を問題点
として回答しているものは309件あった。在宅医療
の救急要請に関して、緊急の救急要請でない事例が
多くあり救急隊員の多くが不満を持っていること
もうかがえた。しかし、これらのことは、救急隊員、
地域包括ケア関係者、両者への教育が不十分である
と考える。

また、救急隊にとって喫緊の課題は、終末期にな
っている傷病者搬送に関することである。結果から
終末期のCPAに出場したことがある者は、272人(85.
2%)でありほとんどの救急隊が出場している。また、
その終末期傷病者に対してCPRなどの実施なく病院
へ搬送して欲しいとの救急要請が(n=272)は、213
人(78.3%)であった。救急隊は、救急要請された場
合にCPA傷病者に対して何もせずに搬送することは
できない⁴⁾。基本的BLSのみを実施し搬送することが
基本活動となる。アンケートでもBLSのみを実施し
て搬送したと回答は、205件あった。しかし、なに
もせずに搬送したと回答したものが35件あったが、
これは、MCにおいてDNARの傷病者搬送プロトコルが
あるかは判断できない。MCでDNAR傷病者に対しての
プロトコルが決まっているとの回答は、(n=319)34
人(10.6%)でしかない。蘆野⁵⁾は、終末期における対
応の要点として家族へ「救急車を呼ばないことの確
認」を要点として、指導と説明を実施している。し
かし、このような医師の指導はごく一部であり、救

急隊の意見では、終末期でありDNARの傷病者であっても主治医から「何かあったら救急車を呼びなさい」と指示されているとの回答もある。それゆえ「何もせずに搬送」の依頼は、家族が最も多く172件(複数回答)、2番目が医師からの依頼で136件であることは、システムの大きな課題と考えなければならない。また、消防の救急搬送システム外で民間救急が地域包括ケア対応として、緊急搬送以外の搬送を担ってくれることを救急隊員はアンケートから期待していることが伺える。

山本³⁾は、地域包括ケアは外来診療、在宅診療、訪問看護、訪問介護などが有機的に連携していることと言っているが、救急隊にとってこの区別や連携活動のことが見えてきていないことが今回の調査から判明した。また、栗原⁴⁾は高齢者は慢性疾患があり、蛋白、低栄養状態であり、易感染性・難治性などにより容易に安静臥床になると言っている。これらことは、救急隊にとって在宅医療の場所に治療可能な傷病者と終末期医療傷病者が混在している。しかし、この混在のある傷病者のことやシステムが、周知されていないこと、在宅医療関係者からの救急隊への傷病者に関することの説明不足、などによりお互いに情報の共有がなされていない。

内田ら⁶⁾はこの空間を埋めていくのがかかりつけ医でありシステムが重要であるとは言っている。また東ら⁷⁾は、かかりつけ医は救急医療と在宅医療を切れ目なくつなぐ者は、かかりつけ医が重要な位置を示すとされているが、今回の調査のアンケートからも在宅医療と救急医療のシステムの連携が救急隊に理解されていない。

今後の課題は、救急、終末期、在宅医療など社会保障の全てのシステムを使って地域包括ケアシステムを構築しなければならないと考える。

E. 結論

救急隊に地域包括ケアシステムは浸透していない。が、ゆえに救急隊員は、在宅医療関係者からの救急要請を的確さを欠く救急要請ととらえているところがある。これは、救急隊にも地域包括ケア関係者にもお互いに不幸である。お互いが歩み寄り、共通の概念と言語を学ぶためにMCや医師会が救急隊員教育はじめ、介護関係者、家族への教育と普及が必要である。

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

第19回日本臨床救急医学会総会・学術集会(発表予定)

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

I. 文献

1. 平成26年版救急救助の現況：消防庁.
2. 山本五十年：急性期医療と連携した新たな複合型医療・療養支援事業への挑戦.
3. 栗原正紀, 井上健一郎：日常医療を支える救急医療 地域包括ケアシステムにおける救急医療のあり方：Pharma Medica Vol. 33 No. 3 2015. pp13-17.
4. 消防法第2条第9項.
5. 蘆野吉一和：在宅医療で行われる治療 緩和ケアと終末期医療. 診断と治療 Vol. 102 No. 12 2014. pp1885-188.
6. 内田康太郎, 太田祥一, 星恵理子：具合の悪い高齢者の対応はシステムに乗って！ -地域包括ケアで変わる高齢者救急医療-. Emaergency Care 2015 vol. 28 No. 12(1181) pp17-25.
7. 東一成, 太田祥一：救急医療とかかりつけ医, 在宅医療との関わり. 日本臨牀 74巻 2号(2016. 2) pp203-214. (資料3)

-地域包括ケアシステムの構築に向けたメディカルコントロールの活用についての実態調査のアンケートのお願い-

現在の日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。65歳以上の人口は、現在3,000万人を超え、全人口の25%にも達します。2042年には、3,900万人でピークを迎えますが、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されています。このような状況の中、団塊の世代(約800万人)が75歳以上となる2025年(平成37年)以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。このため、厚生労働省においては、2025年(平成37年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進しています(厚生労働省HPから引用)。

現在の救急活動も今後は、地域包括ケアシステムの一部としての活動を求められることが予想されます。しかし、救急隊員教育で地域包括ケアシステムの教育はほとんどなされておらず、救急隊員の知識もどの程度なのか判明していません。そこで、救急隊員の地域包括ケアシステムに関する現状を明らかにし、より良い救急医療と地域包括ケアシステム運用のためにアンケートを実施します。今後のシステム構築のためご意見をいただけますようご協力のほどよろしくお願いいたします。なお、本アンケートへの参加は匿名であり、まったくの自由意志に基づくものです。たとえこのアンケートをお断わりになっても今後いかなる不利益を被ることはありません。アンケート結果については、論文・学会等で報告を予定しておりますが、皆様のプライバシーに関する内容や個人情報について公表することは決してありません。以上の主旨に同意していただければ、アンケートへのご回答をお願いいたします。アンケートは概ね10分間で終わります。

東京医科大学 救急医学講座 兼任教授 太田祥一

平成27年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「増加する救急患者に関する地域での取り組み(特に地域包括ケアシステムの構築にむけたメディカルコントロールの活用)に関する研究」(主任研究者 行岡哲男)分担研究「地域包括ケアシステムの構築にむけたメディカルコントロールの活用に関する研究」分担研究者

[アンケート実施者担当者] 野口英一(東京防災協会)、関根和弘(救急救命士)、佐藤武諭毅(救急救命士) ご不明な点がございましたら、いつでも下記までご連絡ください。

京都橘大学(京都市山科区大宅山田町34) 電話番号 075-571-1111

現代ビジネス学部救急救命学系 関根 和弘 Mail:sekine@tachibana-u.ac.jp

3. 救急搬送要請(出場)の現状についてお尋ねします。在宅医療利用者の自宅(または利用中の施設)で救急出場をしたことはありますか?該当する番号、ひとつに○をつけて下さい。

01 ある

02 ない

4. 設問3であると答えた方のみにお尋ねします。誰が救急要請をしましたか?

01 家族 02 介護者 03 看護師 04 医師

5. 設問3であると答えた方のみにお尋ねします。どのような理由で救急要出場しましたか?介護者や看護師からの聴取内容(複数回答可)。

01 緊急事態で、医療関係者が対応できない傷病者だった

02 気が動転して呼んだ

03 かかりつけ医師と連絡が取れなかった

04 かかりつけ医へまでの搬送

04 搬送手段がなかった

06 その他()

[ご意見]

7. 在宅医療利用者の自宅（または利用中の施設）で終末期（末期癌や老衰など）の心肺停止（以下：CPA）傷病者の救急要請で出場したことはありますか？

01 ある 02 ない

8. 1) 設問 7 であると答えた方のみにお尋ねします。CPA 傷病者へ何もせずに搬送するように関係者から指示・依頼されたことはありますか？

01 ある 02 ない

2) 設問 8. 1) であると答えた方のみにお尋ねします。どのような関係者でしたか？（複数回答可）

01 医師 02 看護師 03 介護士 04 介護関係者（前述以外） 05 家族

3) 設問 8. 1) であると答えた方のみにお尋ねします。どのような処置を実施して、または実施せずに搬送しましたか？（複数回答可）

01 基本的な CPR のみで搬送した

02 何も応急処置をせずに病院に搬送した

03 救急救命処置（特定行為）を実施して搬送した

04 往診医師が現場に来るまで CPR を実施した

05 往診医師が現場にくるまで何もせずに待機した

06 その他（ ）

119 番要請した時点で、救護の要請依頼と判断されるため救急業務になる。救急業務は、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要のある者を医師の管理下に置かれるまでの間に緊急やむ得ないものとして応急処置を実施することを含む（消防法 2 条 9 項）。また、救急隊の出場は、救急事故が発生した旨の通報を受けたときは直ちに所要の救急隊を出動させなければならない（救急業務実施基準第 15 条）。何も応急処置を実施なく搬送する場合は、相当の理由と具体的な記載を救急活動記録票に残しておくことが重要。

[ご意見]

9. 終末期の傷病者や蘇生拒否の傷病者の関係者(医師・看護師、家族ら)から事前に消防に相談があったことがありますか？

01 ある 02 ない 03 知らない

10. MC 協議会で蘇生拒否の傷病者搬送のプロトコルはありますか？

01 ある 02 ない 03 知らない

11. いままで現場の救急活動から病院搬送の過程でうまくいかなかった事、こうしたらうまくいくと思った事等々の事例について、お聞かせ下さい。どんな些細なことでもかまいません。

[ご意見]

12. 地域包括ケアにおける救急隊の役割についてお尋ねします。地域包括ケアの構築が進む中で、在宅の傷病者が急変時の対応などに於いて救急隊も地域に根差した活動が必要と考えています。そのために必要な事はどんな事だと考えられますか。該当するものすべてに○をつけて下さい。

01 介護事業所などが主催する連携会への出席

02 救急隊の仕事について地域へのアピール

03 介護事業者への救急対応等についての勉強会の開催

04 地域住民への救急対応等についての勉強会の開催

05 地域包括ケア関係者との情報交換等による要介護・要支援者の把握

06 救急隊が対応していると重症傷病者に対応できないので、施設や関係者が対応すべきである

07 MC 協議会などが救急隊の教育が必要

08 その他 ()

13. 地域包括ケアシステムは、市役所福祉部局や福祉協議会等との情報の共有が必要でありさまざまな意見が出ています。地域包括ケアシステムをより良いシステムを構築するためには、どんなことが必要と感じますか？(重要と思うもの、ひとつのみ回答してください)

- 01 市町村役所の福祉部局や社会福祉協議会等との情報の共有
- 02 通信指令室との情報の共有が必要、通信指令室の役割は益々増大する
- 03 MC 協議会を通じての非救急病院との連携が必要
- 04 在宅医療と救急医療は、終末期医療傷病者と治療を要する傷病者など別に議論することが必要
- 05 その他 ()

14. 消防救急以外が実施する搬送システムが構築された場合に、消防救急にはメリットになりますか？(なると思うものを選んでください。複数回答可)

- 01 地域連携搬送(急性期病院から連携病院への、いわゆる下り搬送)
- 02 お迎え搬送(救急を要しない傷病者の掛かりつけ病院への搬送、)
- 03 在宅患者見守り搬送
(連携している病院や医院からの指示で在宅傷病者病のバイタル測定などの観察を実施し、119番要請が必要か否かの判断を実施する)
- 04 お看取り搬送(DNARの指示が出ている傷病者の連携病院への搬送)
- 05 その他 ()

15. 地域包括ケアの構築に向けて、地域のメディカルコントロール体制や救急隊が担える役割はどんなことがあると思

[ご意見]

結果

46 都道府県(大分県除く)、319 人から回答を得た。

1. 1)アンケートにご記入いただく方の職種について該当する番号に○をつけて下さい。(1つのみ回答)

01 救急救命士:288 人(90.2%) 02 救急隊員:11 人(3.4%)

03 消防隊員(救急資格あり):15 人(4.7%) 04 消防隊員(救急隊員資格なし):2 人(0.6%)

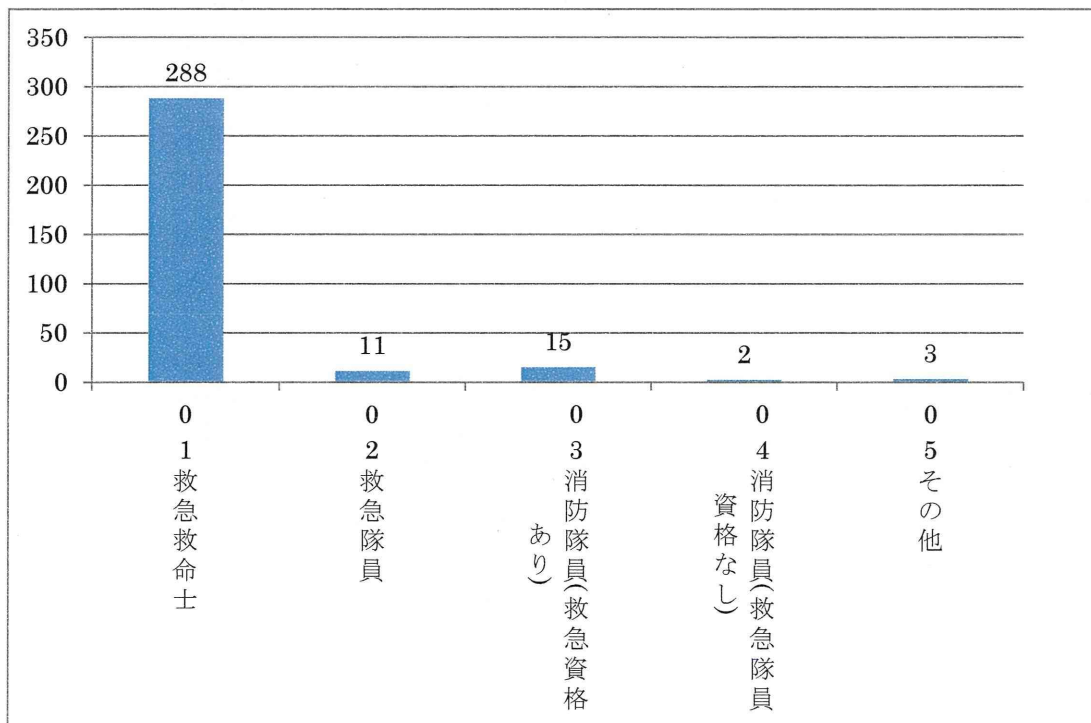
05 その他:3 人(0.9%)

2)所属の都道府県を記載してください。46 都道府県

3)所属の人口を記載してください。平均 359,041 人±124,000

4)所属の救急隊数を記載してください。平均 11 隊±23.4

5)救急救命士はおおむね何人在籍していますか？平均 58.7 人±12.9

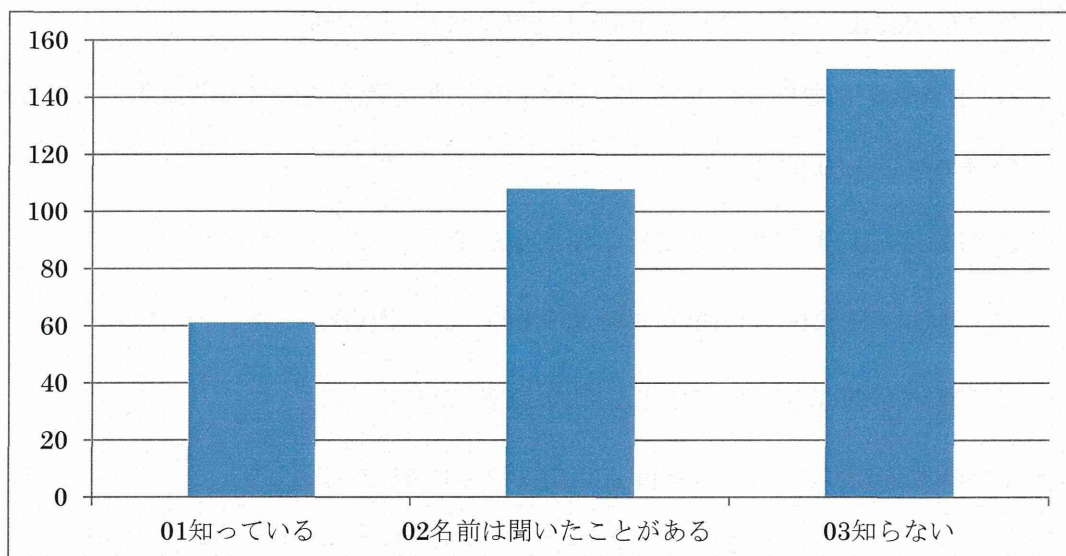


2.1)地域包括ケアシステムについてお尋ねします。該当する番号に○をつけて下さい。(1つのみ回答)

01 知っている:61人(19.1%)

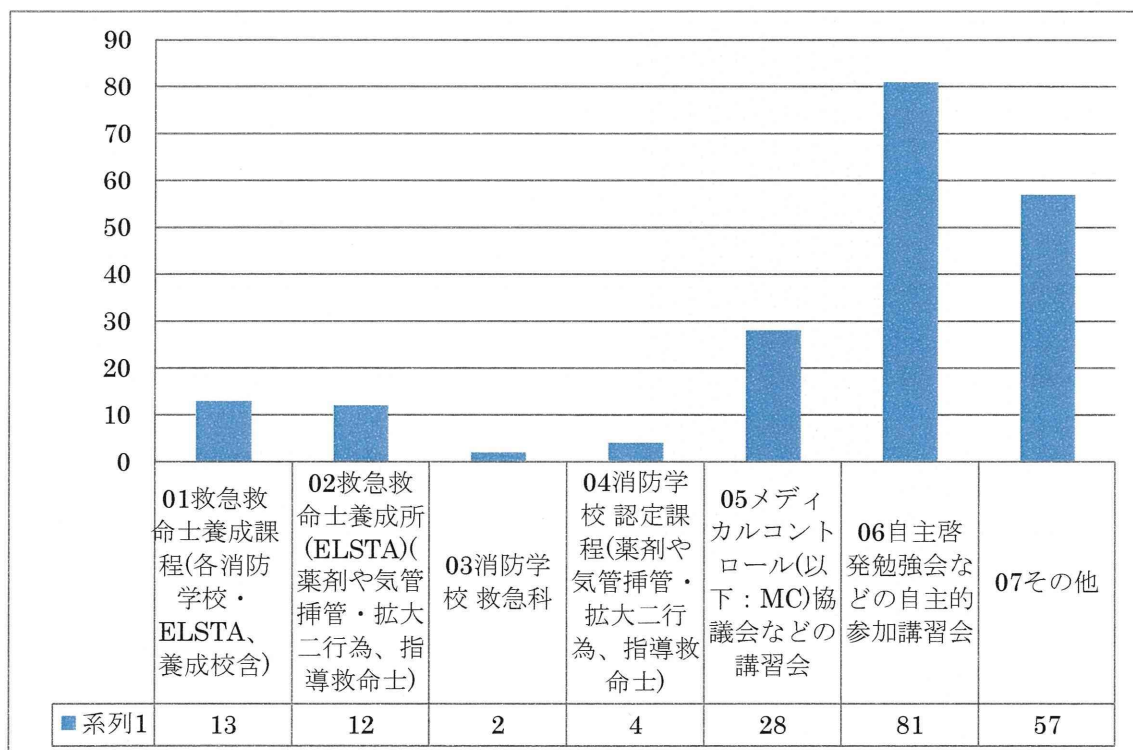
02 名前は聞いたことがある:108人(33.8%)

03 知らない:150人(47.0%)



2)地域包括ケアを知っていると回答された方のみにお尋ねします。どこで知りましたか？(複数回答可)

- 01 救急救命士養成課程(各消防学校・ELSTA、養成校舎) :13 件
- 02 救急救命士養成所(ELSTA)(薬剤や気管挿管・拡大二行為、指導救命士):12 件
- 03 消防学校 救急科:2 件
- 04 消防学校 認定課程(薬剤や気管挿管・拡大二行為、指導救命士):4 件
- 05 メディカルコントロール(以下：MC)協議会などの講習会:28 件
- 06 自主啓発勉強会などの自主的参加講習会:81 件
- 07 その他:57 件

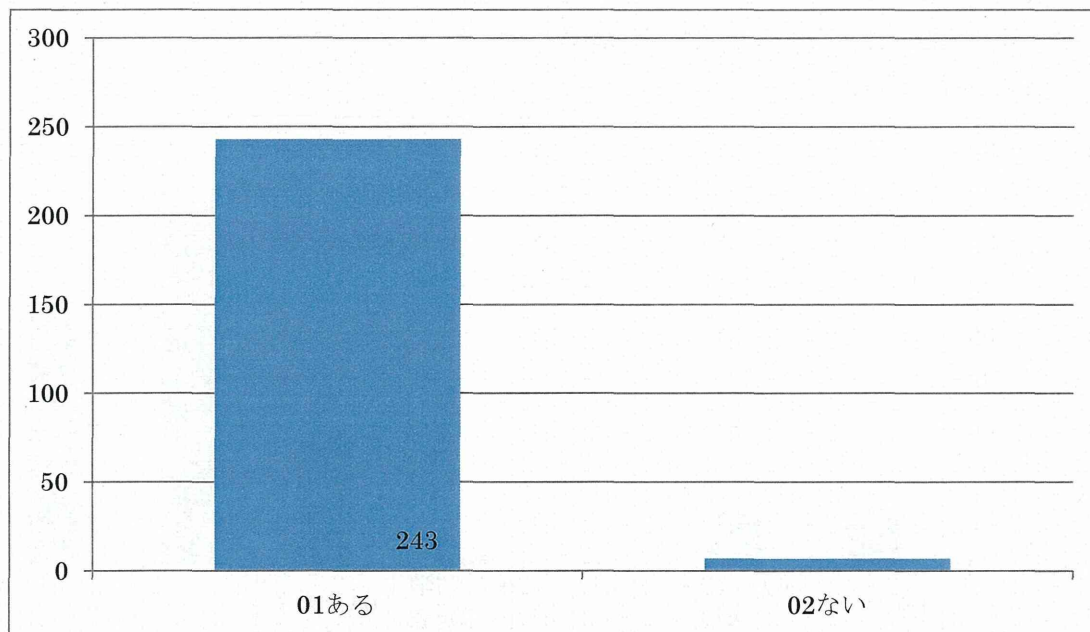


3. 救急搬送要請(出場)の現状についてお尋ねします。在宅医療利用者の自宅（または利用中の施設）で救急出場をしたことはありますか？該当する番号、ひとつに○をつけて下さい。

01 ある:243 人(76.1%)

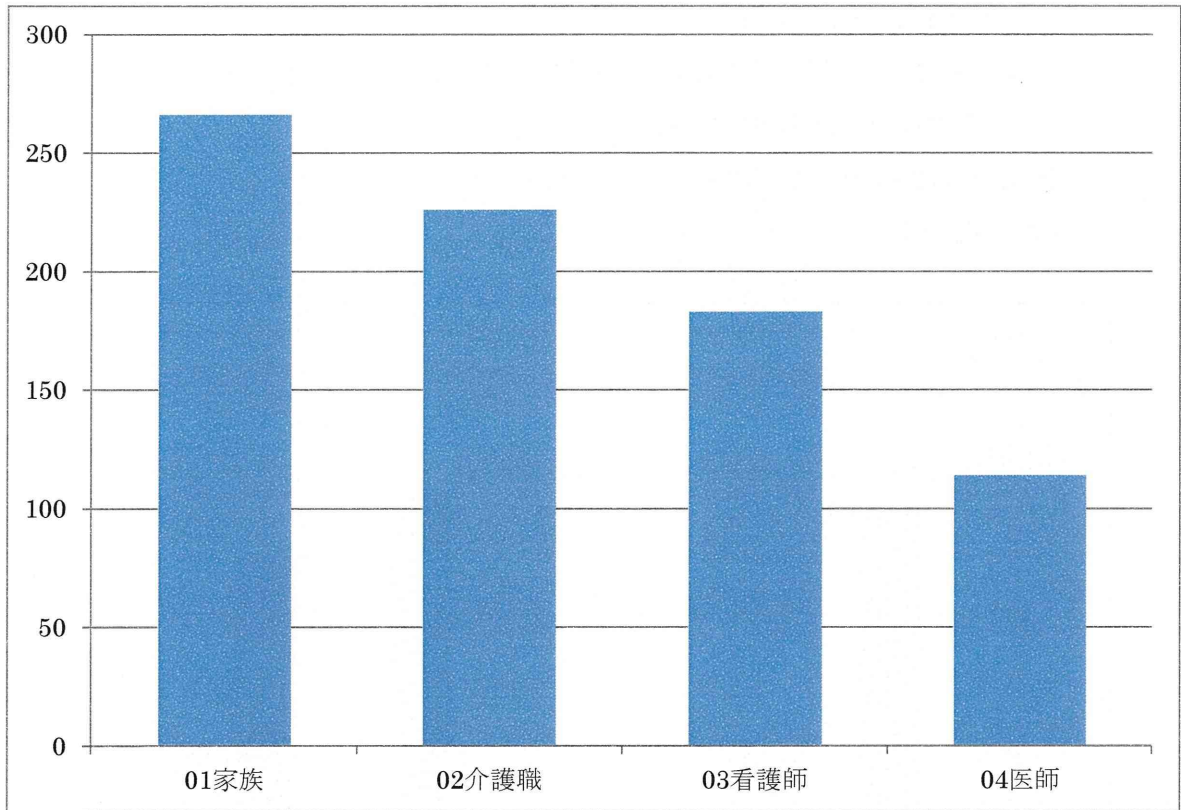
02 ない:7 人(2.1%)

未回答：69 人(21.6%)



4. 設問3であると答えた方のみにお尋ねします。誰が救急要請をしましたか？(複数回答)

01 家族:266件 02 介護者:222件 03 看護師:183件 04 医師:114件



5. 設問3であると答えた方のみにお尋ねします。どのような理由で救急出場しましたか？介護者や看護師からの聴取内容（複数回答可）。

01 緊急事態で、医療関係者が対応できない傷病患者だった:188 件

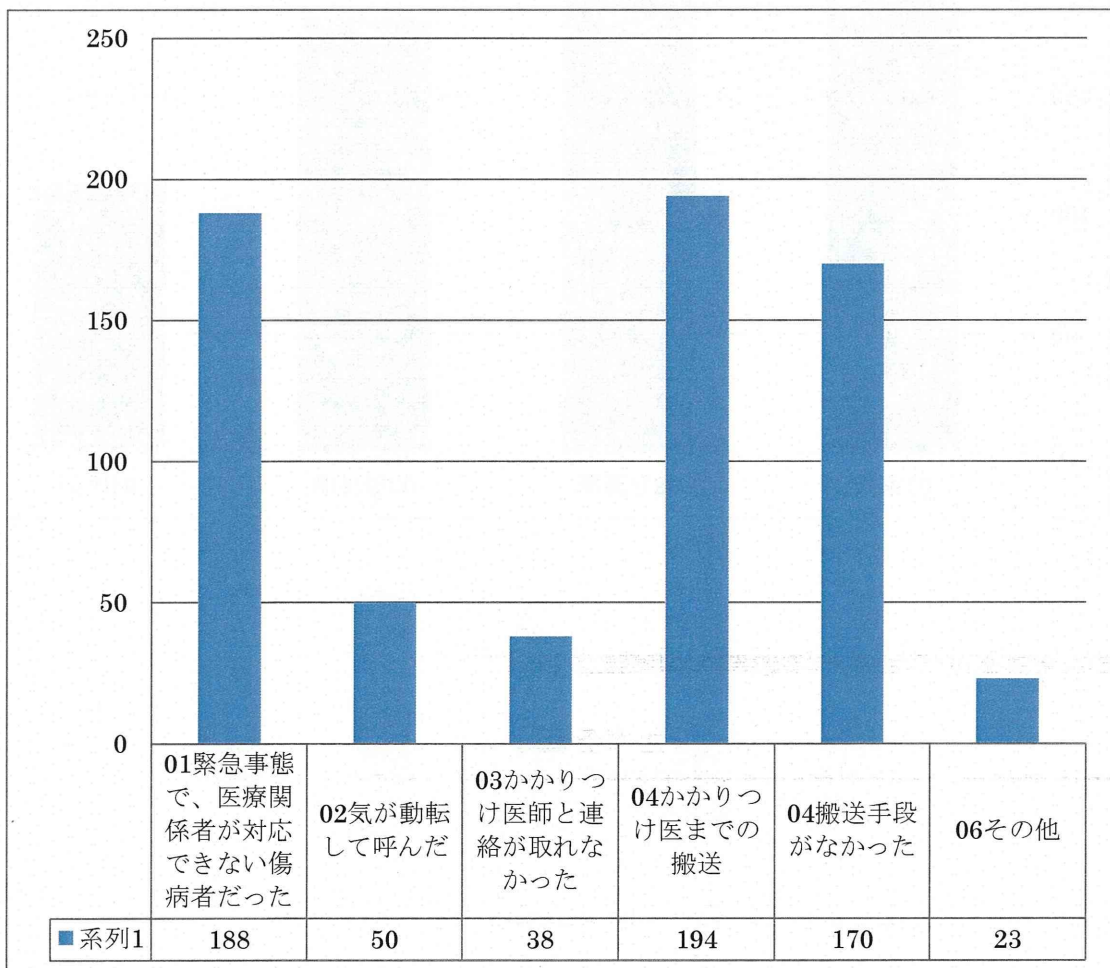
02 気が動転して呼んだ:50 件

03 かかりつけ医師と連絡が取れなかった:38 件

04 かかりつけ医へまでの搬送:194 件

04 搬送手段がなかった:170 件

06 その他:23 件



[ご意見] 原文まま

- ・急変したため
 - ・かかりつけ医の判断で要入院判断
 - ・病院の予約時間だから。
 - ・かかりつけ医の指示
 - ・死亡確認
 - ・掛かりつけ医療から救急車で病院に言われている。
 - ・掛かりつけクリニックでの対応ができないため、救急隊に病院を探してもらいたいとの症例
 - ・在宅医師の判断で病院へ行くから又は、かかりつけの医師に相談したら救急車で来てください。又は救急車で病院へ行ってください。
 - ・訪問看護師が道具を持っていなかったから
 - ・医師が要請した際は、高次医療が必要であったため。他に診察時間外のためという理由もあった。
 - ・とりあえず救急車
 - ・呼吸苦 気分不良
 - ・気管切開が抜けたなど
 - ・在宅医療機器の不具合
 - ・吸引がうまく行えないため要請。
 - ・郵便、新聞、近隣住民
 - ・どうしていいか分からず要請
 - ・かかりつけ医などの指示
 - ・かかりつけ医の判断で入院が必要になったため。
 - ・通院は救急車でないと無理だという認識があるように思われる
 - ・個人医から二次医療機関まで搬送指示
 - ・掛かりつけ医師より、処置困難のため
 - ・在宅介護の高齢者が体調不良で家族等が、介護施設へ連絡して介護施設の嘱託医が往診、紹介状を家族に渡し、地域の医療センターへの搬送依頼のため救急要請される。
- 家族が掛かり付け医に電話相談したところ、掛かり付け医からの指示で家族が救急要請することがほとんど。そして、救急指定病院へ搬送。