

6. 設問 3 であると答えた方のみにお尋ねします。救急要請から病院搬送までの過程において問題だと思っ
た事を以下から当てはまるものすべてに○をつけて下さい。(終末期 CPA の事は他の項目で質問いた
します。)

01 特に問題だと思っ
たことはない:79 件

02 情報を聴取する人(施設側の関係者)がいなかった:99 件

03 家族からの情報が不明な点が多く関係機関に問い合わせることになった:120 件

04 情報伝達がうまくいかず、何度も同じことを聞いた:90 件

05 救急車への同乗がなかった:101 件

06 搬送先病院が決まっていなかった:123 件

■ 救急要請時収容先は 01 決まっていた 02 決まっていなかった

■ 収容病院決定までの病院照会回数 5 回未満 5 回以上

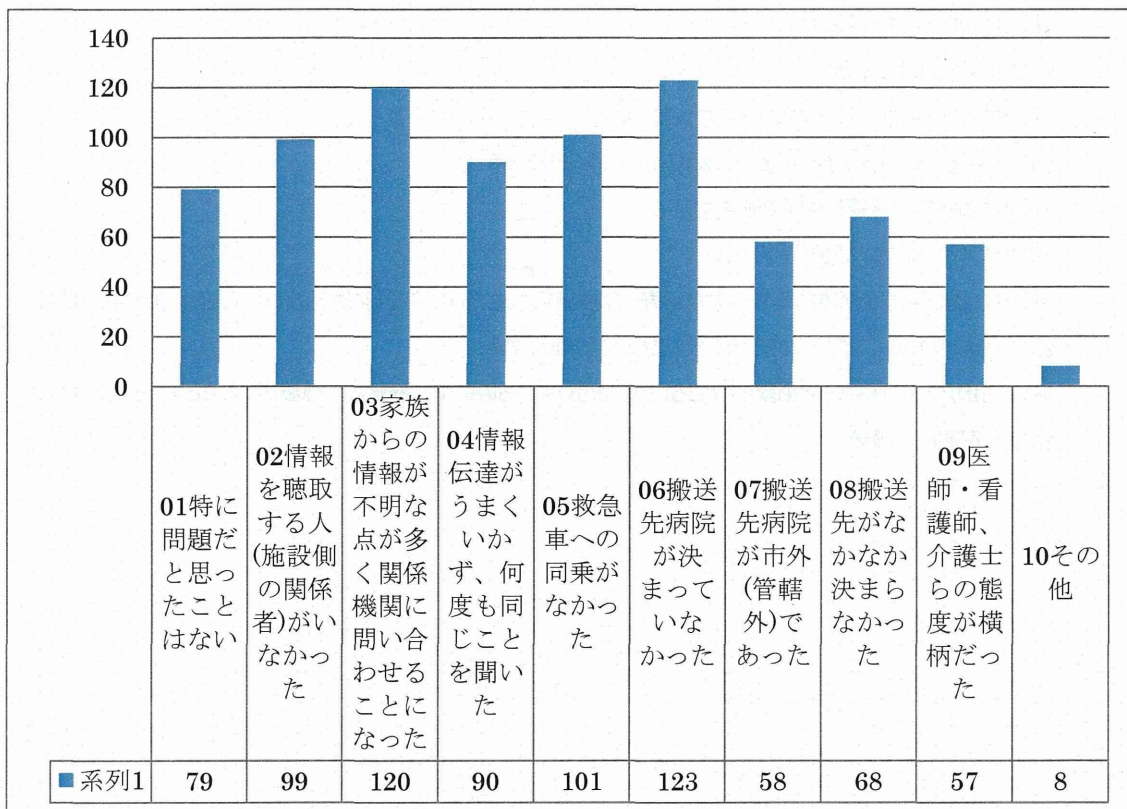
■ 収容病院決定までの所要時間 20 分未満 20 分以上

07 搬送先病院が市外(管轄外)であった:58 件

08 搬送先がなかなか決まらなかった:68 件

09 介護関係者(医師・看護師、介護士ら)の態度が横柄だった:57 件

10 その他:8 件



[ご意見] 原文まま

- ・カテーテルトラブルが多い
- ・掛かり付けがクリニックであることもあり、搬送先に苦慮することが多く、また情報が二転三転することにも苦慮する
- ・在宅医療利用者は家族からの情報が一番重要だと考えます。当消防本部では医療期間や施設へ情報提供シートを配布し、転院搬送時や施設からの搬送時に素早く情報を得ております。在宅医療利用者へも情報提供シートを配布しておけば、スムーズな情報提供が成されると思います。
- ・病院は決めておいて＃10071;
- ・医師と密に連絡が取れるケースが少なく、家族から医師に連絡を取ると救急要請をするように言われるケースが珍しくない。また、緊急性に乏しいが病院に行く手段として救急車を利用するケースが多い。救急車に代わる手段があれば強く感じます。
- ・緊急性の乏しい救急要請が多い印象。
- ・介護施設などに搬送のプロ、救急隊を引退した人達を配属する。"
- ・必要な情報の聞き取りがスムーズ。
- ・家族や介護者が同席なので
- ・緊急時の受け入れ医療機関の対応に良し悪しがあり、困惑するので対応を明確化して欲しい。
- ・搬送先医療機関でどの程度まで治療を求めているのが明確にされず、救急隊が問いただされ困ったことがありました。在宅往診医と搬送先の医療機関の連携が必要と考えます。
- ・介護タクシーのような需要
- ・公的救急車では無く、民間救急や介護タクシーなどで搬送可能な場合もあり、救急車の使用方法を検討してもらいたい。
- ・今後の急速な高齢化社会において、早急に確立しておかなければならない問題だと痛感しています。現在でも、情報伝達の不備からの現場滞在時間の延長、本当に重症化してからの要請でかなり重症度、緊急度の高い傷病者が多い、救急隊に丸投げな医療関係者、大型の周辺機器を同時に搬入する必要があると、かなり特殊な状況下で搬送業務を行っているところ。地域の住民や行政も含めた総合的な支援が必要と考えます。
- ・往診の際に、傷病者のベースとなるバイタルサインや状況などの情報(在宅カルテ)や、緊急時の救急隊への指示があれば、指示書があると良いと思う。
- ・掛かり付け医に搬送するケースが多くしかも管外である。
- ・救急搬送用の行っている処置や要請時もしくは最新のバイタルを記載したものを常備していただくとありがたい。迅速な搬送にも繋がると思う。
- ・傷病者情報がファイル等でまとまっていると有効である。
- ・在宅医療者リストがあるので、掛かり付け病院等把握は出来ています。
- ・関係者が状況、病歴を把握していない
- ・高齢化、在宅医療者の増加により救急出動件数の増加は致し方ないことであるが、収容病院側の病床数に限りがあること、当直医師の専門外では収容不可となる病院側に不安を感じる。
- ・かかり付けの患者でも、現場から連絡すると収容不可となることもあり管外病院へ搬送し収容まで 40 分近くになる。

- ・超高齢化社会の現在、安全確実に搬送する救急車を選択することは仕方ないことと思う。
- ・在宅に限らず、搬送のみの需要がとても多い。病的でなく、物理的に重くて家族が傷病者を移動させられないからなど。
- ・搬送は民間救急でもいいのでは…
- ・搬送先は必ず決まっからの要請が好ましい
- ・傷病者情報は簡潔にまとめておくべき
- ・CPA は救急要請をするべきではない"
- ・緊急性がないと判断出来る事例が多く、在宅医療利用者の自宅や施設からの搬送手段がないため、利用している事例が多い。施設職員（医師、看護師含む）には、適正利用の理解を頂きたい。福祉タクシーの充実、施設の搬送車両及び職員の充実が必要である。
- ・現場滞在時間短縮のため、家族・本人より、在宅医療を受けている HP に事前に連絡してほしい。
- ・医師と家族や看護師間で意志の疎通や情報共有が出来ていないことがある。
- ・医師が不在時、最終責任者が誰なのか不明な時がある。"
- ・高齢化による在宅医療利用者の救急要請は必要不可欠に思う。ただし、救急搬送（高齢者施設を含む）のあり方（外部委託、医療従事者同乗による救急隊員 2 名乗車）を考えるべき時期にきていると思います。
- ・難病指定で寝たきりの方がおり、ベッドから床に落ち戻れないと本人から 1 1 9 通報が何度もある方がいる。同居の家族が仕事などで外出している時がほとんどで、そのたびに出動している。現場で確認をとり、緊急性もなく家族と連絡を取りながら不搬送としている。包括ケアが整備され、こういったケースにも対応して頂けると、緊急性の低い救急要請の減少に寄与できると感じる。
- ・緊急度や重症度が低い状態での要請案件が少なく、医師との連絡により「病院までの受診のためにつれてきてほしい」との依頼があり搬送している。家族では搬送困難な事も多く、地元地域では介護タクシー等が充実していない為、救急搬送に対しては柔軟に対応している状況である。しかしながら「救急車の適正利用」（緊急性の高い事案が同時にあった場合等）から考えると、課題が残る。
- ・在宅医療利用者へ施設からの説明が大事だと思う。救急隊員の現状も話をする機会が必要。
- ・緊急度が低いことが多い。介護タクシーの利用を優先すべきと感じる。費用面の理由での救急車利用は不適切である。
- ・処置について家族への説明不足なことがある。気切などの吸引についてとか
- ・病院医師と家族において、傷病者・家族側が D N R の承諾をしていた。
- ・その情報が無かったため C P R を開始して搬送・特定行為要請したところそのまま搬送してくださいとのことであった。接触時その情報が聴取できなく苦慮した。"
- ・状態が悪くなった高齢者を初診で診る医師がいない。
- ・搬送する手段として第一選択でなぜ救急車なのか？無料（料金がからない）だから？
- ・搬送先は既に決まっており、かつ、重症ではないが、家族では搬送できないので救急要請される場合が多々見受けられる。民間の搬送サービスをより普及させる必要があると感じる
- ・緊急性がない事案も多く介護タクシーのように救急車を利用されることがある。また終末期で DNAR order がある方でも救急車を要請するケースもある。救急隊は医療機関と家族側の板挟み状態。
- ・当地域では、医師を介さないものには、概ね通常救急と変わらないので問題ない。
- ・医師を介した際、当地域の救急担当病院は医師からの情報を求めている。

- ・しかし、現場の医師は 早く搬送しろばかりで、傷病者情報を把握できず、結果、収容依頼に時間と回数を要する。”
- ・多職種の連携が不足している
- ・老人世帯での在宅介護は老老介護でもあり、急変への対応が困難な場合が多い。
- ・当本部では、在宅医療利用者が希望する者を登録し、進入経路、緊急時の搬送先医療機関、搬送時の持ち出し機材、留意事項などを記載した台帳を積載し、スムーズな活動に役立てている。
- ・緊急時の対応を家族が把握していることや病院と話が出来ていることが大切である。
- ・在宅医療よりも問題なのは介護施設かと
- ・医療過疎地のため、特に夜間の掛かり付け病院への収容が難しい
- ・医療機関・福祉・行政及び親族等のキーパーソンの不在や就業外の穴埋めを警察や消防機関が行わざるを得ない現状が放置され続けている
- ・医療機関との連携をしっかりとって頂きたい。
- ・消防救急でない民間の搬送サービスで、消防救急隊並みの対応が可能となるよう法整備が必要では？
- ・まず、現状で介護士、特養関係者(夜間)の同乗は難しい。
- ・病院側は延命したくないのはわかるが、病床を空けるため持ちつ、持たれずの関係なのに心拍再開したら、収用しないとか、特定行為をさせない指示はいかがなものか。
- ・病院選定の基準でも、明らかだか、病院は市民の潜在的ではないか？
- ・生命に関わる緊急時以外は民間救急や介護タクシー等を利用するよう促して欲しい。
- ・当町の 65 歳以上の人口割合は 39%と高齢化が加速的に進行しています。そのような中、在宅医療利用者の救急搬送も増加しており、担当医と連絡が取れない場合も少なくなく、管内の在宅医療利用者の情報が医療機関、行政担当課、消防機関等で共有できるシステムがあれば、救急隊の現場活動が迅速に実施できると思われれます。
- ・介護職の方もある程度の医学知識は持っているものの、緊急度判定はむづかしい。ケア担当医師、看護師とのケア会議をはじめ緊急時の連絡体制をとるなど事前計画を作り上げるにより救急搬送の適正利用になるものとする。救急車以外に搬送手段がない現状もあることから包括支援センターを核に搬送方法の研究が待たれる。
- ・医療機関救急車の使用を考えないといけないと思う。
- ・患者背景がうまく把握できず病院連絡に苦慮した。あらかじめ在宅医療を受けている方の情報が手元にあると現場活動に苦慮しなくなると思います。
- ・まず、現状で介護士、特養関係者(夜間)の同乗は難しい。
- ・病院側は延命したくないのはわかるが、病床を空けるため持ちつ、持たれずの関係なのに心拍再開したら、収用しないとか、特定行為をさせない指示はいかがなものか。
- ・病院選定の基準でも、明らかだか、病院は市民の潜在的ではないか？
- ・傷病者の情報が関係者から確実に聴取出来るが重要。
- ・既往歴や現病歴を家族が把握してない場合があるため病院選定に苦慮する事がある。
- ・掛かり付け医療機関との関係をしっかりとってもらいたい。
- ・往診医師や看護師の救急車同乗がない状況で継続処置がある場合に救急隊は責任を負うことになる。
- ・例えば、急変時の点滴速度の調整や挿管してある状況でのトラブルなど。

・在宅医療利用者の病院収容は普段から患者の状態及び様子を把握している、訪問した医師や看護師や介護士又は家族が搬送先医療機関（かかり付け病院）へ連絡し収容の許可を取っってもらえると、現場滞在時間が短縮される。またかかり付け医療機関がなんらかの理由で収容を拒否する場合は搬送先医療機関がなかなか決定しない状態となるため現場滞在時間が大幅に延長するケースとなり対応困難となることがある。

・かかりつけ医と家族が、急変時の対応を話していないことがたまたまある。

・管轄地域では、地域包括のシステムが充実しており、救急隊との連携とも比較的取れていると感じています。

・かかりつけ医、搬送先病院が決まっていれば搬送がスムーズに活動できると思う

・病院や福祉施設のように搬送依頼書や患者情報提供依頼書が必要だと思います。

・頻回利用者が多い（行政と連携があまりないため改善がない）、収容依頼の時、医師からどこまで治療するのかと、救急隊のみでは返答に困ることを言われることがある。

・搬送後の帰りの足はどつするのかと（特に夜間の場合）医療機関に言われるが、近くに親族、親類、知人がおらず病院に行く人がいない（いても他県で時間がかかる）場合、収容できないことがある

・在宅医療の処置、使用器具、緊急時対処方法など、救急隊員は知識、技術ともに不足している。医療行為のライン（医師法 17 条）も微妙である。救急救命士として適切な対応をとれるのか不安である。

・救急車で搬送が必要ではないケースもあります。他の搬送手段（民間）を活用するシステム作りも社会全体で考慮すべき問題かと思っています。

・ALS の同一傷病者を複数回、発熱で搬送したが、緊急性がない場合は、民間救急を利用してもらいたい。

・情報量が少ない。問診内容に対する回答に時間がかかった。

・緊急性がなく他の移動手段がないため単なる搬送を目的とする救急車本来の使用目的とは異なる事案が圧倒的に多い。利用しやすい介護搬送サービスの整備が国策として必要と思われる。

・救急隊到着時、すでに往診した医師がいない状況が多く、具体的な情報を得られない。

・搬送先医療機関はちょっとしたことですぐに救急車できなさいと家族にいい家族が救急を要請することが多すぎる。

・自分たちでいけるのに救急車でよこしたがる。

・救急要請した家族と話すところどこで病院のだれだれ先生に連絡した救急車できなさいと言われたから連絡しました。といわれバイタル測定したら異常ないので結果地域病院に搬送しますと家族に話し了承！搬送先病院も了承！しかし、家族から連絡した病院へ搬送を待機していたら困るので地域病院が受け入れてくれるから搬送しない旨伝えたら医師からその患者はうちのだから困るといわれ迷ったこともあった。しまいには運んでこいといわれたが運びませんでした。

なぜならうちの町は救急車一台しかなくその病院へ運ぶには片道 1 時間半以上かかるので遠方搬送がいやなためです。

・家族、本人への緊急度判断の教育が必要

・それに併せて、対応方法も具体的に明記したものをレジメ、パウチなどの物を自宅の電話に掲示できるものを渡す またやむを得ない緊急時に救急隊、受入医療機関に渡す情報カードを作成する"

考えさせられました

・救急隊とは何でも屋なのか

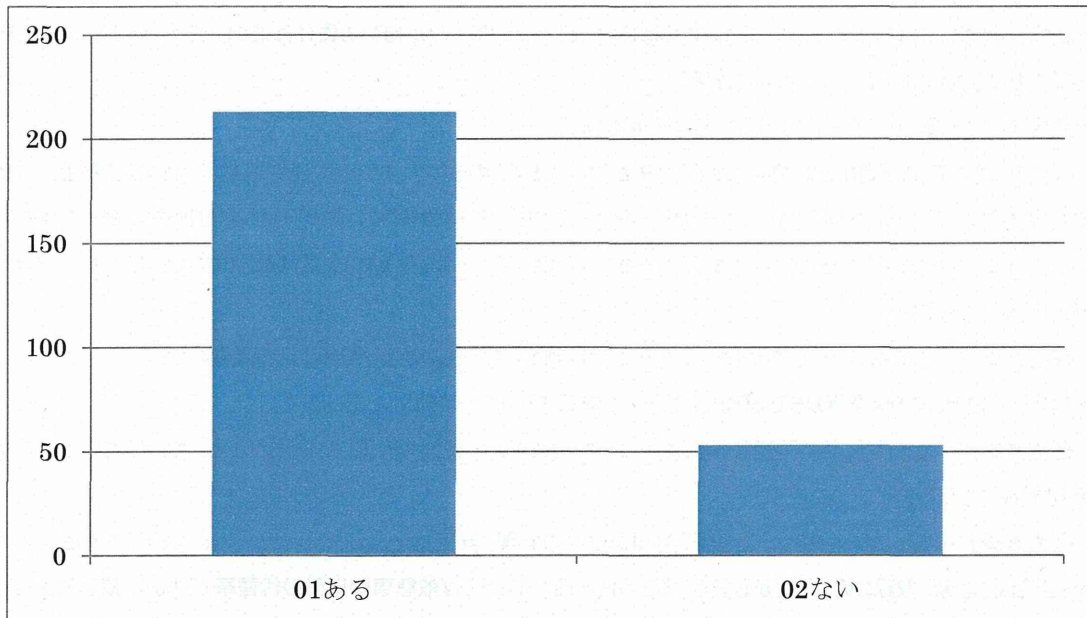
・ジョイント外れた、動かせないからなど"

・救急隊が使用する救急資器材と医療器具の互換性がナイ場合があります。

- ・胃ろうが抜けた、導尿カテーテルが抜けた等の事故？で救急要請してくる人が多い。おそらく翌日、通院ですむと思う。
- ・往診医（開業医）が家族に救急要請するよう促し、救急隊到着時にはすでに往診医は現場に不在で、家族も傷病者の状態がわからず、搬送先病院に傷病者の状況を説明できなかった。
- ・掛かり付け医療機関が受け入れ不応需な事が多い。
- ・訪問看護師や介護師は現着した救急隊には任せるといった態度をとり、自分の責任は果たしたと考えその場を去ろうとする方がいることが問題と思う（問題の転嫁）。
- ・安易な救急要請（タクシー代わり）に感じる時があった。"
- ・施設にて呼吸苦で要請があり、施設より DNAR がありますと言われました。まだ延命処置ではなく、救命処置を拒まれたことがあります。本人のレベルは 2 桁であったため、家族・往診医へ連絡するも、家族・往診医より施設で様子を見て下さいと…MC へ報告し往診医の指示に従ってとの助言。施設へ戻し不搬送としましたが、搬送できなかったことが、いまだに悔いの残る現場です。
- ・在宅診療専門医による診療で救急搬送の必要性ありと判断されるも要請後、医師は次の現場へ…
- ・救急隊への申し送りは家族からであり収容先病院を決定するのに 1 時間以上要した。"
- ・在宅酸素くらいであれば、特に問題なく対応しているが、それ以外の機器を使用した患者の場合、今後は対応に苦慮する可能性がある。
- ・在宅医療利用者では多くの場合、医療機器による症状の管理、安定化を図っていることから、マンパワーや一定以上の搬送空間、酸素・電源の確保などが必要となることから、地域によっては救急車両以外の代替車両はなく、救急要請せざるを得ない状況にある。
- ・介護職員からの通報の場合、医療機関まで同乗できない場合が多い。
- ・家族から介護施設への連絡を優先してしまい、救急要請が遅延するのであれば、救急要請をして少しでも早い検査→処置ができた方が良いのではないかと。介護施設から家族への救急車適正利用のレクチャーがなすすぎではないかと思いません。
- ・家族の気が動転し、機械の操作方法が分からなくなった際の対処が心配。
- ・かかり付け医療機関が必ず受け入れてくれるとは限らない。
- ・在宅医療を施されている傷病者の搬送は、数多く遭遇していますが、特にこれといった問題が発生した記憶はありません。

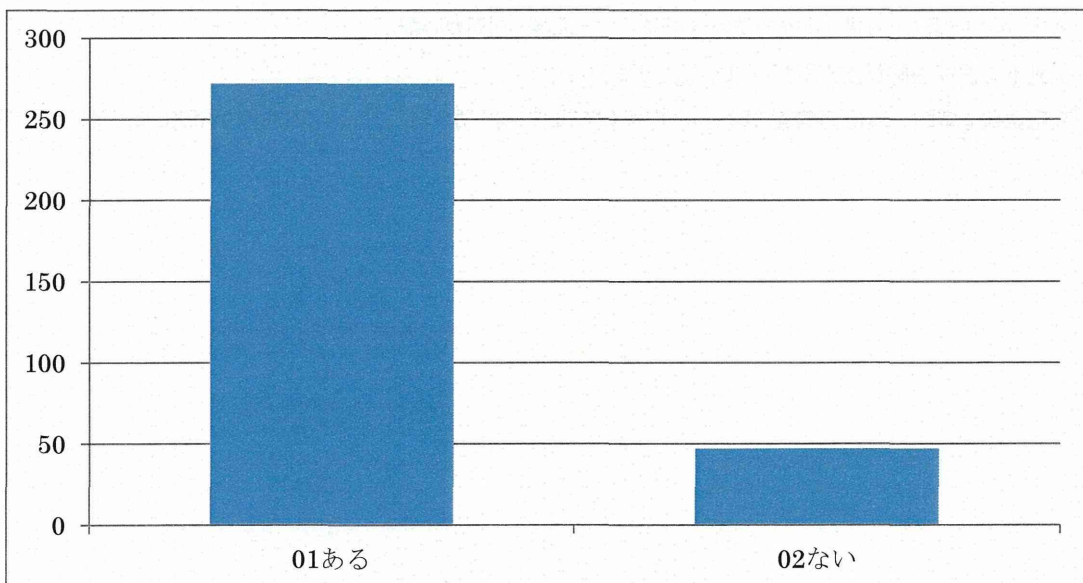
7. 在宅医療利用者の自宅（または利用中の施設）で終末期(末期癌や老衰など)の心肺停止(以下：CPA)傷病者の救急要請で出場したことはありますか？

01 ある:272 人(85.2%) 02 ない:47 人(14.7%)



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？ n=272

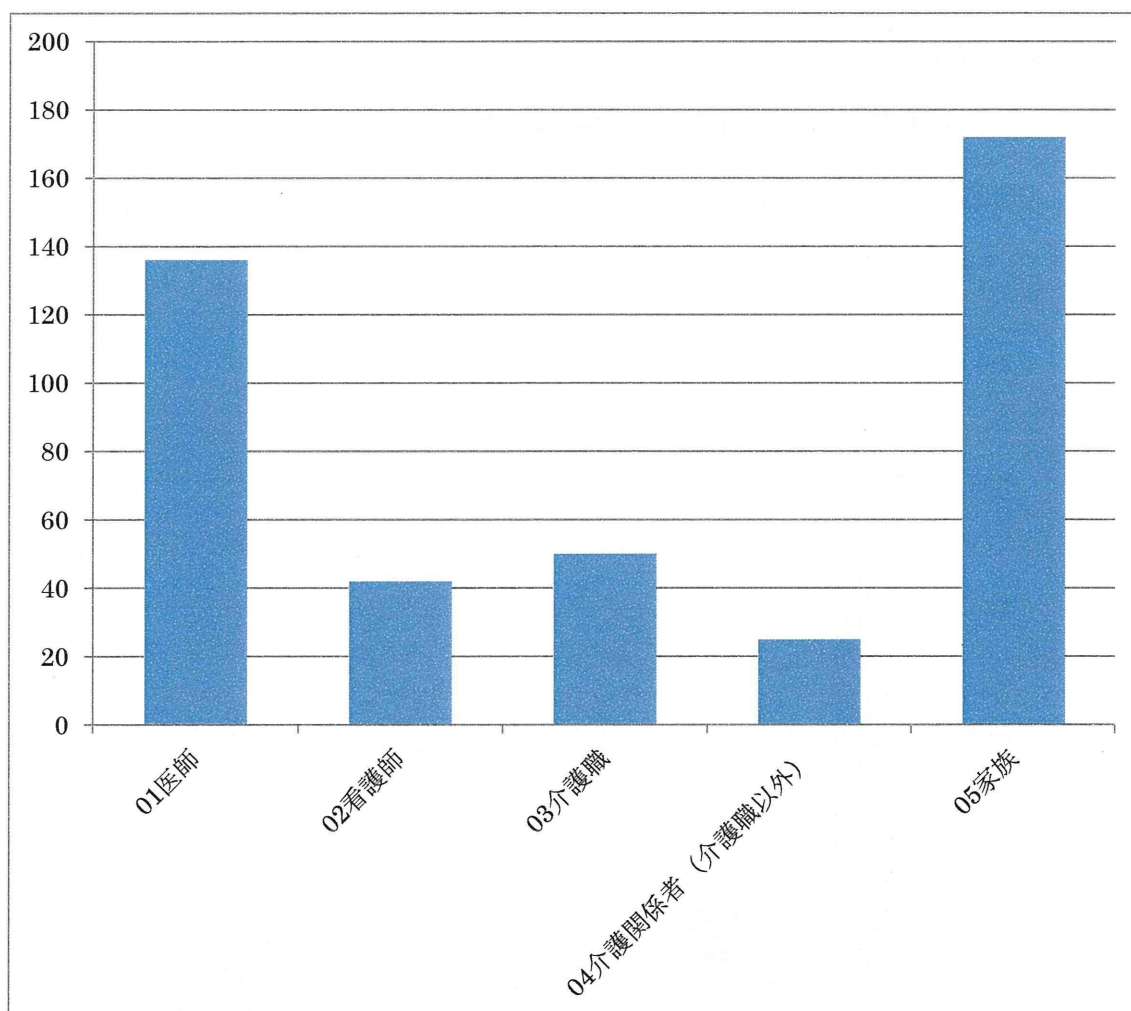
01 ある:213(78.3%) 02 ない:53(16.6%)



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)

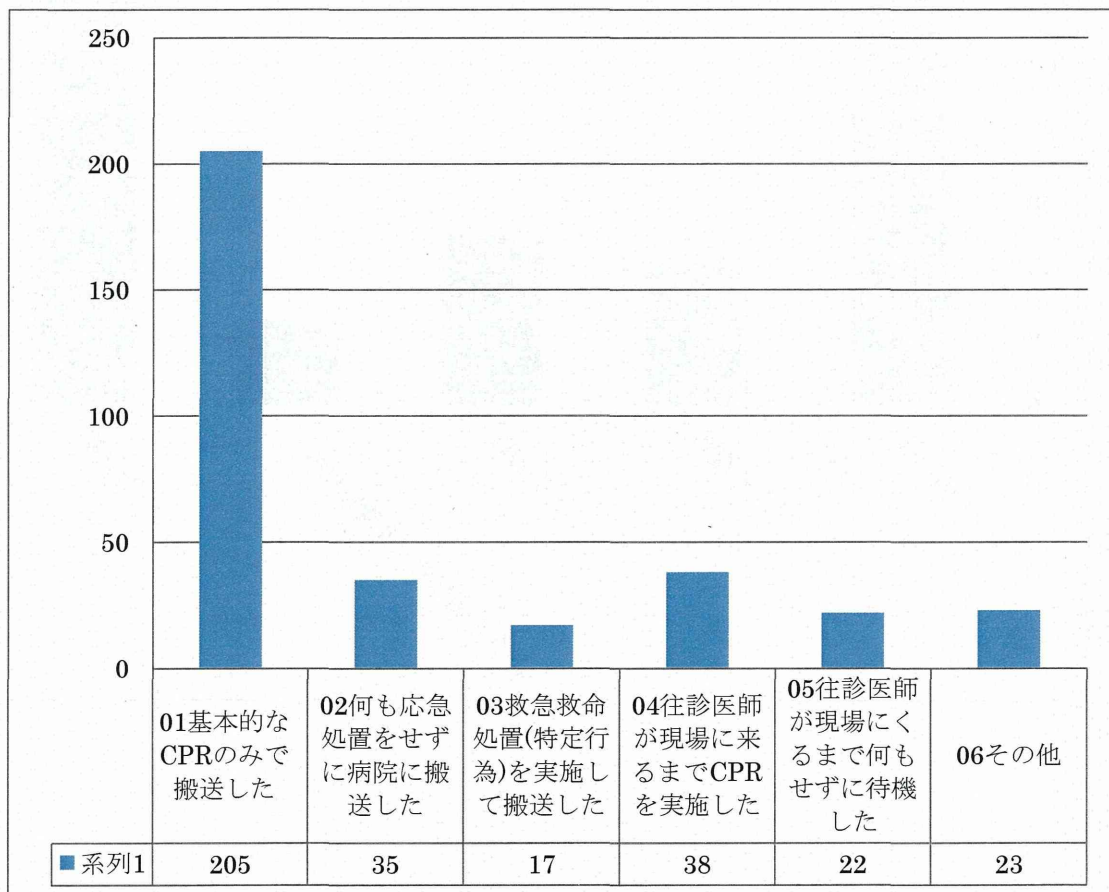
01 医師:136 件 02 看護師:42 件 03 介護士:50 件

04 介護関係者(前述以外):25 件 05 家族:172 件



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)

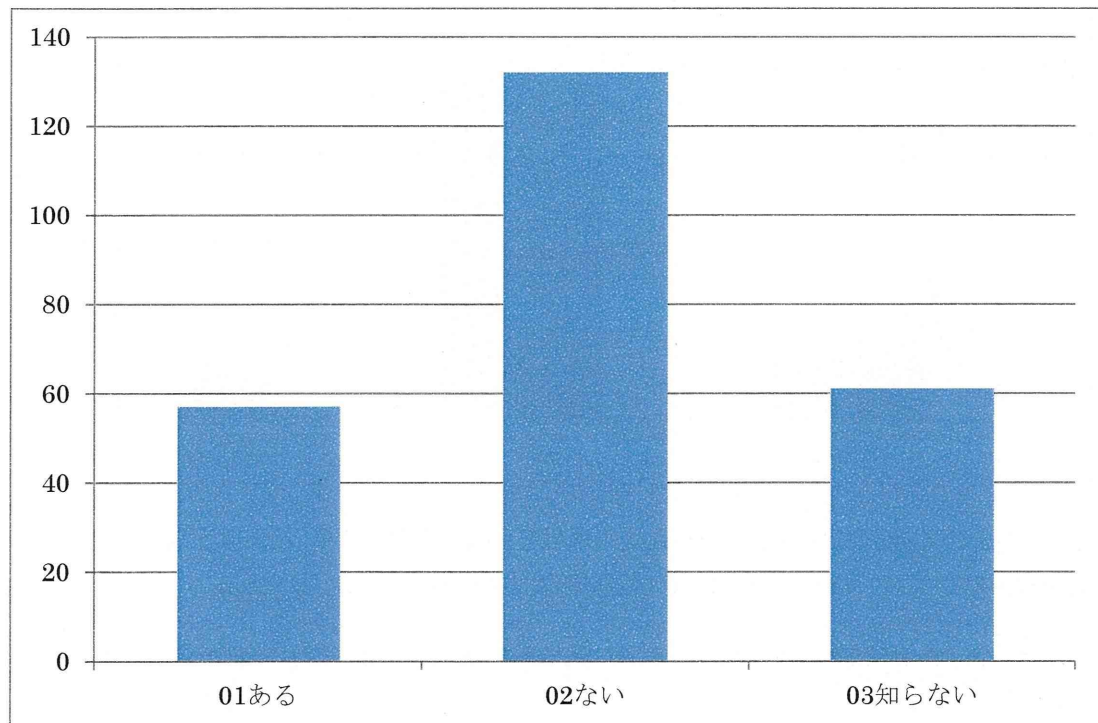
- 01 基本的な CPR のみで搬送した:205 件
- 02 何も応急処置をせずに病院に搬送した:35 件
- 03 救急救命処置(特定行為)を実施して搬送した:17 件
- 04 往診医師が現場に来るまで CPR を実施した:38 件
- 05 往診医師が現場にくるまで何もせずに待機した:22 件
- 06 その他:23 件



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？ n=319

01 ある:57人(17.8%) 02 ない:132人(41.3%)

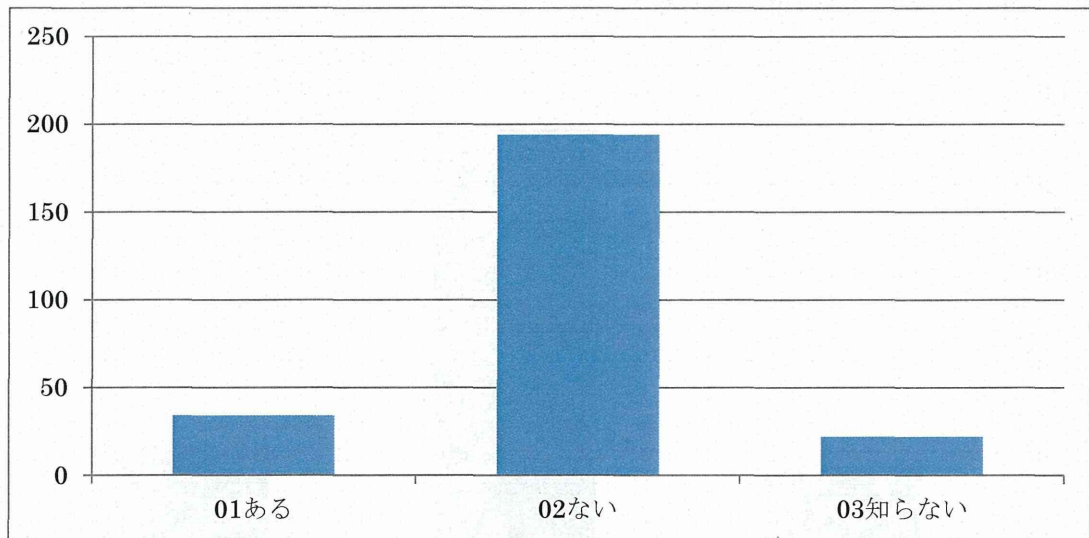
03 知らない:61人(19.1%) 未回答:69人(21.6%)



10.MC 協議会で蘇生拒否の傷病者搬送の Protocol はありますか？ n = 319

01 ある:34 人(10.6%) 02 ない:194 件(60.8%)

03 知らない:22(6.8%) 未回答:69(21.6%)



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。原文まま

- ・お願いをしても、往診医師や往診看護師がそこそこの引き継ぎのまま次の患者様のところへ向かってしまったり、帰ってしまう。
- ・病院間の連携(頭部打撲&血腫が有ると、直ぐ脳外科へ行け、もう少し救急隊のスキルを信用しては?)
- ・DNAR の基本的対応や書類の書式等を社会的に認知、共有することが、必要だと感じています
- ・特定行為を拒否された場合、月間走行確認できなくて、換気は良好で、特定行為をしなくても良いメディカルコントロールを受けると、特定行為をしてほしい親族、して欲しくない親族を納得させられるのではないか! ?と常々考えています。
- ・DNAR と聞いていたが、家族に連絡すると助けてくださいと言われる事が多々ある。この場合は後者を優先とするが、さらなる介護社会となることが想定される中で、一般の方々に対して DNAR の教育をして欲しい
- ・電話を受ける医師・看護師・事務員でまだまだ救急の仕組みを理解していない方が多い。終末期の患者さんでは尚更情報伝達が困難である。そういった所の教育も必要だと思う。
- ・9 にも書いたが、地域開業医の協力が得られない。自分たちの主張は通すが、こちらの要望は受け入れない。自分の患者にもかかわらず、時間外を理由に拒否する医師が多い。
昔の先生は、専門にこだわらず幅広く地域住民を診てくれたものだと思う。
- ・必ず搬送先の医師に相談する。

・掛かりつけ医療機関があっても、休日夜間是对応できないというケースで病院選定に苦慮することがあります。また独居、精神疾患等、全国各地で問題になっているケースは当地域でも同じです。結果的に救急に力をいれている医療機関に負担が集中しています。救急医療と終末期医療が混在しているので、もう少し明確な色分けが必要に思います。現場の救急隊の判断も加味したうえで、受け入れの問題をこれまで以上に地域レベルで対応しないとパンクする日もあるかと感じます。

- ・傷病者には DNAR 意志があつたにもかかわらず、急変に際し家族の動揺のため救急要請された。
- ・家族は DNAR 情報を救急隊に提供しないまま、傷病者に蘇生処置が施され医療機関へ搬送された。
- ・DNAR 患者に対する救急隊の処置について、搬送先で問題になったケースがあつた。
- ・三次医療機関の出口をなんとかするのが先決であるように感じます。
- ・病院側から蘇生処置についてどこまでやったらいいのか確認するとホットラインで言われた
- ・転院搬送の時に医師同士が連絡をとったが看護師は知らされてなく救急隊からの連絡がうまく伝わらなかった。
- ・病院選定で病院によって受付の事務員につながりそこから医師、看護師につながる場所があるが、救急指定病院等はドクター直通電話になると時間短縮になると思います。
- ・施設での寝たきりの方の C P A 事案。施設と後方支援の連携がうまくいって、D N A R について後方支援病院の医師から指示があり C P R のみで搬送した事例がありました。救急隊としては掛かりつけの医師と連絡が取り D N A R の確認ができ不要な特定行為をせずに済んだ。
- ・やはり病院手配。
- ・少なからず、MC からのプロトコルがあれば活動がし易くなる部分もあるし、おもとの法整備が大事だと思う。
- ・以前、DNAR の本人サインは無いが、生前本人が蘇生拒否を望んでいたため家族に蘇生拒否を求められ、死体現象が無い現場での対応に困りました。往診医は救急活動中の診療はできないため、病院搬送するか、診療時間まで待つかを救急隊に選択させる。傷病者や家族にとって最後の時であり、後悔なく終わらせてあげたい思いもあるので自分としては自宅で看取らせてあげたいが実際は難しい。往診医によっては 24 時間対応してくださり、救急車を呼ばないように前もって、死線期呼吸の説明をしているところもあります。責任を持って往診医療をしている医者とうそでない医者のギャップもあり過ぎます。地域官民が協力してシステムを作り上げる必要があると思います。
- ・癌の末期で、DNAR であつたが、家族が救急車を要請した。家族に特定行為について説明すると実施して欲しいと返答され、実施して搬送すると搬送先医師から「なぜ実施したのか」とせめられた。
- ・原発から病院搬送時の道路選定に苦慮した。もっと地理、道路把握に努めなければならないと感じた。
- ・転院搬送時、搬送先の病院が決まってないのに救急要請されたことがある。この場合は予め連絡されて決めておくべきである。
- ・搬送先病院にどこまでの治療を望んでいるか関係者に確認してと言われることが多く搬送に時間を要することがある
- ・やはり、囑託医から搬送先を選定してもらうのが最も有効だと思います。救急車を呼べとだけ伝えて帰ってしまい、救急隊が到着後に増悪 C P A となったり、搬送先選定が 30 分以上となる事も多く、地域の医療関係者ももう少し、連携を図って欲しいと思います。
- ・しっかりと救急隊の役目を説明し理解を得ることが重要である。
- ・それでも相手に理解を得られず、苦情の電話を受けるケースが多々ある。

- ・結果を上司に報告し、上司がきちんと対応してくれたケースもあるが、救急隊に対する理解があまりない管理職が多いので、個人に苦情を言われることも多い。晒し者のようにされたこともある。
- ・毎回状況が違うので一概には
- ・掛かり付け医はもちろん、地域 MC 医師の指導助言を頂き、搬送先を決定する。
- ・他隊連携時などで情報の共有（隊のみではなく傷病者家族なども）があまり上手く行かず、活動が後手にまわってしまったことがあった。
- ・在宅医療者は資機材の搬送も考えられるので隊員数を増やした重篤事案として対応した方が良いのではないかと思います。
- ・関係者が情報を全く持っていないことが今までに一番困った。
- ・在宅医療を受けているのであれば、普段から緊急事態などに備え、情報をまとめておくことや、対処法についてあらかじめ決定しておいてほしい。"
- ・終末期の傷病者が CPA になった際、連絡先が明確になっていて、連絡した時に救急隊に行ってほしい内容の指示があった時に可能な限り医師の指示に従い搬送等の活動をした時、本来の業務ではないかもしれないが、終末期の傷病者にとって最良の活動と感じた。
- ・独居高齢者、認知介護者、対応時に傷病者の情報不足。自宅内・外出中で意識障害など。
- ・連絡先の医師が傷病者の年齢を気にする。"
- ・様態の急変があった場合のかかり付け医師との連絡の取れる体制が必要。
- ・プロトコル質疑では D N A R 等の意思があってもプロトコル通り C P R を実施し、並行して主治医との連絡をとるようにつとめ、主治医から「C P R を行わない」旨の指示が取得されたら C P R を中止する、とあります。
- ・救急要請の対象となった傷病者が延命拒否の意思表示をしているのならば、出場した救急隊は処置をせず指定された病院へ搬送すべしと厚労省が規定してもらえればスムーズに事案が完結すると感じている。
- ・診療所かかりつけの傷病者の、夜間に救急要請をする際の搬送先は決めておくべき。
- ・ICT の活用
- ・M C 医師会など関係機関との話し合いが必要では！
- ・そこから、各組織や個人の方向性を見出せば！
- ・主治医と連絡が取れない。
- ・主治医が救急隊に丸投げし、関与しない。
- ・主治医が責任をもって患者さんに対応してもらえたらと感じています。
- ・DNAR が何なのか、家族も看護師もどこまでの救命処置が範疇となるのか知らない。また我々もわからない。ゆえに本当はすべき処置に制約がかかるのは救急隊の必要性を感じなくさせる。
- ・搬送先が指定されているのに、問い合わせると医師不在等で受け入れを断られたケースがあったので、連携を密にしてほしいと感じた。
- ・田舎の地域ですと、遠方の大学病院等へ通院する人も多いが、緊急時や終末期の対応では長時間かけて遠方まで搬送することはなかなか難しい。地域の病院と情報共有し、緊急時の対応や搬送の有無を決定していただけると助かる。

・うまくいかなかった事

現場で救急隊判断のみで傷病者対応をした際に、IC がうまくいわずに、家族とトラブルになりそうになったことが何度かある。

・こうしたらうまくいった事

日頃から、在宅介護者の情報を共有できていれば、行政の担当部署や責任者へ連絡できたり、病院との連携がスムーズに行くと思う。

・特に救急隊は迅速な現場判断を求められるがために、主観的になりすぎてしまい、客観的思考や目線での介護者対応が出来ないことがあると思う。本来は救急隊は行政サービスを主眼に置いた、住民の為の存在であるので、今以上に介護者や家族に寄り添う活動（日頃からの情報共有含め）が重要な時代になって来ていると痛感しています。"

・年齢等の処置判断基準

例、100 歳以上は蘇生行為はしない。"

・在宅医療を受けている患者さんで日中は救急の受け入れはしてくれるが、夜間対応していない病院がある。他の病院へ受入連絡しても、かかりつけの搬送が望ましいなどの回答が多い

・医療機関と家族間だけでおさめるだけでなく、消防機関にも情報を流してほしい。（個人情報のため無理かも）取り決め事項として、救急車を要請しない。

・要請したとしても、その情報を通報段階もしくは救急隊接触時に情報を必ず入れよう工夫してほしい。"

・DNARorder が出ている方の救急要請事案で、救急隊現場到着後間もなくかかりつけの医師が往診しました。

すぐに死亡診断が行われ救急隊は不搬送となりました。

・DNARorder の傷病者ではかかりつけの医師が往診できるシステムがよいと思います。すぐに医師が駆けつけることができなくてもその日のうちに医師が往診することができれば理想です。ただし医師不足、また医師の負担増が問題です。"

・蘇生拒否をされている方は救急隊に分かりやすい意思表示されたものがあると現場では助かります。

・書面では自宅のどこにあるのかわかりませんので、身につけられるものが望ましいです。"

・地域の病院から DNAR オーダーがあるなど、可能な限りの照会があれば、通信指令室などでデータ化できるため、対応は飛躍的に改善すると感じる。（病院とコンタクトがとりやすい）

・それには、医師と救急隊だけでなく、病院側の実際の受け手も 同じ共通認識が必要であると感じる。

(当地域では、医療機関により看護師・事務職が搬送依頼の電話を受けることがあります)"

・呼吸不全で 3 次選定(現場から約 1 時間の距離)し搬送中、同乗者の関係者から蘇生拒否の意思表示のある方ですとの申し出があり、搬送先とトラブルになりそうになった。

・救急事案が重なり、直近の病院への受け入れが難しい場合、田舎は 1 時間かけて他の病院へ行くことが多々あること。

・相手からの署名をプレホスレコードに残して引き揚げています。

・救急隊の聴取方法にも問題があると思うが、傷病者本人又は家族からの細かい情報を救急隊に教えてもらえないことがある。

・高エネルギー外傷の収容を近くの 3 次病院に依頼したら昼間なのに断られ、交渉が難航した。

・気胸の患者も 3 次病院に相談したら断られたため、収容依頼が難航した。"

- ・医療機関と福祉はもっとクライアントに責任を持つべきです。同業者組合で 24 時間対応可能な態勢を構築する等、効率的な対応が図られることを強く望みます。
- ・救急隊としては、とにかく搬送先が決まらないことが困る。搬送先が決まっていること、搬送先が遠方であれば、近医との連携がなされていることが重要。
- ・Mc に介護職を含めること。
- ・在宅での終末期医療においては、看取りを行う医師を事前に決めておき、心肺停止に陥った時の対応を具体的に決めておく必要がある。看取り医療の担い手は開業医師であるとする。
- ・使用機材の取り扱いがわからず、どのように活動していいかわからない。
- ・ただの運び屋だと感じてしまう。
- ・IC を取る時に、患者や家族が高齢で聴取するのに苦労した。
- ・家族、担当医から蘇生拒否の要請があり、搬送に 1 時間以上を要した事案があった。
- ・蘇生拒否の事前情報があれば、かかりつけ担当医師を救急車に同乗させ出場することにより、傷病者、傷病者の家族の意思を尊重できる。"
- ・搬送先の医師、看護師から、搬送した救急隊員に対し不満を露わにしたり、蔑んだ対応をすることがある。暴言すら報告ある。
- ・初診傷病者の受け入れに際し、服用薬、薬手帳、看護サマリー等を全て揃えなければ収容して頂けない医療機関に CPA 傷病者の収容依頼をする時に困る
- ・DNAR 書類をすぐ出せないことがなったため、事前に直ぐに出せるようにしてほしい。
- ・掛かり付けの病院に搬送しようとしたが掛かり付けの病院事情で受け入れができなかった。他の病院に収容依頼するもこのような患者はなかなか受け入れてもらえない。
- ・Mc に介護職を含めること。
- ・意識障害の傷病者で、しっかりと意識障害の鑑別を行ってから収容依頼をかける。傷病者の救急要請に至る背景も含め。
- ・家族が傷病者の情報を把握していない場合があり病院連絡時に上手く情報が伝わらない場合があった。
- ・DNAR が家族（本人含む）や医師の間で確認できている場合、本人の希望通り自宅等で看取りができるよう医療機関が家族に指導すべきである。そうすれば救急要請もなくなる。
- ・看取りのシステムを確立することが大切だと思う。"
- ・現場で DNAR を口頭で言われても、信じ切って良いのか（現場に居ない親類が認めていないなど）難しい。CPA 指令から救命活動のつもりで入るが、現場でやらないで欲しいと逆の行為になるので、迷うし精神的に辛い。要請しないで欲しかったと心の中で思ったことがある。すぐに往診医が来て看取るか、救急要請しない考え方が広まって欲しいです。
- ・かかりつけ医師に連絡がとれず、情報がわからなかった事案。
- ・救急隊は死亡判断できないため、かかりつけ医師が現場に来るまでの間（1 時間以上）現場で処置を継続していた事案。"
- ・訪問介護士から独居高齢者のお宅へ介護のため訪問したところ利用者の様子がいつもと違うという救急要請が結構あります。医療機関へ収容依頼をした際、医療機関側から「付き添いなし」では収容はできないと拒否されるケースが

多々あります。その時は現場にいる介護士に救急車の同乗をお願いするのですが介護士は救急車への同乗はできない決まりになってますのでと断られます。

・医療機関側や介護士側にも多くの事情があると思いますがこのようなケースが搬送困難で現場滞在時間が延長される事案の一つです。

・現場いた介護士が同乗してくれたら搬送先もすんなり決まったのという事案も多々あります。このようなケースは今後増えると思われます。また、介護付き高齢者住宅でも介護士の同乗を断られます。"

・指令内容で CPA と判断出来ずに AED 装着や呼吸管理が遅れた事がある。

・ターミナル患者の CPA で、DNAR の煮詰めが甘く、救急要請となるケースが多い。かかりつけの病院・医院にかかわらず話をしっかり煮詰めることが、救急車要請の負担軽減につながると思っている。

・家族が D N A R のことを知らず、特定行為を実施して搬送したら搬送先の医師に罵声を浴びさせられたことがありました。

・医師が救急隊を単なる搬送手段としか思っておらず、救急課から医師会に要望を行いました。

・保健所関係者とのやりとり

・当広域消防では、茨城県で唯一、管内に救命センターがなく単独消防の M C のため、管内 2 次病院（5 病院 & # 8724 ; 協力医療機関 3 病院） 1 1 9 受信時 C P A の疑いがある場合、指令課が出場指令と同時に管内 2 次病院に収容依頼をする（事前管制）を実施している。現着前に収容先が決定でき活動がスムーズになる。

・介護施設で暮らしている方の CPA 事案に出動したことがあります。患者さんは 60 代であり、救命対応と考え三次病院への搬送を考慮しましたが、介護施設の職員の方から二次病院へ搬送して欲しいと言われ、二次病院へ連絡しました。しかし、医師からは三次病院へ搬送すると言われ、三次病院へ連絡し搬送を行いました。ただ、搬送後に、医師から患者さんは普段から寝たきりの状態ということを知られ、結果的にはどちらの病院に搬送したら良いのかという疑問が浮かびました。私は救命士として、出動すれば、患者さんの命を繋げたいという思いで活動をしています。しかし、何でも救命対応ということでは無いということ、今回の出動で少し感じる場所がありました。また、搬送するにあたって、ADL がどれだけ重要な指針になるのかを、個人的にはまだ理解が出来ないところがあると感じています。

・老人福祉施設看護師とのコミュニケーションがうまくいかないことが、多い。

・救命士の隊長がいないのでなにいても聞いてくれない。なので現場に道具、をもっていかないことが多すぎる

・救急隊員と医師が聞いた場合で、言うこと(症状や主訴)が違うことがある。

・搬送中に心拍再開しても、医師と途中ドッキングして医療機関に行かず老健施設に戻した事例を聞きました 救急現場は混乱しています

・病院の医師との連携。

・町医師が増加し、終末期の看取りを行ってもらえば搬送しないですむ。

・救急隊に死亡確認ができるようになれば、対応が楽になるはず。"

・特定行為の指示は当然、早急な要請が必要であるが、医療機関によっては、受付事務員や看護師を経由し、保留時間が長く、医師と直接会話するまで時間を要する。

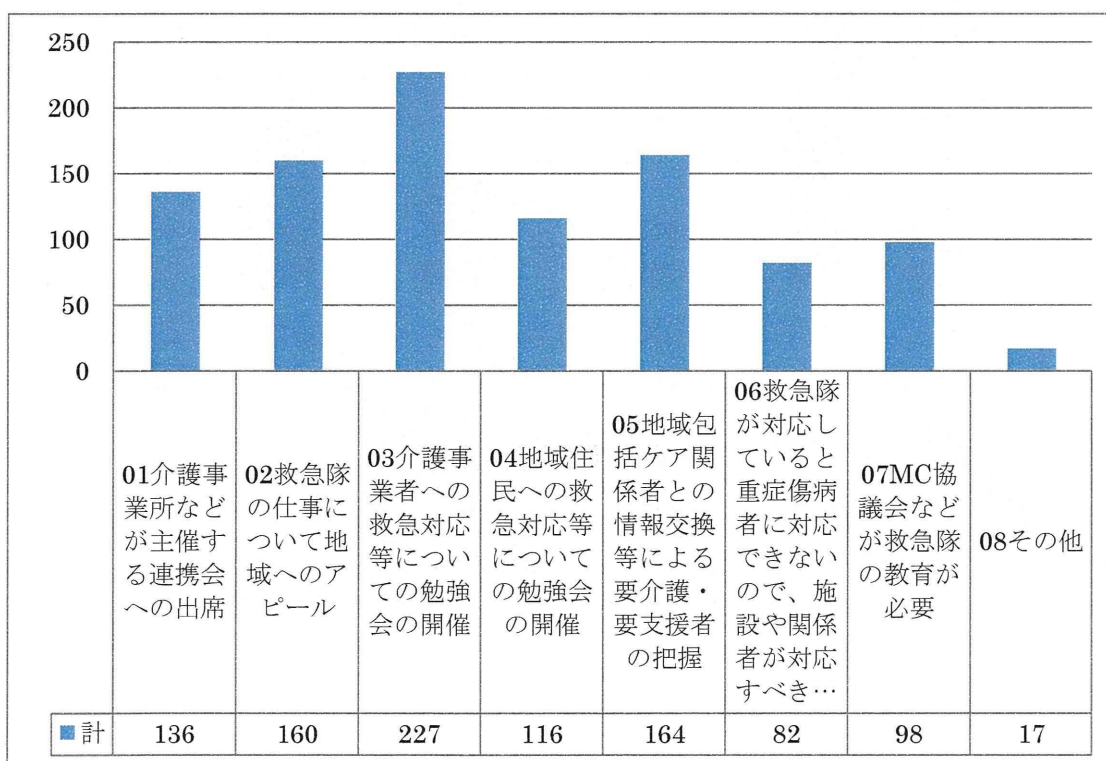
・ホットラインの確立を求めたい。

・消防としては、医療機関側の状況に配慮し過度な要望は遠慮しているのが実情

- ・救急隊が CPR を実施し、病院到着後、家族が病院に着きリビングウィルが判明することがあるため、IC 時、救急隊の CPR と病院到着後、医師が二次救命処置を行ってよいか分けて聞いている。（時間がかかるが）
- ・ショック状態のとき、家族に予め蘇生を希望されますか？と聞いても、答えがあいまいなことが多い
- ・救急隊は、搬送医療機関が決まらない事が現場での相当のストレスとなります。特に、夜間は当直医も自分の専門外は受け入れを断ることが多いように感じます。そのため、行政か医師会が初療専門の施設を設け、その行政区内の開業医や 2 次医療機関の医師と看護師・事務など各 1~2 名程度が輪番でその施設に詰め初療を行い、入院の必要があればそこから二次医療機関や三次医療機関に搬送すれば搬送医療機関が決定できなくても初療で「待てる」体制が取れると思います。
- ・個人的には、もう少し開業医に積極的に地域救急医療に関わっていただきたいと思っています。
- ・終末期傷病者の事案でオンライン M C で助言要請し現場判断の補助をいただくことで、局面打開につながったことがある。
- ・高齢者が要する福祉関連施設においては、延命治療実施の有無についての書類作成を求めたい。基本、救命処置は現場で実施。DNAR の書面を確認できれば、CPR のみ実施し病院へ搬送。家族が拒否すれば、家族へ CPR の説明、MC・搬送病院へ報告し助言を受ける。
- ・急変時の対応について家族へ明確に伝えてほしい。主治医への連絡先は必須。私達地域は、現場において主治医と家族と電話連絡にて意思の再確認をしてもらい主治医の責任で処置せずに搬送をすることがあります。
- ・総合病院（二次医療機関）への収容依頼した際に、当直医が当該症例は専門外なので受入できないと断られることが度々ある。
- ・CPA 事案で、DNAR かもしれないという情報があり、その意思確認のために家族に何度も電話確認をしたため円滑な活動ができなかった
- ・看取り専門の医師にかかっている方が、多いのだから、救急車を呼ばれるケースが沢山あった。掛かり付け医に連絡するも不通の場合が多く、家族の同意を得て病院搬送するケースが多々あった。
- ・夜に出場した事案で、DNAR の書類があったにも拘らず、医師や施設の確認不足で窒息 CPA で換気が悪いので、気管挿管を実施してしまい、心拍再開した。後に医師がカルテに記載ミスして、次の日の日勤帯の看護師から所轄の課を通じて指摘があり、上司から説明を求められた。
- ・医療機関選定時に医療機関へ終末期であることと家族の意向を告げている。
- ・基本的には、DNAR 傷病者に対しても家族の理解を得て特定行為等を実施する方向で IC を取るよう心掛けています。
- ・自宅での終末期を迎えた場合の説明を傷病者家族に病院側がしっかり行ったうえで在宅医療を行う体制を取れば、DNAR 傷病者に対する救急要請も減るのではないかと。また、老人福祉施設からの DNAR 傷病者に対する救急要請も年数件は発生している。仕方のないことだと思いつつも、病院担当医の救急に対する想いの寒暖差があり、受け入れに関して消極的な体制のシフトの場合があり、掛りつけ病院であっても応需頂けないことが時折ある。

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:136 件
- 02 救急隊の仕事について地域へのアピール:160 件
- 03 介護事業者への救急対応等についての勉強会の開催:277 件
- 04 地域住民への救急対応等についての勉強会の開催:116 件
- 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:164 件
- 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:82 件
- 07MC協議会などが救急隊の教育が必要:98 件
- 08 その他:17 件



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) n=319

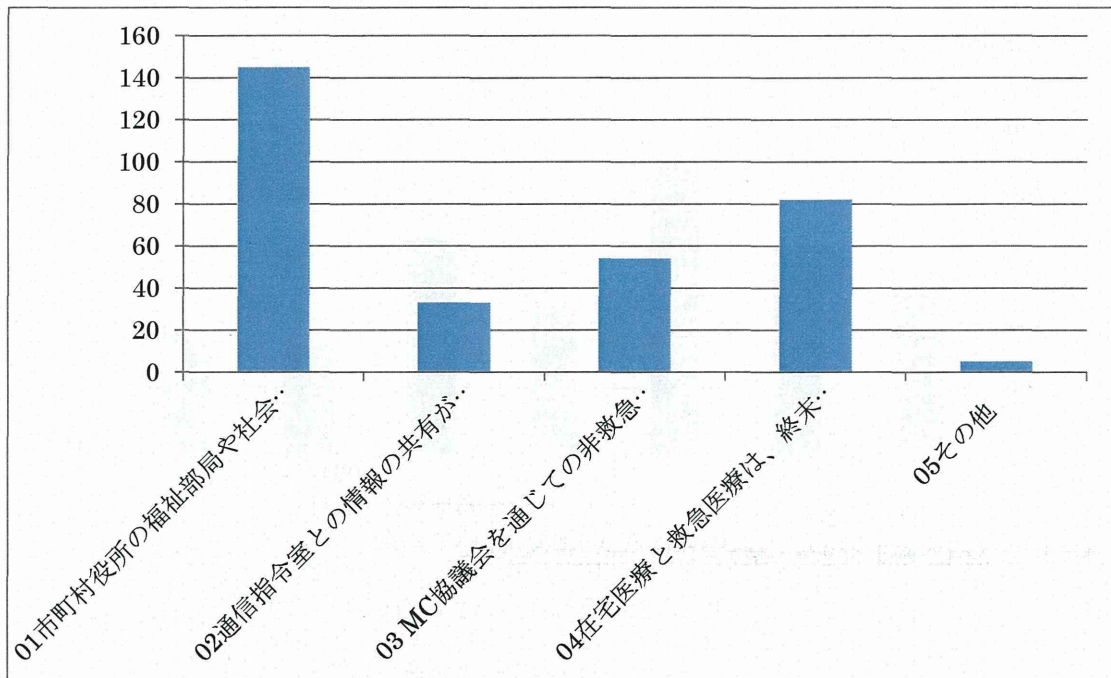
01 市町村役所の福祉部局や社会福祉協議会等との情報の共有:145 人(45.4%)

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:33 人(10.3%)

03 MC 協議会を通じての非救急病院との連携が必要:54 人(16.9%)

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:82 人(25.7%)

05 その他:5 人(1.5%)



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）：224 件

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、）：239 件

03 在宅患者見守り搬送：183 件

（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）：212 件

05 その他：5 件

