

# 東京消防庁救急業務懇話会答申書

「高齢者救急需要への取組はいかにあるべきか」

2019年2月

第33期東京消防庁救急業務懇話会





平成31年2月12日

東京消防庁  
消防総監 村 上 研 一 殿

東京消防庁救急業務懇話会  
会 長 山 本 保 博



### 救急業務に関する答申

平成30年4月27日、貴職から「高齢者救急需要への取組は  
いかにあるべきか」について諮問を受け、慎重な審議を重ねた結  
果、別添えのとおりその考え方をとりまとめましたので、ここに  
答申します。



# 目 次

|     |                        |    |
|-----|------------------------|----|
| 第1章 | 諮問事項等                  | 1  |
| 第1  | 諮問事項                   | 1  |
| 第2  | 諮問の背景                  | 1  |
| 第3  | 審議経過                   | 1  |
| 第2章 | 心肺蘇生を望まない傷病者への対応       | 3  |
| 第1  | 現状と課題                  | 3  |
| 1   | 救急出場件数の推移              | 3  |
| 2   | 年代別搬送人員の推移             | 3  |
| 3   | 東京都の人口推計               | 3  |
| 4   | 現状の認識                  | 4  |
| 5   | 救急活動における課題             | 7  |
| 第2  | 基本的な考え方                | 8  |
| 1   | 心肺蘇生の開始                | 8  |
| 2   | 心肺蘇生を中止する対象者           | 8  |
| 3   | 傷病者の意思の確認と人生の最終段階の判断   | 10 |
| 4   | 心肺蘇生の中止                | 10 |
| 5   | 搬送                     | 11 |
| 第3  | 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について   | 13 |
| 1   | 救急隊の対応                 | 13 |
| 2   | 今後の課題                  | 15 |
| 第3章 | 高齢者予防救急方策              | 16 |
| 第1  | 現状と課題                  | 16 |
| 1   | 救急搬送される高齢者の事故種別        | 16 |
| 2   | 事故種別ごとの初診時程度           | 16 |
| 3   | 一般負傷により搬送された高齢者の受傷時の動作 | 17 |
| 4   | 現状の認識及び課題              | 17 |
| 第2  | 課題に対する検討               | 18 |
| 1   | 効果的な救急需要対策に資する分析調査委託   | 18 |
| 2   | 救急業務等管理委員会             | 19 |
| 第3  | 施策の具現化                 | 21 |
| 1   | リーフレットの作成              | 21 |
| 2   | 広報動画の作成                | 22 |
| 3   | 今後の課題                  | 22 |

|      |                         |    |
|------|-------------------------|----|
| 第4章  | 救急利用者情報登録制度             | 24 |
| 第1   | 現状と課題                   | 24 |
| 1    | 救急活動における情報聴取            | 24 |
| 2    | 高齢者に係る救急活動時間            | 24 |
| 3    | 医療情報を提供する取組             | 24 |
| 4    | 現状の認識及び課題               | 26 |
| 第2   | 課題に対する検討                | 26 |
| 1    | 救急利用者情報登録制度の構築に係る分析調査委託 | 26 |
| 2    | 検討結果                    | 27 |
| 第3   | 制度構築の方向性                | 32 |
| 1    | 医療ICTの取組との連携            | 32 |
| 2    | 既存の医療ICTを活用した場合の効果      | 32 |
| 3    | 今後の課題                   | 32 |
| おわりに |                         | 32 |

#### 参考資料

1. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
2. 法令・例規集
3. 救急現場において心肺蘇生の実施を望まない旨を示された事案に係る調査まとめ

## 第1章 諮問事項等

本会に対して、2018年4月27日に諮問された事項等は次のとおりである。

### 第1 諮問事項

「高齢者救急需要への取組はいかにあるべきか」

### 第2 諮問の背景

救急搬送人員は、高齢化の進展等により毎年増加の一途をたどっており、2017年には東京消防庁管内で約70万人が救急搬送され、そのうち半数以上は65歳以上の高齢者であった。過去20年間で搬送人員は約1.5倍に増加しており、全搬送人員に対して高齢者の占める割合も年々増加している。

また、2025年には団塊の世代が75歳以上となることから、今後も高齢者の救急需要は引き続き増加する見込みである。

このような需要の増加に加え、高齢者の救急活動を取り巻く課題としては、現場での情報聴取に時間を要すること、心肺蘇生を望まない傷病者※への対応に苦慮すること、転倒等の生活事故で負傷する高齢者が多いことなどが挙げられる。

これらのことを踏まえ、高齢者救急需要への取組はいかにあるべきかについて、次の項目を検討内容として諮問するものである。

- 1 心肺蘇生を望まない傷病者への対応
- 2 高齢者予防救急方策
- 3 救急利用者情報登録制度

※傷病とは、疾病や外傷の総称であり、消防法規における表現と同様に傷病者との名称を統一して使用します。

### 第3 審議経過

上記の諮問事項について、審議を行った（図表1参照）。

図表1 第33期東京消防庁救急業務懇話会審議経過

| 開催年月日          | 審 議 事 項 等                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|
| 2018年<br>4月27日 | 東京消防庁救急業務懇話会 第1回会合<br>委員互選により山本会長を選出、消防総監から諮問<br>①諮問事項及び諮問の背景について |

|                 |                                                                                                        |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | ②東京消防庁の救急体制について<br>③専門分科会の設置について                                                                       |
| 2018年<br>6月27日  | 東京消防庁救急業務懇話会専門分科会 第1回会合<br>委員互選により横田専門分科会長を選出<br>①諮問事項及び諮問の背景について<br>②先行研究の紹介<br>③心肺蘇生を望まない傷病者への対応について |
| 2018年<br>9月11日  | 東京消防庁救急業務懇話会専門分科会 第2回会合<br>①論点整理<br>②実態調査の結果<br>③事例紹介                                                  |
| 2018年<br>10月25日 | 東京消防庁救急業務懇話会 第2回会合<br>①心肺蘇生を望まない傷病者への対応について<br>②高齢者予防救急方策<br>③救急利用者情報登録制度                              |
| 2018年<br>11月8日  | 東京消防庁救急業務懇話会専門分科会 第3回会合<br>心肺蘇生を望まない傷病者への対応についてのまとめ<br>(案)について                                         |
| 2018年<br>12月5日  | 東京消防庁救急業務懇話会専門分科会 第4回会合<br>心肺蘇生を望まない傷病者への対応についてのまとめに<br>ついて                                            |
| 2019年<br>1月18日  | 東京消防庁救急業務懇話会 第3回会合<br>第33期東京消防庁救急業務懇話会答申(案)について                                                        |
| 2019年<br>2月12日  | 東京消防庁救急業務懇話会 第4回会合<br>第33期東京消防庁救急業務懇話会答申                                                               |



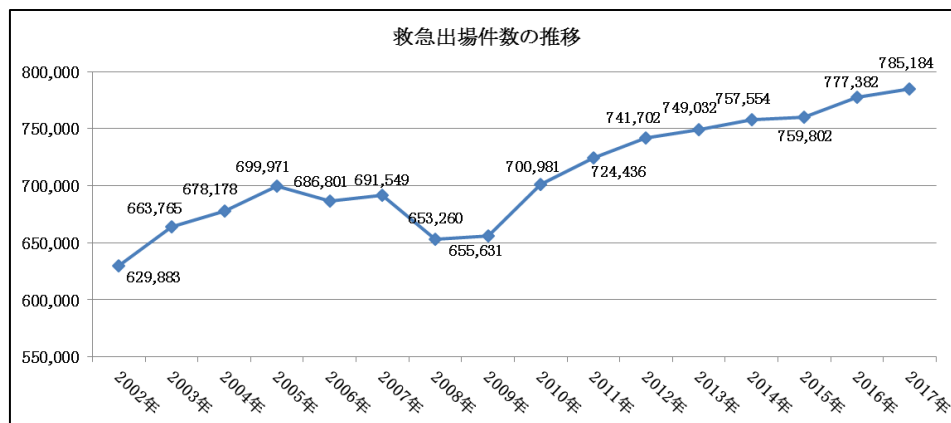
## 第2章 心肺蘇生を望まない傷病者への対応

### 第1 現状と課題

#### 1 救急出場件数の推移

救急出場件数は、超高齢社会の進展等により毎年増加の一途をたどっており、2017年は78万件を超えた（図表2参照）。

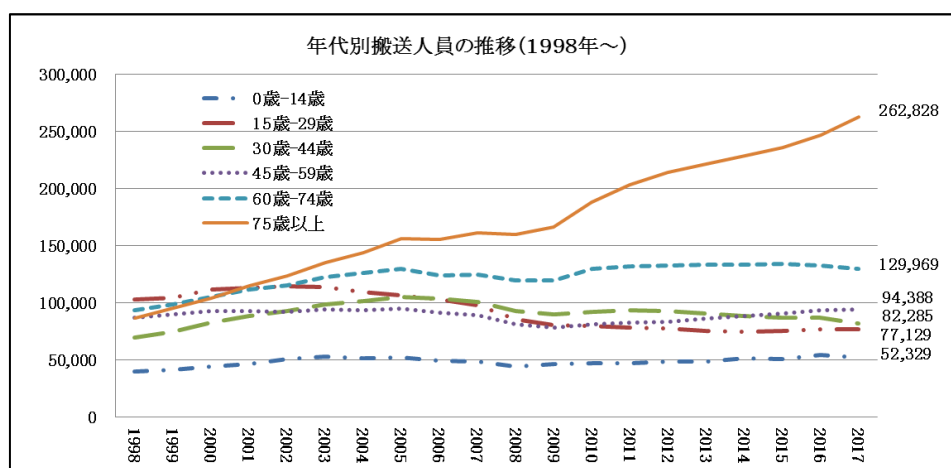
図表2 救急出場件数の推移



#### 2 年代別搬送人員の推移

2017年には東京消防庁管内で約70万人が救急搬送され、2008年以降の傾向を見ると、75歳以上は顕著に増加しており、2017年には全搬送人員の37.6%を占めるに至った（図表3参照）。

図表3 年代別搬送人員の推移

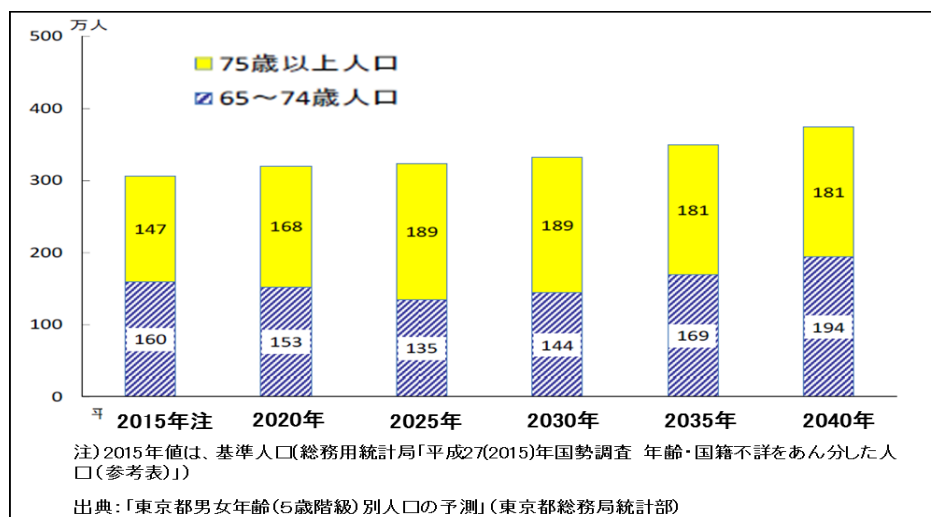


#### 3 東京都の人口推計

東京都総務局統計部による推計では、団塊の世代が75歳以上となる

2025年には65歳以上の高齢者人口は約324万人になり、その後も高齢者人口は引き続き増加することが見込まれており、75歳以上の救急搬送人員が顕著に増加していることも合わせて、今後も救急需要は増加することが予想される（図表4参照）。

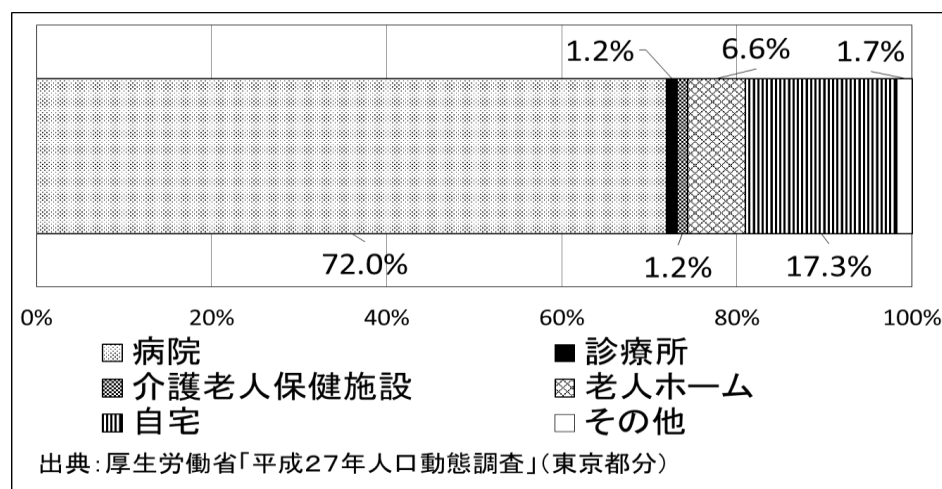
図表4 東京都の65～74歳人口及び75歳以上人口の推移



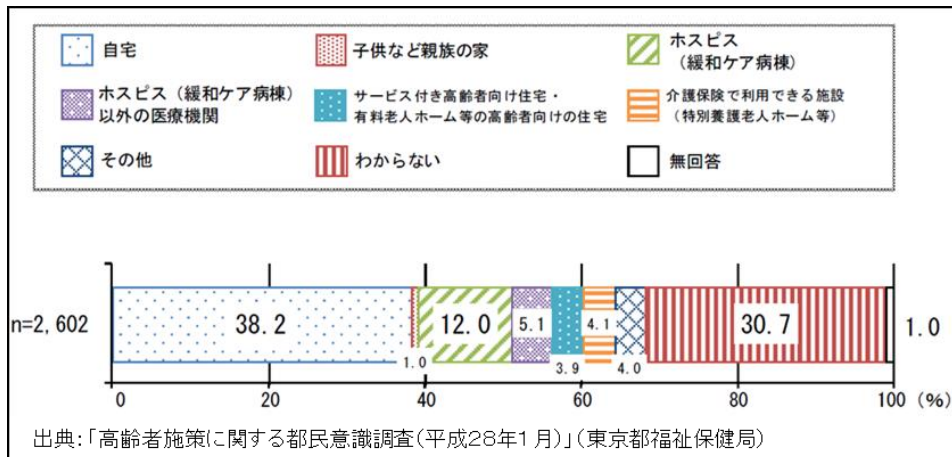
#### 4 現状の認識

厚生労働省「平成27年人口動態調査」(東京都分)によると都民の17.3%は自宅で亡くなっている。また、「高齢者施策に関する都民意識調査(平成28年1月)」(東京都福祉保健局)によると都民の38.2%は自宅で最期を迎えたいと考えている(図表5・6参照)。

図表5 都民の死亡場所の内訳



図表6 最期を迎えたい場所



人生の最終段階にある傷病者の中には、アドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）などにより事前に家族等や医療・ケアチームと話し合いを行い、自分が心肺停止になった時には心肺蘇生を実施しないで自宅で看取って欲しいという意思を決めている者もいる（図表7参照）。

図表7 アドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）について

### OACPについて

**OACP (Advance Care Planning) とは**  
 将来の変化に備え、

- ① 将来の医療及びケアについて、
- ② 患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、
- ③ 繰り返し話し合いを行い、
- ④ 患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。

患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。

**OACPの留意点**  
 ➤ その都度、文書にまとめておくことが大切です。

**OACPのまとめ**  
 ➤ 尊厳ある生き方を実現することがACPの目的です。

**○患者さんを主体に、繰り返し話し合いを行い、その内容を文書にまとめ、尊厳ある生き方を実現する。**

出典：終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える (日本医師会発行)

「医療倫理の四原則」の一つである「自律尊重の原則」に基づけば、人生の最終段階にある傷病者の心肺蘇生を望まない意思も尊重される必要があると考えられる（図表 8 参照）。

図表 8 医療倫理の四原則

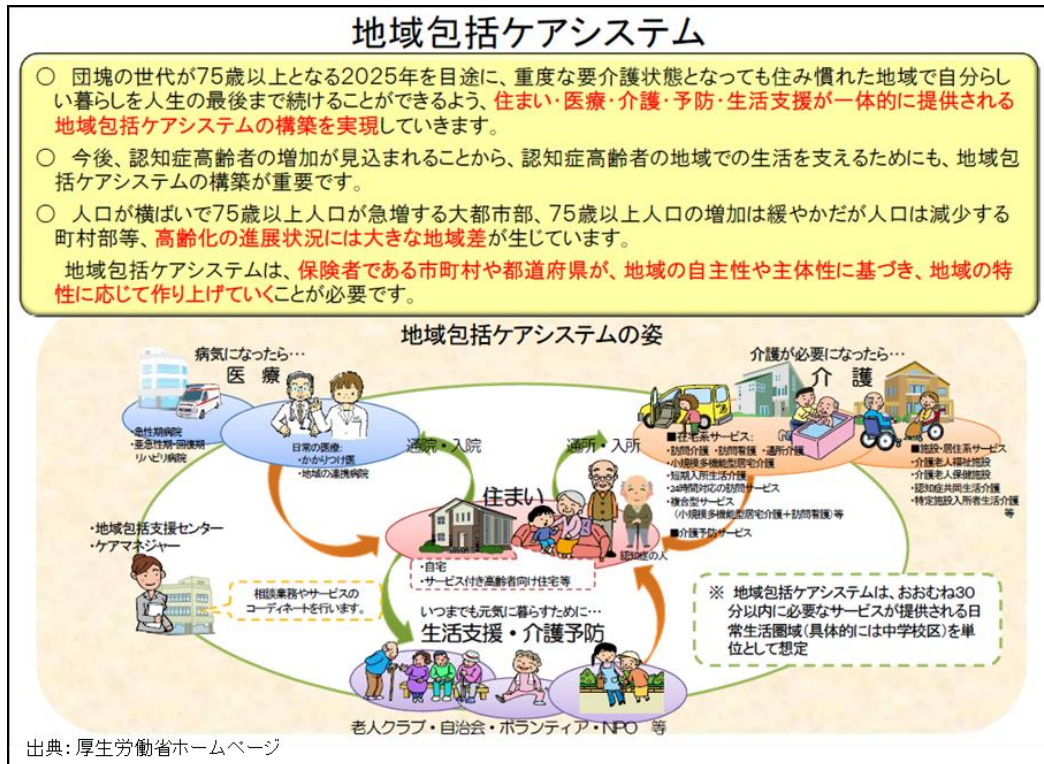
|          |         |
|----------|---------|
| 医療倫理の四原則 | 自律尊重の原則 |
|          | 無危害の原則  |
|          | 善行の原則   |
|          | 正義の原則   |

自宅等で医師が看取することは地域包括ケアシステムの枠組みの中で完結するものであり、今後アドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）が更に普及することで、自宅での看取りを希望される方が将来的には救急要請の対象とならないことが期待される。

しかしながら、現時点では地域包括ケアシステムにおける搬送のリソースの役割分担についての検討が十分にはなされていないため、緊急性と非代替性により地域のセーフティーネットとして都民に広く認識されている消防救急が活用されている現状がある（図表 9 参照）。

また、緊急性の低い在宅療養者の病院搬送システムに関しては、既に取り組を進めている地域（葛飾区、町田市、八王子市、江戸川区）を参考にして、区市町村及び地区医師会等の関係機関に働きかけていくことが必要である。

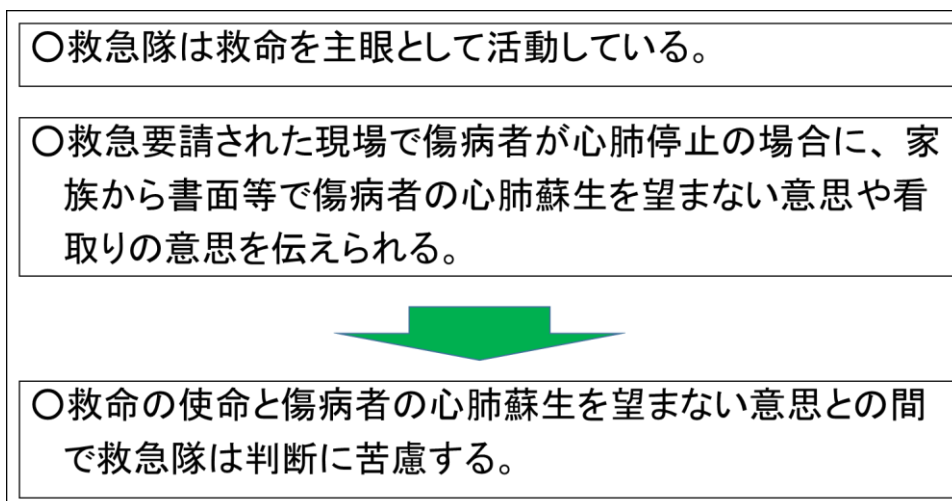
図表 9 地域包括ケアシステム



## 5 救急活動における課題

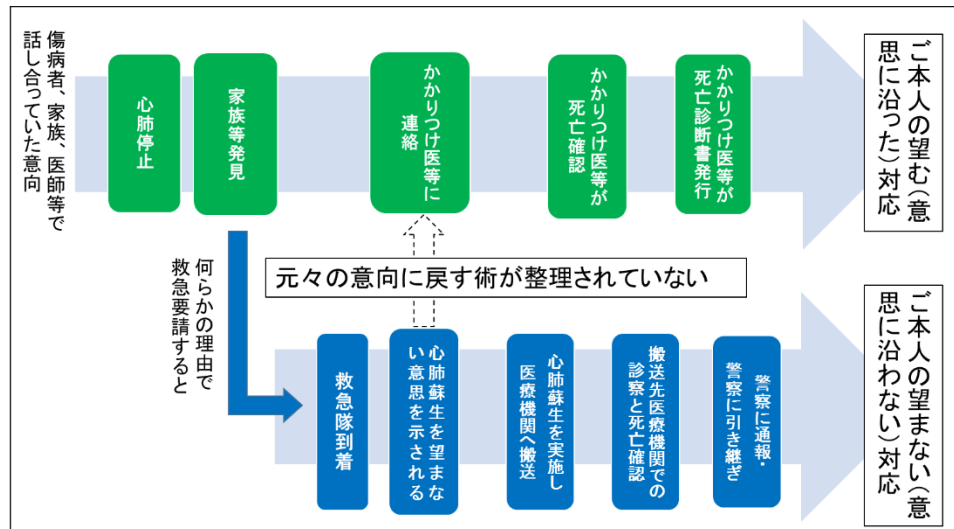
119番通報されて救急隊が出場した現場で、人生の最終段階にある傷病者が心肺蘇生を望んでいないという意思を伝えられる事例が発生している（図表10参照）。

図表 10 救急現場で起こっていること



救急隊は使命である救命を優先して心肺蘇生を実施すべきか、傷病者の意思に沿って心肺蘇生を中止すべきかという選択を迫られるが、基づくべき指針が示されていない状況である。このように当庁は救急需要の増加という量的な課題だけでなく、傷病者の意思に沿うという質的な課題にも直面している（図表 1 1 参照）。

図表 1 1 現在の体制



## 第2 基本的な考え方

### 1 心肺蘇生の開始

救急隊の使命は救命であるので、救急隊は傷病者の心肺停止を確認した場合、遅滞なく心肺蘇生を開始する必要がある。心肺蘇生を望まない意思を確認することに時間を費やし、心肺蘇生の開始が遅延してはならない。

### 2 心肺蘇生を中止する対象者

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省）」（以後「厚生労働省ガイドライン」と言う。）（参考資料1）では、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則であるとしている。

このようなプロセスを経て決められた心肺蘇生を望まない意思を示された場合には、「医療倫理の四原則」の一つである「自律尊重の原則」の観点からみても、救急現場においてもその意思は可能な限り尊重されるべきであると考えられる。

心肺蘇生を中止する対象者になる要件は、①家族等関係者から（傷病者本人の心肺蘇生を望んでいない）意思を示されること、②傷病者が人生の



最終段階にあり、事前に専門的な医学的検討を経て適切な情報の提供と説明がなされた上で話し合われた意思と現症が合致していることをかかりつけ医やかかりつけ医と連携している医師（図表 1 2 参照）（以後「かかりつけ医等」と言う。）により確認されること、以上 2 点が揃う必要があると考える。

図表 1 2 かかりつけ医の定義

| ○「かかりつけ医」とは(定義)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ○かかりつけ医機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関と協力して解決策を提供する。</li> <li>■ 自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。</li> <li>■ 日常行う資料のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診、がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保険等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保険・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。</li> <li>■ 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。</li> </ul> |
| 出典：医療提供体制のあり方（日本医師会・四病院団体協議会合同提言）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## （参考）①在宅医療を支えるシステム

高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で、療養しながら生活し、在宅で最期を迎えることを選択できるように設けられたものであり、24時間の対応を行う在宅療養支援診療所（病院）等がある（図表 1 3 参照）。

図表 1 3 在宅療養支援診療所

| ○在宅療養支援診療所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>●在宅療養支援診療所の主な要件</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 保健医療機関たる診療所であること。</li> <li>(2) 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること。</li> <li>(3) 当該診療所において、または他の保健医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日などを文書で患家に提供していること。</li> <li>(4) 当該診療所において、または他の保健医療機関、訪問看護ステーションなどの看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護担当職員の氏名、担当日などを文書で患家に提供していること。</li> <li>(5) 当該診療所において、または他の保健医療機関との連携により、他の保健医療機関内において在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること。</li> <li>(6) 医療サービスと介護サービスの連携を担当する介護支援専門員などと連携していること。</li> <li>(7) 当該診療所における在宅看取り数を報告すること。</li> </ol> |
| 出典：かかりつけ医機能ハンドブック2009（東京都医師会発行）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## ②まごころネット八王子

八王子市では普段から在宅療養に携わっている医師が24時間体制

の輪番を組み、かかりつけ医が対応できない場合にバックアップする体制を構築している。まごころネット八王子の登録者を対象として、かかりつけ医の要請に応じて当番医が看取りも行っている。

### 3 傷病者の意思の確認と人生の最終段階の判断

心肺蘇生を望まない意思について繰り返し話し合った経緯を文書にまとめておくことが厚生労働省ガイドラインで示されているが、救急現場では家族等から書面ではなく口頭で伝えられる場合もある。伝えられる方法が書面又は口頭のいずれの場合でも、傷病者の人生の最終段階における心肺蘇生を望まない意思について、現場において短時間で救急隊がその内容を適切に評価することは困難である。

また、傷病者が人生の最終段階にあるかどうかについても、救急隊では判断できないことから、意思等を確認するために傷病者の普段の生活状況や家族との関係をもっとも把握しているかかりつけ医等に必ず連絡し確認するものとする。

かかりつけ医等に連絡する際は、救急事案の概要や傷病者の観察結果を伝え、専門的な医学的検討を経て、適切な情報の提供と説明がなされた上で決定された傷病者本人の事前の意思と現症が合致しているかを確認する。

なお、現場に心肺蘇生を強く望む家族がいる場合は、事前に話し合った意思が変化していることが考えられるため、その情報をおかかりつけ医等に確実に伝達し、その対応について指示を受ける必要があると考える。

かかりつけ医等と連絡がつかなかった場合は、意思の確認や人生の最終段階にあるかの判断ができないため、通常的心肺停止傷病者の活動と同様に必要な処置を実施して医療機関に搬送するものとする。

現場を出発した後にかかりつけ医等からの折り返し等により連絡がとれた場合は、かかりつけ医等に搬送先医療機関へ連絡し事後の対応について搬送先医療機関の医師と協議することを依頼するものとする。

### 4 心肺蘇生の中止

かかりつけ医等と連絡がつき、心肺蘇生を望まない意思の確認と人生の最終段階にあることの確認がとれ、かかりつけ医等から心肺蘇生の中止とかかりつけ医等が看取ることについて指示を受けた場合には、家族等から同意書（図表1-4参照）に署名をもらい、心肺蘇生を中止し、かかりつけ医等の到着を待ち引き継ぐものとする。

また、以下の3つの条件が揃った時には家族等関係者に引き継ぎ、救急隊は引き上げることができるものとする。①かかりつけ医等から救急隊に対して、家族等関係者に引き継ぎ、救急隊は引き上げるように指示が出



ていること、②家族等関係者がかかりつけ医等が到着するまで対応することが可能でありそれを了解していること、③家族等関係者が救急隊の持つ同意書に署名をすること。

なお、家族等関係者に引き継ぐ場合の対応については、警察機関への連絡が必要になる条件や時間的概念等について、警察機関と今後も継続して検討をしていく必要がある。

## 5 搬送

かかりつけ医等に連絡した結果、事前の意思と現症が合致しないため医療機関に搬送するように指示が出た場合には、必要な処置を継続してかかりつけ医等から指示された医療機関に搬送するものとする。そのため、かかりつけ医等は担当している患者の受け入れが円滑に進むように、地域の医療機関（在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等）と連携を図っておくことが望まれる。

かかりつけ医等や家族等関係者から心肺蘇生を中止して医療機関に搬送することを求められた場合は、心肺蘇生の中止は緊急性が失われると考えられ、そのような状況下で救急搬送を行うことは消防法（参考資料2）上の趣旨に鑑みて公共性に欠け、更に真に緊急性のある傷病者の救護の機会を奪う可能性があると考えられるので、原則は代替手段の利用が期待されるものである。

そのため、かかりつけ医等は救急業務の対象について理解し、緊急性が認められない場合の搬送手段について、事前に想定しておくことが望まれる。

現状では、地域包括ケアシステムにおける搬送のリソースの役割分担について十分な検討がなされていないため、その非代替性により消防救急が要請されてしまっているため、地域包括ケアシステムの枠組みの中で、住み慣れた地域で最期を迎えられるように、かかりつけ医等による看取りの推進を関係機関に強く申し入れていく必要がある。

図表 1 4 同意書

| 心肺蘇生中止・不搬送（家族等引継ぎ）同意書 |               |                |           |                        |
|-----------------------|---------------|----------------|-----------|------------------------|
| 傷病者<br>連絡先<br>等       | (フリガナ)<br>氏 名 |                | 生年<br>月 日 | 年    月    日<br>(    歳) |
|                       | 住所            | 性別（男・女）        |           |                        |
|                       |               | 電話番号    (    ) |           |                        |

**心肺蘇生中止について**

- 傷病者は人生の最終段階において心肺蘇生の実施を望まないとの意思を持っている。
- かかりつけ医等※は傷病者の意思と現症が合致していることを確認している。
- かかりつけ医等は心肺蘇生の中止を指示している。  
※かかりつけ医及びかかりつけ医と連携している医師

【医師氏名：                      所属：                      電話番号：                      】

**不搬送（家族等引継ぎ）について**

- かかりつけ医等は救急隊に対して家族等に引き継いで引き上げるよう指示をしている。
- かかりつけ医等が到着するまで待つことができる。

☐ 心肺蘇生を中止することについて同意します。  
☐ 救急隊が引き上げることに同意します。

署 名 欄

(電話番号：                      ) (本人との続柄：                      )

| 救急隊処理欄（注 記載しないでください。） |                             |                |     |
|-----------------------|-----------------------------|----------------|-----|
| 救急隊名                  | 消防署                         | 部              | 救急隊 |
| 覚知日時                  | 年            月            日 | 時            分 |     |
| 出場先住所                 |                             |                |     |
| 署名者                   | 氏名：                         |                |     |
| 備考                    |                             |                |     |

### 第3 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

#### 1 救急隊の対応

第2 基本的な考え方の内容を踏まえて、救急隊の対応を図表15のよう  
にまとめる。

- (1) 心肺停止を確認した場合、遅滞なく心肺蘇生を開始する。
- (2) 心肺蘇生の実施と並行し、家族等から情報聴取を行うとともに、救急救命処置や搬送先医療機関について説明する。

聴取する内容としては、発症状況、既往症、かかりつけ医等、治療方針等とする。高齢者施設において家族等が不在で職員から聴取する場合は、本人の意思表示の有無について確実に確認するものとする。

なお、救急要請した家族等の心情を考慮せずに、最初から心肺蘇生についての意思を確認するようなことは慎まなければならない。

また、外因性（転落、溺水、異物による窒息等）による心肺停止が疑われる場合は心肺蘇生を継続し搬送するものとする。

- (3) 書面若しくは口頭により、傷病者本人の心肺蘇生を望んでいない意思があったことを示された場合は、かかりつけ医等に連絡する。

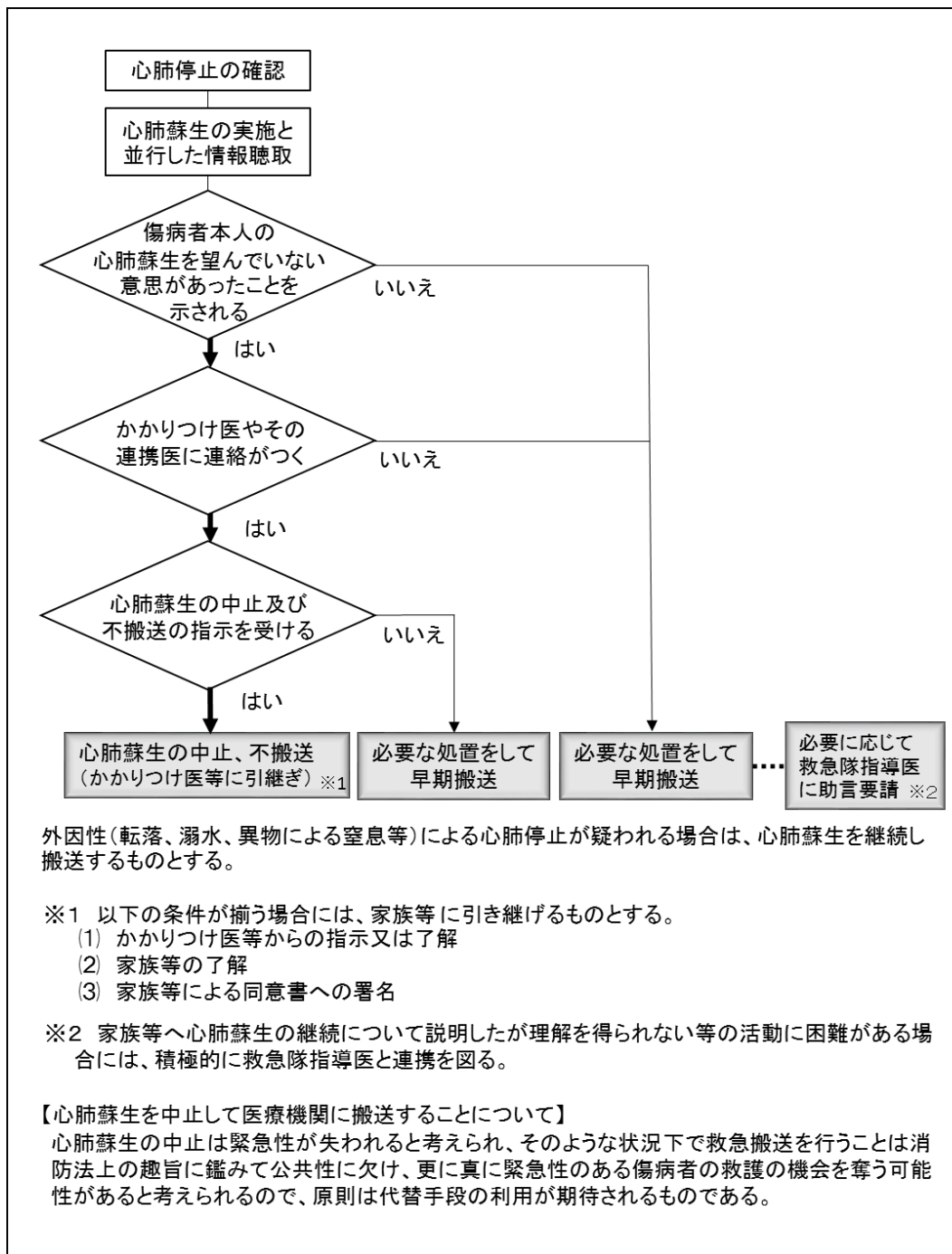
なお、連絡を実施する際も心肺蘇生は継続し、10 コール・2 回程度の呼び出しを目安とする。

連絡がつかなかった場合は、従来どおり必要な処置をして搬送するものとする。

- (4) 連絡がつき、傷病者の意思の確認及び傷病者が人生の最終段階にあること、事前に話し合われた意思と現症が合致していることがかかりつけ医等により確認され、かかりつけ医等から心肺蘇生の中止及び不搬送の指示が出た場合には、家族等から同意書に署名をもらい、心肺蘇生を中止し、かかりつけ医等に引き継ぐものとする。
- (5) かかりつけ医等から家族等に引き継ぐように指示が出た場合は、家族等に説明し了解を得た後、同意書に署名をもらい引き継ぐことができるものとする。
- (6) かかりつけ医等から事前の意思と現症が合致しないため医療機関に搬送するように指示が出た場合には、必要な処置を実施して医療機関に搬送するものとする。
- (7) 心肺蘇生を中止して搬送することを求められた場合は、原則として代替手段の活用を促すものとする。
- (8) 救急業務実施基準において、明らかに死亡している場合は、搬送しないものとする定められている。その場合、警察機関に引き継ぐことになるが、情報聴取の過程で心肺蘇生を望まない意思が示された場合に

は、かかりつけ医等に連絡を取り、状況を説明するものとする。

図表 1 5 救急隊の対応フローチャート



## 2 今後の課題

### (1) 運用に向けて

救急隊の対応については、独居等により家族等が不在の場合の対応やかかりつけ医等に伝達すべき事項など、運用の細部に関して、東京都メディカルコントロール協議会において、更なる検討が必要である。

また、東京都と隣接する地域の関係機関と連携を図り、運用への理解を求めていく必要がある。

### (2) 救急隊への教育

人生の最終段階における医療やアドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）に関する教育は救急隊員の教育カリキュラムには含まれておらず、個人による自己学習が中心となっている。今後は、救急隊員も自分たちを取り巻く環境について学ぶ必要があり、組織として教育を行っていく必要がある。

### (3) 関係機関との連携

人生の最終段階にあり最期は自宅で迎えたいと考えている場合には、事前にアドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）に基づいて、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、具体的な対応要領を定めておくことが重要であるため、在宅療養の場におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP：愛称「人生会議」）の普及啓発について一層の推進が期待される。

かかりつけ医等との連絡体制を確立するために、東京都福祉保健局や東京都医師会等の関係機関と連携して、かかりつけ医等の連絡先が家族等関係者に明らかになっており、いざという時に連絡がとれ看取りにつながられる体制を推進していくことが必要である。そのためには、東京都全体でかかりつけ医が外来診療から訪問診療まで患者の病態に併せて、最善の医療を切れ目なく提供する体制が推進され、かかりつけ医の機能がより充実することが重要である。

現在、八王子市医師会（まごころネット八王子P9参照）等ではかかりつけ医が看取りの対応をすることが困難な場合に、地域の医師が連携して看取りを行っている。このような取組を参考にして、かかりつけ医が対応できない時でも自宅で最期を迎えることが実現できるように、区市町村等関係機関に働きかけていくことが必要である。

家族等関係者に引き継ぐ場合において、警察機関への連絡が必要になる条件や時間的概念等について、警察機関と今後も継続して検討をしていく必要がある。

### 第3章 高齢者予防救急方策

#### 第1 現状と課題

第2章図表3「年代別搬送人員の推移」によると、2008年を境に75歳以上の救急搬送人員が顕著に増加している。

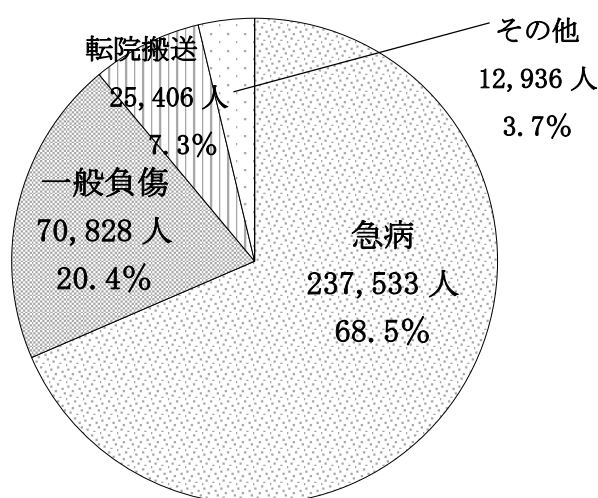
東京消防庁は2017年に、効果的な救急需要対策に資する分析調査委託（以下「分析調査委託」という。）を行い、2016年中に発生した救急事案を分析した。

分析の結果、軽症搬送事案では転倒によって搬送された65歳以上の高齢者の割合が高いことが判明したことから、東京消防庁では75歳以上を含む65歳以上のすべての高齢者に対する救急需要対策について、次のとおり検討を行った。

#### 1 救急搬送される高齢者の事故種別

65歳以上の搬送人員の事故種別を見ると、急病、一般負傷、転院搬送の順に多くなっている（図表16参照）。

図表16 65歳以上の搬送人員の事故種別（2016年）



#### 2 事故種別ごとの初診時程度

65歳以上の搬送人員の事故種別ごとの医師引継ぎ時の程度を見ると、搬送人員に占める軽症者の割合が最も多いのは一般負傷である（図表17参照）。

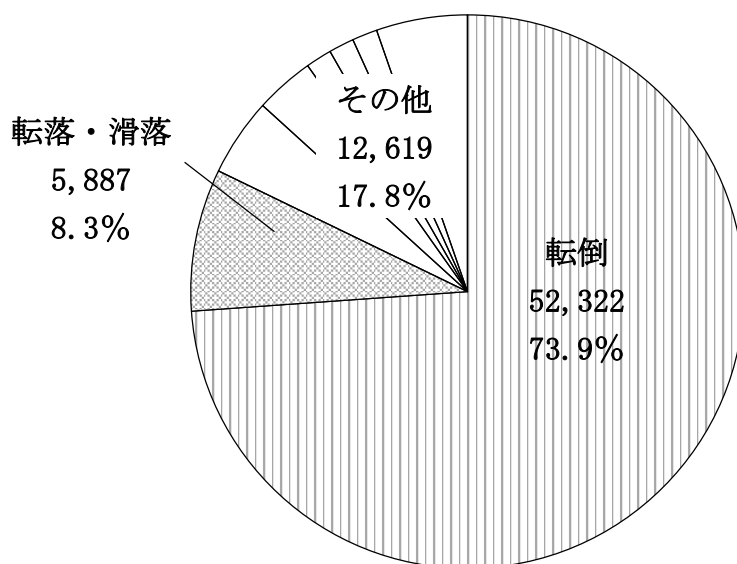
図表 1 7 6 5 歳以上の搬送人員の事故種別ごとの程度内訳（2 0 1 6 年）

| 初診時程度 | 事故種別    |        |        |        |        |        |
|-------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
|       | 急病      |        | 一般負傷   |        | 転院搬送   |        |
|       | 搬送人員    | 割合     | 搬送人員   | 割合     | 搬送人員   | 割合     |
| 軽症    | 93,094  | 39.2%  | 41,795 | 59.0%  | 2,032  | 8.0%   |
| 中等症   | 118,881 | 50.0%  | 27,565 | 38.9%  | 18,217 | 71.7%  |
| 重症    | 14,325  | 6.0%   | 673    | 1.0%   | 4,132  | 16.3%  |
| 重篤    | 7,290   | 3.1%   | 563    | 0.8%   | 1,007  | 4.0%   |
| 死亡    | 3,943   | 1.7%   | 232    | 0.3%   | 18     | 0.1%   |
| 合計    | 237,533 | 100.0% | 70,828 | 100.0% | 25,406 | 100.0% |

### 3 一般負傷により搬送された高齢者の受傷時の動作

一般負傷で救急搬送された 6 5 歳以上の高齢者が、受傷時にどのような動作をしていたかを見てみると、転倒によるものが約 7 4 % を占めている（図表 1 8 参照）。

図表 1 8 一般負傷で搬送された 6 5 歳以上の受傷時動作（2 0 1 6 年）



## 4 現状の認識及び課題

### (1) 現状の認識

6 5 歳以上の搬送人員の主な事故種別を見ると、最も軽症者の割合が

多い事故種別は一般負傷であり、約５９％を軽症者が占めている。

そして、一般負傷により搬送された者の受傷時の動作を見ると、転倒によるものが約７４％を占めている。

## (2) 高齢者の救急需要における課題

前(1)のような現状を踏まえると、転倒により負傷する高齢者を予防することが、高齢者の救急需要を抑制することに不可欠である。

そのためには、救急事案の分析によって高齢者の転倒原因を顕在化させるとともに、高齢者に対して訴求力の高い普及啓発方策を検討して実行する必要がある。

## 第２ 課題に対する検討

### １ 効果的な救急需要対策に資する分析調査委託

#### (1) 転倒原因の顕在化

２０１６年中の６５歳以上の転倒・骨折症例の救急活動記録票を分析した結果、下表のとおり関連するキーワードを抽出することができた（図表１９参照）。

図表１９ 転倒・骨折症例の関連キーワード

|         |        |
|---------|--------|
| 立ち上がる   | 着替え    |
| 自転車     | 風      |
| バス・タクシー | 犬      |
| エスカレータ  | 靴・スリッパ |
| 斜面      | ～の上に立つ |

#### (2) 実施すべき施策の提言

分析調査委託における有識者会議において、高齢者の救急需要を抑制するための施策の具体的な進め方の例が示された。救急業務等管理委員会を開催し、提示された施策の中から、次の施策について検討を行った。

- １ 「高齢者転倒予防に向けた継続的なキャンペーン」を行う。
- ２ 「東京版救急受診ガイドのより一層の普及」を図る。



## 2 救急業務等管理委員会

### (1) 会議概要

施策の実現に向けた検討を行うために、次のとおり専門部会及び本会を開催した（図表 20 参照）。

図表 20 救急業務等管理委員会審議経過

| 開催年月日          | 審 議 事 項 等                                                                     |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 2017年<br>10月5日 | <b>救急業務等管理委員会専門部会</b><br>①高齢者救急需要の現状について<br>②東京消防庁の取組状況について<br>③分析調査委託の概要について |
| 2018年<br>3月26日 | <b>救急業務等管理委員会</b><br>①分析調査委託の結果について<br>②実施すべき施策について                           |

### (2) 審議結果

各施策について、次のとおり審議された。

#### ア 新たな取組

分析調査委託で得られた高齢者の転倒原因を普及するために、これらの情報を提言としてまとめたリーフレットを作成して配布することとした。更に、リーフレットと関連した広報動画を作成し、映像の中で東京版救急受診ガイドに関する情報も併せて発信することとした。

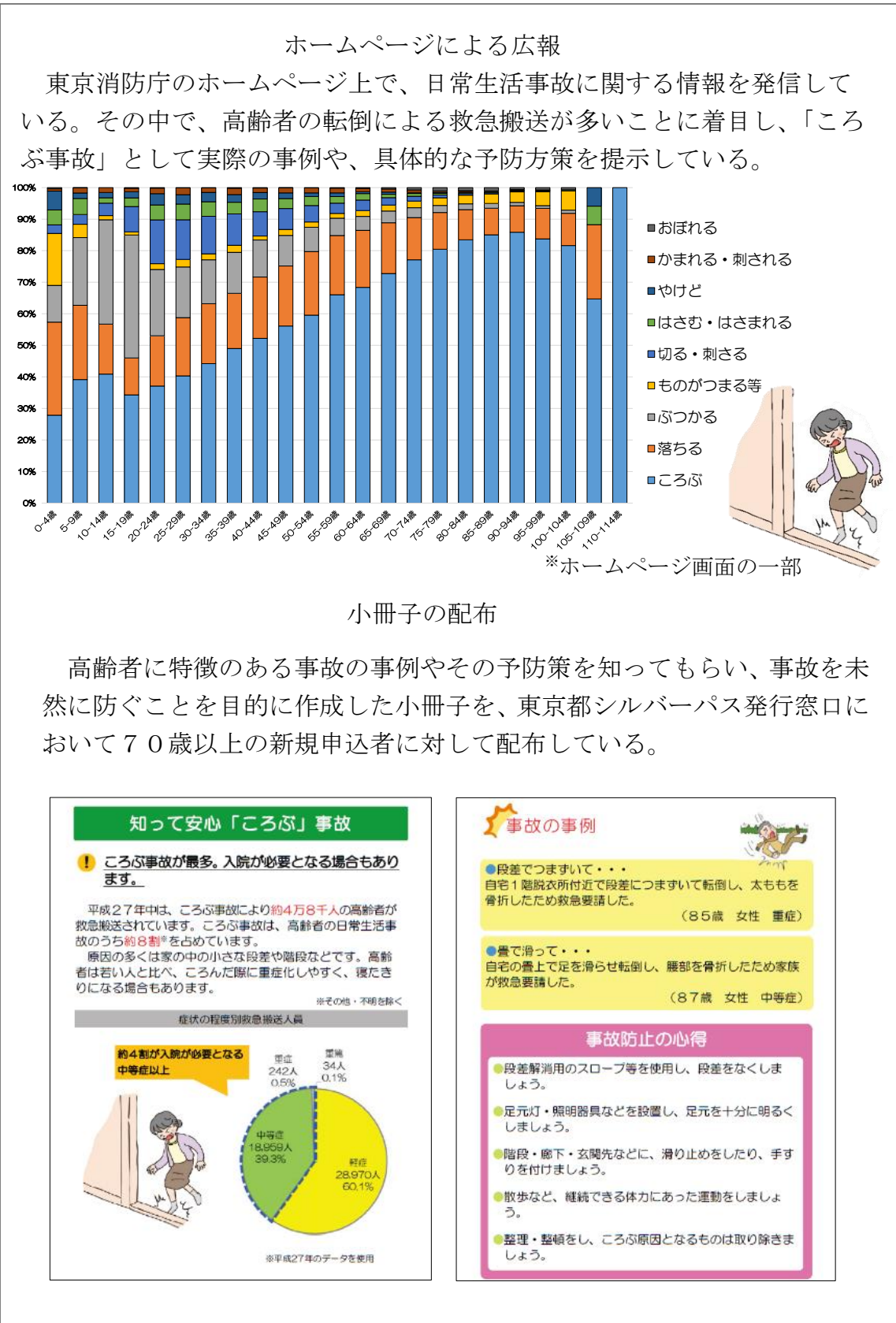
そして、より訴求力の高い発信ができるように、データに基づいたリーフレットの配布先を検討し、広報動画については各消防署単位ではなく、全庁的に施策を展開することで病院や福祉施設等で上映できるように検討を行うこととした。

#### イ 継続的な取組

現行の取組として、当庁では東京消防庁防災安全に関する規程第16条（参考資料2参照）に基づき、高齢者の日常生活事故防止を図っている（図表 21 参照）。

本取組について継続的に評価及び見直しを行うことで、訴求力の向上を目指すこととした。

図表 2 1 東京消防庁が実施している高齢者の日常生活事故防止



## 立川防災館での体験

生活空間の中にある様々な事故危険とその防止策について、家庭の居室内を再現した造形及びARタブレットを活用して学習することができるよう整備している。



居室を再現した造形



ARタブレット

(AR:Augmented Reality 拡張現実)

### 第3 施策の具現化

#### 1 リーフレットの作成

リーフレットを作成し、消防署等を通じて以下のとおり配布した（図表22、図表23参照）。

図表22 配布箇所・部数（2018年）

| 配布方法                        | 部数        |
|-----------------------------|-----------|
| 消防署が防火防災診断時や地域イベント等で配布      | 223,700 枚 |
| 高齢者福祉施設、社会福祉協議会に配布          | 21,900 枚  |
| 大田区と連携して、高齢者宅に限定してポスティングを実施 | 4,000 枚   |

## 転ばぬ先の知恵で「おっと危ない」を無くそう!

9階内 ころぶ事故防止の心得 9階外

**おっと危ない!**  
掴まず立ち上がりは脚

近くのものにしっかり握ろう!

**おっと危ない!**  
立ったまま下階へ

無理に片足立ちせず掛け!

**おっと危ない!**  
すり足で階段づまさ

体力増強! つま先上げてすり足改善!

**乗りの乗る降り段差 おっと危ない!**

足元の段差に気づけ、乗り降り!

**自転車で段差乗り換え おっと危ない!**

急がずあてず慎重に!

**エレベーター利用 おっと危ない!**

おろしきでスリレキ

## 高齢者の日常生活事故のうちころぶ事故が約8割!

日常生活における事故で、救急搬送されている高齢者は年々増えていきます。  
特に、ころぶ事故は、高齢者の日常生活の事故のうち約8割を占めています。

ころぶ事故の中等症以上の割合と救急搬送人員

**高齢者の約4割が中等症以上!**  
※中等症とは、生命に危険はないが入院を要するもの

平成28年中の東京消防庁管内のデータを使用

高齢者は若い人と比べ、こころだに重症化しやすく、寝たきりになる場合もあるので、注意が必要です。  
家族や地域で事故防止を考えることも大変重要です!

東京消防庁

東京消防 検索

<http://www.tfd.metro.tokyo.jp>

広報動画を作成し、高齢者及びその家族に対して訴求力が高い媒体で放映する。例として、病院等の待合室、映画館、街頭ビジョン、トレインチャンネル及び東京動画（SNS）等を検討している。

(1) 継続的なキャンペーンの実施

## (2) 訴求力の高い普及方策の検討

例として、医師会と協力して病院の待合室のテレビを利用したり、介護関係団体を通じて老人ホーム等で広報動画を上映することを検討する。

高齢者の転倒防止に関する対策を、関係機関と協力して実施する。例

として、転倒防止に係る事業に対する助成を行うなどの実効性を高められるような方策を検討する必要がある。

## 第4章 救急利用者情報登録制度

### 第1 現状と課題

#### 1 救急活動における情報聴取

救急隊は、傷病者の観察及び必要な救急処置を行い、速やかに適応医療機関に搬送することを原則に活動している。

救急現場における情報聴取は、東京消防庁救急活動基準に定める聴取要領に基づき、主訴、現病歴、既往症、薬剤の使用歴、アレルギーの有無等の傷病者を適応医療機関に搬送するために必要な情報のほか、医療機関における治療等を円滑に行うために、家族等の緊急連絡先の聴取なども行っている。これらの情報聴取は、傷病者の救命上極めて重要な要素であるが、それぞれの病態、受傷機転等に応じて把握すべき情報量や内容も異なるため、情報聴取に一定の時間を要している。

#### 2 高齢者に係る救急活動時間

高齢者に係る救急活動では、高齢者以外と比較して現場滞在時間、搬送連絡時間を中心に時間を要している。これは、既往症等の聴取すべき情報が高齢者以外と比較して多いことや、情報が得られたとしても情報量や内容が不十分であったり、そもそも取得できないこと等により医療機関の選定が困難になるためであると考えられる（図表2-4参照）。

図表2-4 高齢者の救急活動時間について

|                                                                               | 搬送人員(人)   | 出場～引継(分) | 現場滞在(分) | 搬送連絡時間(分) | 連絡回数(回) |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|---------|-----------|---------|
| 全体                                                                            | 698,928   | 46.64    | 20.83   | 6.82      | 1.36    |
| 高齢者以外                                                                         | 337,194   | 45.46    | 20.06   | 6.66      | 1.38    |
| 高齢者<br>65歳以上                                                                  | 361,734   | 47.73    | 21.56   | 6.96      | 1.34    |
| (中等症以下)                                                                       | (327,454) | (48.31)  | (21.87) | (7.18)    | (1.33)  |
| ・高齢者の救急活動では「出場～引継」、「現場滞在」、「搬送連絡時間」のいずれも<br>高齢者以外の平均よりも長く、特に中等症以下において時間を要している。 |           |          |         |           |         |

### 救急活動時間の延伸が問題

出典：2017年救急活動記録票（東京消防庁）

#### 3 医療情報を提供する取組

救急時に医療情報を提供する取組として、区市町村等では救急医療情報キット（図表2-5参照）を配布している。救急医療情報キットとは、高



高齢者や障害者等を対象に配布するもので、診療情報等を記載した用紙や健康保険証の写し等を専用の容器に納め、これを冷蔵庫に保管するとともに、保管を示す表示ステッカーを貼付し、駆け付けた救急隊等に対して事前の意思表示に基づく情報提供を行うものであり、全国的に類似した様々な取組がなされている（図表２６参照）。

当庁では、これら救急医療情報キット等の都内の導入状況や当該キットを活用した情報収集要領を各救急隊に示し、適正な活用について周知している。しかしながら、救急医療情報キット等の取組の周知方法は自治体等に依存するため普及率において課題があるほか、利用者が医療情報を記入するため、医療情報が正確かつ最新であるかどうかにも利用者に依存しており、正確な情報の取得に課題があることが想定される。

図表２５ 救急医療情報キット



出典 各自治体ホームページより作成

図表２６ 各自治体等における取組

| 運営エリア  | 東京都港区           | 東京都千代田区                   | 東京都江東区       | 北海道室蘭市       | 宮城県白石市                          | 岐阜県         | 大阪府吹田市          | 広島県府中町                    | 香川県坂出市                              | 大分県由布市             |
|--------|-----------------|---------------------------|--------------|--------------|---------------------------------|-------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| 運営主体   | 港区役所            | 千代田区役所                    | 江東区役所        | 室蘭市役所        | 白石市役所                           | 岐阜市役所       | 吹田市役所           | 府中町役場                     | 坂出市役所                               | 由布市役所              |
| サービス名称 | 救急医療情報キット       | 救急医療情報キット                 | 高齢者あんしん情報キット | 傷病者情報連絡票     | 救急医療情報キット                       | 救急医療用情報カード  | 救急医療情報キット       | 救急医療情報キット                 | きんとキット                              | 救急医療情報キット          |
| 利用対象者  | ■ 65歳以上の高齢者     | ■ 65歳以上の高齢者<br>■ 障害者手帳所持者 | ■ 65歳以上の高齢者  | ■ 市民         | ■ 65歳以上の高齢者<br>■ 災害時要援護者台帳への登録者 | ■ 岐阜市民病院受診者 | ■ おおむね65歳以上の高齢者 | ■ 70歳以上の高齢者<br>■ 健康不安を持つ方 | ■ 75歳以上の高齢者<br>■ 障がい者<br>■ 健康不安を持つ方 | ■ 高齢者              |
| 受領方法   | ■ 区施設等へ申請       | ■ 区施設等へ申請                 | ■ 区施設等へ申請    | ■ ホームページから取得 | ■ 市施設等へ申請                       | ■ 岐阜市民病院で受領 | ■ 市施設等へ申請       | ■ 町役場へ申請                  | ■ 民生委員が配布<br>■ 市施設等へ申請              | ■ 市施設等へ申請後、民生委員が配布 |
| 利用内容   | 医療情報等をカード等に事前記載 |                           |              |              |                                 |             |                 |                           |                                     |                    |

出典:各自治体ホームページより作成

## 4 現状の認識及び課題

### (1) 現状の認識

高齢者に係る救急活動時間は、高齢者以外と比較して現場滞在時間、搬送連絡時間を中心に時間を要しており、情報聴取に係る事項が要因と考えられる。

区市町村等において、高齢者や障害者等を対象に救急医療情報キットなどの医療情報を提供する取組がなされているが、正確かつ最新の情報の取得には課題がある。

### (2) 高齢者に係る救急活動の課題

前(1)のような現状から、他の年齢層と比較して、情報聴取等に時間を要している高齢者の救急活動を支援する体制の整備が必要である。

例えば、事前申請等により利用者の既往症やかかりつけ医療機関等の医療情報を適切な媒体に登録しておき、救急隊が救急現場で登録された救急利用者の医療情報を短時間で取得できるような仕組みを作ることで、情報聴取に要している時間を短縮できる可能性がある。また、情報が登録されていることで、傷病者が医療情報を救急隊に伝える負担を軽減する効果も期待できる。

## 第2 課題に対する検討

### 1 救急利用者情報登録制度の構築に係る分析調査委託

「高齢者に係る救急活動時間を短縮すること」及び「情報聴取に伴う本人や家族の負担を軽減すること」を念頭に置き、分析調査委託における有識者会議を設置し検討を行った（図表2-7参照）。

図表2-7 検討項目について

| 1 計画準備・資料収集<br>整理                                                                                                                                                                                                                     | 2 医療分野におけるICT<br>利活用の取組の調査                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3 制度の構築に向けた<br>検討                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4 医療分野におけるICT<br>利活用の取組との連携                                                                                                                                                                                                                                             | 5 期待される効果、拡張性の<br>検討及び複数案の提示                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 調査研究計画の立案</li> <li>■ 救急利用者情報登録制度の構築に必要な資料の収集・整理               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 国内外の救急利用者情報登録制度そのもの事例(モデルケース等)抽出</li> <li>➢ 各事例における主要な論点の取りまとめ</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ EHRやPHRのサービスモデル及び情報連携技術モデルについて調査               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ EHRやPHRのサービスモデル及び情報連携技術モデルの事例(モデルケース等)抽出</li> <li>➢ 各事例における主要な論点の取りまとめ</li> </ul> </li> <li>■ 制度構築に参考となる項目の抽出・整理               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 網羅的な項目の抽出</li> <li>➢ 抽出した項目の網羅性の検討</li> <li>➢ 参考とすべき項目の提示</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 制度を構築するために検討すべき項目について抽出・整理               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 優先すべき検討項目の検討</li> <li>➢ 検討とすべき項目の提示</li> </ul> </li> <li>■ 制度のあり方についての提示               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 各項目についてのあり方の提示</li> <li>➢ 制度構築にあたり独自または既存の取組と連携して行うかについての比較</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 既存の取組等と連携の可能性についての検討               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 連携しうる既存の取組等の提示</li> <li>➢ 既存の取組等と連携しうる項目の抽出</li> <li>➢ 既存の取組等の連携では、構築できない項目の抽出</li> </ul> </li> <li>■ 既存の制度と連携するために解決すべき課題の抽出・整理、解決案の提示</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 高齢者に係る「救急活動時間の短縮効果」の提示               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 救急活動時間の短縮効果の定量的な算出</li> </ul> </li> <li>■ 高齢者に係る「救急利用者の負担軽減効果」の提示</li> <li>■ ICT環境および民間等のサービスを活用した業務、システムの拡張性についての方向性の整理とあるべき姿の提示               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 民間等におけるサービスを活用して委託者のICT環境を拡張する案の提示</li> </ul> </li> <li>■ 構築の可能性のある制度案の比較・検討</li> </ul> |



## 2 検討結果

### (1) 医療等分野における I C T利活用の取組の調査

#### ア E H R (Electronic Health Record)

E H Rは「電子健康記録」や「生涯医療記録」と訳されるが、意味合いとしては、個人の医療・健康・介護に係る様々な情報を蓄積し、参照・活用・共有等を行う仕組みである。E H Rの活用により、医療機関と介護施設、訪問医師や看護師、薬剤師などが必要な患者情報を共有することで、地域包括ケアの担い手同士の効率的な連携が期待できる。

なお、政府は「世界最先端 I T国家創造宣言」や「日本再興戦略」等において、E H Rの全国普及を目指している。しかし、普及に向けた課題として、他職種間で共有する情報項目の範囲や、ネットワーク運用のために医療機関等が負担すべき費用のあり方、利用者データの名寄せに不可欠な統一的な医療等 I Dの作成などがあり、更なる検討が必要である。

以下に、救急利用者情報登録制度に必要な要件等を検討する目的で、全国におけるE H Rの取組のうち、一定規模の利用者数や情報提供施設数を確保しているものを含めた代表的なモデルとなりうるE H Rの取組についての現状の調査を実施した（図表 2 8 参照）。

図表 2 8 E H Rの代表的な取組

|             | MMWIN                                                  | あじさいネット                                                 | HMネット                                                    | ふじのくに<br>ねっと                                         | 東京総合医療<br>ネットワーク               | SHACHI                                               | いばらき安心<br>ネット                                     |
|-------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 運営主体        | みやぎ<br>医療福祉情報<br>ネットワーク<br>協議会                         | 長崎<br>地域医療連携<br>ネットワーク<br>システム協議会                       | 広島県医師会                                                   | ふじのくに<br>バーチャル・<br>メガ・ホスピタル<br>協議会                   | 東京都医師会                         | 千葉大学医学<br>部附属病院                                      | 茨城県医師会                                            |
| 運営エリア       | 宮城県                                                    | 長崎県                                                     | 広島県、岡山県<br>島根県                                           | 静岡県                                                  | 東京都                            | 千葉県                                                  | 茨城県                                               |
| 利用者数        | 約7万人                                                   | 約6万人                                                    | 約6万人                                                     | 約2.5万人                                               | 不明                             | 不明                                                   | 約200人                                             |
| 施設数<br>及び種類 | 参加施設<br>951施設<br>〔内訳〕<br>病院診療所321<br>薬局398<br>介護その他232 | 情報閲覧施設<br>344施設<br>〔内訳〕<br>病院診療所211<br>薬局107<br>介護その他26 | 参加施設<br>1,016施設<br>〔内訳〕<br>病院診療所403<br>薬局284<br>介護その他329 | 参加施設<br>151施設<br>〔内訳〕<br>病院診療所110<br>薬局30<br>介護その他11 | 参加施設<br>8施設<br>〔内訳〕<br>病院・診療所8 | 情報閲覧施設<br>79施設<br>〔内訳〕<br>病院診療所23<br>薬局30<br>介護その他26 | 参加施設数<br>61施設<br>〔内訳〕<br>病院診療所61<br>薬局0<br>介護その他0 |
| 情報提供<br>施設数 | 791施設                                                  | 36施設                                                    | 34施設                                                     | 18施設                                                 | 8施設                            | 公知情報なし                                               | 公知情報なし                                            |
| 共有可能<br>な文書 | ■ 電子カルテ<br>■ 薬局レセコン<br>■ 介護ソフト                         | ■ 電子カルテ<br>■ 薬局レセコン<br>■ 検査データ                          | ■ 電子カルテ<br>■ 薬局レセコン                                      | ■ 電子カルテ                                              | ■ 電子カルテ                        | ■ 電子カルテ                                              | ■ 電子カルテ                                           |

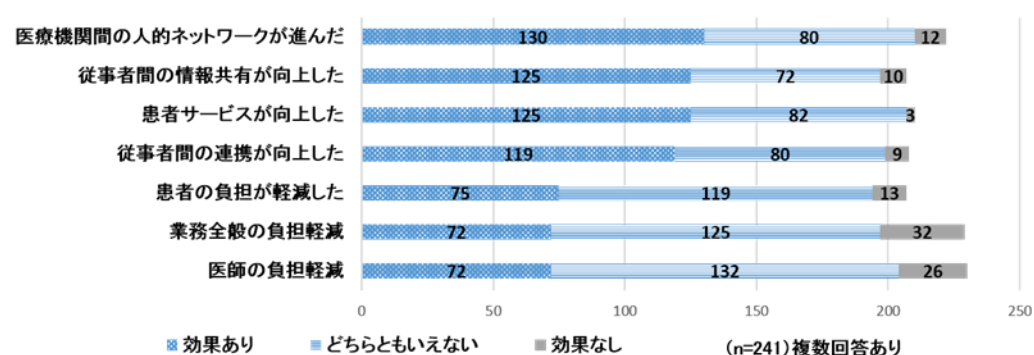
出典：各団体ホームページ、医療情報連携ネットワーク支援Naviより作成

新潟県長岡市が2015年度に導入した「フェニックスネット」では、登録されている患者を搬送する場合に、救急隊が現場に到着して

から病院に搬送するまでにかかる時間が、未登録者に比べて平均で4分短縮している。また、既往症等の正確な情報が把握できることによって、聞き取りに伴う患者本人や家族の負担も軽減されたとしている。

厚生労働省によるEHRの構築状況等調査結果によると、医療機関がEHRを導入した場合の効果として、「患者サービスが向上した」や「患者の負担が軽減した」などの回答があり、患者に対する一定の負担軽減効果があることがうかがえる（図表29参照）。

図表29 EHR導入の効果



出典：全国保健医療情報ネットワーク・保健医療記録共有サービス関係参考資料3 P、図表 導入による効果より抜粋し作成（2018年4月19日）

## イ PHR（Personal Health Record）

PHRとは、患者が保持する生涯に渡るカルテであり、患者の意思決定や医療の質向上に貢献するもので、医療機関だけでなく、個人からの情報を取得し管理するものであると定義されている。具体的には、医療機関等から提供された既往症や現病歴を個人で管理、把握することや、個人で平時の主訴や体温、血圧の変化などのデータを入力し管理しておくことで、かかりつけ医療機関の定期受診時や、緊急時の対応に生かすものである。更には、自らの健康状態を把握しヘルスケアサービス、生活支援サービスに活用するなど、個人にフィットした形でのサービスの享受を可能とするものである。

ただし、PHRは医療機関等から提供される情報のほか、個人で入力管理するものもあるため、情報の正確性や最新性が保持されていないことも想定される。

PHRについては、国立研究開発法人日本医療研究開発機構が主導するPHR利活用研究事業等が中心となり、民間企業のシーズを

地方自治体において活用する等の取組がされており、こちらも含めて以下に概説する（図表 3 0 参照）。

図表 3 0 P H R の自治体による活用例

| 自治体     | テーマ                    | 提携内容                                                                                                                                                                                                     |
|---------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 和歌山県    | 応急手当が可能な人が現場駆け付けPHRモデル | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ アプリを活用し、緊急時に救援参加者や事前登録した緊急連絡先にメッセージを送信することができる</li> <li>■ 本人や周囲の人がスマートフォンの同アプリを起動し救援の依頼を送ると、半径300～500メートル内にいるアプリ登録された救急救命士などに「救援依頼がありました」と音や画面で通知される</li> </ul> |
| 前橋市     | 妊娠・出産・子育て支援PHRモデル      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 自治体保有の乳幼児検診、予防接種に関するデータ、産科医院の妊婦健診に関するデータ、お薬手帳のデータ、妊婦本人のバイタルデータ等をPHRとして収集</li> <li>■ 関係者で共有、活用することで、母子への効果的な健康支援、迅速な救急医療の実現、データ二次利用による疾病予防研究へ活用</li> </ul>       |
| 神戸市     | 疾病・介護予防PHRモデル          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 自治体保有の介護保険に関するデータと健康診断データ、個人のバイタルデータ等のPHRをもとに個人の介護リスクスコアを評価</li> <li>■ 個人・地域の状況に応じた適切な介護予防サービスの提供</li> </ul>                                                    |
| 西宮市、多久市 | 生活習慣病重症化予防PHRモデル       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 病院・診療所や検査センターから取得する診察・検査データ、薬局から取得する調剤データ、保険者から取得する健診データや、本人が着用するウェアラブル端末等から取得するバイタルデータ等のPHRを、疾病管理事業者による人的サービスと組み合わせることで糖尿病の重症化予防に取り組む</li> </ul>               |
| 大月市     | 医療・介護連携PHRモデル          | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 日本医師会の推進する「かかりつけ連携手帳」を電子化し、医療機関、訪問看護・介護施設の情報、個人の血圧・体温等のデータをPHRとして本人のスマホに保存、転居先や避難先で提示・活用</li> </ul>                                                             |

出典：先進政策バンク、総務省における医療・介護連携、介護予防等に関する取組

## ウ 全国保健医療情報ネットワーク

E H R は地域における最適な医療・健康管理・介護を提供するための基盤であるが、全国保健医療情報ネットワークは地域を越えた全国規模のネットワークとして国が整備するものである。これにより、医療機関、薬局、介護施設などが持つ医療情報を共有し、国民一人ひとりが全国どこにおいても（例えば、旅行先でも）、最適な医療・健康管理・介護を受けられる環境の実現を目指しているが、カギとなるのがE H R の連携、拡充である。

しかし、E H R におけるデータの管理は地域により仕様が異なるため、地域を越えてデータを共有するための標準規格を策定するとともに、全国的に共有すべきデータを整理し標準仕様を定める必要がある。

また、費用負担に見合った便益を得られるサービスやネットワークをどのように構築していくかなど課題がある。

### (2) 制度のあり方についての提示

#### ア 取得する医療情報の範囲

取得する情報は、氏名、生年月日等の基本的な情報のほか、既往症、服薬の履歴、かかりつけ医療機関等の救急活動において特に重要と

される項目に限定する。情報が精査されていることで、医療機関選定に必要な情報を迅速に把握することができるようになり、救急活動に要する時間が短縮されることが考えられる。

#### イ 医療等分野の個人情報の特性

医療等分野の個人情報は、既往症、服薬の履歴、健康診断の結果などを含むため、より機密性の高いセキュリティ体制の下で管理される必要がある。個人情報の取得・利用にあたっては本人の同意を得るとともに、目的外で仕様されることのないよう、必要な個人情報保護の措置を講じる。

#### ウ セキュリティ対策

個人情報の取得に係る法令やガイドライン等を遵守し、情報漏洩等に対する管理体制を構築する。技術的対策としては、情報の暗号化、パスワード等によるログイン管理、アクセス制限設定とログの取得、情報を取得する端末のウイルス対策などが考えられる。

#### エ 当庁における既存システムの改修等

救急利用者情報登録制度の構築にあつては、当該制度・システムを既に当庁で運用しているシステムの改修を経て連結するか、又は個別に運用するかについての検討も必要である。また、利用者の医療情報の参照等において、当庁独自に構築及び運営するか、又は既存の医療 I C T を活用するかについても検討が必要である（図表 3 1 参照）。

図表 3 1 制度案の比較

| 大分類                      | 小分類                                                 | あり方                                                | 独自で<br>制度構築する場合                | 既存のシステムを活用<br>する場合 | 理由                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|
| 1. 情報のデータベース<br>構築       | データベースの種類<br>(クラウド、オンプレミス、<br>等)の検討                 | インターネットによる医<br>療情報データベースが<br>構築されている               | ○<br>※構築コスト等については<br>要検討       | ○                  | どちらもクラウドによる<br>データベース構築可能                          |
|                          | 情報提供施設数の<br>獲得                                      | 制度が実用できる数の<br>参加機関を確保されて<br>いる                     | △                              | ○                  | 既存ネットワークでは<br>早期に情報提供施設と<br>連携可能                   |
|                          | 情報提供の同意患者<br>数の獲得                                   | 制度が実用できる数の<br>参加機関を確保されて<br>いる                     | △                              | ○                  | 既存ネットワークでは<br>早期に同意患者の情<br>報を活用可能                  |
|                          | 取得情報の範囲の<br>検討                                      | 利用者情報、医療情報、<br>緊急連絡先が参照でき<br>る                     | △                              | ○                  | 既存ネットワークの<br>電子カルテは医療情報<br>の網羅性が高い                 |
|                          | 情報の紐付け方法の<br>検討                                     | 氏名、生年月日、住所<br>から医療情報が参照で<br>きる                     | ○<br>※構築コスト等については<br>要検討       | ○                  | どちらもIDと医療情報を<br>紐づけ可能                              |
| 2. 情報の医療現場への<br>反映       | 情報参照施設の獲得                                           | 救急利用者情報を搬<br>送先病院等に参照・<br>活用してもらう                  | △                              | ○                  | 既存ネットワークにお<br>ける参照施設と早期に<br>連携可能                   |
|                          | 情報の加工方法(暗号<br>化、等)、情報の通信方<br>法(VPN等)検討              | 情報の通信方法(VPN<br>等)によりデータの暗号<br>化されている               | △                              | ○                  | 既存ネットワークを活<br>用することでコスト負担<br>少なく暗号化可能              |
| 3. 医療現場における<br>情報の利活用    | データベースへのログ<br>イン方法、(ID・パス<br>ワード、ICのカード等)<br>の検討    | ID・パスワード等により<br>救急現場で隊員が遅<br>滞なくデータベースに<br>ログインできる | ○<br>※構築コスト等については<br>要検討       | ○                  | どちらもID・パスワード<br>等でのログインを検討<br>可能                   |
|                          | データベースへのアク<br>セスする端末(端末、タ<br>ブレット・スマートフォン、<br>等)の検討 | 救急現場で携帯端末<br>から医療情報を閲覧<br>できる                      | ○<br>※構築コスト等については<br>要検討       | ○                  | どちらもタブレット・ス<br>マートフォンでの閲覧を<br>検討可能                 |
|                          | 情報の参照範囲の<br>検討                                      | 救急現場に必要な十分<br>な医療情報を参照<br>できる                      | ○<br>※検討に係るノウハウ取得<br>等については要検討 | ○                  | どちらも救急医療に<br>必要な参照範囲を<br>検討可能                      |
| 4. 情報のデータベース<br>へのアップロード | アップロードのタイミ<br>ング及び頻度等の検討                            | 医療情報が常に最新<br>である                                   | △                              | ○                  | 既存ネットワークでは、<br>救急情報だけでなく<br>最新の医療情報が即<br>時アップロード可能 |
|                          | アップロードに使用す<br>る端末(端末、タブレ<br>ット・スマートフォン、等)<br>の検討    | 救急活動情報をネッ<br>トワークに登録する端<br>末等が整備されている              | ○                              | ○                  | どちらもタブレット・<br>スマートフォンからの<br>アップロードを検討<br>可能        |
|                          | アップロードする情報<br>の範囲の検討                                | 必要十分な範囲で救<br>急活動情報が登録<br>されている                     | ○<br>※検討に係るノウハウ取得<br>等については要検討 | ○                  | どちらもアップロード<br>情報の範囲を検討<br>可能                       |
| 5. プライバシー・<br>セキュリティ対策   | 全般                                                  | 個人情報の流出リスク<br>が少ない                                 | △                              | ○                  | 東京消防庁独自で個<br>人情報の保管が不要                             |

## オ 医療 I C T の活用

2020年の全国保健医療情報ネットワークの本格運用を見据え、救急利用者情報登録制度は、医療 I C T を活用した取組との連携を考慮した制度とするのが望ましいと考える。

## カ ネットワーク

医療等分野と連携が可能なシステムとすることが望ましいと考える。パソコンやタブレット端末及びインターネット回線等の閲覧環境を整備する。

### **第3 制度構築の方向性**

#### **1 医療 I C T の取組との連携**

図表 3 1 のとおり検討した結果、登録者数の獲得、登録情報の最新性や正確性の確保、医療関係機関との情報共有という観点から、現時点においては、独自で制度を構築するよりも、既存のシステムを活用し医療関係機関との連携を強めた制度の構築が考えられる。なお、制度が構築されることで、救急利用者への即時的な対応が可能となることが期待できる。

#### **2 既存の医療 I C T を活用した場合の効果**

- (1) 事前登録された情報が取得できることにより、迅速な傷病者情報の把握と医療機関選定を行うことができるようになり、救急活動時間の短縮が期待できる。
- (2) 医療関係機関と連携し、情報を共有することで、正確かつ迅速な情報の取得と伝達が期待できる。
- (3) 傷病者やその家族が、救急隊に既往症等の医療情報を伝える負担の軽減が期待できる。
- (4) 登録情報は、利用者本人ではなく医療関係者等により更新されるため、情報の正確性と最新性が確保されることが期待できる。
- (5) 多職種間での情報共有により、地域包括ケアシステム内における医療関係機関等との連携強化が期待できる。

#### **3 今後の課題**

制度の構築については、既存の医療 I C T を活用したシステムを参考に、東京消防庁として構築すべき制度を具体的に検討していく必要がある。

### **おわりに**

本会に諮問された3つの項目について検討を行い、その方策を以上のとおり取りまとめた。

本答申は、救急業務が、今後も引き続き増加が見込まれる高齢者の救急需要に対し、どのように対応していくべきかを検討したものである。

今後は、東京消防庁をはじめとする関係機関が連携をより一層強化し、総合的な取組や都民の意識高揚などを図ることが肝要である。

本会の検討結果が、救急業務を担う東京消防庁における、今後の救急需要対策の一助となることを強く期待する。

# 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省

改訂 平成30年3月



# 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

## 1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。  
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。  
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

## 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

### (1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。  
そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。



- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
  - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
  - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

# 法 令・例 規 集

# 消防法(抜粋)

昭和23年7月24日法律第186号

〔用語の定義〕

## 第2条

9 救急業務とは、災害により生じた事故若しくは屋外若しくは公衆の出入する場所において生じた事故(以下この項において「災害による事故等」という。)又は政令で定める場合における災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者のうち、医療機関その他の場所へ緊急に搬送する必要があるものを、救急隊によって、医療機関(厚生労働省令で定める医療機関をいう。第7章の2において同じ。)その他の場所に搬送すること(傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当を行うことを含む。)をいう。

# 消防法施行令(抜粋)

昭和36年3月25日政令第37号

(災害による事故等に準ずる事故その他の事由の範囲等)

**第42条** 法第2条第9項の災害による事故等に準ずる事故その他の事由で政令で定めるものは、屋内において生じた事故又は生命に危険を及ぼし、若しくは著しく悪化するおそれがあると認められる症状を示す疾病とし、同項の政令で定める場合は、当該事故その他の事由による傷病者を医療機関その他の場所に迅速に搬送するための適当な手段がない場合とする。

# 東京消防庁防災安全に関する規程（抜粋）

平成21年4月24日東京消防庁訓令第29号

（都民生活事故）

**第16条** 部長及び署長は、救急業務等に関する条例（昭和48年東京都条例第56号）第2条第2項第5号に規定する事故の状況等についての確認、事故に関係のある者に対する当該事故の状況等の通知並びに事故の状況等の公表等による知識の普及及び意識の啓発についての業務を行うものとする。

## 救急業務等に関する条例（抜粋）

昭和48年3月31日東京都条例第56号

（救急業務及びこれに関連する業務）

**第2条** 消防総監は、次に掲げる業務を行うものとする。

2（5）救急業務の対象となる都民生活において生ずる事故を予防するため、必要に応じて、事故の状況等についての確認、事故に関係のある者に対する当該事故の状況等の通知並びに事故の状況等の公表等による知識の普及及び意識の啓発を行うこと。

救急現場において心肺蘇生の実施を望まない旨を  
示された事案に係る調査まとめ

2018年12月

東京消防庁

## 目 次

|    |                        |      |
|----|------------------------|------|
| 第1 | 概要                     | 1    |
| 第2 | 結果                     | 1    |
| 1  | 心肺蘇生を望まない意思について        | 1    |
| 2  | かかりつけの種別               | 2    |
| 3  | 心肺蘇生の中止に至った要因          | 2    |
| 4  | かかりつけ医の介在の内訳           | 3    |
| 第3 | 考察                     | 3    |
| 1  | かかりつけ医の介在と搬送・不搬送の関係    | 3    |
| 2  | 搬送・不搬送と活動時間の関係         | 4    |
| 3  | 搬送・不搬送での現場活動時間の比較      | 4    |
| 第4 | 救急要請の理由                | 5    |
| 第5 | 心肺蘇生を望まない意思を示された救急活動事例 | 6～16 |

## 第1 概要

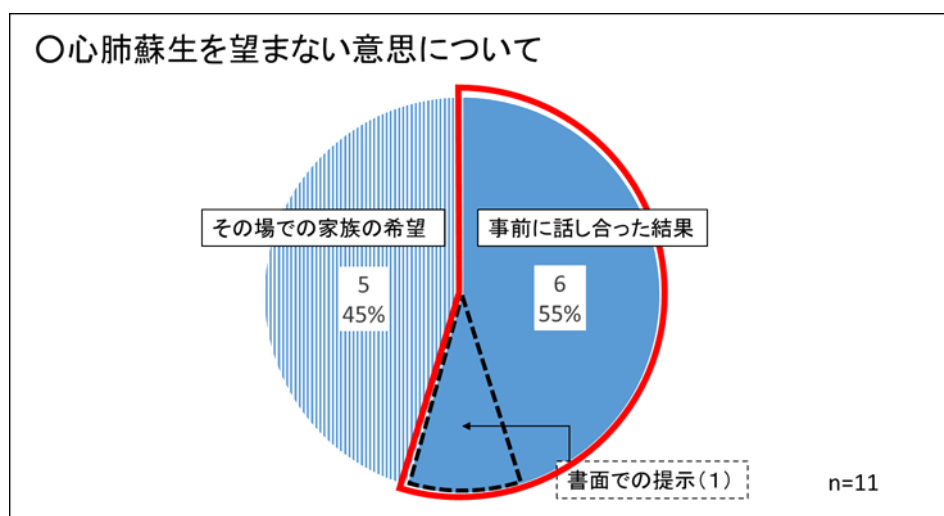
- 当庁管内において救急隊が現場で心肺蘇生を望まない意思を示される事例の実態を把握するために、2018年7月23日から8月23日までの間に調査を行った。
- 調査期間中に、発症時点から医療機関に収容するまでの間に心臓機能が停止した傷病者を搬送した事例が816例あり、そのうちの11例で傷病者の心肺蘇生を望まない意思を示された。

## 第2 結果

### 1 心肺蘇生を望まない意思について

- 心肺蘇生を望まないことを伝えられた11例のうち、傷病者本人・家族・医師で事前に話し合っていた結果であったものが6例あり、そのうち書面で示されたものが1例であった（図表1参照）。

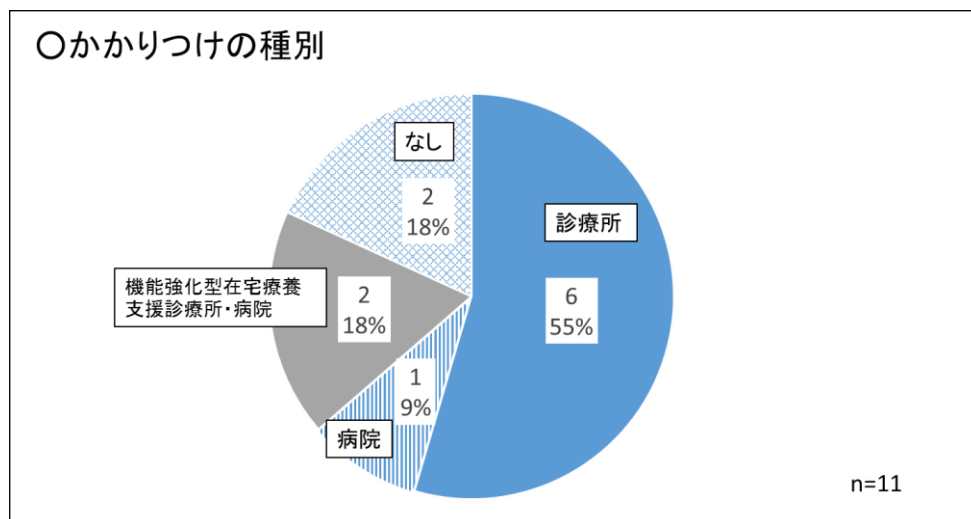
図表1 心肺蘇生を望まない意思について



## 2 かかりつけの種別

- 傷病者のかかりつけ医療機関を種別毎にまとめると、診療所が6例、病院が1例、機能強化型在宅療養支援診療所・病院が2例、かかりつけなしが2例であった(図表2参照)。

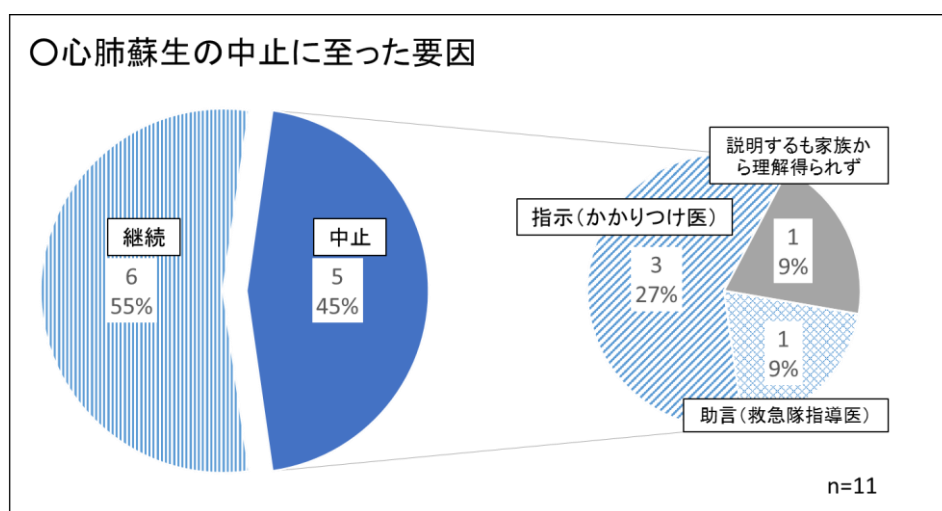
図表2 かかりつけの種別



## 3 心肺蘇生の中止に至った要因

- 心肺蘇生を中止したものは5例あり、中止に至った要因は、かかりつけ医からの指示によるもの(3件)、救急隊指導医の助言によるもの(1件)、家族に心肺蘇生の実施について説明するも理解が得られなかったもの(1件)があった(図表3参照)。

図表3 心肺蘇生の中止に至った要因

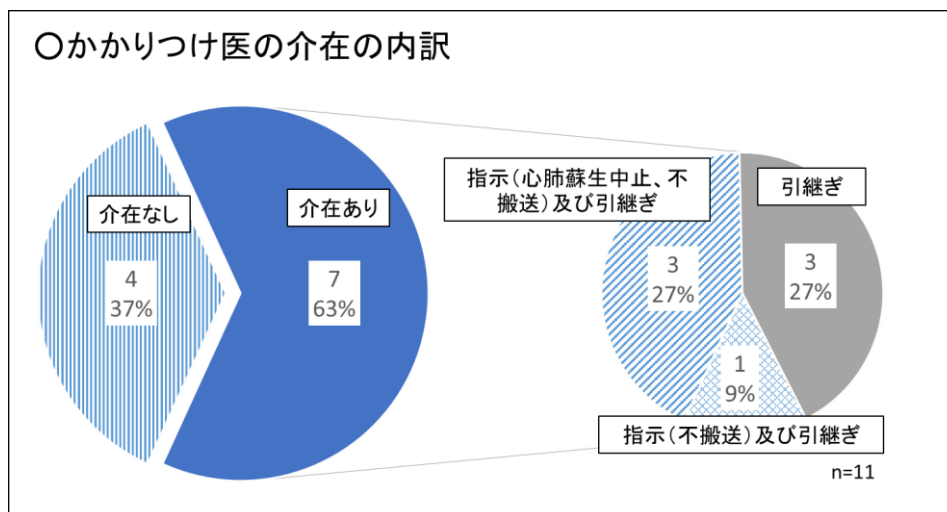




#### 4 かかりつけ医の介在の内訳

- 救急隊の活動中にかかりつけ医の介在があった事例は7例あり、介在の内訳は、心肺蘇生中止及び不搬送の指示を受けて引き継いだもの（3例）、不搬送の指示を受けて引き継いだもの（1例）、引継ぎのみだったもの（3例）があった（図表4参照）。

図表4 かかりつけ医の介在の内訳



### 第3 考察

#### 1 かかりつけ医の介在と搬送・不搬送の関係

- かかりつけ医の介在があった事例は7例あったが、結果的にその全てが不搬送となり、かかりつけ医による自宅での看取りとなった。逆にかかりつけ医の介在がなかった事例では全て医療機関に搬送された。自宅で最期を迎えるためには、かかりつけ医の介在は非常に重要であると考えられる（図表5参照）。

図表5 かかりつけ医の介在と搬送・不搬送の関係

| ○かかりつけ医の介在と搬送の関係 |    |     |    |
|------------------|----|-----|----|
|                  | 搬送 | 不搬送 | 計  |
| かかりつけ医の介在あり      | 0  | 7   | 7  |
| かかりつけ医の介在なし      | 4  | 0   | 4  |
| 計                | 4  | 7   | 11 |

▼

**かかりつけ医の介在があった事案は全て不搬送であった。**

## 2 搬送・不搬送と活動時間の関係

- 11事例の覚知から業務終了までの全体の活動時間に注目すると、不搬送となった事例は搬送した事例よりも短い傾向にあった（図表6参照）。

図表6 搬送・不搬送と活動時間の関係

| ○搬送・不搬送と活動時間との関係 |        |                     |                       |                    |
|------------------|--------|---------------------|-----------------------|--------------------|
|                  | 搬送・不搬送 | 活動時間(覚知※1<br>～業務終了) | 現場活動時間(現場<br>到着～現場出発) | かかりつけ種別            |
| ①                | 不搬送    | 62分                 | 48分                   | 診療所                |
| ②                | 搬送     | 63分                 | 16分                   | なし                 |
| ③                | 不搬送    | 78分                 | 60分                   | 診療所                |
| ④                | 不搬送    | 62分                 | 50分                   | 診療所                |
| ⑤                | 不搬送    | 67分                 | 52分                   | 機能強化型在宅療養<br>支援診療所 |
| ⑥                | 搬送     | 73分                 | 9分                    | 病院                 |
| ⑦                | 不搬送    | 82分                 | 38分                   | 診療所                |
| ⑧                | 搬送     | 100分                | 22分                   | なし                 |
| ⑨                | 不搬送    | 64分                 | 45分                   | 機能強化型在宅療養<br>支援病院  |
| ⑩                | 不搬送    | 59分                 | 46分                   | 診療所                |
| ⑪                | 搬送     | 128分                | 22分                   | 診療所                |

……不搬送であった事例

## 3 搬送・不搬送での現場活動時間の比較

- 救急隊が現場に到着してから現場を離れるまでの時間（現場活動時間）に注目すると、不搬送となった事例では搬送した事例よりも平均で約31分長く現場で活動していたという結果になった。かかりつけ医の到着を待っていたことが原因の一つであると推測され、この時間を短くすることが課題であると考えられる（図表7参照）。

図表7 搬送・不搬送での現場活動時間の比較

| ○搬送・不搬送での現場活動時間の比較  |               |               |                |
|---------------------|---------------|---------------|----------------|
|                     | 心肺蘇生中止        | 心肺蘇生継続        | 平均             |
| かかりつけ医介在あり<br>【不搬送】 | 48.8分<br>(4件) | 48分<br>(3件)   | 48.4分<br>(7件)  |
| かかりつけ医介在なし<br>【搬送】  | 22分<br>(1件)   | 15.7分<br>(3件) | 17.3分<br>(4件)  |
| 平均                  | 43.4分<br>(5件) | 31.8分<br>(6件) | 37.1分<br>(11件) |

(参考) 平成29年の平均現場活動時間【現場到着～現場出発】 **20.8分**

……11件の平均時間
  ……11件の平均時間より長いもの
  ……11件の平均時間より短いもの

## 第4 救急要請の理由

- 事前に話し合って心肺蘇生を望まない意思を決めていたにも関わらず救急要請をした理由の中には、「気が動転して呼んでしまった」などがあつた。今後は、事前に話し合っ  
て意思を決めている場合は、いざという時には救急要請するのではなくかかりつけ医に  
連絡するということを関係機関に申し入れていく必要があると考えられる（図表8参  
照）。

図表8 救急要請の理由

| ○救急要請の理由                                                                                    |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 救急要請した理由                                                                                    | 結果                                                 |
| 気が動転して呼んでしまった。（家族談）<br>【事例1】                                                                | かかりつけ医により看取りとなった。                                  |
| 呼吸が苦しそうだったので要請したが、その後呼吸<br>が止まったため、事前の取り決めに従って看取りと<br>するため、断りの電話をした。<br>（施設職員談） 【事例3】       | かかりつけ医と連絡が取れ、かかりつけ医からの指<br>示に従い心肺蘇生を中止し看取りとなった。    |
| 使用しているモルヒネが原因で意識がないのか、心<br>肺停止なのか判断がつかず、かかりつけ医に相談<br>したところ、救急要請するように指示されたため。<br>（家族談） 【事例7】 | かかりつけ医と連絡が取れ、かかりつけ医からの指<br>示に従い心肺蘇生を中止し家族に引継ぎとなった。 |

## 第5 心肺蘇生を望まない意思を示された救急活動事例

### 事例1

家族から口頭で伝えられたため、救急隊指導医に助言要請をしていたところ、かかりつけ医が到着し看取りとなった事例

#### 1 覚知

2018年7月（木曜日） 23時台

#### 2 要請の概要

女性（90歳代）、自宅にて意識不明になっているのを姪が発見。姪から連絡を受けて駆け付けたケアマネージャーが救急要請したもの。

#### 3 既往症

脳出血（寝たきり、意思疎通困難）

#### 4 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止

#### 5 現場活動等

(1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・**その場での希望**）

心肺蘇生を開始後、姪から心肺蘇生を望まない旨を示された。

(2) 心肺蘇生中止（あり・**なし**）

心肺蘇生を継続しながら、救急隊指導医に助言要請をしていたところにかかりつけ医が現場に到着した。

(3) 書面の有無（あり・**なし**）

本人は意思疎通困難であり、事前に話し合っていないかった。

(4) かかりつけ医の介在（**あり**・なし）

現場にて引継ぎ。

#### 6 救急隊時系列

覚知 23：19 現着 23：28 心肺蘇生開始 23：33

医師到着 23：46 心肺蘇生中止 23：46 医師死亡確認 23：57

現場引揚 0：16

【救急隊現着～医師到着】18分 【現場活動時間】48分

#### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

かかりつけ医により現場にて死亡確認された。

#### 8 その他

かかりつけ医：クリニック医師

## 事例 2

事前に話し合っていた意思を家族から口頭で伝えられたが、心肺蘇生の継続について説明したところ、理解が得られたので心肺蘇生を継続しながら搬送した事例（かかりつけなし）

### 1 覚知

2018年7月（日曜日） 7時台

### 2 要請の概要

男性（80歳代）、自宅の洗面所の床上でいびきをかいているのを妻が発見。しばらく様子を見た後、救急要請したもの。

### 3 既往症

脳出血（杖歩行が可能）

### 4 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止、明らかな外傷認めず

### 5 現場活動等

- (1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・**その場での希望**）  
救急車内にて、妻から心肺蘇生を望まない旨を示された。
- (2) 心肺蘇生中止（あり・**なし**）  
妻に心肺蘇生の継続について説明したところ理解を得たため、心肺蘇生を継続して搬送した。
- (3) 書面の有無（あり・**なし**）  
デイサービス先に自然のまま見守るとの内容の書面がある。
- (4) かかりつけ医の介在（あり・**なし**）

### 6 救急隊時系列

覚知7:57 現着8:06 心肺蘇生開始8:07 車内収容8:16

現発8:22 病着8:28 引揚8:56

【現場活動時間】16分 【病院滞在時間】28分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

二次（内科）…受診歴不明 心停止（死亡）

### 8 その他

かかりつけ：なし

### 事例 3

事前に話し合っていた意思を施設職員から書面で提示されたので、かかりつけ医に連絡をとり、心肺蘇生中止の指示を受けて、中止し看取りとなった事例

#### 1 覚知

2018年8月（木曜日） 8時台

#### 2 要請の概要

老人ホームに入居中の女性（80歳代）、食事後に呼吸困難になったため施設長が救急要請したもの。（その後、再度確認したところ呼吸が止まっており、傷病者は心肺蘇生を望まないという意思であったので、再度119番通報して救急車の必要はないことを伝えた。）

#### 3 既往症

不明

#### 4 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止、明らかな外傷認めず

#### 5 現場活動等

- (1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・その場での希望）

施設長から、書面で傷病者の心肺蘇生を望まない旨を示された。

- (2) 心肺蘇生中止（あり・なし）

書面にて傷病者の意思を確認し、かかりつけ医に連絡し、中止の指示を受け、中止した。

- (3) 書面の有無（あり・なし）

施設職員立会いの下、心肺蘇生の実施を望まない旨の書類を確認した。

- (4) かかりつけ医の介在（あり・なし）

救急隊から電話連絡した際に、心肺蘇生を中止し病院には搬送しないように指示があった。

#### 6 救急隊時系列

覚知8:32 現着8:39 心肺蘇生開始8:45 心肺蘇生中止8:46

医師到着9:35 引揚9:39

【救急隊現着～医師到着】50分 【現場活動時間】60分

#### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

かかりつけ医により現場にて死亡確認された。

#### 8 その他

かかりつけ医：クリニック医師

## 事例 4

かかりつけ医から電話があり、看取りの指示を受けて、看取りとなった事例

### 1 覚知

2018年8月（土曜日） 8時台

### 2 要請の概要

男性（80歳代）、自宅のベッドで呼吸が荒いため娘が救急要請したもの。

### 3 既往症

前立腺癌（全身への転移あり）

### 4 観察結果

救急隊接触時C P A（心肺停止状態）、心電図波形：心静止

### 5 現場活動等

- (1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・**その場での希望**）

かかりつけ医から電話があり、看取りの指示を受けたため、かかりつけ医を待つ間心肺蘇生を実施していたところ、娘から心肺蘇生を望まない旨を伝えられた。

- (2) 心肺蘇生の中止（あり・**なし**）

かかりつけ医に引き継ぐまで心肺蘇生を実施する旨を説明したところ、了解されたので継続した。

- (3) 書面の有無（あり・**なし**）

- (4) かかりつけ医の介在（**あり**・なし）

電話で看取りの指示があった。その後、現場で引継ぎ。

### 6 救急隊時系列

覚知8：28 現着8：34 心肺蘇生開始8：36 医師到着9：05

医師死亡確認9：11 現場引揚9：24

【救急隊現着～医師到着】31分 【現場活動時間】50分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

かかりつけ医により現場にて死亡確認された。

### 8 その他

かかりつけ医：クリニック医師

## 事例 5

事前に話し合っていた意思を家族から看取りについて伝えられたので、医師が到着するまで心肺蘇生の継続を説明したが、理解を得られなかったため中止し、看取りとなった事例

### 1 覚知

2018年8月（火曜日） 10時台

### 2 要請の概要

女性（90歳代）、自宅トイレにて意識がないのを発見した孫が救急要請したもの。

### 3 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止

### 4 既往症

心不全、高血圧

### 5 現場活動等

- (1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・**その場での希望**）

娘からかかりつけ医が看取りのために向かっている旨を聴取したため、到着を待つ間心肺蘇生を継続していたところ、かかりつけクリニックの看護師と相談した娘から心肺蘇生を望まない旨を示された。

- (2) 心肺蘇生中止（**あり**・なし）

救急隊はかかりつけ医が到着するまで継続することを娘に説明したが理解を得られず、止めて欲しいと強く要望されたため中止した。

- (3) 書面の有無（あり・**なし**）

- (4) かかりつけ医の介在（**あり**・なし）

娘に看取りのため向かっていると電話があった。現場にて引継ぎ。

### 6 救急隊時系列

覚知10:53 現着11:02 心肺蘇生開始11:04 心肺蘇生中止11:30 医師到着11:39 医師死亡確認11:39 現場引揚11:54

【救急隊現着～医師到着】37分 【現場活動時間】52分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

かかりつけ医により現場にて死亡確認された。

### 8 その他

ドクターカー出場事案

かかりつけ医：クリニック医師（機能強化型在宅療養支援診療所）



## 事例 6

事前に話し合っていた意思を家族から口頭で伝えられたが、心肺蘇生の継続について説明したところ、理解が得られたので心肺蘇生を継続しながらかかりつけ医療機関に搬送した事例

### 1 覚知

2018年8月（火曜日） 12時台

### 2 要請の概要

男性（70歳代）、透析クリニックの職員が迎えに来た際に応答がないため、仕事上の妻に連絡し、帰宅した妻が救急要請したもの。

### 3 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止

### 4 既往症

糖尿病腎症

### 5 現場活動等

(1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・その場での希望）

妻から、夫は透析を始めてからは常に体調が悪く、早く死にたいと訴えるようになった、そのため夫婦で話し合っ、何があっても延命をしないと決めた、と心肺蘇生を望まない旨を示された。

(2) 心肺蘇生の中止（あり・なし）

妻に心肺蘇生について説明したところ了承されたため、継続して搬送

(3) 書面の有無（あり・なし）

(4) かかりつけ医の介在（あり・なし）

### 6 救急隊時系列

覚知12:52 現着12:56 心肺蘇生開始12:57 車内収容13:02

現発13:05 病着13:15 引揚13:44

【現場活動時間】9分 【病院滞在時間】29分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

二次（救急科）…かかりつけ CPA（重篤）

### 8 その他

かかりつけ医：救急病院医師

## 事例 7

事前に話し合っていた意思をかかりつけ医から電話で、看取るので救急隊は引き揚げるように指示を受けたため、救急隊指導医の助言を受け、家族から署名をもらい引き揚げた事例

### 1 覚知

2018年8月（水曜日） 8時台

### 2 要請の概要

食道癌、肺癌末期の女性（50歳代）、自宅のトイレで呼びかけに反応がないため、夫がかかりつけ医に電話で相談したところ、救急要請するように指示されたため救急要請となったもの。

### 3 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止

### 4 既往症

食道癌、肺癌

### 5 現場活動等

- (1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・その場での希望）

かかりつけ医が夫と電話で傷病者の意思について再確認した後に、かかりつけ医から救急隊に伝えられた。

- (2) 心肺蘇生の中止（あり・なし）

かかりつけ医から指示を受け、救急隊指導医からの助言に従い心肺蘇生を中止。

- (3) 書面の有無（あり・なし）

- (4) かかりつけ医の介在（あり・なし）

電話にて救急隊に、傷病者宅で死亡確認をするので心肺蘇生を中止して、引き揚げるように指示があった。（救急隊は救急隊指導医に同内容に関しての助言要請を実施、心肺蘇生を中止して引き揚げるように助言を受けた。）

### 6 救急隊時系列

覚知8:08 現着8:27 心肺蘇生開始8:21（先着消防隊による）

心肺蘇生中止8:41 引揚9:05

【現場活動時間】38分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

夫及び訪問看護師から搬送辞退の署名をもらい引き揚げた。

### 8 その他

かかりつけ医：診療所医師

## 事例 8

家族から口頭で伝えられたが、心肺蘇生の継続について説明したところ、理解が得られたので心肺蘇生を継続しながら搬送した事例（かかりつけなし）

### 1 覚知

2018年8月（木曜日） 13時台

### 2 要請の概要

女性（100歳代）、娘が自宅で看取るために遠方で寝たきりだった母を連れてきていた。ベッド上で息をしていないのを娘が発見し110番通報したもの。（その後、警察から救急要請された。）

### 3 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止、明らかな外傷認めず

### 4 既往症

不明（かかりつけなし）

### 5 現場活動等

- (1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・**その場での希望**）

救急隊到着時に、娘から自宅で看取るため心肺蘇生と病院への搬送は希望しないと伝えられた。

- (2) 心肺蘇生中止（あり・**なし**）

娘に説明したところ了承されたため、心肺蘇生を継続して搬送

- (3) 書面の有無（あり・**なし**）

- (4) かかりつけ医の介在（あり・**なし**）

### 6 救急隊時系列

覚知13:47 現着13:52 心肺蘇生開始13:54 車内収容14:02

現発14:14 病着14:19 引揚15:09

【現場活動時間】22分 【病院滞在時間】50分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

二次（救急科）…受診歴不明 心肺停止（死亡）

### 8 その他

かかりつけ：なし

## 事例 9

事前に話し合っていた意思をヘルパーから口頭で伝えられたので、かかりつけ医に連絡をとり、心肺蘇生中止の指示を受けて、中止し看取りとなった事例

### 1 覚知

2018年8月（土曜日） 9時台

### 2 要請の概要

男性（100歳代）、自宅のベッド上で呼吸がないためヘルパーが救急要請したもの。  
（往診医師が自宅で看取するという話しになっていたが、気が動転して救急要請した：ヘルパー談）

### 3 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止

### 4 既往症

腎不全

### 5 現場活動等

- (1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・その場での希望）  
救急隊到着時、ヘルパーから傷病者の心肺蘇生を望まない意思を口頭で伝えられた。その後、長女からも同内容を聴取。
- (2) 心肺蘇生中止（あり・なし）  
かかりつけ医から指示を受け、心肺蘇生を中止。
- (3) 書面の有無（あり・なし）
- (4) かかりつけ医の介在（あり・なし）  
連絡をとり電話で心肺蘇生中止及び看取りの指示を受けた。その後、現場で引継ぎ。

### 6 救急隊時系列

覚知9：08 現着9：18 心肺蘇生開始9：20 心肺蘇生中止9：27  
医師による死亡確認 9：54 引揚10：03

【現場活動時間】45分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

かかりつけ医により現場にて死亡確認された。

### 8 その他

かかりつけ医：病院医師（機能強化型在宅療養支援病院）

## 事例 10

事前に話し合っていた意思を家族から看取りについて伝えられたが、医師に引き継ぐまで心肺蘇生を継続することを説明したところ、了解されたので継続して、看取りとなった事例

### 1 覚知

2018年8月（月曜日） 14時台

### 2 要請の概要

女性（90歳代）、福祉関係者が訪問した際に胸苦しさを訴え、その後心肺停止状態となったため救急要請したもの。

### 3 観察結果

救急隊接触時C P A（心肺停止状態）、心電図波形：心静止

### 4 既往症

アルツハイマー型認知症

### 5 現場活動等

(1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・その場での希望）

次男からの電話で、自宅で看取することを事前にかかりつけ医とも話し合っており、現在かかりつけ医が向かっていること及び心肺蘇生も病院への搬送も望まない旨を伝えられた。

(2) 心肺蘇生の中止（あり・なし）

次男に、かかりつけ医に引き継ぐまで心肺蘇生を継続する旨を説明したところ、理解を得られたため、引継ぎまで継続した。

(3) 書面の有無（あり・なし）

遺書に記載あり（家族談）

(4) かかりつけ医の介在（あり・なし）

現場で傷病者を引き継いだ。

### 6 救急隊時系列

覚知 14：11 現着 14：19 心肺蘇生開始 14：21

医師による死亡確認 14：40 引揚 15：05

【現場活動時間】46分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

かかりつけ医により現場にて死亡確認された。

### 8 その他

かかりつけ医：クリニック医師

## 事例 1 1

家族から口頭で伝えられたので、救急隊指導医の助言を受けて、心肺蘇生を中止し、受診歴のある医療機関に搬送した事例

### 1 覚知

2018年8月（水曜日） 6時台

### 2 要請の概要

女性（90歳代）、ショートステイ入居中、呼吸がないため施設職員により救急要請となったもの。

### 3 観察結果

救急隊接触時CPA（心肺停止状態）、心電図波形：心静止、明らかな外傷認めず

### 4 既往症

高血圧、貧血

### 5 現場活動等

(1) 心肺蘇生を望まない意思について（事前に話し合った結果・**その場での希望**）

娘から心臓マッサージも実施しないで、受診歴のある病院へ搬送して欲しいと伝えられた。

(2) 心肺蘇生の中止（**あり**・なし）

救急隊指導医に助言要請したところ、心肺蘇生を中止して搬送するようにと助言されたため、それに従い中止したもの。

(3) 書面の有無（あり・**なし**）

(4) かかりつけ医の介在（あり・**なし**）

### 6 救急隊時系列

覚知6：32 現着6：38 心肺蘇生開始6：41 心肺蘇生中止6：51

現発6：56 病着7：05 引揚8：20

【現場活動時間】18分

### 7 搬送先医療機関、傷病名（程度）

二次（救急科）…受診歴あり CPAOA（死亡）

### 8 その他

かかりつけ医：医院医師



### 第33期東京消防庁救急業務懇話会委員名簿

(敬称略・五十音順)

|        |                            |
|--------|----------------------------|
| 阿真 京子  | 一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表理事 |
| 有賀 徹   | 独立行政法人労働者健康安全機構理事長         |
| 猪口 正孝  | 公益社団法人東京都医師会副会長            |
| 城戸真亜子  | 洋画家、タレント                   |
| 坂本 哲也  | 帝京大学医学部救急医学講座主任教授          |
| 高橋 良   | 弁護士                        |
| 野本 祐二  | 総務省消防庁救急企画室長               |
| 堀家 春野  | 日本放送協会解説委員                 |
| 本田麻由美  | 読売新聞東京本社編集局生活部次長           |
| 町 亜聖   | フリーアナウンサー                  |
| 森住 敏光  | 東京消防庁救急部長                  |
| 矢沢 知子  | 東京都福祉保健局医療政策部長             |
| ◎山本 保博 | 東京曳舟病院長                    |
| 横田 裕行  | 日本医科大学医学部救急医学講座大学院教授       |

凡例 ◎：会長



### 第33期東京消防庁救急業務懇話会専門分科会委員名簿

(敬称略・五十音順)

|        |                                                                                    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 伊東 健次  | リレーション法律事務所                                                                        |
| 岩尾總一郎  | 一般財団法人日本尊厳死協会代表理事                                                                  |
| 内田千恵子  | 公益社団法人東京都介護福祉士会常務理事・事務局長                                                           |
| 太田 祥一  | 医療法人社団親樹会恵泉クリニック院長<br>埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター<br>客員教授<br>東京女子医科大学東医療センター在宅医療部客員教授 |
| 木下 浩作  | 日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野主任教授                                                         |
| 坂田 早苗  | 東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課長                                                                |
| 椎名美恵子  | 一般社団法人東京都訪問看護ステーション協会会長                                                            |
| 袖山みゆき  | 東京消防庁臨港消防署副署長                                                                      |
| 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教授                                                            |
| 西田 伸一  | 公益社団法人東京都医師会理事                                                                     |
| 濱邊 祐一  | 東京都立墨東病院救命救急センター部長                                                                 |
| 行本 理   | 東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課長                                                              |
| ○横田 裕行 | 日本医科大学医学部救急医学講座大学院教授                                                               |
| 臨時委員   |                                                                                    |
| 伊藤 重彦  | 北九州市立八幡病院副病院長                                                                      |
| オブザーバー |                                                                                    |
| 江原 浩仁  | 東京消防庁救急医務課長                                                                        |
| 緒方 毅   | 東京消防庁参事兼救急管理課長                                                                     |
| 永野 義武  | 東京消防庁救急指導課長                                                                        |
| 日高 真実  | 東京消防庁総務部副参事（訟務担当）                                                                  |

凡例 ○：専門分科会長