

# 「大東市・四條畷市 救急連携シート」

## ガイドライン

大東市・四條畷市 救急連携シート								
(この用紙は、救急搬送時に救急隊から病院へお渡しください)								
<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設	希望医療機関	0	様	【作成日】	年	月	
事業所名				0	TEL	0		
担当者名				0	FAX	0		
ふりがな	0	性別	生年月日	0	年	月	日	
氏名	0			年齢	0	歳		
現住所	0				TEL	0		
					携帯電話	0		
要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中							
障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 未申請							
手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
特記事項: 0								
緊急時連絡先	氏名		続柄	同居/別居	住所		電話番号	
	①	0	0		0	0		
	②	0	0		0	0		
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入 ( 0 )							
かかりつけ医	機関名: 0				電話	0	住環境	
	主治医: 0				FAX	0	<input type="checkbox"/> 一戸建て	
	病名等: 0				<input type="checkbox"/> 集合住宅( 0 階建て 0 階 )			
かかりつけ薬局	薬局名: 0				電話	0	エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	薬剤師: 0				FAX	0	<input type="checkbox"/> 施設・高齢者住宅等(名称を下記に記入) ( 0 )	
	お薬手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
既往歴	①							日常生活に支障となる環境
	②							<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 支障の内容を下記に記入 )
	③							0
	④							
金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	( 続柄: 0 )	<input type="checkbox"/> その他 ( 0 )				
麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( 0 )					
移動	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他( )						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )						
	方法(屋内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )						
介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 嘔下機能 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる						
	口腔状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯使用) <input type="checkbox"/> 欠損歯あり(義歯不使用) <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )						
	形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )						
認知機能	確定診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名: )						
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり						
	意思決定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断不可						
周辺症状	幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 嘘言・暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他( )						
	ACPについて	<input type="checkbox"/> ACPについて考えたことがありますか? <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
	「わたしの想いをつむぐノート」を記入していますか?	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない						
もしもの時	医師に伝えたい事	<input type="checkbox"/> できるだけ救命、延命をしてほしい <input type="checkbox"/> 苦痛をやわらげる処置なら希望する						
		<input type="checkbox"/> なるべく自然な状態で見守ってほしい <input type="checkbox"/> その他( )						
災害時避難場所								
避難方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
★救急車を要請した際には、可能な範囲で下記の記載をお願いいたします。								
※状態が悪く処置を行わなければならない場合、処置を優先してください。								
主訴(主な症状)								
いつから	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分ごろ							
どこで	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 風呂 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他( )							
連絡事項								
※ DNAR(心肺蘇生を行わない意向)に関する書面がある場合には、救急隊に渡せるように用意しておいてください。								
その内容を確認させて頂きます。								

大東・四條畷 医療・介護連携推進協議会

療養支援ワーキンググループ

令和6年6月

## 1. はじめに

災害や思いがけない事故やけが、持病の悪化などで救急要請をする機会が増えています。近年の統計では、救急車を呼ぶ半数が高齢者であると言われています。ひとり暮らしや高齢者同士の世帯が増える中で、とっさのときに今現在受けている医療や介護サービス等について、救急隊員に的確に伝えたり、自身の病状や受けたい医療・受けたくない医療について述べることは難しいことです。急な事態に慌てるあまり、自分の想いを伝えきれなかったり、普段は疎遠な親戚の意見が通ったため、後々まで本人も周囲の人も、その時の選択が良かったのか、と思い悩む事があります。

そのような事態に備え、あらかじめ治療中の病気やかかりつけの医療機関や薬局、緊急連絡先や介護の情報、医療処置や治療についての希望を記入し、その情報を関連する機関で共有するために「大東市・四條畷市 救急連携シート」を作成しました。

## 2. 救急連携シートの目的

- ・かかりつけ医、既往歴、服薬状況、介護やケアの必要度、緊急連絡先、本人の緊急処置への希望を明確にして関係者間で共有・活用する。
- ・関係者間（本人、救急隊員、搬送先病院、介護担当者、かかりつけ医、訪問看護師等）で情報共有することにより、速やかな救急搬送と搬送先病院での適切な対応につながる。
- ・関係者間で必要な情報を共有することにより、介護関係者の負担（救急車への同乗、搬送先病院で長時間待機等）を軽減する。

## 3. 救急連携シートを発行される対象者

対象者は大東市又は四條畷市内に在住の介護保険サービス利用者<sup>※1</sup>のうち、入退院を繰り返すリスクがある人<sup>※2</sup>でかつ救急連携シート運用に関して同意を得られた人。

※1 「介護保険サービス利用者」・・・要介護認定をお持ちで、担当のケアマネジャーがいるという解釈。

※2 「入退院を繰り返すリスクがある人」・・・転倒による外傷や既往による入院がきっかけで入退院を繰り返すリスクがある状態になった場合、本シートを積極的にご活用いただきたいための記載であり、対象者を限定するものではない。

## 4. 救急連携シートの情報を共有する関係機関

大東四條畷消防組合、搬送先病院、大東市・四條畷市内の介護系施設、介護事業所、かかりつけ医、訪問看護ステーション

## 5. 運用方法

- ・対象者が在宅療養の場合はケアマネジャーや地域包括支援センター職員が、対象者に対し救急連携シートの趣旨・内容を説明し、利用者に自宅での管理方法について説明し書面による同意を得たうえで利用者と共に救急連携シートの記入にあたる。
- ・同意を得る内容としては、次の5項目とする。
  - ①説明を受け、理解したうえで救急時に備え、救急連携シートを作成すること
  - ②救急連携シートの情報を最新にしておくため、情報提供に協力していただくこと
  - ③救急連携シート記載情報を、患者が受けている医療及び介護サービスの関係者と共有すること

- ④救急連携シートを 大東市民：地域 SOS カードの容器 に保管していただくこと  
四條畷市民：緊急連絡カードの容器 に保管していただくこと
- ⑤救急搬送時に、救急隊員が救急連携シートの記載内容を確認し、搬送先病院に提出すること
- ・救急連携シートへの記入は、利用者が入退院した時、病状又は介護状況に変化があった時等に行い、状態変化があった場合など隨時見直し登録内容を更新する。又、利用者本人から登録内容変更の要請がない場合であっても、モニタリングの機会などを活用し、少なくとも6ヶ月ごとには担当ケアマネジャーから声掛けし、登録内容に変更がないか確認しなければならない。
  - ・救急連携シート利用の継続について同意を得られない場合は、情報記入した者が利用者宅に設置した救急連携シートを回収する。

## 6. 救急連携シートの記入

ケアマネジャーは大東市、四條畷市のホームページより「救急連携シート」をダウンロードし利用者と共に記入する。

【大東市】<https://www.city.daito.lg.jp/soshiki/64/1458.html>

【四條畷市】<https://www.city.shijonawate.lg.jp/site/koureihukushika/31097.html>

## 7. 救急連携シートの利用者宅での保管

- ・ケアマネジャーは、利用者の同意を得て作成した「救急連携シート」を各容器の中に保管する。  
大東市：地域 SOS カードの容器  
四條畷市：緊急連絡カードの容器
- ・救急連携シートを更新した場合、更新前の救急連携シートはケアマネジャーが回収のうえ破棄する。

## 8. 救急発生時の「救急連携シート」運用のながれ

- ①発見者が 119 番救急要請を行う。
- ②救急隊員は患者宅に到着した際に、地域 SOS カードの容器（大東市）又は緊急連絡カードの容器（四條畷市）の中にある「救急連携シート」を確認する。ただし、救急要請を行う者がケアマネジャー等、救急連携シートの内容を共有している場合は、すみやかに同シートを救急隊員に渡し、更新日を確認のうえ患者情報を引き継ぐ。
- ③救急隊員は患者宅から「救急連携シート」を持ち出し、同シートから取得した情報を参考に、搬送候補先病院に連絡を行い必要な処置をする。その場合、救急連携シートが記載された年月日の確認を行い、あくまでも参考情報として取り扱うこととする。
- ④搬送先病院では、救急隊員より電話で得た情報を参考に待機・準備を行う。
- ⑤「救急連携シート」は救急隊員から搬送先病院に渡す。
- ⑥退院時、病院は「入退院連携シート」と使用済みの「救急連携シート」をケアマネジャーに渡す。
- ⑦退院後、ケアマネジャーは利用者宅を訪問し、新たに救急連携シートを作成し地域 SOS カードの容器又は緊急連絡カードの容器に入れ、古い救急連携シートは廃棄する。

「大東市・四條畷市 救急連携シート」 ガイドライン

発 行 令和6年6月

編 集 大東・四條畷 医療・介護連携推進協議会  
療養支援ワーキンググループ

問い合わせ先

大東市保健医療部 高齢介護室高齢支援グループ 電話：072-870-0513  
四條畷市健康福祉部 高齢福祉課 電話：072-877-2121