

大東市・四條畷市 救急連携シート
「大東市・四條畷市 救急連携シート 同意書」について

（はじめに）

近年、大東市ならびに四條畷市においても高齢化が進み、ご自宅や施設で療養される方が、突然のけがや持病の悪化などで救急車を要請する機会が増えていきます。とっさの時にご自身の病状や現在受けている治療、希望する医療の内容などを救急隊員に的確に伝えることは難しいことです。

そのような救急時に備え、医療や介護の情報をまとめて記入しておき、いざという時に救急隊員と取り交わすことができるよう、ご自宅や施設において保存する文書「大東市・四條畷市 救急連携シート」を作成しました。

（使用の目的）

救急搬送時に救急隊員が、救急連携シートをもとに搬送先病院へ患者の受入れや救急処置等に必要となる情報提供を行うことで、救急搬送に要する時間の短縮や搬送先病院での適切かつ円滑な診療につなげます。その結果、入院期間の短縮や早期在宅療養復帰が図られることで、生活の質の向上に繋がることを目的としています。

（運用主体）

救急連携シートは救急時に備え、ご利用者様が受けている医療や介護サービスなど、救急搬送に有益な情報を準備しておくものです。シートの記載や保管、情報更新等、平素の運用はご利用者様及びご利用者様を支援する医療・介護関係者がネットワークを構築し行います。記載情報の共有について、医療・介護関係者は前述した目的の範囲内で、必要最小限の関係者及び内容にとどめ、細心の注意を払い、個人情報保護法に基づき適切に管理します。

なお、救急連携シートの記載内容及び情報管理において発生したトラブルについては、大東市ならびに四條畷市は一切の責任を負うものではなく当事者間での責任においての解決となります。

（平素の運用の流れ）

- ① はじめて救急連携シートを導入する場合は、ご利用者様及びご家族様（以下、「ご利用者様等」という。）が救急連携シートの目的や運用について、かかりつけ医、若しくはケアマネジャー等の介護関係者（以下、「ケアマネジャー等」という。）から説明を受けます。
- ② ご利用者様等は事業の趣旨を理解したうえで、救急連携シート同意書に署名、押印し、ケアマネジャー等に提出します。
- ③ ケアマネジャー等がご利用者様等に、救急連携シートの記載に必要な情報収集を行い、当該シートを作成します。
- ④ ご利用者様等は、ケアマネジャー等から完成した救急連携シート（作成日入り）を受け取り、内容を確認のうえ地域 SOS カードの容器又は緊急連絡カードの容器に入れ、冷蔵庫に保管します。
- ⑤ ケアマネジャー等は救急連携シートの記載内容に変更がないか、少なくとも6ヶ月ごとに確認し、情報を更新します。記載内容に変更がない場合でも、救急連携シートの作成日を更新し、前に記載した救急連携シートと差し替えます。

(救急搬送時の運用の流れ)

- ① 119 番通報を受け到着した救急隊員が、冷蔵庫から地域 SOS カードの容器又は緊急連絡カードの容器を取り出し、救急連携シートを抜き取ります。
ただし、救急連携シートの情報が古い（概ね 6 ヶ月を超過している）場合は情報を活用できません。
- ② 救急隊員は搬送先病院を探し、病院スタッフに救急連携シートの記載情報を伝え受け入れ準備を整えてもらいます。
- ③ 救急隊員は救急搬送を行い、搬送先病院に救急連携シートを渡します。
※救急連携シートの下欄には、「もしもの時、医師に伝えたい事」の項目がありますが、救急要請により救急隊員が駆けつけた場合には、その記載内容にかかわらず必要とされる緊急処置を行うこととなります。延命治療等について特別な意向がある場合は、あらかじめ主治医と相談し、救急時の対応について取り決めをおこなって書面（わたしの想いをつむぐノート等）に記載しておいてください。

(共有される情報の内容)

氏名、生年月日、年齢、住所、電話番号、病歴、病名、要介護度、障害支援区分、緊急連絡先、かかりつけ医、薬局、入院希望医療機関、日々の療養上の生活状態（情報）、家屋状況、もしもの時に医師に伝えたい事等。

(救急連携シートを運用するにあたりご利用者様等に同意いただく内容)

- ① 救急連携シートの情報を最新の状態にしておくため、ケアマネジャー等への情報提供に協力していただくこと。
- ② 救急連携シートの記載情報を、ご利用者様が受けている医療及び介護関係者と共有することに協力していただくこと。
- ③ 救急連携シートを、大東市においては地域 SOS カードの容器、四條畷市においては緊急連絡カードの容器に入れ、ご利用者様宅の冷蔵庫に保管していただくこと。
- ④ 救急搬送時に駆けつけた救急隊員が救急連携シートを保管場所から取り出し、記載情報を閲覧するとともに救急搬送受入れ病院を見つけるため、救急連携シートの記載情報を相手の病院スタッフに伝え、救急搬送先病院に救急連携シートを手渡すこと。

大東市・四條畷市 救急連携シート 同意書 について

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

地域SOSカード又は緊急連絡カードに関する問い合わせ先

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

※救急連携シートの記載内容に関しては同意書説明者にお問い合わせください。

大東市・四條畷市 救急連携シート
同意書

私は「大東市・四條畷市 救急連携シート」について、その目的、運用の流れ等について下記の者から説明を受け、十分理解したうえで、次の事すべてについて同意し、救急連携シートを作成することを希望します。

(救急連携シートを運用するにあたりご利用者様等に同意いただく内容)

- ① 連携シートの情報を最新の状態にしておくため、ケアマネジャー等への情報提供に協力していただくこと。
- ② 救急連携シートの記載情報をご利用者様が受けている医療及び介護関係者と共有することに協力していただくこと。
- ③ 救急連携シートを大東市においては地域 SOS カードの容器、四條畷市においては緊急連絡カードの容器に入れ、ご利用者様宅の冷蔵庫に保管していただくこと。
- ④ 救急搬送時に駆けつけた救急隊員が救急連携シートを保管場所から取り出し、記載情報を閲覧するとともに救急搬送受入れ病院を見つけるため、救急連携シートの記載情報を相手の病院スタッフに伝え、救急搬送先病院に救急連携シートを手渡すこと。

令和 年 月 日

<利用者>

氏名： _____ (印)

住所： _____

<ご家族> (関係)

氏名： _____

住所： _____

<同意書説明者>

所属機関名 _____

氏名： _____

※原本は説明者が保管し、写しを本人用控えとしてお渡しいたします。

※この同意書はいつでも撤回できます。同意書説明者又はケアマネジャー等にその旨をお伝えください。