

平成26年度

第2回佐世保市在宅医療連携協議会資料

～平成26年度長崎県在宅医療連携拠点事業進捗状況について～

2014年12月8日(月)

(1) 平成26年度 長崎県在宅医療連携拠点事業進捗状況について

➤ 本年度の事業は、次のとおり。(詳細は別途説明)

①専門部会による検討

- 01 在宅療養者急変時依頼・受入体制検討専門部会
- 02 退院連携検討専門部会(急性期～在宅等への退院連携について検討)
- 03 地域別ブロック会議設置検討(地域単位で設置)……※上記がある程度固まってから。

②多職種による情報共有・連携

- 01 社会資源の情報把握・共有
 - 001 前年度に実施した社会資源調査結果を元に台帳を作成し関係機関へCD-R配布
 - 002 ホームページを作成し、社会資源の検索等が行える仕組みを構築
- 02 多職種による患者情報共有方法の検討

③人材育成(多職種研修会、在宅診療報酬勉強会、先進地視察)

前年度の研修会視察を参考に、多職種研修会を企画・開催

④調査:介護サービス利用者の容体急変時等における医療との連携実態調査

⑤住民啓発(出前講座の開催:依頼に応じて実施)

平成26年度 第2回佐世保市在宅医療連携協議会
-専門部会における検討状況報告-

2014年12月8日

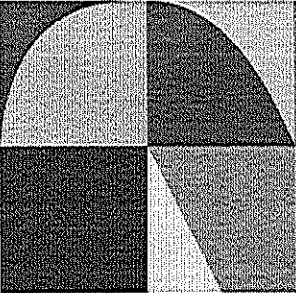


INDEX

(1) 佐世保市における在宅医療の推進	… P 3
(2) 在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会	… P 4
(3) 退院連携検討専門部会	… P 19
 参考資料	 … P 28

青字——診察報酬
報字——介護報酬





(2) 在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会

2

01 これまでの経緯(課題認識)

- 在宅医からは、後方支援病床の確保が困難であるという課題が挙げられた。
- 一方、受入病院からは、依頼時における医師の介在、必要最低限の患者情報の伝達、病状が安定した患者は、紹介元が責任を持って引き受ける事などについてルール化が必要という意見が挙げられた。

24年度

- ・在宅療養患者急変時の受入病院の確保が困難。(在宅医からの意見)
- ・在宅医療が推進するためにも、何か方策が必要。
- ・在支診グループと中央病院の取り組みをモデルケースとして支援。

25年度

- ・在宅医療に関するアンケート調査を実施。(11輪番病院)
- ・アンケート結果を基に、急変時の依頼・受入ルール作りを進めていくことについて、11輪番病院長会議で了承。(2/21)

26年度

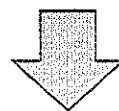
- ・26年度事業で、在宅療養患者の急変時の依頼・受入ルール策定について、専門部会を設置し協議することについて了承。(7/29協議会)

02 本部会の目的・目標

-目標と検討事項-

目標

- 在宅医療を実施している医師と二次救急輪番病院双方の心理的負担軽減を図り、持続可能な在宅医療提供体制を構築する。
- 在宅医療に参加する医師(医療機関)を増やす。



在宅療養患者の急変時の依頼・受入ルールを策定
関係機関へ周知

検討事項

- 在宅医⇔病院間の依頼・受入ルールの検討
- 介護関連施設⇔病院間の依頼・受入ルールの検討

02 本部会の目的・目標 -期待される効果と将来イメージ-

在宅医療実施医 (在宅診療に限らず)

- ・急変時受入のルールや連携病院があらかじめ決まっていることにより、休日・夜間の心的負担が軽減

救急告示病院

- ・患者情報を事前に把握できるため、急変時にスムーズに対応が可能。
- ・事前に地域の診療所との連携を図る事により、診療報酬上も加算。

開業医の新規取組

- ・急変時の受け入れ体制を整えることにより、これまで在宅医療に取り組んでいない開業医の参入を促す。

将来イメージ(例)

地域	北部	中部	南部	東部
在宅療養後方支援病院	千住	中央	該当病院無	
在宅療養支援病院	浜野(在支病1)			三川内(在支病3)
在宅療養支援診療所	在支診 12 内機能強化型3	在支診 14 内機能強化型4	在支診 6 内機能強化型2	在支診 7 内機能強化型2
訪問診療・往診実施医	13診療所	8診療所	4診療所	0診療所
往診実施医	8診療所	6診療所	2診療所	往診実施医

依頼・受入
体制整備

03 検討の進め方

第1回

10/24

- ・ 本部会の意図と目標、期待される効果の確認
- ・ 機能強化型在宅療養支援診療所と中央病院の取り組み紹介
- ・ 在宅医⇄病院間の依頼・受入ルール案の提示(運用フロー、情報共有項目)・意見交換

第2回

11/10

- ・ 前回の振り返り
- ・ 在宅医⇄病院間の依頼・受入ルール修正案の提示・協議
- ・ 介護関連施設等⇄病院の依頼・受入ルール案の提示・意見交換

第3回

- ・ 前回の振り返り
- ・ 第2回専門部会における意見を踏まえた最終案の提示・協議

専門部会後

- ・ 在宅連携協議会へ最終報告
- ・ 11輪番病院長会議へ最終報告
- ・ 関係機関への周知(呼びかけ・説明会)

※協議会に対しては、検討状況を随時報告

04 在宅療養患者「急変時」の対応 -検討の対象範囲-

認識合わせ

- 医師による計画的な医学管理が行われているが、後方支援病床が決まっていない場合。
- 医師による計画的な医学管理が行われていない介護関連施設等入所(居)者を対象とする。

在宅医の負担軽減

後方支援病床の確保

ルール、フローを策定し、病院と診療所で協定(契約)を締結

単独にて在宅医療を実施している医師のグループ化

医師同士の関係性が重要であるため、容易ではない

介護関連施設等入所(居)者急変時の対応

医師配置義務:有(常勤医)
医療者が運営

医師配置義務:有(嘱託医)
医療者が運営

医師配置義務:無(協力医)
医療者が運営

医師配置義務:有(嘱託医)
非医療者が運営

医師配置義務:無(協力医)
非医療者が運営

ルール、フローを策定し、介護関連施設、消防本部へ周知

【病院への受入要請に対する医師関与状況】	
医師配置義務有施設	25/36(回答率69%)
医師が依頼	7
医師の指示で看護師	14
看護師が依頼	4
医師配置義務無	46/119(回答率39%)
医師が依頼	27
医師の指示で看護師	11
看護師が依頼	4
医師看護師以外が依頼	4

04 在宅療養患者急変時の依頼・受入

-在宅療養患者「急変時」および在宅医療後方支援病床について-

認識合わせ

在宅療養患者の「急変時」とは

- 在宅医により、計画的な医学管理(訪問診療)が行われている患者を対象とする。
- 当該患者を在宅医が診察し、「緊急性が高い」と判断し、入院(受診)依頼を行う場合やコンサルテーションを行いたい場合を、在宅療養患者の「急変時」とする。
- 想定される病態、症状
 - ・熱発、SP02低下、意識混濁、脱水、肺炎(誤嚥性肺炎を含む)疑い、転倒等
 - ・急性腹症、脳血管障害、急性心筋梗塞、CPA等

在宅医療後方支援病床^{※1}の位置づけ

※1:「後方支援病院」や「在宅療養支援病院」等の施設基準を取っていないでも、在宅療養患者の急変時の受け入れに協力してもらえる病院の病床。

- 救命救急センターである総合病院を除く^{※3}救急告示病院の内、後方支援病床として在宅医療を行う医師の支援に協力可能な病院とする。

- 当該病院リストを作成(内科系・外科系)し、在宅医療を単独で行っている医師に周知する。^{※2}

※2:リスト化・周知の目的は、在宅医が後方支援に係る契約締結の申し入れを行う際に活用してもらうためであり、リスト化された病院が在宅患者の受け入れを行うものではない。

※3:総合病院への患者集中を避ける為、当該リストには掲載しない。(最後の砦としての役割)

※在宅療養後方支援病床が質的に対応困難な場合は、二次救急輪番病院または救命救急センターにて対応を行う。

05 各立場からの意見

在宅医、病院双方より現状について以下のような意見が挙がった。

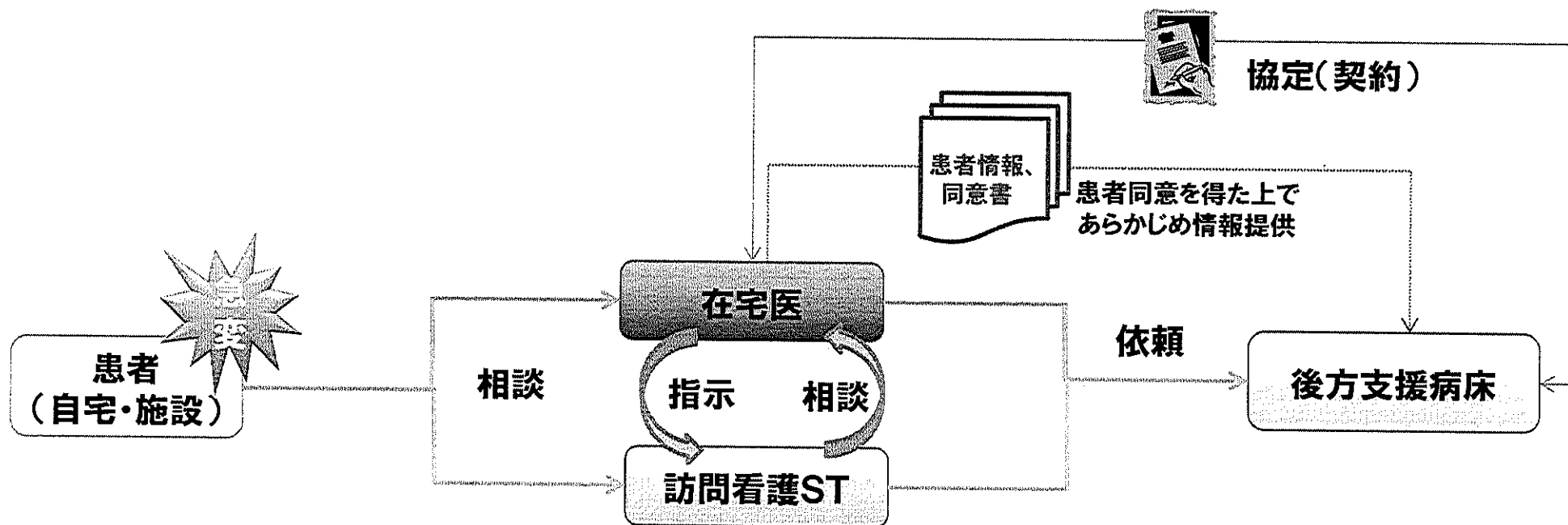
- | | |
|-----|--|
| 在宅医 | <p>機能強化型＋後方支援病院のシステムになって本当に楽になった。</p> <p>後方支援があるから、安心して診療できる。</p> <p>搬送先について家族が納得していない。中央がやっているような情報共有方法は連携しやすくて良いと思う。</p> <p>患者は退院時に、病院から何かあったら受けますと言われるが、次に病院へ連絡すると3か月たったからと断られる。(初診扱い。2次輪番へと)家族とするとショック。(見放された感)</p> <p>病院からの退院時に、患者・家族への説明(今後の経過等)について説明をしてもらいたい。(治ったから退院したと思っている。)</p> <p>医療機器も無い状態で、単なる熱発か、肺炎疑いか、学術から離れたところでの不安もある。病院へ相談できるだけでも違う。</p> |
| 病院 | <p>機能強化型在支診グループには普段よりお世話になっている。紹介患者も多く、また、在宅医療が必要な患者を安心して逆紹介できる。どちらもWIN・WINの関係が構築できている。(中央)</p> <p>地域毎に後方支援病院があれば、在宅のすそ野が広がると思う。(中央)</p> <p>事前サマリ数は多いが、実際に入院する患者は、1週間に1名あるかないか。落ち着いている状況。(千住)</p> <p>整形・脳外については協力できる。機能分化・特化が必要ではないか。内科は現在の状況では検討課題としたい。(労災)</p> <p>外科系(整形)については協力できる。内科については現状では難しい。(共済)</p> |

05 各立場からの意見

- 理想の連携関係は、「機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)」×「在宅療養後方支援病院」である。しかしながら、機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)は、医師同士の繋がりも必要であるため、容易ではない。
- 単独で在宅医療を行っている医師を支援する仕組みとして、後方支援病床が地域毎にあると在宅医は助かるのではないか。佐世保は病院が限定されているので、具体的に病院名を落とし込み、地域ごとに形作ってはどうか。
- 在宅医療協力医療機関リストがあればいいのではないか。
(外科系・・・●●、内科系・・・△△)
- 救急告示病院である7病院の意見を聞いた方がよいのではないか。
- 在宅医と病院の契約時には、患者の同意書も添付してはどうか。
- 総合病院の取り扱いをどうするか。

06 運用フロー・ルール(案) ※第1回部会の意見を反映

- 計画的な医学管理が行われている患者については、在支診であるか否かを問わず、在宅医と後方支援病床間で依頼・受入に関する協定(契約)を締結。
 - 当該患者に関する情報を同意書とともにあらかじめ在宅医から後方支援病床へ提供。
 - 当該患者が急変した場合は、在宅医より後方支援病床へ診療(受入)依頼。
- ※在宅医が直接連絡を出来ないやむを得ない事情がある場合に限っては、当該医師から指示を受けた看護師も可とする。
- 後方支援病床は、原則受入を行う。自院で受入不可の場合は、応需システムを活用するなどし、受入先を在宅医と協力して探す。
 - 病状が安定した患者は、紹介元の在宅医が責任を持って引き受ける。



07 事前情報提供項目(案)※第1回部会の意見を反映

- ▶在宅医から後方支援病院へ事前に提供する項目は、下記の項目とする。
- ▶実際に患者の受入依頼を行う際には、現在の状況・経緯等を追加の情報として提供する。

【事前情報提供項目(案)】

- ・患者基本情報(氏名、生年月日、年齢、性別、住所、保険情報、緊急連絡先)
- ~~・血液型※不要との意見有~~
- ・傷病名
- ・既往歴
- ・アレルギー
- ・感染症
- ・症状経過および検査結果
- ・治療経過
- ・現在の処方
- ・治療に対する意思(DNR、〇〇までは実施して欲しい等)←可能であれば
- ・キーパーソン
- ~~・ADL(日常生活活動)~~
- ・認知症の有無
- ~~・家人がどの程度患者に関わっているか~~
- ~~・今後の療養方針(在宅or施設)~~

【受入依頼時の提供項目】

- ・診療情報提供書の項目に準じる依頼に至るまでの経過等を記載

08 介護関連施設等入所(居)者急変時の対応 -検討の対象範囲-

認識合わせ

- 医師による計画的な医学管理が行われているが、後方支援病床が決まっていない場合。
- 医師による計画的な医学管理が行われていない介護関連施設等入所(居)者を対象とする。

在宅医の負担軽減

後方支援病床の確保

ルール、フローを策定し、病院と診療
所で協定(契約)を締結

単独にて在宅医療を実施し
ている医師のグループ化

医師同士の関係性が重要であるため、
容易ではない

介護関連施設等入所
(居)者急変時の対応

医師配置義務:有(常勤医)
医療者が運営

医師配置義務:有(嘱託医)
医療者が運営

医師配置義務:無(協力医)
医療者が運営

医師配置義務:有(嘱託医)
非医療者が運営

医師配置義務:無(協力医)
非医療者が運営

ルール、フローを策定し、介護関連施設、
消防本部へ周知

【病院への受入要請に対する医師関与状況】
医師配置義務有施設 25/36(回答率69%)

医師が依頼	7
医師の指示で看護師	14
看護師が依頼	4

医師配置義務無 46/119(回答率39%)

医師が依頼	27
医師の指示で看護師	11
看護師が依頼	4
医師看護師以外が依頼	4

08 介護関連施設等入所(居)者急変時の対応 - 医師配置義務の有無 -

認識合わせ

➤ 介護関連施設等入所(居)者の急変時の対応は、常勤医師の配置義務の有無により対応が異なることが想定される。

- ①- 医師の配置が義務付けられている高齢者施設からの依頼(特養)
- ②- 医師の配置が義務付けられていない高齢者施設・住宅からの依頼(青書き)
- ③- 常勤医師の配置が義務付けられている高齢者施設からの依頼(黄色カッコくり)

—— 高齢者施設・住宅の医師・看護師の配置条件および診療報酬算定の可否について ——

場所		医師	看護師	訪問診療可否	往診可否	
②	サ高住、有料老人ホーム、ケアハウス	特定施設以外	×	×	○	○
	グループホーム		×	×	○	○
	小規模多機能型居宅介護、複合型サービス		×	○	○	○
③	サ高住、有料老人ホーム、ケアハウス	特定施設	×	○	○	○
	特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	①	○※1	○	△	○
	ショートステイ(短期入所生活介護)		○	○	○	○
	ショートステイ(短期入所療養介護)		○	○	×	○
	介護老人保健施設		○※2	○	×	△
	介護療養型医療施設		○	○	×	×

○=配置義務有り ×=配置義務無し

※1: 入居者の健康管理及び療養上の指導を行う為に必要な人数の医師(非常勤でも可)

※2: 常勤医師を1名以上配置(24時間体制でなくとも可)

常勤医の関与が原則。協力医療機関と施設間で入所者の緊急時の依頼・受入について取り決めを行うことがのぞましい。

09 介護関連施設等入所(居)者急変時の対応 -現状と課題-

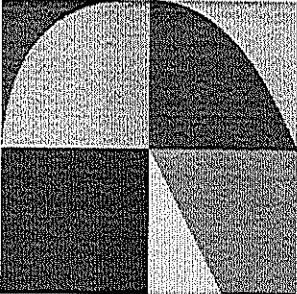
- 介護施設や居住系施設など高齢者入所施設、また、住宅型有料老人ホームを中心とした高齢者住宅が整備され、要援護状態の高齢者の救急搬送が年々増加
- 居住系施設および住宅型有料老人ホーム施設と、嘱託医、かかりつけ医・協力医療機関との具体的な連携および支援関係が構築できていない
- 本市の現状を考えると、嘱託医や協力医療機関に、「緊急時の対応」を担ってもらうことは困難である

主体別主な課題

主な課題	
施設	・特に非医療者が運営する事業所は、救急搬送ルールや救急告示病院の現状等について理解が不十分。 ・嘱託医や協力医に対し、夜間・休日等は依頼を行えない。 ・介護職員は、医療に関する知識が不足しているため、緊急性の判断に苦慮。
嘱託医 (配置医)	・入居者の健康管理及び療養上の指導を行う役割として契約。緊急時の対応を契約書の条文中に盛り込まれているケースは稀であり、現実的にも困難。 ・緊急時の対応を配置医師が行っても、診療報酬上、算定不可のため、無償にて診療を行わざるを得ない。
協力医療機関	・医療を必要とする場合は、契約者の希望により、協力医療機関において診療や入院治療を受けることができるという位置づけであるため、協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではない。
かかりつけ医	・訪問診療対象者以外は、外来通院を想定しているため、日中や夜間・休日の対応は実質的には対応不可。
救急告示病院	・受入要請の経緯、疾病・薬剤情報等が不十分な状態で搬送されるため、対応に苦慮。 ・病状が安定した患者の退院先の確保。
救急隊	・搬送先の選定に苦慮するが多い。

10 介護関連施設等入所(居)者急変時の対応 -他地域における事例紹介-鹿屋市

参考資料1
「救急時の対応及び情報提供カード
作成手順マニュアル」を参照



(3) 退院連携検討専門部会

01 これまでの経緯(課題認識)

- 救急病院間の退院連携は、受入側となる病院の稼働率が高いため、困難。
- 関係する職種の連携が不足しているため、病院から在宅へスムーズに移行できない。
- 入院早期からの退院調整や、退院前カンファレンスの開催が不十分。
- 医療依存度の高い患者の受け入れ体制ができない。

24年度

- ・ 救命救急センターが設置された総合病院の病床稼働率が90%を超え、救急患者を断らざるを得ない状態が継続したため、退院連携検討会を開催し、救急告示病院間の転院連携について検討を実施。
- ・ 救急告示病院は稼働率が高い(季節により変動があるが)ため、現状以上の受け入れは難しく、在宅や介護施設も含めた検討が必要との意見が出された。
- ・ 在宅医療連携拠点事業(医師会)では、退院連携に関する課題が複数挙げられた。

26年度

- ・ 26年度事業で、病院から自宅・施設へ退院する患者に関わる多職種連携について専門部会を設置し協議することについて了承。(7/29協議会)

11/14

- ・ 目的、これまでの会議等で挙げられた意見・課題の共有
- ・ 目標の共有
- ・ 各職種(現場)の課題の共有

02 本部会の目的・目標

-目標と検討事項-

現 状

- 急性期病院から病院・診療所、介護施設、自宅への退院(転院)に際し、療養方針が連携・理解できていない、紹介元が受入を行わない、再度患者の病態が悪化した際に急性期病院が受入を行わない等の課題がある。
- 他機関・他職種がお互いに何を行っているか知らない。

目 標

- 患者・家族が安心して退院後の在宅(自宅等)療養に移行できるよう、「退院支援(連携)」について検討

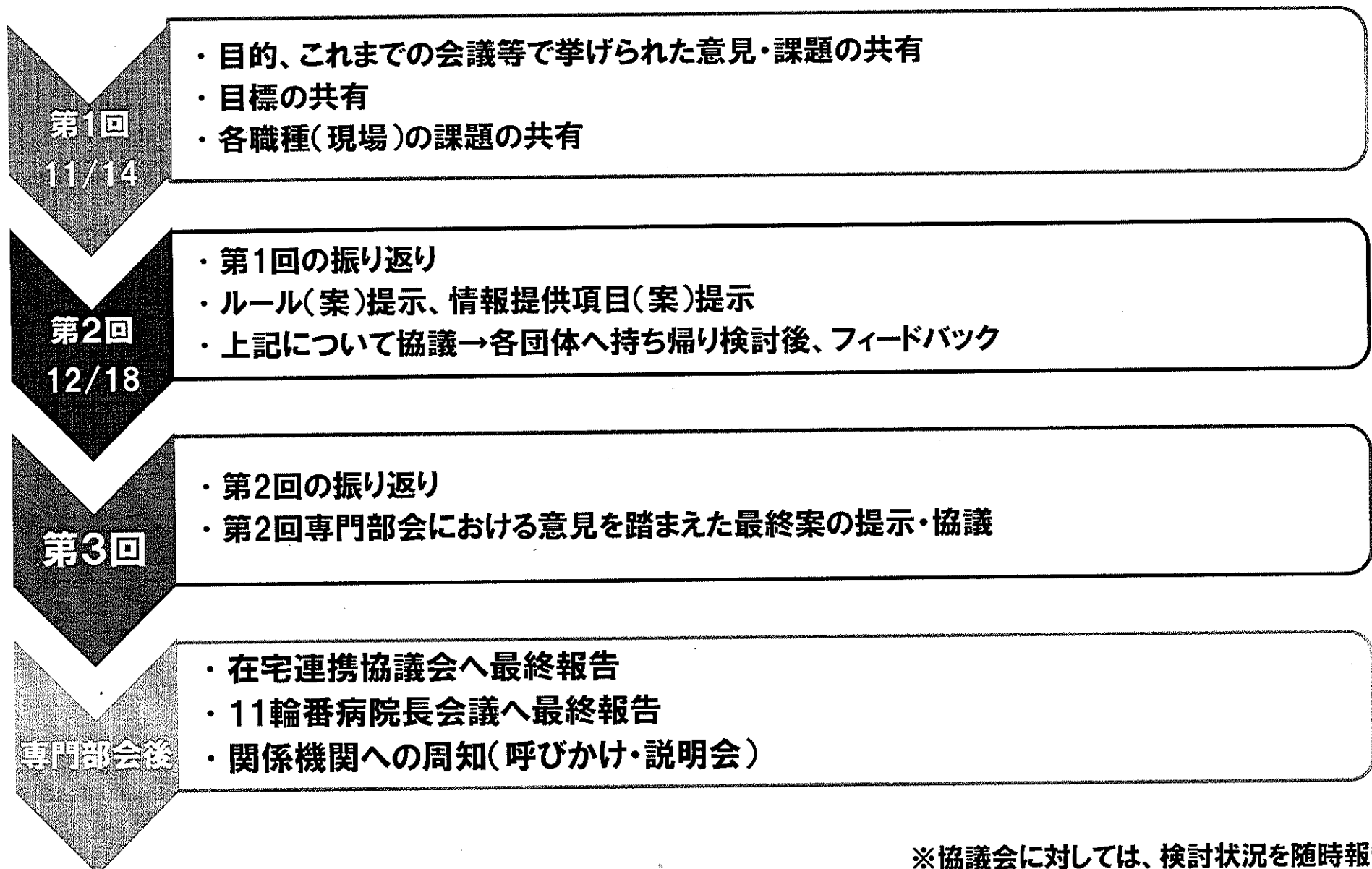


円滑な後方連携を行うためのルールを策定し、関係機関へ周知

検討事項

- 多施設・多職種間での依頼・受入ルールの検討
- 多職種間における連携がうまくいくためには、何が必要であるかを検討

03 検討の進め方



※協議会に対しては、検討状況を随時報告

04 退院連携における地域課題の共有

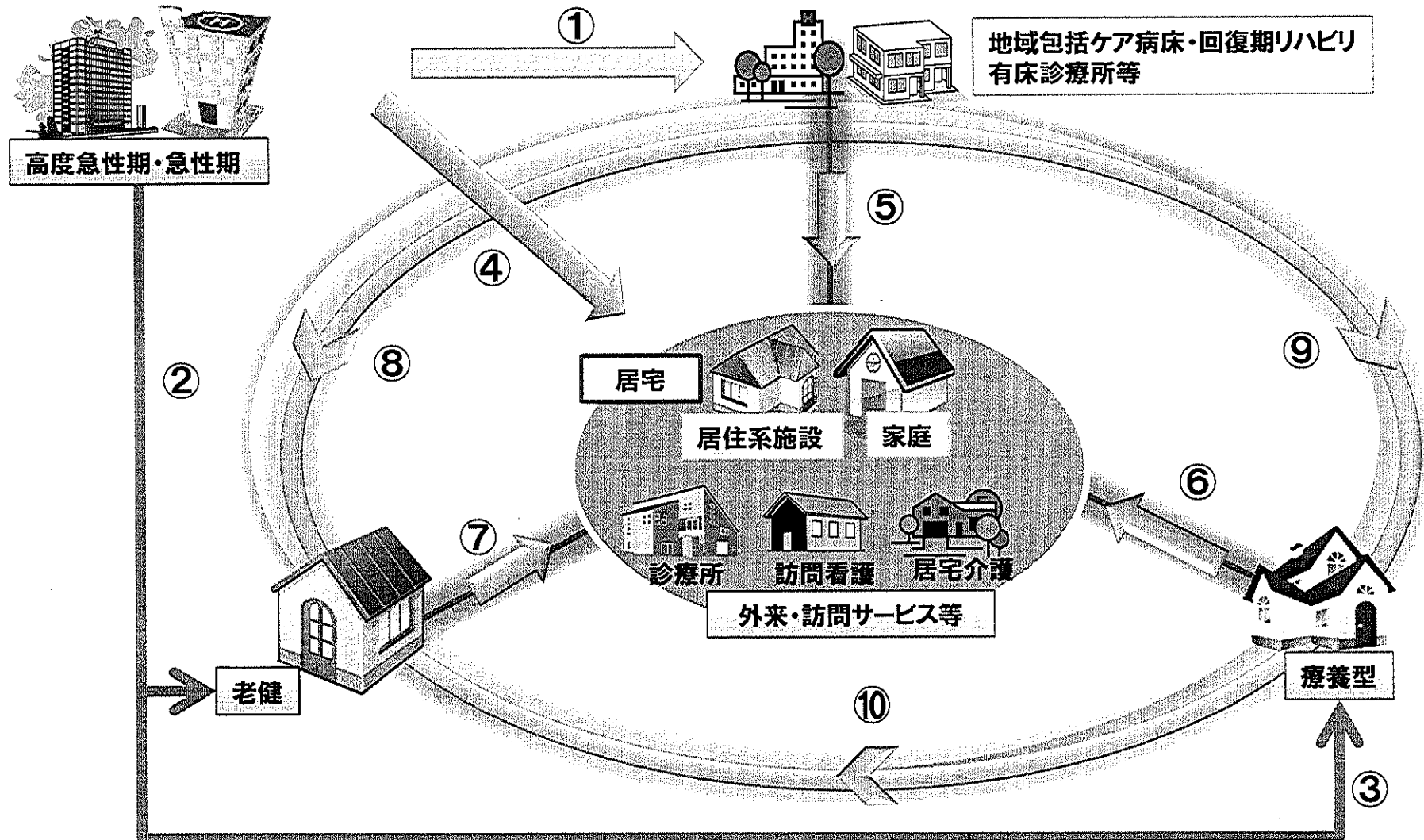
-24年度医師会在宅医療連携拠点事業で挙げられた課題の抜粋-

- 退院前カンファレンスのあり方、ケアマネ・MSWによる関係職種のコーディネート、情報共有不足等の課題が挙げられた。

分類	課題
多職種連携	➤ 病院から在宅に移行した患者については、何かあった場合の受け入れを行って欲しい。 ➤ 多忙な医師との連絡がとりづらくて連携が難しい。 ➤ それぞれの職種の専門性や限界を理解していない。 ➤ 多職種間での役割分担が不明確である。 ➤ 医療側の生活への理解不足。介護側の医療に対する知識の不足。 ➤ 退院前カンファレンスを行い、方針について関係職種が共有する事が重要であるが、その為の時間がとれない。 ➤ 退院前カンファレンスを充実させるためには、時間調整の他に担当のケアマネやMSWが、関係すると思われる職種に声かけを行う事が重要。 ➤ 退院前カンファレンスを全て時間外にボランティアでやるという事は長続きしない。限られた時間内で効率よく実施する為には、あらかじめ関係者で情報を取得した上で、例えば、昼休み等を利用して、できる限り時間内に行う事が望ましい。 ➤ 関係する職種の連携が不足しているため、病院から在宅へスムーズに移行できない。 ➤ 入院早期からの退院調整や、退院前カンファレンスが不十分である。 ➤ 医療依存度の高い患者の受け入れ体制ができない。 ➤ 方針決定プロセスが不透明である。 ➤ 臨床倫理、終末期における抗がん剤や胃ろう造設の適用等についての考え方が統一されていない。
情報共有	➤ 医師や看護師等が扱う医療情報と介護者が扱う生活支援情報は性質が異なるので、その間を取り持つ通訳機能が必要。 ➤ 患者や家族が複数の医療者、介護者に見守られているという実感を抱くことができるような情報共有のあり方が必要 ➤ 情報が分散しているため、共通のアプローチができない。

04 退院連携における地域課題の共有 -退院連携が必要な場面-

以下の①～⑩のうち、連携がうまくいっているケースとそうでないケースを分類し、その要因を明確化し、対応方針を検討していくこととした。



04 退院連携における地域課題の共有 -各立場からの意見- ①

委員から挙げられた主な意見。

立場	意見
4病院	入院時にスクリーニングを行い、退院支援が必要な患者については、必要に応じ院外が多職種を含めたカンファレンスを実施している。 肺炎や心不全、呼吸不全を繰り返す患者、入院時よりADL等の状況に変化があった患者等の受入先(退院先)の確保が困難。特に冬場は市中の病院のベッド稼働率が上がるため、受入先の確保が困難。
地域包括支援センター	退院直前に、介護保険認定が下りていないケースやこれから介護保険申請を行うケースが一番困っている。 退院後の療養方針が明確でないケースや本人・家族が理解していないケースもある。病院が本人や家族とどのような話をし、それを本人・家族がどの程度理解しているかについても共有して欲しい。
介護支援専門員連絡協議会	主治医意見書の記載遅れにより、申請・認定が後ろ倒しとなるため、ケアプランを想定される一番軽い介護度で立てざるを得ない。 主治医意見書を依頼する医療機関の窓口を明確化し、外部に周知して欲しい。 以前はケアマネタイムがあったが近年はそれも無くなっているためケアマネとして医療との連携をどのようにすべきか苦慮している。
老人福祉施設連絡協議会	特定施設入居者生活介護(特養、ケアハウス)は、要介護度5まで入所可能であるが、空きがある状況。医療依存度が高い患者(鼻腔、胃瘻、IVH)は、看護師の人数が少ないため、受入数に制限があるが、それ以外の方であれば受入可能。待機者数は見かけの数値であるので、是非入所の相談を行ってほしい。
グループホーム連絡協議会	グループホームから入院した患者のADLが低下した場合や契約期間が切れた場合の受入が難しい。 また、医療行為が出来ないため、医療依存度が高い患者は受入が難しい。

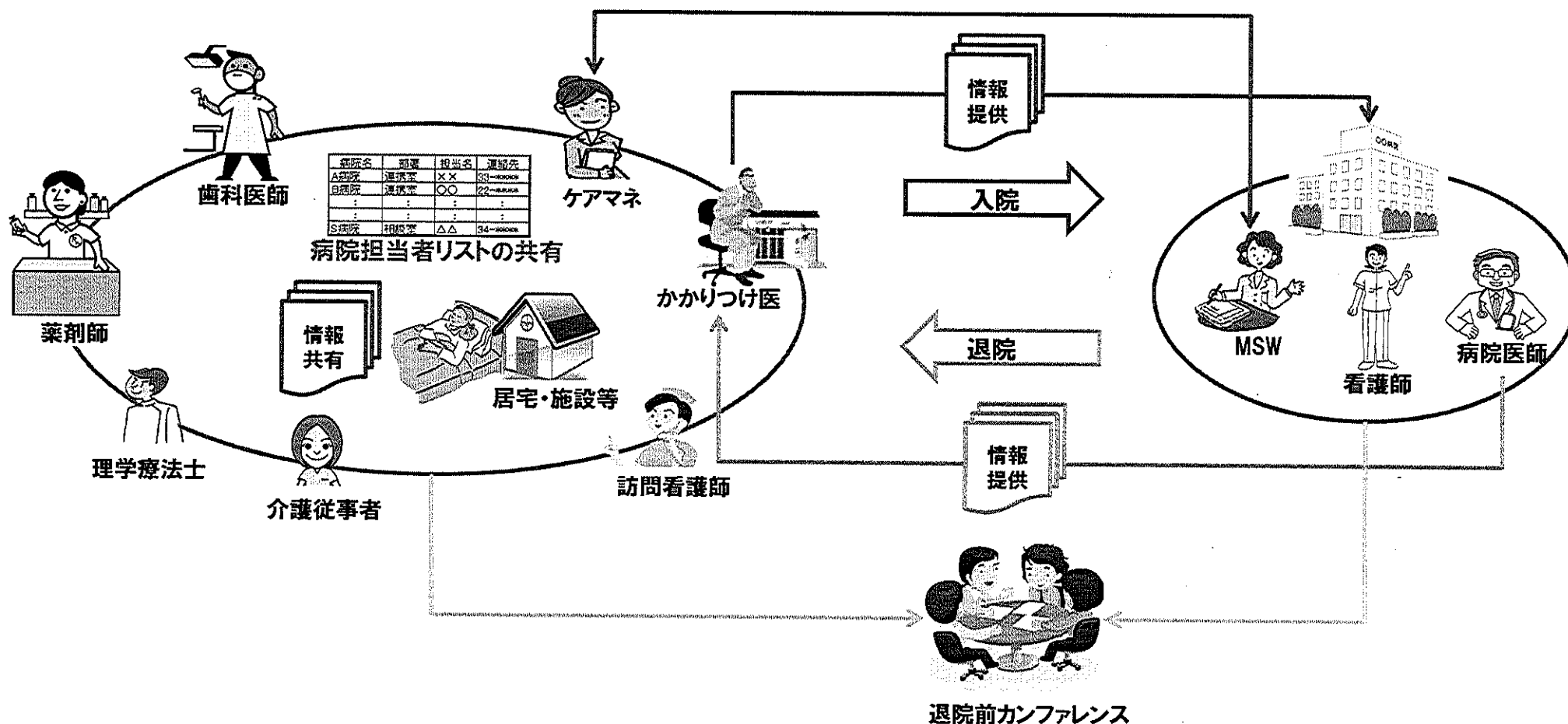
04 退院連携における地域課題の共有 -各立場からの意見- ②

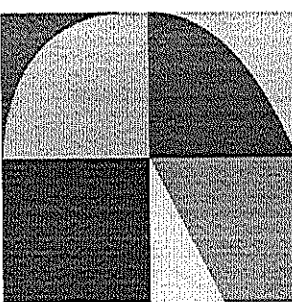
委員から挙げられた主な意見。

区分	意見
訪問看護ステーション	MSWが配置されていない病院との連携は、スムーズにいかないことが多い。病院が提供する情報と在宅で必要とする情報に乖離がある。病院の看護師と在宅の看護師では、視点が違うので、目線合わせが必要。
急性期⇒老健	原則、在宅復帰に向けたリハビリ等を行うための施設であるため、本人の在宅復帰意欲の有無の確認が重要。 医療面では、薬の内容、入所後における医療面でどの位フォローが必要になるかという情報を医療機関からは確実に欲しい。老健にて使用する薬剤は、全て施設の持ち出しとなるため、薬剤費が高額となる患者や酸素吸入が必要な患者は受け入れが難しい。
病院⇒介護付有料老人ホーム	急性期病院退院時に点滴を付けたままのケースがある。このようなケースは、訪問看護を利用することになるが、がん患者以外は、2週間しか点滴が出来ない決まりになっている。2週間以上点滴が必要な患者については、制度を踏まえ、退院日を考慮してほしい。
在宅医療資源	在宅医療を行う医師が限られているため、特定の医師に対する負担が増えている。一人でも多く、在宅医療を行う医師を増やしてほしい。
多職種勉強会に関する広報	多職種勉強会を病院や団体が主催して実施しているが、参加していいのかが分からない。各種勉強会については、多くの団体に広報をお願いしたい。

05 課題解決に向けた検討の方向性 -退院連携のイメージ-

- それぞれの職種の専門性や限界、業務内容等を把握・理解が必要
- 在宅に必要な情報と病院が提供している情報に乖離があるため、提供する情報について整理を行う
- 組織内・間の職種間で情報共有するにあたりボトルネックを抽出し、対応方針について整理を行う
- 各機関の窓口を明確にし、関係機関に周知を行う

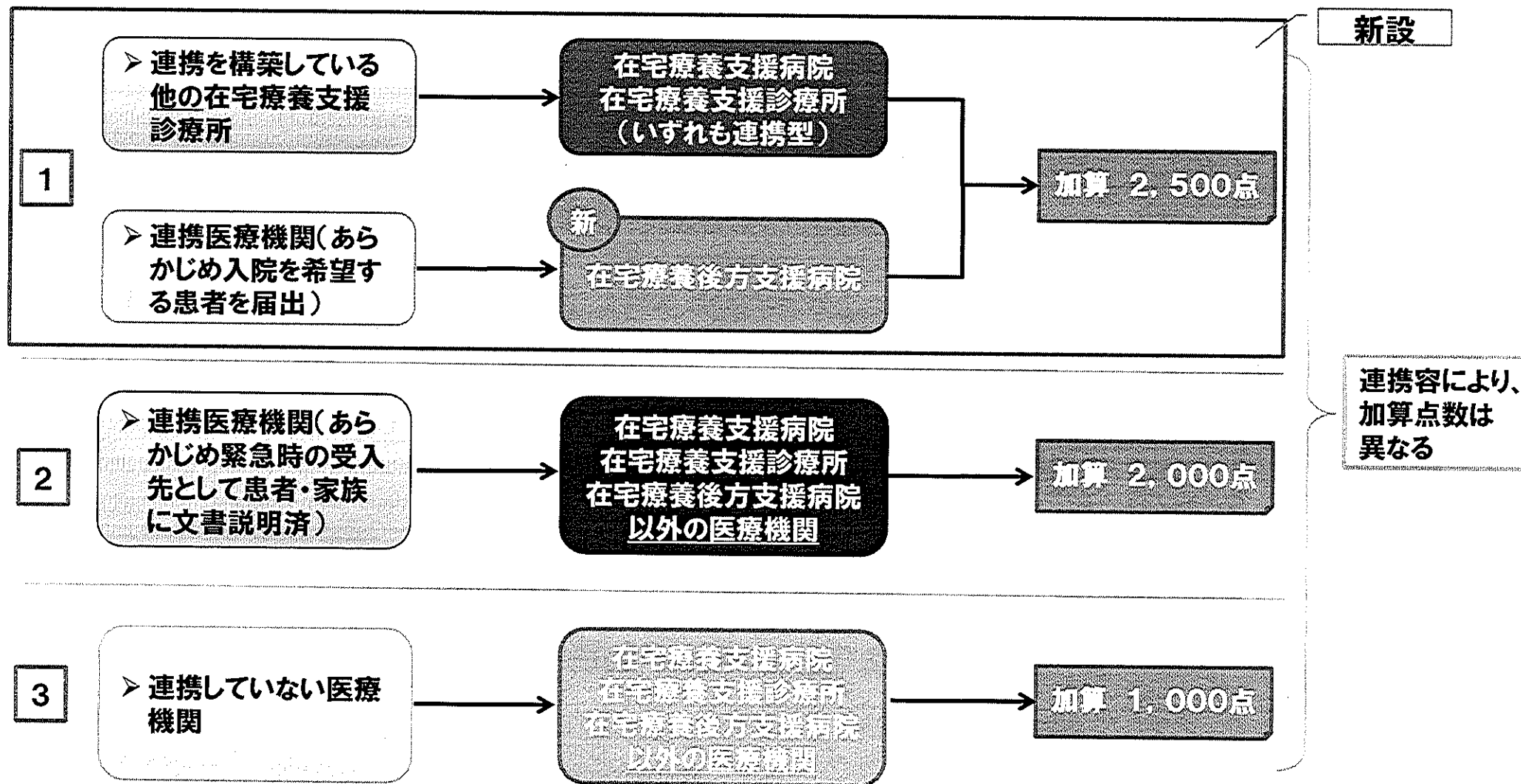




参考資料

診療報酬上の評価 -在宅患者緊急入院診療加算-

- 在宅療養後方支援病院、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の要件を満たし、かつ、あらかじめ急変時等の受入における連携体制を構築することで高い診療報酬の算定が可能。



居住系介護施設アンケート調査結果 -多職種連携について-

Q 利用者の情報について次の関係機関、職種と連携していますか？

●ショートステイ(20/28回答)

	連携の必要無し～ あまりとっていない	ある程度とっている ～よくとっている
医師	7	12
歯科医師	11	8
薬剤師	15	3
NSW	9	10
地域包括	3	16
訪問看護ST	10	7
ケアマネ	0	19

●グループホーム、有料老人ホーム サービス付き高齢者住宅(95/204回答)

	連携の必要無し～ あまりとっていない	ある程度とっている ～よくとっている
医師	4	87
歯科医師	27	64
薬剤師	29	61
NSW	43	46
地域包括	31	59
訪問看護ST	61	27
ケアマネ	10	78

●特養 養護老人ホーム等(18/27回答)

	連携の必要無し～ あまりとっていない	ある程度とっている ～よくとっている
医師	0	17
歯科医師	2	15
薬剤師	7	11
NSW	7	11
地域包括	9	8
訪問看護ST	16	2
ケアマネ	2	15

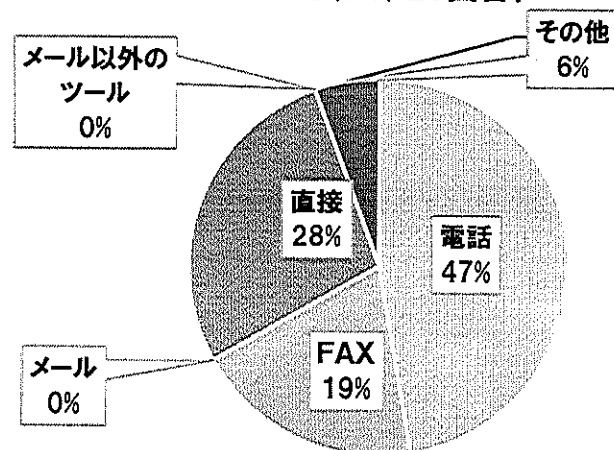
●老健(7/9回答)

	連携の必要無し～ あまりとっていない	ある程度とっている ～よくとっている
医師	1	6
歯科医師	2	5
薬剤師	3	4
NSW	1	6
地域包括	3	4
訪問看護ST	6	1
ケアマネ	0	7

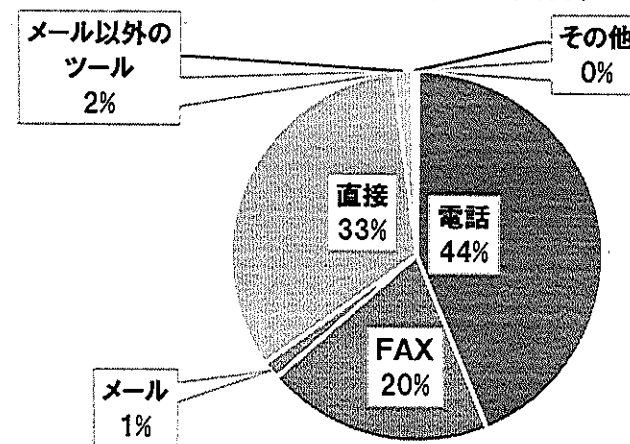
居住系介護施設アンケート調査結果 -多職種連携について-

Q どのような方法で連携をとっていますか？(複数選択)

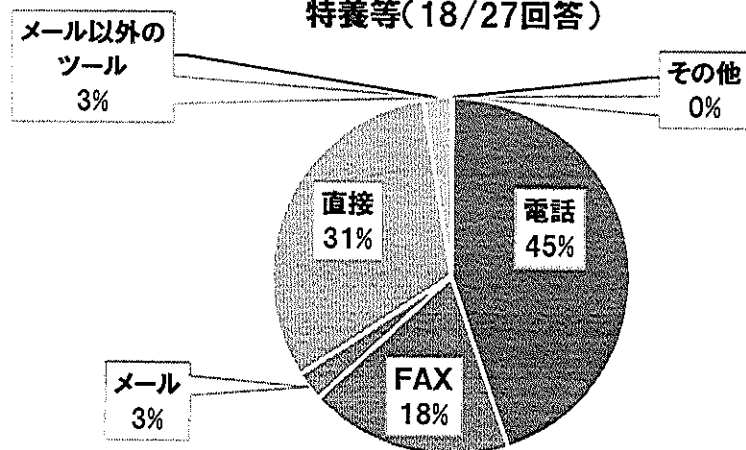
ショートステイ(20/28回答)



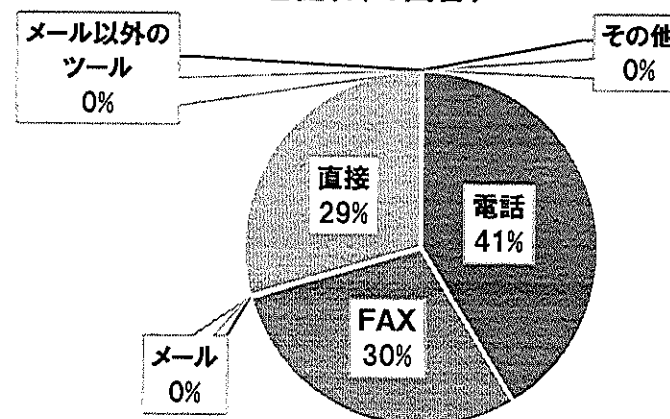
GH、有料老人H、サ高住(95/204回答)



特養等(18/27回答)

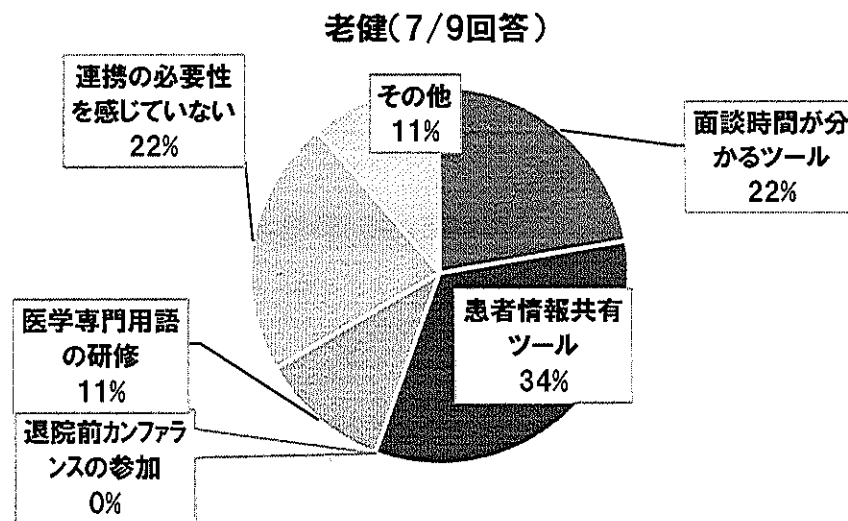
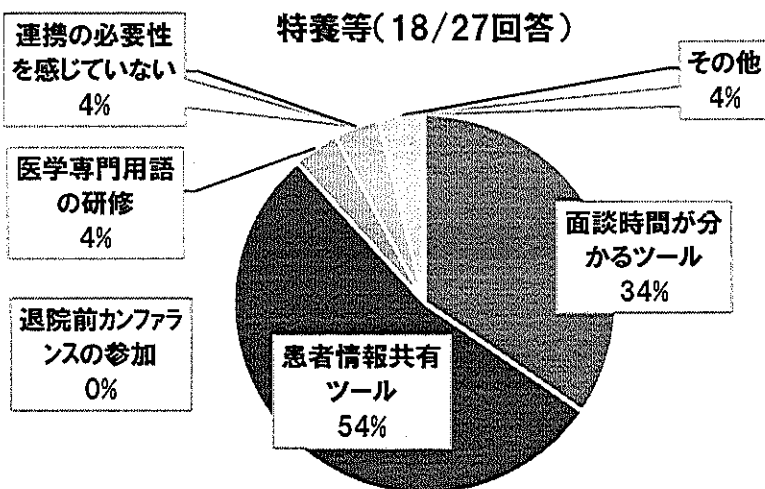
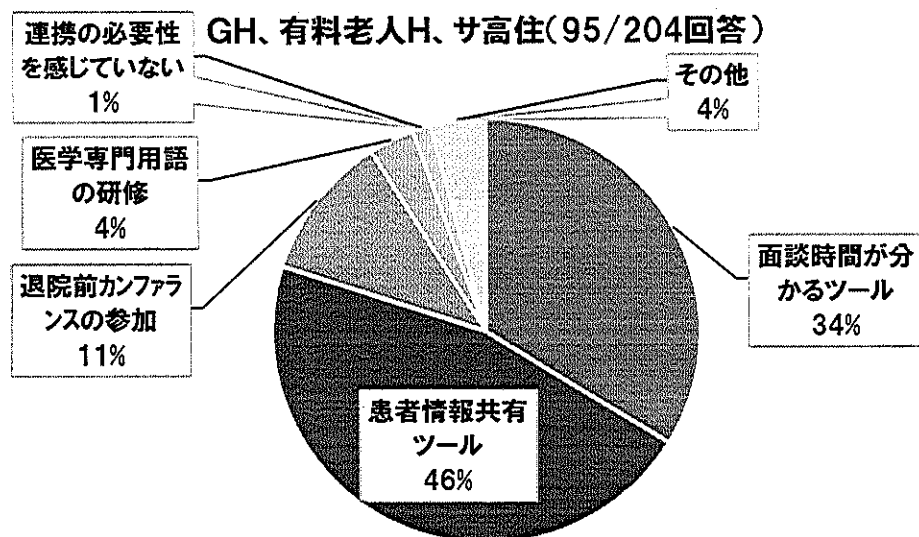
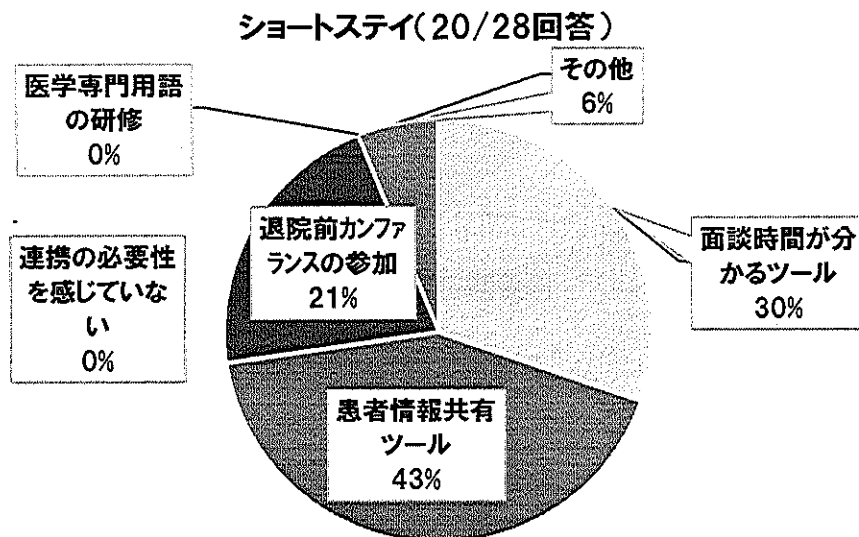


老健(7/9回答)



居住系介護施設アンケート調査結果 -多職種連携について-

Q 病院医師との連携のため効果が高いと思う方法



(1)ー1 平成26年度 長崎県在宅医療連携拠点事業進捗状況(スケジュール)

➤各項目の進捗については別途報告します。

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
●在宅医療連携協議会	●					●本日			●
①-01急変時依頼・受入 検討専門部会				●	●		(●)	(○)予備	↑(報告)
①-02退院連携検討専 門部会					●	●	(●)	(○)予備	
①-03地域別ブロック会 議(多職種連携会議)						※上記2専門部会の方向性が決まり次第			
②-01-001 社会資源の情報共有 (CD-R)		情報整理・構成検討・内容確認・校正・CD-R作成						● 配布	
②-01-002 社会資源の情報共有 (ホームページ)		コンテンツ検討・設計・制作					● (レビュー)	● (開設)	
②-02 患者情報情報共 有方法の検討						事例調査・共有方法検討			
③シンポジウム開催						企画・準備		●	
③多職種研修会						企画・準備			●
④介護サービス利用者 急変時の対応調査		調査票作成・調査・集計			●				

救急時の対応及び情報提供カード

作成手順マニュアル

鹿屋市保健福祉部高齢福祉課

平成 25 年 1 月〇日

目 次

1	目 的	1
2	高齢者入所施設等における救急搬送時の対応の現状と課題	1
	(1) 救急搬送の現状	1
	(2) 福祉施設等からの救急搬送の現状と課題	1
	(3) 現場サイドの現状と課題	1
3	高齢者入所施設等における救急搬送連絡会議の設置	2
	(1) 目的	2
	(2) 協議内容	2
	(3) 連絡会議の構成員	2
4	確認事項	3
	(1) 各関係機関との意見交換の実施	3
5	救急搬送時の対応について	3
	(1) 利用者の発症・受傷が確認された場合	3
6	情報提供カードの作成手順	4
	(1) 事前記載事項について	4
	(2) 119番通報時の記載事項	5
	(3) 観察状況及び応急処置の状況	5
7	「事前記載事項」の個人情報の取り扱いについて	6
8	「かかりつけ医療機関」の定義	6
9	入所者及び家族への情報提供に関する説明書	7
10	救急隊への情報提供カード	9
11	緊急連絡の流れ（参考）	11
12	救急対応のフロー	13
13	消防署からの福祉施設への要望等	14

救急隊が出動するような緊急時では、医療の施し方一つ、情報の錯綜による一分一秒の遅れが、その人の命に大きな影響を与えます。

目 的

近年、介護施設や居住系施設など高齢者入所施設、また、住宅型有料老人ホームを中心とした高齢者住宅が整備され、要援護状態の高齢者の救急搬送が年々増加しています。

そこで、入所（入居）中の要援護高齢者が、速やかにかつ適切に医療機関に搬送できるように高齢者施設等の事業者と大隅肝属消防組合・鹿屋市医師会・鹿屋市が連携し「救急隊への情報提供カード」を作成します。

入所者の緊急事態はいつ起こらないとも限りません。特に、休日・夜間は施設職員が少なくなります。もしもの時に尊いいのちを救うためには、あらかじめ「情報提供カード」に必要なことを記入しておき救急隊に提供することでスムーズな搬送につなげます。

高齢者入所施設等における救急搬送時の対応の現状と課題

1 救急搬送の現状

救急搬送者数は、平成23年度6,014人、うち急病者数が3,392人、急病者のうち65歳以上の搬送者数は2,217人であり、全体の急病者の65.4%を占めた。これは平成22年度に比べ325人増加し、年々増加の状況にあります。

高齢者の傷病程度でみると、軽症者割合が高齢者全体の26.8%を占め、中等症度以上の割合は、73.2%であり、高齢者の搬送は重篤な状況での搬送が多いことがわかります。それに対して、65歳以下の傷病程度は55.8%と半数以上が軽症者であり、高齢者とは異なる傾向にあります。

2 福祉施設等からの救急搬送の現状と課題

- (1) 施設職員の現場の情報収集不足等により、救急搬送要請の経緯や観察状況、日頃の疾病・薬剤情報等が不十分なまま搬送され、搬送先の医療機関の対応に支障が生じたりする事例も多く、また、救急隊の搬送ルートが確保されていない等の課題があります。
- (2) 事業所の増加により、医療的結びつきが浅い事業所にとっては、救急搬送ルールの理解の不十分さや介護職員の知識・技術的未熟さが課題となっています。

3 現場サイドの現状と課題(連絡会議より)

- (1) 居住系施設および住宅型有料老人ホーム施設と、かかりつけ医・協力医療機関との具体的な連携および支援体制が不十分なために、事故や急変時の対応が機能的に連携できていない状況があります。
- (2) 施設独自の情報提供カードがあっても、効果的な活用となっていない状況にあります。
- (3) 高齢者の急変時の対応方法について、理解不足や経験不足により、対応が不十分となっている場合があります。
- (4) 急変時、どこまでが施設で対応できるのか、どのような場合かかりつけ医や協力医療機関・夜間急病センターなどへの電話対応でよいのか、また、救急搬送すべきはどのような状況の場合なのかなど、緊急性の判断について、介護職員の困惑もみられます。

高齢者入所施設等における救急搬送連絡会議の設置

1. 目 的

本会は、高齢者福祉施設等と救急関係機関及び消防署との連携を密にして、救急業務の適正化、潤滑化を図ることを目的としています。

2. 協議内容

- (1) 問題解決のための方策に関すること
- (2) 情報提供シートの作成及び救急搬送のルールづくりに関すること。
- (3) 事業所等への啓発のための取り組みに関すること
- (4) 事業実施後の評価に関すること。
- (5) 在宅介護サービス利用者の救急搬送に関すること

3. 連絡会議の構成員

- (1) 鹿屋市医師会
- (2) 大隅肝属地区消防組合
- (3) 福祉施設関係者(介護福祉施設・地域密着型サービス事業所・有料老人ホーム)
- (4) 保健福祉関係者(介護支援専門員・ヘルパー・訪問看護師・地域包括支援センター・地域医療連携室)
- (5) 公的団体関係者(県保健所・鹿屋市)
- (6) その他連絡会議が必要と認める者

確認事項

1 各関係機関との意見交換の実施

高齢者施設等事業者代表の皆様と連絡会議及び合同会議において、この取り組みの大切さとして以下の点について確認しました。

- ・連絡会議 平成24年11月 8日・30日、12月25日 開催
- ・事業所合同会議 平成24年11月12日 開催

(1) その仕組みづくりを関係者代表による連絡会議を設置し、ルール作りを行うこと。出来るだけ簡素化に。

また、ルール作りは連絡会議を設置して進めること。

(2) 市民の生命に関わることは、関係者全員すなわち自分たちの事とし、出来るだけ早急に取り組むこと。

(3) この取り組みが形骸化しないように、実施後の評価と合わせて、全事業者の足並みを揃えること。

また、取り組みが出来てないところへの対策を講じること。

この取り組みは、事業者にとって最も大切であること。

(4) 情報提供カードの連携を機に施設内での不慮の事故を防止など、日頃からできる対策の事故防止、応急手当などもこの連絡会議で協議し、利用者が安心して過ごせる施設を目指すこと。

救急搬送時の対応について

1 利用者の発症・受傷が確認された場合

- (1) 施設ごとに作成されている「救急時の対応マニュアル」にもとづき対応する。
- (2) 応急処置や観察を行い、まずは、かかりつけ医や協力医へ連絡し対応についての指示を得る。
- (3) 119番通報を行い救急搬送しなければならないと判断した場合は、あらかじめ記入されている「救急隊への情報提供カード」に、119番通報時の記載事項に沿って必要事項を記入する。
- (4) 救急隊に状況報告し、対応の指示にもとづき、救急隊到着までの対応を行う。
- (5) 救急車の搬送ルートの確保を行う。
- (6) 救急隊到着までに、大きな状況変化があった場合は、追加連絡する。
- (7) 救急者へ同乗する場合は、「情報提供カード」及び利用者の状況がわかる記録等を持参する。
- (8) 医療機関へ着いたら、職員は医師や看護師等と連絡できる体制で病院内で待機し、必要な情報提供や指示を受ける。

情報提供カードの作成手順

1 事前記載事項について

(1) 記載時期

①最初の作成時期：入所時のアセスメント時に得られた情報をもとに必要事項を記入する。

②2回目以降の情報更新

・6ヶ月毎に情報の更新を行う。

・入所中、事故や入院等利用者の状況に変化があった場合は情報の更新を行う。

(2) 確認の有無

救急搬送時の情報提供カードに関する説明行ったことの確認と、確認日、誰に
対し説明および確認を行ったかを記入する。

(3) 生年月日・年齢・性別

年齢は記入日時の年齢とする。

(4) 住所

①入所施設に住所を異動している場合は「施設に同じ」に☑をする。

②住所地が施設以外の場合住所欄に記入する。

(5) 病歴等

現在治療中の病気やケガの内容を記入する。感染症の有無は該当に○をし、病名
を記入する。

(6) 既往歴

これまでの既往歴を記入する。

(7) 常用服用薬

現在処方されている薬（外用薬も含む）。お薬手帳の写しや、薬剤情報の写しで
もよい。

(8) かかりつけ医

かかりつけの病院名、所在地、担当医師名、電話番号を記入する。

(9) 注射

通院や訪問等により点滴や注射等を行っている場合は、「有」に○をし、その内
容を記入する。

(10) アレルギー

アレルギーと診断されていなくても、これまでに食事や環境によりアレルギー反
応があったものを記入する。

(11) ADL

日頃のADLについて記入する。入所者の状況に応じて該当するものに○をする。

(12) 救急発生時の連絡確認欄

病院到着後、病院スタッフより家族同乗の有無と同乗がない場合の家族の連絡状
況を確認されるので、救急通報発生時に確認し記入しておく。

2 119番通報時の記載事項

(1) 発症（受傷）の目撃

目撃していた場合は、時刻を記入する。

(2) 普段の状態の最後の確認

発症（受傷）の前に日頃の状況として最後に確認できていた時間を記入する。

(3) 日常生活

通報時の「会話」や「歩行」の状況を該当するものに○をする。

(4) 発症又は発見時の状況

時系列に状況を記入する。

(5) 症状等

該当する状況に☑をする。

(6) 最後の食事

食事時間を記入する。

(7) 病院手配

①救急隊到着前にかかりつけ医の選定する病院が手配済みであれば、搬送が迅速に行えるため、救急発生時に、かかりつけ医に傷病者状況を伝えその判断を仰いでおく。

②かかりつけ医による判断により、専門病院への搬送を指示される場合がある。主治医から専門病院医師の連絡があれば救急隊からの依頼より、病院の受け入れの可能性が高い場合があるので、「結果」について記入する。

3 観察状況及び応急処置の状況

(1) 意識レベル・呼吸回数・脈拍・血圧・体温

わからない場合は、意識の「有・無」、呼吸・脈拍の「早い・遅い」など記入しておく。

※最低限この5項目については、対応し記入すること。

(2) 瞳孔

左右の瞳孔の状況を観察し記入する。

(3) SPO2（血中酸素飽和度）

酸素投与前、投与後の測定値を記入する。

(4) 救命措置

何らかの救命処置を行った場合、その内容に○をつけ、開始した時間を記入する。

(5) AEDの使用

AEDを使用した場合の開始時間、ショックの実施（回数）を記入する。

(6) その他の処置

固定・止血・冷却・静脈路それぞれ行った場合に開始時間を記入する

(7) その他

- ①短い時間でできることに限りがあることから、介護職としてできる範囲で行った内容を記入する。
- ②書けない場合は(1)の項目のみ記入する
- ③多数の職員で対応できる場合等は、できるだけ応急処置を行い、観察した内容を記入する。

「事前記載事項」の個人情報の取り扱いについて

1 「情報提供カード」作成に関する利用斜塔への周知

事前記載事項の個人情報は、情報提供カードの有無にかかわらず、救急搬送発生時に救急救命活動を速やかに行うために必ず提供する情報であることから、本人に情報提供する必要性の理解を得ておくこと。

(1) 事前情報

生年月日・年齢・住所の記入。

(2) 119番通報時の記載事項

「情報提供カード」作成手順により記入。

「かかりつけ医療機関の定義

提供カードで使用する「かかりつけ医療機関」とは、過去1年以内に、現在現れている病状・病態等と関連する疾病で当該医療機関の当該診療科に受診したことがある医療機関をいいます。

「入所者の尊いのちを救うために」

救急搬送時における救急救命活動に関する情報提供への御理解・御協力をお願い

近年、介護施設や居住系施設など高齢者入所施設、また、住宅型有料老人ホームを中心とした高齢者住宅が整備され、要援護状態の高齢者の救急搬送が年々増加してきています。

そこで、入所（入居）中の要援護高齢者が、速やかにかつ適切に医療機関に搬送できるように高齢者施設等の関係機関が連携し「救急隊への情報提供カード」を作成しました。

入所者の緊急事態はいつ起こらないとも限りません。特に、休日・夜間は施設職員が少なくなります。もしもの時に尊いのちを救うためにはあらかじめ「情報提供カード」に必要なこと（「常用服用している薬」「現在治療中の病気やケガ」「かかりつけ病院」「緊急連絡先」「救急搬送を要請するに至った理由」など）を記入しておけば、救急隊は的確に情報を知ることができスムーズな搬送につながります。

【活用方法】

施設利用者様の情報を市の定める「情報提供カード」に記入保存し、入所（入居）中に救急搬送の必要な状況になった場合における救急救命活動が迅速に対応されるよう活用していきます。

【情報更新】

できるだけ最新の情報を提供できるよう、6ヶ月ごとに情報の更新を行い、かかりつけ医・施設の協力医療機関ともに連携しながら救急時の対応を行ってまいります。

【使用範囲】

入所施設から救急隊と搬送先の医療機関に提出し、救急業務以外には使用しません。

御家族の皆様におかれましては、なにとぞ趣旨のご理解をいただきご協力いただきますようお願いいたします。

※ 個人情報保護等により提供できないと判断した場合は、申し出ていただきますようお願いいたします。「救急搬送を要請するに至った理由」など最低限の情報の提供とします。

平成 年 月 日

施設名
連絡先
施設長

※ 「情報提供カード」裏面へ

様

〇〇施設長

「入所者の尊いいのちを救うために」

救急搬送時における救急救命活動に関する情報提供について(お願い)

ご家族の皆様におかれましては、当施設の運営については、かねてから格別な御配慮をいただいております。深く感謝申し上げます。

さて、近年、介護施設や居住系施設など高齢者入所施設、また、住宅型有料老人ホームを中心とした高齢者住宅が整備され、要援護状態の高齢者の救急搬送が年々増加してきています。

そこで、入所(入居)中の要援護高齢者が、速やかにかつ適切に医療機関に搬送できるように高齢者施設等の関係機関が連携し「救急隊への情報提供カード」を作成しました。

入所者の緊急事態はいつ起こらないとも限りません。特に、休日・夜間は施設職員が少なくなります。もしもの時に尊いいのちを救うためにはあらかじめ「情報提供カード」に必要なこと(「常用服用している薬」「現在治療中の病気やケガ」「かかりつけ病院」「緊急連絡先」「救急搬送を要請するに至った理由」など)を記入しておけば、救急隊は的確に情報を知ることができスムーズな搬送につながります。

御家族の皆様におかれましては、なにとぞ趣旨のご理解をいただきご協力いただきますようお願いいたします。

※ 個人情報保護等により提供できないと判断した場合は、申し出ていただきますようお願いいたします。「救急搬送を要請するに至った理由」など最低限の情報の提供とします。

【活用方法】

施設利用者様の情報を市の定める「情報提供カード」に記入保存し、入所(入居)中に救急搬送の必要な状況になった場合における救急救命活動が迅速に対応されるよう活用していきます。なお、最新の情報を提供できるよう、6ヶ月ごとに情報の更新を行います。

【使用範囲】

入所施設から救急隊と搬送先の医療機関に提出し、救急業務以外には使用しません。

施設名
連絡先
担当者

※ 「情報提供カード」裏面へ

救急隊への情報提供カード										以上については、年 月 日現在の情報です。											
【事前記載事項】：ご利用者ごとに事前に記載しておいてください。																					
施設名				確認の有無				有・無		確認日		/ /		説明を聞いた人 ()							
フリガナ								年 齢		歳		性 別		男・女							
氏 名																					
Tel								生年月日		M・T・S・H		年 月 日									
住 所														□：施設に同じ							
病歴等				現在治療中の病気・ケガ (感染症 有・無 病名)								既往歴									
常用服用薬				注射				有・無		血液型		O・A・B・AB 型 RH(+・-)		アレルギー ()							
かかりつけ病院名								(電話)		ADL		歩行(全介助・一部介助・見守り・自立) 食事(全介助・一部介助・見守り・自立) 排泄(全介助・一部介助・見守り・自立)									
担当医師名																					
緊急連絡先				氏名				続柄		Tel											
(家族等)				住所								救急発生時の連絡確認欄									
												連絡 済・未									
【119番通報時の記載事項】：本日救急搬送を要請するに至った理由などを記載してください。																					
発症(受傷)を目撃しましたか？										はい(日 時 分頃)・いいえ											
普段の状態を最後に確認したのはいつですか？										日 時 分頃											
日常生活 会話 可能・一部可能・不可										歩行 全介助・一部介助・見守り・自立											
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など										☐ ：顔面蒼白 ☐ ：嘔気・嘔吐 ☐ ：頭痛 ☐ ：胸痛 ☐ ：発熱 ☐ ：冷や汗 ☐ ：けいれん ☐ ：失禁 ☐ ：呼吸苦 ☐ ：イビキ呼吸 ☐ ：上手くしゃべれない ☐ ：麻 痺 () ☐ ：その他 ()											
最後の食事： 時 分頃																					
病院手配 1件目		病院名				選定理由				結果		受入可 不可理由 不可 ()									
病院手配 2件目		病院名				選定理由				結果		受入可 不可理由 不可 ()									
観察状況及び応急処置が分かる範囲で記入																					
意識レベル		有 無		呼吸回数		回/分		脈 拍		回/分											
血 圧		mmHg		体 温		度		瞳 孔		右()・左()											
Spo2		酸素投与前		%		酸素投与		ℓ →		SPO2		%									
救命処置		心肺蘇生・胸骨圧迫のみ・人工呼吸のみ										開始時刻		時 分							
AEDの使用		開始時刻		時 分		ショックの実施		有・無 (回)		時 分											
その他の処置		固定		時 分実施		止血		時 分開始		時 分実施											
		冷却		時 分開始		静脈路		時 分実施		時 分実施											
記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。																					

救急隊への情報提供カード										記入例	
以上については、25年1月8日現在の情報です。											
【事前記載事項】 ：ご利用者ごとに事前に記載しておいてください。											
施設名	住宅型有料老人ホーム かのや			確認の有無	☒ 有 ☐ 無		確認日	24/1/10		説明を聞いた人 (長男)	
フリガナ	カノ ヤタロウ			年齢	78歳		性別	☒ 男 ☐ 女			
氏名	鹿屋 太郎			生年月日	M・T・ ☒ S・H		9 年 11月 1 日				
Tel	43-0111										
住所	鹿屋市共栄町〇番〇号							☑:施設に同じ			
病歴等	現在治療中の病気・ケガ (感染症 有 ☒ 無 ☐ 病名) アルツハイマー型認知症 心疾患					既往歴 脳梗塞(左半身麻痺)					
常用服用薬	別添資料参照			注射	有 ☐ 無 ☒		血液型	O ☒ A ☐ B ☐ AB 型 RH ☒ + ☐ -			
							アレルギー	有 ☐ 無 ☒			
かかりつけ病院名	申良クリニック			(電話 43-2222)		ADL	歩行(全介助・ 一部介助 ・見守り・自立) 食事(全介助・ 一部介助 ・見守り・自立) 排泄(全介助・ 一部介助 ・見守り・自立)				
担当医師名	佐藤 篤志										
緊急連絡先	氏名	鹿屋 郁夫		続柄	長男		Tel	自宅43-1111(携帯090-1234-5678)			
(家族等)	住所	鹿屋市申良町岡崎〇〇番地		救急発生時の連絡確認欄		連絡		☒ 済 ☐ 未			
【119番通報時の記載事項】 ：本日救急搬送を要請するに至った理由などを記載してください。											
発症(受傷)を目撃しましたか？				☒ はい ☐ いいえ		8日 18時 40分頃					
普段の状態を最後に確認したのはいつですか？				8日 18時 30分頃							
日常生活	会話	可能・一部可能・ ☒ 不可		歩行	全介助・ ☒ 一部介助・見守り・自立						
発症または発見時の状況、主な訴えや症状など 夕食後リビングで休んでいた。 音に気づき、あおむけで取れているのを発見。 頭部を台所の壁にもたれた状態で頭部から多量出血あり。 呼びかけに反応あり。会話不可のため反応のみ。 痛みの訴えなし。 安静を保ち止血。				☐顔面蒼白 ☐嘔気・嘔吐 ☐頭痛 ☐胸痛 ☐発熱 ☐冷や汗 ☐けいれん ☐失禁 ☐呼吸苦 ☐イビキ呼吸 ☐上手くしゃべれない ☐麻痺() ☒その他(頭部出血) ☐							
最後の食事： 17時 30分頃											
病院手配 1件目	病院名	申良クリニック		選定理由	かかりつけ医		結果	☒ 受入可 ☐ 不可理由 (頭部打撲のため脳外科受診の必要あり。)			
病院手配 2件目	病院名			選定理由			結果	☐ 受入可 ☐ 不可理由 ()			
観察状況及び応急処置が分かる範囲で記入											
意識レベル	☒ ① ☐ 無		呼吸回数	ふつう 回/分		脈拍	不明 回/分				
血圧	不明 / mmHg		体温	36 度		瞳孔	右()・左()				
Spo2	酸素投与前 %		酸素投与	ℓ → SPO2 %							
救命処置	心肺蘇生 ☒ 胸骨圧迫のみ・人工呼吸のみ					開始時刻	時 分				
AEDの使用	開始時刻	時 分		ショックの実施	有 ☒ 無 ☐ (回)		時 分				
その他の処置	固定	時 分実施		止血	時 分開始						
	冷却	時 分開始		静脈路	時 分実施						
記載していただいた事項は、救急業務以外には使用いたしません。											

緊急連絡の流れの（参考）

■看護師呼び出しの場合

1. (夜勤) CW→待機看護師→医師
2. 待機看護師→家族

■緊急搬送時

※利用者が事故、病気などで医療判断が必要と考えられるケースについては(夜間)待機看護師に連絡して指示を仰ぐこと。

(意識レベルに混濁がなく、生命の危険性が差し迫っていないと判断できる場合であっても、看護処置あるいは医療上の判断が必要な場合は、看護師への連絡を怠ってはならない。連絡が必要か不要か判断に迷う場合は、連絡して指示を仰ぐことを優先する。)

1. (夜勤) CW→待機看護師(看護師の指示に従い、緊急搬送要請)

- 待機看護師に詳しく状態報告すること

例：顔色・意識状態・呼吸状態・バイタル(熱・血圧・SP02)

- 状態不良の時は血圧聴取できないことがあるため、血圧測定2～3回程行い聴取不可の時は、そのように待機看護師に伝える。ただし、緊急性に応じて生命の危険が差し迫っている場合は速やかに救急車出動要請を行う。

2. (夜勤) CW→救急車出動要請

- 1) 119に電話をかけ、「救急車お願いします」と、伝える

例：性別・年齢・容体(状況・意識の有無・出血部位等)等を報告

- 2) 住所、電話番号を伝える

住所：鹿屋市本町共栄町20番1号 ○○○ホームです。電話：00-1111

- 3) 「○○玄関をお願いします」と伝える ※デいの玄関に行く恐れあるため、しっかり伝えること

3. 夜勤CW→家族に連絡

【1】○○○ホーム「介護職員 ○○です。」

【2】「△△さん(対象者氏名)ですが、～時頃より～で、これから救急車で病院に向かいます。」

【3】「行き先の病院が決まっていないので、決まり次第、電話報告します。」(一度、

電話を切る)

【病院決定時】「■■病院へ向かいますので、ご家族の方も向かっていただけますか。」

※家族が、遠方等で病院に来られない場合もある。家族が来られるかどうかを、病院に行った、当園待機看護師に伝える

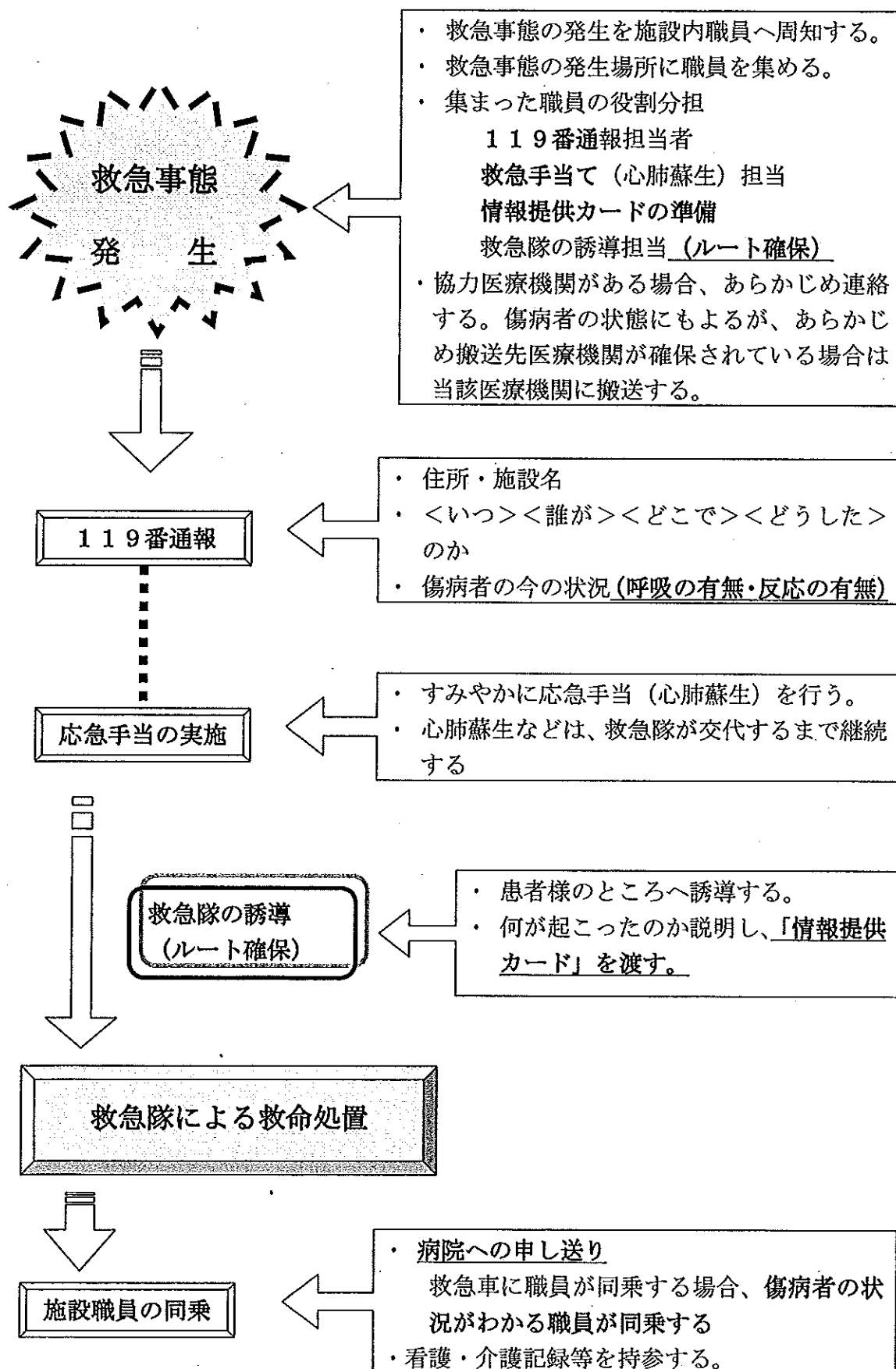
4. 救急隊員到着まで経過（状態）を観察し、到着後報告、夜勤CWは、同行する

※ 欠員のサポートとして当日待機CWが入る

搬送先病院到着後・対象者 情報提供カードコピーを、救急隊に渡す。

○搬送までの経過を、救急隊及び病院のスタッフに説明する。

救急時の対応フロー



消防署からの福祉施設への要望等

1. 救急隊到着までの間に情報提供をカードコピーし用意しておいてほしい。
 - 提供カードは搬送先の医療機関に引き継ぎます。
 - 医療機関は責任を持って破棄又は施設側に返却する。
2. 嘱託医・協力病院・かかりつけ病院がある場合は、施設側から搬送先に事前に連絡してもらえると、搬送時間の短縮に繋がります。
3. 状況のよく分かる方に同乗してもらいたい。時々、入所者の状態をよく把握されていない方が同乗され、状況聴取に手間が掛かります。
4. 夜間等で状況が把握できていない場合は、救急隊到着までに電話等により出来ている方から状態を把握しておいて下さい。
5. 状況に応じた現場活動につなげるために、救急要請後に様態変化があったら、119番へ連絡して下さい。
 - 通報時には「意識なし、呼吸あり」とのことであったが、現場到着時には心肺停止状態という事案があった。
6. 救急隊が到着してから搬送の準備をするために、ストレッチャーが入るスペースの確保等を行って下さい。

福祉施設からの搬送においては、中等症・重症等が多く、救急隊の要望を全てクリアするのは困難と思われますが、要望の1・2を最低限していただくことによって搬送がスムーズに行えると思います。

〒893-8501

鹿児島県鹿屋市共栄町20番1号

鹿屋市保健福祉部高齢福祉課

介護保険係

TEL 0994-43-2111

FAX 0994-41-0701