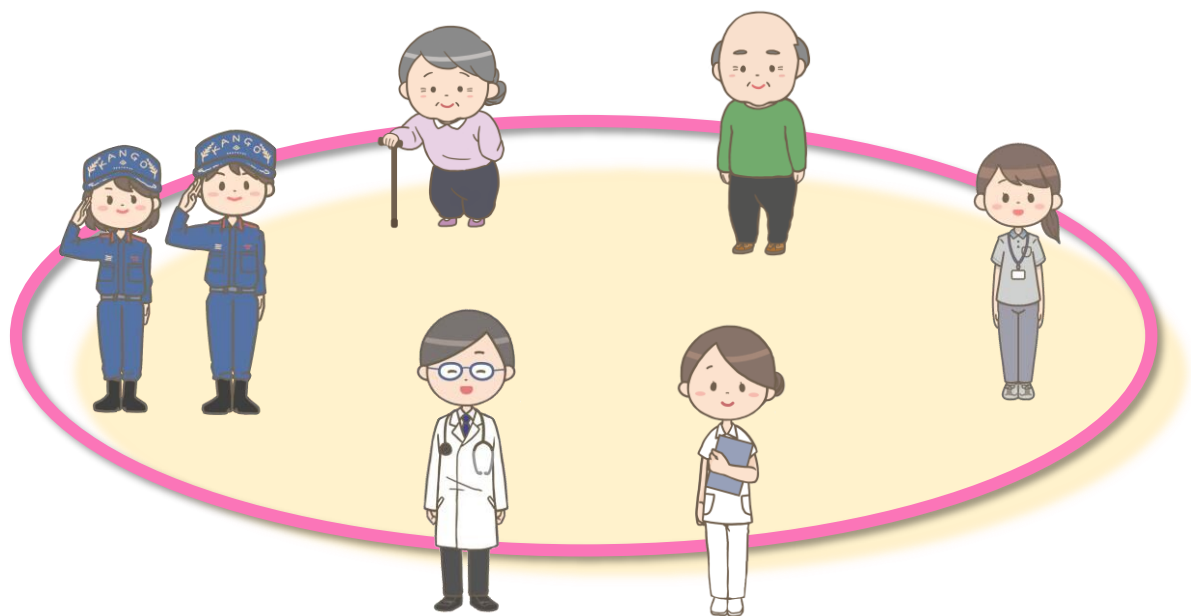


朝霞地区・急変時対応の手引き

～高齢者施設版～

《四方(本人・介護・消防・医療)良しの急変時対応》



令和7年7月

朝霞市・志木市・和光市・新座市・(一社)朝霞地区医師会・
埼玉県南西部消防局・埼玉県朝霞保健所

作成:朝霞地区在宅医療・介護連携推進会議
急変時対応検討ワーキンググループ



目 次

| | |
|--|----|
| 作成に至った思い | 1 |
| これ、救急車要請していいの? | 2 |
| 救急要請時の流れ(フローチャート) | 3 |
| どんなことを聞かれるんだろう..... | 4 |
| 救急隊・医療機関への情報提供書(A票)..... | 5 |
| 救急隊・医療機関への情報提供書(A票)記入例 | 6 |
| 救急要請シート(B票) | 7 |
| 救急要請シート(B票)記入例..... | 8 |
| 救命救急医から施設職員の皆様へ | 9 |
| 朝霞地区・急変時対応の手引き～高齢者施設版～の ダウンロード方法・急変時対応検討ワーキンググループ メンバー表・問合せ先 | 10 |

作成に至った思い

我が国は、世界に先駆けて高齢化が進んでおり、高齢者人口はまだまだ2040年くらいまでは増加していく見込みです。

そんな状況で、コロナ禍はもちろん、地震や水害など災害時には弱者となるのも高齢者でした。一方、医療体制は、国民皆保険制度の維持と現役世代への負担軽減という点を最優先とする政策が進み、医療資源を無駄なく、効率よく利用していることが課題となっています。

今回、朝霞地区医師会は4市の担当者、医療機関、施設担当者、保健所、消防の救急担当者の皆さんをメンバーに、高齢者の急変時にいかに的確で効率的に病院へ搬送し医療につなげるかを検討してきました。

まずは、施設入所されている高齢者を対象に、救急隊・医療機関への情報提供書と、救急要請シートの2つのツールを作りました。是非とも利用いただき、スムーズな搬送に役立てていただきたいことはもちろん、今後の改定にもご意見をいただけたら幸いです。そして医療機関との連携が進めば、急性期治療の終わった患者さんを素早く施設に戻すことが可能になると考えます。

医療資源が潤沢とは言えない状況はこれからも継続していくと考えます。この限られた医療資源を有効に使うことが、地域包括ケアであり連携と考えます。医療機関としても、施設の皆さんと顔の見える関係となれば、退院調整もスムーズに進むこととなるでしょう。それは、この地域全体が、病院であり、家であり、医療空間であるということになります。

その基盤として、患者さんの情報の共有がインフラとして必要になってくると思います。今後の医療のDX化に期待するところが大きいのですが、まだまだ発展途上です。

そして、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、いわゆる「人生会議」)の導入とそれに基づいたDNAR(Do Not Attempt Resuscitation:蘇生措置拒否)オーダーも定着しているとは言えません。そのため今回作成したツールには、ACPとDNARオーダーを反映しておりませんが、早急に検討し普及を図ることが、医療資源の効率的利用という観点からも、なによりご本人のためにも重要であると信じます。


皆さん、よろしくお願いいたします。

朝霞地区在宅医療介護連携推進会議委員長
急変時対応検討ワーキンググループリーダー
浅井 彰久
(TMG サテライトクリニック朝霞台 在宅医療部)

これ、救急車要請していいの…？

どのような症状・状態で救急車を要請したら良いのか判断に迷った場合
 下図は総務省消防庁が作成した救急車利用リーフレット(高齢者版)です。
 突然のこんな症状の時にはすぐ119番要請！！

高齢者



顔

- 顔半分が動きにくい、しびれる
- 笑うと口や顔の片方がゆがむ
- ろれつがまわりにくい
- 見える範囲が狭くなる
- 周りが二重に見える

頭

- 突然の激しい頭痛
- 突然の高熱
- 急にふらつき、立ってられない

胸や背中

- 突然の激痛
- 急な息切れ、呼吸困難
- 旅行などの後に痛み出した
- 痛む場所が移動する

手・足

- 突然のしびれ
- 突然、片方の腕や足に力が入らなくなる

おなか

- 突然の激しい腹痛
- 血を吐く

意識の障害

- 意識がない(返事がない)又はおかしい(もうろうとしている)

けいれん

- けいれんが止まらない

けが・やけど

- 大量の出血を伴うけが
- 広範囲のやけど

吐き気

- 冷や汗を伴うような強い吐き気

飲み込み

- 物をのどにつまらせた

事故

- 交通事故や転落、転倒で強い衝撃を受けた

◎その他、いつもと違う場合、様子がおかしい場合◎
 高齢者は自覚症状が出にくい場合もありますので注意しましょう。

引用：総務省消防庁 HP

迷ったら「**囑託医**」や「**#7119**」に相談しましょう！

2

救急要請時の流れ(フローチャート)

緊急事態(急病人等)発生

【主な役割分担】

- ☆119番をする人
- ☆応急手当(心肺蘇生)をする人
- ☆AEDを取りに行く人
- ☆救急隊を誘導する人

※ 救急隊・医療機関への情報提供書(A票)及び救急要請シート(B票)を準備してください。

119番通報



【主な聴取内容】

- ☆傷病者情報
住所、名前、年齢、性別、救急要請した状況など
- ☆指令員が、必要に応じ口頭指導を行います。

※ まず落ち着いて、ゆっくり、はっきりと指令員の問いかけに答えてください。

応急手当の実施

- ☆速やかに応急処置(AEDを使用した心肺蘇生法等)を行ってください。
- ☆胸骨圧迫は、到着した救急隊に引き継ぐまで継続してください。

P4の「どんなことを聞かれるんだろう」参照

救急隊の誘導

- ☆傷病者のところへ誘導してください。
- ☆状況を説明してください。
- ☆保険証・資格証明書・マイナ保険証を確認する場合があります。

救急隊による救命処置

医療機関へ搬送



どんなことを聞かれるんだろう……

119番で救急車を呼んでからも様々な情報共有が必要です。

情報共有がスムーズに行くと、より迅速に患者さんを病院に搬送でき、的確な医療が提供される一助になります。

119番通報時および救急隊が現場で聴取する内容の一例をあげてみました。

119番通報時の聴取内容一例

- 火事ですか、救急ですか
- 救急車を向かわせる場所、建物名称
- 反応と呼吸はありますか
- 具合の悪い人の年齢と性別
- いつ頃から、どんな症状ですか
- (重要！)** 普段かかっている医療機関と既往歴

落ち着いて…

一問一答で！

わからなければ

「わからない」

救急隊が確認する内容一例

- 名前、生年月日
- いつ頃から、どんな症状か(救急要請に至った経緯)
- 普段の状態(意識や生活動作など)との違い
- 食事の摂取状況
- 服薬の状況
- 家族等への連絡状況
- (重要！)** かかりつけ医療機関と既往歴
- (重要！)** 搬送先医療機関の有無(事前の医療機関への連絡の有無) など

「救急隊からいろいろなことをいっぺんに聞かれ、わからない、答えられない、怖い……」 このような不安・不満を抱かれる方がいると思われま

す。ぜひ、この手引きで紹介している「救急隊・医療機関への情報提供書(A票)」
「救急要請シート(B票)」を活用してみてください。

「救急隊・医療機関への情報提供書(A票)」を作成し個人ファイルに綴っておき、職員間で共有しておくことで、職員の皆様も慌てることなく救急隊に情報を伝えることができます。救急隊も各票をみて確認することで、確実・スムーズな情報共有になります。それぞれの施設で工夫してください。

(参考:秋田市消防本部作成:高齢者施設等における救急対応の手引きから)

救急隊・医療機関への情報提供書(A票)

【介護施設→救急隊→医療機関】

(事前に可能な範囲での記載をお願いします)

※作成日(西暦)

年 月 日

| | | | | |
|-------------------------|---|---|--|---|
| 施設情報 | (施設名) | | 住 所 | |
| | | | 電話番号 | |
| 基本情報 | (ふりがな) | | 生年月日 | (西暦) 年 月 日 (歳) |
| | 氏 名 | | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | |
| | 認知度 | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | | |
| 体 型 | 身長 | cm | 体重 | kg |
| 医療情報 | 治療中 | 発症時期 | 診断名 | 医療機関名 |
| | | 年 月 | | |
| | | 年 月 | | |
| | | 年 月 | | |
| | | 年 月 | | |
| | | 年 月 | | |
| | | 年 月 | | |
| | 既往歴 | 年 月頃 | | |
| | | 年 月頃 | | |
| | | 年 月頃 | | |
| | | 年 月頃 | | |
| | | 年 月頃 | | |
| 常用服用薬 | お薬手帳添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 又はお薬説明書添付(コピーで可) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細→ | | | |
| かかりつけ医 又は協力医療 機関等 | ①医療機関名(施設往診医) | 主治医名(診療科) | 緊急連絡先 | |
| | ②医療機関名 | 主治医名(診療科) | 緊急連絡先 | |
| 身体日常生活 | 言語 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可 備考(例・筆談であれば可) | | |
| | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可 備考(例・補聴器使用) | | |
| | 後遺症等の 有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 麻痺(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他()) 拘縮(肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・手指) | |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 手摺 | | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 他() / 義歯 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 排 泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() |
| 緊急時連絡先 | 氏 名 | 続柄 | 住 所 | 電 話 番 号 |
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |
| 備 考 欄 | *特記事項等 ※可能であれば予防接種情報の記載 | | | |

※ これらの情報は救急業務以外には使用しません

救急隊・医療機関への情報提供書(A票)

【介護施設→救急隊→医療機関】

記入例

(事前に可能な範囲での記載をお願いします)

※作成日(西暦) **2025年4月1日**

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|
| 施設情報 | (施設名) 特別養護老人ホーム 急変時対応の郷 | | 住所 | 埼玉県 朝座市 和志 1-1-1 | |
| | | | 電話番号 | 048-123-4567 | |
| 基本情報 | (ふりがな) | にいざ いちろう | | 生年月日 | (西暦) 1932年 1月 1日 (90歳) |
| | 氏名 | 新座 一郎 | | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | |
| | 認知度 | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M (2020年1月入所時資料より) | | | |
| 体型 | 身長 約165 cm 体重 65.0 kg | | | | |
| 医療情報 | 治療中 | 発症時期 | 診断名 | 医療機関名 | |
| | | 不詳 年 月~ | 高血圧 | 和光内科クリニック(施設往診) | |
| | | 年 月 | | | |
| | | 年 月 | | | |
| | | 年 月 | | | |
| | | 年 月 | | | |
| | 既往歴 | 2018年10月頃 | アルツハイマー型認知症 | 志木脳神経外科(物忘れ外来)認知度診断 | |
| | | 2019年 月頃 | 洞不全症候群 | 和座中央総合病院(経過観察中) | |
| | | 2018年10月頃 | | | |
| | | 年 月頃 | | | |
| | | 年 月頃 | | | |
| | 常用服用薬 | お薬手帳添付 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 又はお薬説明書添付(コピーで可) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| アレルギー | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細⇒ 禁食ありグレープフルーツ等 | | | | |
| かかりつけ医 又は協力医療 機関等 | ①医療機関名(施設往診医) | | 主治医名(診療科) | 緊急連絡先 | |
| | 和光内科クリニック | | 和光先生 | 090-1234-5678 | |
| ②医療機関名 | | 主治医名(診療科) | 緊急連絡先 | | |
| 新座糖尿病クリニック | | 朝霞先生 | 048-987-6543 | | |
| 身体日常生活 | 言語 | <input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可 備考(例・筆談であれば可) | | | |
| | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可 備考(例・補聴器使用) | | | |
| | 後遺症等の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 麻痺(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他()) 拘縮(肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・手指) | | |
| | 歩行 | <input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 手摺 | | | |
| | 食事形態 | <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 他() / 義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 有(上・総入れ歯 下・一部義歯) <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (リハビリ・パット使用) | |
| 緊急時連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 | |
| | ① 新座 和夫 | 長男 | 朝座市和志1-2-3-501 | 090-1234-1234 (9時~18時) | |
| | ② 花子 | 長男妻 | | 048-123-5656 (18時以降) | |
| ③ 志木 花子 | 長女 | 東京都港区六本木 | 090-8765-8765 | | |
| 備考欄 | *特記事項等 ※可能であれば予防接種情報の記載 ・連絡は必ず和夫様宛に、③へは施設来訪でも本人に会わせない。生命に関わる際①②に繋がらない場合のみ③へ連絡 ・予防接種: R7.4 インフルエンザワクチン 施設往診時接種 R7.1 新型コロナワクチン入所前、接種記録あり ・ペースメーカー使用 | | | | |

※ これらの情報は救急業務以外には使用しません

救急要請シート(B票)

【介護施設→救急隊→医療機関】

(西暦) 年 月 日

※ これらの情報は救急業務以外には使用しません

| | |
|-------------------------|---|
| 施設名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| ふりがな お名前 | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 発生発見時間 | <input type="checkbox"/> 本日(時 分頃)発生・発見 () |
| | <input type="checkbox"/> 昨日(時頃) |
| | <input type="checkbox"/> 数日前(頃)→ 通院等の対応 有 () 無 |
| 健在を確認した最終日時 | 月 日 時 分頃 <input type="checkbox"/> 見守り時(目視含む) <input type="checkbox"/> 介助介入時 <input type="checkbox"/> 巡視等訪室時 () |
| どのような状況で発症 もしくは発見したか | <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 就寝時 <input type="checkbox"/> 巡回時 <input type="checkbox"/> 物音を聞いた <input type="checkbox"/> コールサインで呼ばれた <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 排尿・排便時 <input type="checkbox"/> 歩行時 <input type="checkbox"/> 車椅子使用時 <input type="checkbox"/> その他 |
| どのような症状 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> SPO2低下 <input type="checkbox"/> 意識障害・意識消失(約 分) <input type="checkbox"/> 嘔吐(回) <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 ⇒ <input type="checkbox"/> 大量 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 転倒・転落・滑落によるケガ (負傷箇所) <input type="checkbox"/> その他() |
| バイタルサイン *計測した内容のみで可 | 測定時間 時 分 <input type="checkbox"/> 意識→ <input type="checkbox"/> 清明・声掛けに反応 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 体温 度 *普段 度 <input type="checkbox"/> 呼吸 回/分 <input type="checkbox"/> 脈拍 回/分 <input type="checkbox"/> 血圧 / mmHg *普段 / mmHg <input type="checkbox"/> SPO2(%) *普段 % <input type="checkbox"/> 酸素使用中(0) |
| 最終食事時間 | 時 分頃 (主食: /10 ・ 副菜: /10) |
| 最終服薬時間 | 時 分頃 |
| 家族・関係者への連絡状況 | <input type="checkbox"/> 連絡済 <input type="checkbox"/> 連絡継続中 <input type="checkbox"/> 連絡するもつながらない *連絡済にて 時頃搬送先に到着予定 |
| 備考 | |

※救急要請時の情報提供内容チェックリスト

- 救急隊・医療機関への情報提供書(A票) お薬手帳又はお薬説明書(コピー)
保険証 ※マイナ保険証を確認する場合有(消防)
救急要請シート(B票)※記入出来ていれば 施設使用個人ファイル※緊急持ち出し可であれば

※救急隊への提出は義務付けはしません。救急要請時に救急隊が聞き取りを行う主な内容です。急変時に慌てないためにも、平時のイメージ訓練にご活用ください。

※ これらの情報は救急業務以外には使用しません

| | |
|-------------------------|--|
| 施設名 | 特別養護老人ホーム 急変時対応の郷 |
| 住所 | 埼玉県 朝座市 和志1-1-1 |
| 電話番号 | 048-123-4567 |
| ふりがな お名前 | にいざ いちろう 新座 一郎 |
| 生年月日 | (西暦) 1932年 1月 1日(90歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 発生発見時間 | <input checked="" type="checkbox"/> 本日(3時 30分頃)発生(発見) (居室内にて転倒し頭部出血) |
| | <input type="checkbox"/> 昨日(時頃) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 数日前(4/1頃)→ 通院等の対応(有) (転倒頭部打撲A病院受診) 無 |
| 健在を確認した最終日時 | 4月 5日 2時 00分頃 <input type="checkbox"/> 見守り時(目視含む) <input type="checkbox"/> 介助介入時 <input checked="" type="checkbox"/> 巡視等訪室時 (入眠確認) |
| どのような状況で発症 もしくは発見したか | <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 就寝時 <input type="checkbox"/> 巡回時 <input checked="" type="checkbox"/> 物音を聞いた <input type="checkbox"/> コールサインで呼ばれた <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 排尿・排便時 <input type="checkbox"/> 歩行時 <input type="checkbox"/> 車椅子使用時 <input type="checkbox"/> その他 |
| どのような症状 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> SPO2低下 <input type="checkbox"/> 意識障害・意識消失(約 分) <input type="checkbox"/> 嘔吐(回) <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 ⇒ <input type="checkbox"/> 大量 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 少量 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落・滑落によるケガ (負傷箇所 後頭部より出血あり、ガーゼ保護対応) <input checked="" type="checkbox"/> その他(声掛けでの反応あり、痛み訴えあり) |
| バイタルサイン *計測した内容のみで可 | 測定時間 3時 40分 <input checked="" type="checkbox"/> 意識→ <input checked="" type="checkbox"/> 清明・声掛けに反応 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 体温 37.3 度 *普段 36.5度 <input type="checkbox"/> 呼吸 回/分 <input checked="" type="checkbox"/> 脈拍 96回/分 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 196/102 mmHg *普段 125/85 mmHg <input checked="" type="checkbox"/> SPO2(92%) *普段 98% <input type="checkbox"/> 酸素使用中(㊟) |
| 最終食事時間 | 18 時 30分頃 (主食:10 /10 ・ 副菜:10/10) |
| 最終服薬時間 | 19時 00分頃 |
| 家族・関係者への連絡状況 | <input type="checkbox"/> 連絡済 <input checked="" type="checkbox"/> 連絡継続中 <input type="checkbox"/> 連絡するもつながらない *連絡済にて 時頃搬送先に到着予定 |
| 備考 | 往診医連絡にて救急搬送指示 |

※救急要請時の情報提供内容チェックリスト

- 救急隊・医療機関への情報提供書(A票) お薬手帳又はお薬説明書(コピー)
- 保険証 ※マイナ保険証を確認する場合有(消防)
- 救急要請シート(B票)※記入出来ていれば 施設使用個人ファイル※緊急持ち出し可であれば

※救急隊への提出は義務付けはしません。救急要請時に救急隊が聞き取りを行う主な内容です。
急変時に慌てないためにも、平時のイメージ訓練にご活用ください。

救命救急医から施設職員の皆様へ

高齢者施設で日々入所者の生活を支えておられる皆さまへ、心より敬意を表します。医療現場では近年、入院や救急対応の場面において「その方が望む医療とは何か」という視点が、これまで以上に強く求められるようになってきました。

高齢の方が緊急搬送される際、入所者本人の意思やご家族との話し合いの結果が医療側に届かないことがしばしばあります。そうした情報が不十分なまま、望まない延命治療や本人らしさを損なう対応が行われてしまうケースは、医療者にとっても心苦しい現実です。

そのような課題に対応するために、本人・ご家族・医療・介護があらかじめ話し合い、将来の治療やケアの方針を共有しておく取り組みが ACP（アドバンス・ケア・プランニング、いわゆる「人生会議」）です。また、その中で心肺停止時に心肺蘇生を行わない方針を確認しておくのが DNAR（Do Not Attempt Resuscitation：蘇生措置拒否）です。これらは、本人の尊厳ある最期を守るための大切なプロセスです。

私たちは、施設の皆さまとともに、本人の意思を尊重した医療とケアを実現したいと考えています。その一環として、朝霞地区・急変時対応の手引き（高齢者施設版）を作成し、今後は緊急時でも ACP や DNAR に関する情報が医療側に確実に伝わるよう、仕組みづくりを進めてまいります。

本手引きでは、情報伝達ツールの活用方法や運用上の留意点について解説しています。是非、日頃の ACP の取り組みの中に位置づけ、平時からの備えとしてご活用いただければ幸いです。

私たち医療者と施設の皆さまが情報を共有し、方向性をそろえることこそが、入所者の人生に寄り添った医療を実現する第一歩になると信じています。

TMG あさか医療センター副院長 李慶徳

入所者の方が、人生の終末期においてどのような意味をもっているか、家族やかかりつけ医と話し合う取組をお願いします。（ACP:愛称「人生会議」）
もしものときのために、入所者が望む医療やケアについて前もって考え、ご本人、ご家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、日頃から共有しましょう。



※ACPの詳細は厚生労働省のホームページをご参照ください。

〈朝霞地区・急変時対応の手引き～高齢者施設版～のダウンロード方法〉

◆ 朝霞地区医師会 地域包括ケア支援室ホームページ ◆
<https://areacare.asakamed.com/focus/#kyuhen>

朝霞地区医師会 支援室

検索

《急変時対応検討ワーキングメンバー》

〈順不同〉

| | 区分等 | 氏名 | 所属機関 |
|-----|----------|-------|----------------------------------|
| 1 | グループリーダー | 浅井 彰久 | TMG サテライトクリニック朝霞台在宅医療部 |
| 2 | サブリーダー | 佐野 昌信 | 社会福祉法人さくら瑞穂会 特別養護老人ホーム 志木瑞穂の森 |
| 3 | 消防(救急) | 吉田 誠 | 埼玉県南西部消防局 救急課 |
| 4 | 介護 | 松縄 和代 | 認定・特定非営利活動(NPO)法人 暮らしネット・えん |
| 5 | // | 川淵 由美 | 和光市中央地域包括支援センター |
| 6 | // | 中尾 康次 | 社会福祉法人和光福祉会 特別養護老人ホーム 和光苑 |
| 7 | // | 宮部 淑香 | 社会福祉法人新座福祉会 グループホーム 桜ヶ丘 |
| 8 | 入退院調整 | 丸山 智子 | TMG 宗岡中央病院 |
| 9 | 救急医療 | 富永 善照 | 独立行政法人国立病院機構埼玉病院救命救急センター長 |
| 10 | 総合診療 | 李 慶徳 | TMG あさか医療センター副院長 |
| 11 | 行政(4市代表) | 増田 奈巳 | 志木市長寿応援課主査 |
| 12 | // | 堀川 栄子 | 朝霞市長寿はつらつ課主任 |
| 13 | アドバイザー | 赤岩 稔之 | 埼玉県朝霞保健所地域保健推進担当 |
| 事務局 | | 町田 穰 | 朝霞地区医師会理事・地域包括ケア支援室室長 |
| | | 木下 朋雄 | 朝霞地区医師会理事・地域包括ケア支援室副室長 |
| | | 菅田 恵子 | 朝霞地区医師会地域包括ケア支援室コーディネーター |

<問い合わせ先>

朝霞地区医師会地域包括ケア支援室

TEL:048-465-6575

e-mail:kyoten@asakamed.com