

第8次大阪府医療計画では、人生会議(ACP)を踏まえた高齢者の救急医療について、医療関係者のみならず、福祉関係者や消防関係者等の間で意見交換を行い、心肺蘇生を望まない心肺停止患者の意思を尊重した取組を進めることとしています。具体的な取組について検討するにあたり、皆さまのご意見をお聞かせください。

1. 平時からの人生会議 (ACP)

<想定場面>

在宅療養開始・施設等入居時 / 容態変化時 / その他

<運用事例>

本人・家族等 と かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネ・施設従業員等とのACP

- 様式（八王子サンプル）等に基づき、本人・家族等の意思を確認（かかりつけ医が署名）
- 原紙をかかりつけ医が保管
在宅・施設等と共有（ICTの活用やコピーの共有）
※在宅の場合は、第三者が目につくところに提示するなど

2. 急変時の対応

在宅又は施設等において、患者の容態が急変し、意識がない状態等

- <運用イメージ>
- 家族等がかかりつけ医に連絡し指示を仰ぐ 又は 救急要請
 - (以下、救急要請がなされた場合)
 - 救急隊が心肺停止状態であることを確認 かつ 本人の意思（様式）を確認
 - 心肺蘇生を望まないことが明記されている場合、かかりつけ医に連絡
 - (かかりつけ医と連絡がつけば)
 - かかりつけ医の指示のもと、救急隊が対応の方針に基づき、搬送しないことを判断方針がない、又は、搬送する方針の場合は、病院へ搬送
 - 病院において、様式を確認
 - 心肺蘇生を望まないこと等、本人の意思に沿った措置

<意見交換したい内容>

- かかりつけ医や訪問看護師が本人・家族等の意思を確認する場合の課題はなにか。
- かかりつけ医が上記の取組みを消防と連携し、実施する場合の課題はなにか。
- 病院が上記の取組みを実施する場合の課題はなにか。

救急隊への申し送り事項

(救急隊要請時に施設職員等が記入して下さい)

◇発生状況

| | | |
|------|------|--|
| 要請概要 | 発生時間 | |
| | 場 所 | |
| | 概 要 | |
| 応急手当 | | |

◇連絡医療機関

| | | | | |
|-------|--|------|--|-------------|
| 医療機関名 | | 担当者名 | | (Dr・Ns・事務員) |
| 医療機関名 | | 担当者名 | | (Dr・Ns・事務員) |
| 医療機関名 | | 担当者名 | | (Dr・Ns・事務員) |
| 医療機関名 | | 担当者名 | | (Dr・Ns・事務員) |

◇家族連絡

| | | | | |
|-----|--------|-----|------|--|
| 未・済 | 名前(続柄) | () | 電話番号 | |
| 未・済 | 名前(続柄) | () | 電話番号 | |
| 未・済 | 名前(続柄) | () | 電話番号 | |

注 意 事 項

1 救急医療情報について

- 救急医療情報は、事前の意思表示に基づき、ご自身の救急情報を駆け付けた救急隊に、迅速的確に提供することを目的としています。
- 救急医療情報を、救急隊等へ提供することについて同意できる場合に、ご自身もしくはご家族で記載願います。
- 記載内容に変更があった場合には、その都度、新しい情報を記載してください。
- 救急医療情報は個人情報ですので、ご自身の判断と責任において管理し、紛失に注意してください。

2 緊急連絡先について

救急隊等が、緊急連絡先に記載されている方に対し電話連絡をする場合がありますので、ご自身もしくはご家族で事前に説明し、同意を得ておいてください。

問合せ先

- ◎八王子消防署 警防課 救急係
電話番号 042-625-0119 内線 380
又はお近くの 由木分署、榎原出張所、元八王子出張所、小宮出張所、浅川出張所、北野出張所、みなみ野出張所
- ◎八王子市役所 医療保険部 地域医療政策課
電話番号 042-626-3111 内線 3013

八王子消防署
警防課救急係
〒192-0902
八王子市上野町 33
042-625-0119

八高連から 65歳以上の方へ
「救急医療情報」のお知らせ

「もしも」のときに「救急医療情報」でスムーズな救急搬送

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会(通称「八高連」)では、高齢者(おおむね65歳以上)の皆様にあらかじめご自身の持病、服用中の薬、かかりつけ病院、緊急連絡先などを記入してもらい「救急医療情報」の用紙を作成しました。

高齢者の皆様が救急車を必要とした「もしも」のときに、救急隊や病院が皆様の「救急医療情報」を共有することで、速やかな救急搬送や病院での適切な対応が可能となります。

「救急医療情報」の使い方



記入の仕方

- 本紙の記入例を参考に記入し、キリトリ線から切り離して使用してください。
- 一般家庭にお住まいの方は、「救急医療情報」の裏面を記入する必要はありません。
- 「もしもの時に医師に伝えたい事」欄は、ご家族とよく話し合った上でチェックしてください。
- 「救急医療情報」は、救急要請をした「その時」のご自身の情報が必要となります。持病、かかりつけの病院、服用している薬など、**時間経過に伴い変化が生じたものは、変更内容を記入し、必ず更新日欄に日付を記入してください。**

八高連参画各機関

- | | | |
|------------------|----------------------|------------------|
| ①八王子市救急業務連絡協議会 | ⑧精神科病院 | ⑭八王子市 |
| ②救命救急センター・救急センター | ⑨八王子介護支援専門員連絡協議会 | ⑮八王子消防署 |
| ③介護療養型病院 | ⑩八王子介護保険サービス事業者連絡協議会 | ⑯八王子薬剤師会 |
| ④医療療養型病院 | ⑪高齢者あんしん相談センター | ⑰八王子老人保健施設協議会 |
| ⑤八王子施設長会 | (八王子地域包括支援センター) | ⑱八王子市赤十字奉仕団 |
| ⑥八王子社会福祉法人代表者会 | ⑫八王子市医師会 | ⑲八王子市民生委員児童委員協議会 |
| ⑦八王子特定施設連絡会 | ⑬八王子市町会自治会連合会 | ⑳八王子市福祉協議会 |

～記入例～

救急医療情報

(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

| | | | |
|---------|---|------------------|-------------------------|
| 住所 | 八王子市 元本郷 町 三丁目 24番 1号 | | |
| ふりがな | はちおうじ ななお | 年齢 | 70歳 |
| 氏名 | 八王子 七男 | (平成24年 8月 10日現在) | |
| 生年月日 | 明治・大正 昭和 17年 1月 1日 | | |
| 性別 | 男・女 | | |
| 連絡先電話番号 | 042-626-3111(自宅) 090-●●●●-●●●●(妻の携帯) | | 同居のご家族がいらっしゃる場合ご記入ください。 |

◇医療情報

| | |
|---------------|---|
| 現在治療中の病気 | 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 (血圧(185/110)) |
| 過去に医師から言われた病気 | 高脂血症 |
| 服用している薬 | カルベジロール製剤 10mg フロブコール製剤 10mg 救急対応をする際に重要な情報ですので、 <u>ある場合は必ず最新の情報をご記入ください。</u> |
| かかりつけの病院 | 病院名: 八王子消防病院 ※おおむね1年以内に受診歴のある病院 住所: 八王子市・区 上野町33 電話番号: |

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

- できるだけ救命、延命をしてほしい
- 苦痛をやわらげる処置なら希望する
- なるべく自然な状態で見守ってほしい
- その他 ()

伝えたいことがある方は、該当するものを□するか、その他の欄に希望することをご記入ください。

なるべく複数の連絡先をご記入いただき、電話は連絡が付きやすい番号をご記入ください。

◇緊急連絡先

| 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
|--------|----|---------------|---------------|
| 八王子 六男 | 子 | 八王子市●●●町1-1-1 | 080-1111-●●●● |
| 日野 五子 | 子 | 日野市●●●町1-2-3 | 090-0000-●●●● |

| | | | |
|------|---------------|------|--------------|
| 作成日 | 平成 24年 8月 10日 | 更新日① | 平成 27年 4月 1日 |
| 更新日② | 平成 年 月 日 | 更新日③ | 平成 年 月 日 |
| 更新日④ | 平成 年 月 日 | 更新日⑤ | 平成 年 月 日 |

◇高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）

| | |
|----|------|
| 名称 | 電話番号 |
|----|------|

表

救急医療情報

※ 本用紙はおおむね65歳以上の方を対象としています。(八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会)

| | | | |
|---------|----------------|--------------|---|
| 住所 | 八王子市 町 丁目 番 号 | | |
| ふりがな | | 年齢 | 歳 |
| 氏名 | | (平成 年 月 日現在) | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | |
| 性別 | 男・女 | | |
| 連絡先電話番号 | 042- - - - | | |

◇医療情報

| | |
|---------------|---|
| 現在治療中の病気 | 高血圧・糖尿病・心臓病・脳卒中・その他 () |
| 過去に医師から言われた病気 | |
| 服用している薬 | |
| かかりつけの病院 | 病院名: ※おおむね1年以内に受診歴のある病院 住所: 市・区 電話番号: |

もしもの時に医師に伝えたい事があれば「□」の中にチェックして下さい

- できるだけ救命、延命をしてほしい
- 苦痛をやわらげる処置なら希望する
- なるべく自然な状態で見守ってほしい
- その他 ()

◇緊急連絡先

| 氏名 | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
|----|----|----|------|
| | | | |

| | | | |
|------|----------|------|----------|
| 作成日 | 平成 年 月 日 | 更新日① | 平成 年 月 日 |
| 更新日② | 平成 年 月 日 | 更新日③ | 平成 年 月 日 |
| 更新日④ | 平成 年 月 日 | 更新日⑤ | 平成 年 月 日 |

◇高齢者あんしん相談センター（地域包括支援センター）

| | |
|----|------|
| 名称 | 電話番号 |
|----|------|