

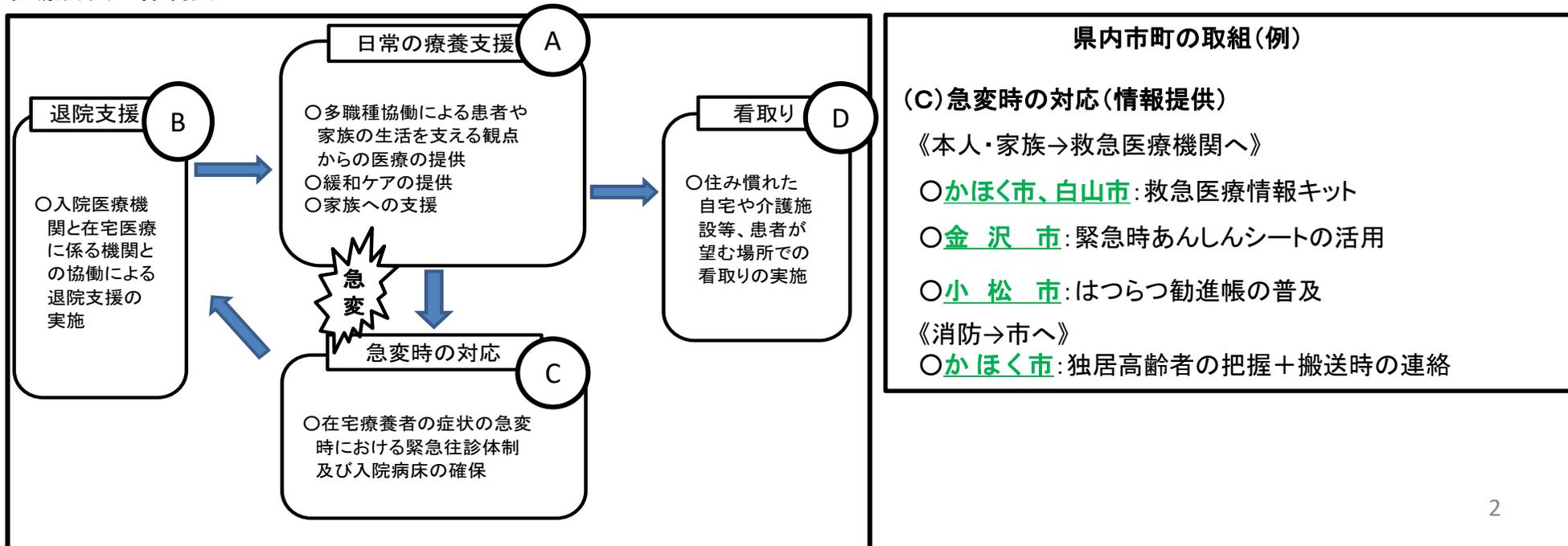
「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」 ～急変時の連携編～

石川県在宅医療推進協議会
石川県医師会
石川県健康福祉部

はじめに

- 現在、各市町において、在宅医療と介護の連携を強化するために、在宅医療介護連携推進協議会の開催や在宅医療介護連携コーディネーターの設置など様々な取組が進められています。こうした中、県や県医師会等関係団体には、それぞれが連携しながら、各市町の抱える課題解決を後押しする取組や広域的な取組を行っていくことが期待されています。
- このため、平成30年度においては、
 - (1) 「石川県在宅医療推進協議会」では、県医師会等を中心に、県内市町において行われている取組を踏まえつつ、**(C)の「急変時の情報提供」を円滑化**するために『**いしかわ在宅医療・介護連携ルール ～急変時の連携編～**』を作成しました。
(参考1) 在宅医療連携システム推進事業（県医師会←県地域医療推進室）
 - (2) 県では、市町の在宅医療介護連携コーディネーターを対象とした研修会などを通じて、**(A)日常の療養支援、(B)入退院支援、(C)急変時の対応、(D)看取りという場面ごとに現状・課題などを整理**しており、今後も、必要に応じて、『いしかわ在宅医療・介護連携ルール』の追加・改訂や課題解決のための取組を行っていくことを考えています。
(参考2) 在宅医療・介護連携推進事業（県看護協会←県長寿社会課）

医療計画の体制図



課題

- 現在、一部市町において、(B) 入退院支援を円滑化するための係る取組や(C) 急変時に備えた取組が行われていますが、実際には、救急隊・救急病院が期待する情報が、必ずしも円滑に情報提供されない状況にあります。

1. 救急隊・病院が求めている情報

- 氏名、生年月日、住所、電話番号
- 緊急連絡先
- かかりつけ診療所・病院
- かかっている病気
- 服薬内容
- アレルギー
- ケアマネの連絡先

- 既往症
- ADLの状態等のアセスメント※
- 意思決定できる者が誰か
- 蘇生措置拒否等の意思表示

※軽症患者の場合、病院に搬送後、救急処置が終わればすぐに病棟に入院して病棟での療養がはじまるため、もともと、どの程度日常生活をおくっていたのかを把握する必要があり、搬送された時点でアセスメントが必要

2. 救急隊の情報収集の方法について

- 救急隊は、搬送の際に、医療情報キット、保険証、診察券、薬、お薬手帳、財布など、手がかりになりそうなものをもっていくようにしています。ただし、引き出しを空けるなどの行為はできず、また、必要以上に患者宅に入るのはトラブルのもと（「救急隊にものをとられた」と言われることもある）になるため避けざるを得ない状況にあります。
- このため、医療情報キットなどは、救急隊がすぐに見つけられる場所で保管しておくことが大切であり、かほく市のように医療情報キットをどこで保管するのかルールを決め、それが救急隊に分かるように表示しておくことが望まれます。

(C) 急変時の対応

救急医療情報キットや
緊急時あんしんシート
の様式に項目あり

項目なし

(B) 退院支援

※金沢市・羽咋市の
入退院支援ルール
の様式には、様々
な項目が含まれて
いるが、急変時に
備え予め記入して
おくことを想定した
ものではありません。

救急隊に気付いてもらえるように(県内の好事例)

かほく市の救急時の医療情報キット

<使い方>

- ①既往歴、かかりつけ医、緊急連絡先等を医療情報シートに記載
- ②プラスチック製の筒に医療情報シートを入れ、冷蔵庫で保管
- ③玄関扉の裏に、キットを冷蔵庫に保管していることを示すシールを貼る

<対象>

高齢者独居、高齢者のみ世帯(約1200世帯)に対して配布(H25～)

<周知・更新方法>

消防が防火点検(年1回)の際に声かけをし、玄関にシールが貼られているか、記載情報に変更はないか等を確認しているため、普及率は高く、年1回は記載情報の更新の機会がある。

<現 況>

- ・搬送時に意識状態の悪い患者の場合、本人からききとりをしなくても医療情報が分かり、搬送先の病院の選定に役立った。

金沢市の緊急時あんしんシート

<使い方>

- ①かかりつけ病院、緊急連絡先等を医療情報シートに記載
- ②冷蔵庫に貼っておく

<対象>

高齢者独居、高齢者のみ世帯のうち、希望者に対し配布(H27～)

<周知方法>

地域包括支援センター、民生委員を通じて配布し、2万2000枚ほど配布済み

<現 況>

希望者のみへの配布であり、更なる普及に努めている状況にある

金沢市における要支援者名簿の活用

金沢市福祉局では、75歳以上の高齢者や要介護3以上の方に対して、名簿への掲載を同意するかどうかを確認し、災害時要支援者名簿を作成し消防局に提供。消防局は、災害時要支援者名簿を通信指令本部のデータベースに取りこみ、119番通報を受けた場合、同名簿に掲載された方であれば、通報者が要介護者であることなどが容易に確認できるシステムとなっており、救助活動に活用している。

「いしかわ在宅医療・介護の連携ルール」～急変時の連携編～の全体像

- 『いしかわ在宅医療・介護連携ルール～急変時の連携編～』は、救急医療機関等が望む情報を、出来る限り効率的・効果的に救急医療機関等へ伝えるために、「誰がどの様式を使って情報を整理し、それを誰がどのように管理すれば良いか」をまとめた指針です。

2 「様式」と「作成者」

本人・家族



基本情報

①

主治医



診療情報

②

ケアマネ



ADLの状態等

③

その他
(DNARの
意思表示等)

④

今後の検討課題
(総務省消防庁
における検討を
踏まえ今後検討)

3 支援対象者に応じた 「管理者」と「管理方法」

独居・高齢者世帯
(訪問診療以外)



救急医療
情報キット

①

④

訪問診療利用者



個人ファイル

①

②

③

④

介護施設等



個人ファイル

①

②

③

④

1 支援対象者

救急医療機関
(救急隊)

氏名、生年月日
住所
緊急連絡先
かかりつけ医
かかっている病気
服薬内容
アレルギー

既往症

ケアマネの連絡先
ADLの状態等

蘇生措置拒否
(DNAR)等の
意思表示など

1 支援対象者

- 急変時への備えが特に必要と考えられる支援対象者(優先すべき対象者)としては、「訪問診療を受けている患者」と「介護施設・高齢者向け住宅の入所者」が考えられます。
- なお、一部の市町では、「独居老人や高齢者のみ世帯」を対象とした救急医療情報キットの配布などの取組が行われていますので、既存の取組と整合性を図りながら、取組を進めること必要があります。

今回の支援対象

市町(福祉部局)の支援対象
(救急医療情報キット/
緊急時あんしんシート)

介護施設・高齢者向け住宅の入所者

独居老人・高齢者のみ世帯

訪問診療を受けている患者

(約6,104人(H28))

(居宅30%,有料29%,GH24%,サ高住9%(H28))

(定員)

- ・有料老人ホーム:約4,300人分
- ・特別養護老人ホーム:約7,100人分
- ・認知症グループホーム:約3,000人分
- ・軽費・養護老人ホーム:約2,500人分
- ・サ高住:約1,800人分

ひとり暮らし高齢者数(H27):45,787人
高齢夫婦のみ世帯(H27):53,736世帯

要介護認定者(H30):57,454人
うち要介護3以上:20,979人

2 「様式」と「作成者」

(1) 基本情報

- ・ **患者・家族**に必要な事項を記入していただくことを考えています
- ・ 様式は、一部市町で利用されている**既存様式(救急医療情報、緊急時あんしんシート等)**を参考にして下さい。

(2) 診療情報

- ・ **かかりつけ医**が作成して、患者・家族等に渡していただくことを考えています。
- ・ 様式としては、新たに作成した「**緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)**」には、既往歴や診断名、アレルギーや感染症の有無など、救急医療機関が求める情報が盛り込まれていますので、ご活用ください。
- ・ 同連携シートを利用しにくい場合（診断名などを患者・家族に伝えにくい場合）には、「**既存の様式(居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式、訪問看護指示書、主治医意見書等)**」で代用していただくことも考えられます。

(3) ADLの状態等の情報

- ・ **介護支援専門員(ケアマネ)**が作成して、患者・家族等に渡していただくことを考えています。
- ・ 様式としては、新たに作成した「**緊急入院時連携シート(ケアマネ用)**」をご活用ください。
- ・ 同連携シートを利用しにくい場合には、介護支援専門員（ケアマネ）が、普段利用している「**ケアマネ・アセスメントシート**」で代用していただくことも考えられます。

(4) DNARの意思表示

- ・ 国の検討会では、DNARの意思表示に対する救急隊の対応について、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアの取組状況等を見ながら、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めることが望まれるとされており、現在のところ、標準的なルールが示されていません。
- ・ こうしたことから、**本連携ルールでは、DNARの意思表示に関するルールや様式は盛り込まない**こととします。

新

緊急時連携シート(基本情報)

様式(1)[基本情報]

「救急医療情報」(かほく市)

「緊急時あんしんシート」(金沢市)

緊急入院時連携シート 基本情報

年 月 日作成

本人情報

本人氏名	生年月日
自宅住所	性別
入所施設名 <small>※入所中の場合のみ記載</small>	施設電話 <small>※入所中の場合のみ記載</small>

かかりつけ医療機関名

かかりつけ医療機関名
科名・担当医名
電話番号
かかっている病気
服薬内容
アレルギー 無・有()
麻痺 無・有(右手・左手・右足・左足・その他())

緊急搬送先病院(後方支援病院等)

病院名
科名・担当医名

緊急連絡先

連絡先①		連絡先②	
氏名	続柄	氏名	続柄
住所	住所	住所	住所
電話	電話	電話	電話
住所	住所	住所	住所

ケアマネジャー連絡先

事業所名
担当者名
電話

持参書類確認欄

服薬情報の分かるもの 医師の診療情報の分かるもの ADL等の情報の分かるもの

医療保険証 ケアマネジャーの名刺

救急情報

平成 年 月 日作成
平成 年 月 日変更

ふりがな	血液型
本人氏名	型Rh()・不明
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日	性別 男 女
住所	電話

医療情報

かかりつけ病院 ①	②
科目・担当医	
住所	
電話	
かかっている病気	
服薬内容	
特記事項 (アレルギーなど)	

緊急連絡先

氏名 ①	②
続柄	
住所	
電話 (日中) (夜間)	(日中) (夜間)

支援事業者

担当者	
住所	電話

救急隊への伝言・その他

容器内の情報は、救急隊と搬送先の医療機関が、救急医療に活用することに同意します。

本人氏名 _____ 印鑑又はサイン

※ 記入方法は裏面を参照下さい。

ここからはがす

緊急時あんしんシート

私の緊急情報が書いてあります。
緊急時に救急隊や医療機関等に利用してもらいたい情報です。

住所 _____ 電話番号 ()

左右の欄を使って2人分の情報が記載できます。夫婦や兄弟など同居している場合に活用して下さい。

名前	
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
性別 男・女 血液型 A・B O・AB	男・女 血液型 A・B O・AB
かかりつけ病院 電話: ()	電話: ()
主な病気 糖尿病・心臓病・高血圧 その他()	糖尿病・心臓病・高血圧 その他()
服薬内容	
麻痺の有無 麻痺(しびれて動かない)所に○を付けてください。 右手・左手・右足・左足・その他()	麻痺(しびれて動かない)所に○を付けてください。 右手・左手・右足・左足・その他()

第1連絡先

名前	続柄
住所	電話番号 ()

第2連絡先

名前	続柄
住所	電話番号 ()

※ 連絡先となる人にはあらかじめ了解を取ってから記入してください。

特記事項 (救急隊に伝えたいことやケアマネジャー、居宅委員、金沢市地域包括支援センターなどの連絡先など)

このシートを利用した後は、本人または家族に返却して下さい。 作成日 年 月 日

《ポイント》新たに様式を作成される市町におかれましては、

- ・診療情報としては、「現在かかっている病気」や「服薬内容」、「アレルギーの有無」を盛り込まれることを推奨します。
また、金沢市の様式のように、「麻痺の有無」を入れれば、脳卒中が疑われる傷病者の発生時に、救急隊が搬送先を選定するのに役立つと考えられます。
- ・連絡先としては、「かかりつけ医」、「後方支援病院」(患者・かかりつけ医と病院の間で予め搬送先病院が決まっている場合)、「ケアマネジャー」、「ご家族の緊急連絡先」(複数)を盛り込むことを推奨します。

様式(2) [診療情報]



緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)

緊急入院時連携シート かかりつけ医用		年 月 日更新	記入者	所属
かかりつけ医	医療機関	医師	住所	TEL
本人氏名		生年月日	歳	
本人住所				
既往歴				
①	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
②	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
③	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
④	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
⑤	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
診断名				
①	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
②	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
③	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
④	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
⑤	発症年月日(昭和・平成)	年	月	日頃)
アレルギー	薬物：あり・なし()	食物：あり・なし()		
感染症	HBV()・HCV()・MRSA()・その他()			
診療経過				
投薬内容				
①				
②				
③				
④				
⑤その他:				
医療介護目標(アドバンスケアプランニング)	年	月	日更新	

居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式

居宅療養管理指導料(介護予防居宅療養管理指導料)に基づく情報提供様式(第2版)
 記入日:平成 年 月 日

医療機関情報 ※必要項目のみの記入可 (スタンプを使用する場合は、2枚目、3枚目にも押印下さい。)		情報提供先(ケアマネジャー・介護保険事業者等)情報 ※必要項目のみの記入可	
医療機関名:		事業所名:	
医師氏名:		担当者名:	
所在地:		所在地:	
TEL:		TEL:	
FAX:		FAX:	
E-mail:		E-mail:	
利用者情報 ※必要項目のみの記入可	(フリガナ): 氏名: 性別:男 女 生年月日:(M・T・S 年 月 日生)(歳)		
傷病名:			
要介護度:要支援(I II) 要介護(I II III IV V)	介護保険番号: TEL:		
住所:			
利用者(家族)の同意に基づき、下記事項について情報提供します。(診療年月日:平成 年 月 日)			
提供先	項目	内容(前回の診療より変更がない場合は、「変更なし」に○)	
I ケアマネジャー への情報提供 ※ケアマネジャー以外に情報提供した場合は()内に職種等を記載。	①発生頻度の高い病態 (変更なし○)	<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 嚥食 <input type="checkbox"/> 易感染症 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他() 対処方法→()	
	②医学管理の必要性 (変更なし○)	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養指導 <input type="checkbox"/> その他()	
	③介護サービス留意事項【入浴・訪問介護等】 (変更なし○)	体重:□特になし □あり() 血圧:□特になし □あり() 嚥下:□特になし □あり() 摂食:□特になし □あり() 移動:□特になし □あり()	
④その他(下記選択表参照) (1)病状変化(a, b, c, d, e) (2)精神状態(a, b, c, d, e) (3)その他(a, b, c, d, e, f, g, h) コメント:			
①病状変化: a. 安定 b. 軽々変化(変化なし) c. 軽々に悪化(変化なし) d. 急激に悪化(要観察事項) e. 重症のため連絡を頻に ②精神状態: a. 安定 b. 見守りや連絡等の配慮が必要 c. コミュニケーションの工夫 d. 夜間・夜に悪化(変化なし) e. 要観察が必要 ③その他: a. 血圧が不安定(入浴等に際し要観察) b. 関節痛のため歩行に注意 c. インスタント等使用のため食料類に注意 d. 毎日の体調確認 e. 認知の低下(傾聴) f. 排泄指導を行っているため、清潔状態の確認が必要 g. 転倒等による骨折に注意 h. 十分な水分摂取			
II 利用者(家族)への指導・助言	介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等	Iの①②③④と同じ (変更なし○)	
※Iの内容と同様の場合は該当の番号に○印	日常生活上の留意点等	Iの①②③④と同じ (変更なし○)	

《ポイント》

- ・今回作成した「緊急入院時連携シート(かかりつけ医用)」には、既往歴や診断名、アレルギーや感染症の有無など、救急医療機関が求める情報を記載できる様式になっていますので、ご活用ください。
- ・同連携シートを定期的に記載し直すことが難しい場合「既存の様式」(居宅療養管理指導料に基づく情報提供様式、訪問看護指示書、主治医意見書等)をご活用いただくことも考えられます。居宅で訪問診療中の患者に対して、診断名などを記入した様式を渡しにくい場合、かかりつけ医と後方支援病院の間で、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」を活用して情報共有いただくことも考えられます。

様式(3) [ADLの状態等の情報]



緊急入院時連携シート(ケアマネ用)

入院時連携シート ケアマネ用		年 月 日更新	記入者	所属
担当ケアマネ		医療機関	医師	住所 TEL
本人氏名	年齢	歳	TEL	
本人住所	介護度	要介護(1・2・3・4・5)・非該当		
家族①	氏名	続柄	住所	TEL 同居・別居
家族②	氏名	続柄	住所	TEL 同居・別居
栄養	主食:	ごはん・おかず・流動食・ミキサー		
	副食:	一般食・一口大・軟食・きざみ・プリンダー		
	飲水:	自立・一部介助・全介助		
	トロミ:	あり・なし		
	その他:	()		
コミュニケーション	聴力	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない		
	視力	見える・見えない		
	辞通	可能・不能		
	認知症	I・II・III・IV・M		
	その他:	()		
生活背景	食事	自立・全介助・介助セッティングのみ・介助見守り		
	姿勢・起座	可能・不能		
	排泄	()		
	トイレ介助	介助不要・見守り・介助要		
	オムツ	常時・夜のみ・無		
	ポータブルトイレ	無・有		
	ポータブル介助	不要・見守り・一部介助・全介助		
	バルーンカテーテル	無・有		
	その他:	()		
	移動	自立独歩・自立杖・自立歩行器・歩行見守り・車イス自走・車イス介助・リクライニング・ストレッチャー		
移乗	自立・一部介助見守り・一部介助腰支え・全介助			
服薬	自立・介助見守り・全介助			
口腔清潔	自立・介助歯みがき・介助口腔拭			
義歯	有り上下・有り上のみ・有り下のみ・無し			
清潔	一般浴・機械浴			
連絡先	後見人	氏名	TEL	
		事業所名	担当者	TEL
		事業所名	担当者	TEL

ケアマネアセスメントシート

課題分析標準項目 (アセスメントシート)				No.3
作成年月日 年 月 日				
利用者氏名	性別	生年月日	年 月 日 歳	
■ADL/IADL				
寝返り	1. できる 2. 何かに頼ればできる 3. できない	排尿	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	
起き上がり	1. できる 2. 何かに頼ればできる 3. できない	現状	計画	
歩行	1. できる 2. 何かに頼ればできる 3. できない	なし・見守りのみ・介助あり	不要・見守り必要・介助必要	
洗身	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> トイレ	
移乗	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	
食事摂取	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> 尿取器	<input type="checkbox"/> 尿取器	
口腔清潔	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 導尿	
上着の着衣	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> おむつ	
ズボンの着脱	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	排便		
薬の内服	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助		
金銭の管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	現状		
買物	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	なし・見守りのみ・介助あり		
簡単な調理	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	計画		
特記・解決すべき課題など				
■認知・コミュニケーション				
意思の伝達	1. できる 2. とどき伝達できる 3. ほとんどできない 4. 出来ない	介歴に該当する	1. ない 2. とどきある 3. ある	
毎日の目標を理解する	1. できる 2. できない	今の状態から	1. ない 2. とどきある 3. ある	
近年月日や季節を覚える	1. できる 2. できない	コミュニケーションの方法		
面接課題の直前記憶	1. できる 2. できない	視聴覚	<input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
自分の名前を覚える	1. できる 2. できない	<input type="checkbox"/> コンタクト使用		
今の季節を理解する	1. できる 2. できない	<input type="checkbox"/> 補聴器使用		
自分のいる場所を覚える	1. できる 2. できない	電話	1. あり 2. なし	
詳細	1. ない 2. とどきある 3. ある	言語障害	1. あり () 2. なし	
外出できる(歩行) (文字)	1. ない 2. とどきある 3. ある	コミュニケーション支援機器の使用	1. あり () 2. なし	
介護者の発言への反応	1. ない 2. とどきある 3. ある	社会活動の状況		
願望・能力	1. ない 2. とどきある 3. ある	家族等親近者との交流		
目的なく動く回る	1. ない 2. とどきある 3. ある	1. あり () 2. なし		
火の始末・管理	1. ない 2. とどきある 3. ある	地域近隣との交流		
不潔行為	1. ない 2. とどきある 3. ある	1. あり () 2. なし		
興奮行為	1. ない 2. とどきある 3. ある	友人知人との交流		
	1. ない 2. とどきある 3. ある	1. あり () 2. なし		

《ポイント》

- ケアマネのアセスメントシートは、統一的な様式はなく、介護保険施設ごとに様々な様式が利用されています。今回作成した「緊急入院時連携シート(ケアマネ用)」には、救急医療機関から求められている項目が盛り込まれていますので、ご活用ください。
- 必要な項目が盛り込まれていれば、既存のアセスメントシートをご活用頂いても構いません。

3 支援対象者に応じた「管理者」と「管理方法」

(1)『訪問診療を受けている患者』(居宅)には、

- 患者宅に個人ファイルを設け、
「様式1」～「様式3」(「様式1」がない市町では「様式2」、「様式3」)などをまとめて保管することが望まれます。
- 個人ファイルのある患者であると救急隊にすぐに伝わる必要があることから、実際の運用に向けて、市町、救急隊、郡市医師会等の関係者が協議し、各地域ごとに個人ファイルをどのように保管するのかなどのルール(例. 中が見えないように色のついたクリアファイルに必要書類を入れ、冷蔵庫に貼るようにする)を決める必要があります。
- また、外出先で救急搬送された場合などを想定し、保険証、診察券、ケアマネの名刺、その他かかりつけ医や訪問看護師等関与している医療介護従事者の名刺、を一緒にして、普段から持ち歩く取組をあわせて進めていくことが望まれます。
- かかりつけ医やケアマネ等の関係者におかれましては、様式の作成・配布や、保険証、診察券、ケアマネの名刺を一緒にして持ち歩くように伝えるなど、ご協力をお願いします。

3 支援対象者に応じた「管理者」と「管理方法」

(2) 『施設入所者』（施設系で訪問診療を受けている患者を含む）には、

- 施設の入所者ファイルに、
- 「様式1」～「様式3」などを保管することが望まれることから、
- 施設管理者におかれましては、かかりつけ医や介護支援専門員等の関係者の協力を得て、様式を入所者ファイルに保管し、急変時にはすぐに持ち出せるようにご協力をお願いします。

(参考)『独居老人・高齢者世帯』（訪問診療なし）には、市町の取組として、

- 市町が取り組んでいる、救急医療情報キット(緊急時あんしんシート)などを活用し、
- 最低限「様式1」を保管する取組を進めていくことが望まれます。

ルールの普及・周知方法について(案)

STEP1 在宅医療推進協議会等で、郡市医師会等関係団体に周知

→3/29：在宅医療推進協議会

別途、市町(福祉部局、消防本部)等に周知

→5/14：在宅医療推進事業打合せ会

→6/20：在宅医療・介護連携推進担当者研修

STEP2 郡市医師会、市町、消防本部、介護施設など関係者間で、救急隊が患者宅(介護施設内に)ファイルを保有している患者であることを把握するためのルールを決める

STEP3 郡市医師会から「かかりつけ医」に、介護支援専門員協会支部から「介護支援専門員」に周知

STEP4 「かかりつけ医」や「介護支援専門員」等が連携のうえ、様式を作成・配布し、患者・家族に説明(※行政からシートの配布がある市町は、あわせて患者・家族に記入してもらう)

STEP5 「かかりつけ医」(訪問診療時)や「介護支援専門員」(訪問時)は、連携シートの保管状況を確認するとともに、投薬内容等に変更があれば、連携シートを更新