

在宅医療・救急医療連携推進パイロット事業 実績報告

(1) ワーキンググループ

R1～R3 年度：第1回～第9回) R4.6.23 (第七回)

(2) ヒアリング・アンケート

R1 年度：市社協、市医師会、新潟市消防局（緊急情報キット）、市内全救急隊アンケート、
西区高齢者施設、西区4包括

R2 年度：西区救急5病院、西消防署ほか

(3) 事業説明・意見交換会等

R1 年度：市居宅介護支援事業者連絡協議会、西区救急5病院連携実務担当者、
西区救急5病院経営管理層・看護部長・連携実務担当者、
赤塚・坂井輪圏域学習会

R2 年度：西区救急5病院連携実務担当者、西区対象施設（特養・老健・ショート）

R3 年度：西消防署、市居宅介護支援事業所各区世話人、施設・居宅介護支援事業所・包
括、事業説明会（病院・消防署・西区訪問看護 ST）、事業説明（西区民生委員
高齢者福祉部会）

R4.3 情報交換会（施設・居宅・包括）

R4.8 事例検討会（施設・居宅・包括・消防署・病院）

R4.8 SWAN ネット導入説明会（施設・居宅・包括）

R4.9.16 坂井東民生委員児童委員定例会

R4.10.12 西区民生委員児童委員会会長連絡会

(4) 意思決定支援研修、医療と介護の市民講座

R3.5.12 意思決定支援研修会（講師：坂井さゆり先生、273人参加）

R3.12.4 ACP オンライン市民講座①（講師：下畑光輝先生、78人参加）

R3.12.8 ACP オンライン市民講座②（講師：坪野俊広先生、50人参加）

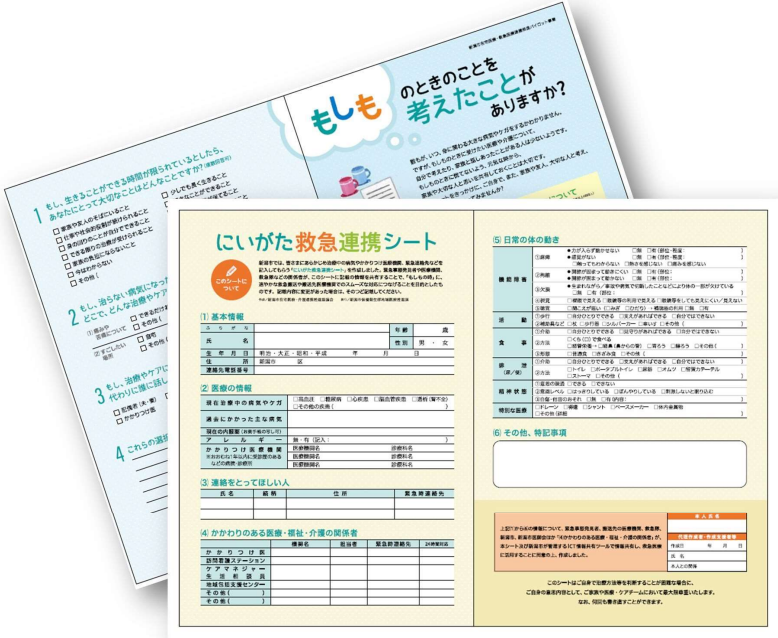
R3.12.14 意志決定支援研修会プレセミナー（講師：田村里子氏、86人参加）

R4.1.8～R4.4.16 意志決定支援研修4回シリーズ研修（講師：同上、19～20人参加）

(5) にいがた救急連携シート登録状況（R4.9.1時点）

190人（特養57・老健13・ショート2・居宅89・包括27・病院2）

にいがた救急連携シート ガイドライン



2022年7月

新潟市在宅医療・救急医療連携ワーキンググループ

新潟市保健衛生部地域医療推進課

にいがた救急連携シートについて

あらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などの情報のほか、今後の治療やケアに関する本人の希望、ご家族等の意向などをくり返し話し合い、記入してもらった「にいがた救急連携シート」を作成しました。緊急事態発見者や医療機関、救急隊などの関係者が、このシートに記載の情報を共有することで、「もしもの時」に速やかな救急搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。

(1) シートの趣旨

既往歴、持病、服薬状況、緊急時連絡先、かかりつけ医情報のほか、今後の治療や療養に関わる本人の意向を含めた情報シートを記入し、救急時に関係者間で共有・活用する。

市民一人ひとりが、人生の最終段階において、どこで過ごし、どのような医療を受けたいか、元々なときから考え、繰り返し合うことを促す。

(2) 運用方法

・施設職員やケアマネジャー等が対象者へシートの趣旨・内容などの説明と記入支援を行う。

・記入(入力)したシートを「にいがた救急連携シート」送信専用フォームより、新潟市へ送信する。

※詳細は「[図1 にいがた救急連携シート送信方法](#)」参照

・初回登録(送信)後は施設職員やケアマネジャー等が基本的に一年に一度(対象者の誕生日)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。ただし、病状や意向が変化した際にはその都度見直しおよび更新登録を行う。

・シートに記入する情報は、救急隊、搬送先の医療機関、当人に関わる医療介護従事者が「にいがた救急連携シート」および ICT 情報共有ツール「SWAN ネット」で情報共有・閲覧可能とする

(3) 対象者

①西区の施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設)入所者またはショートステイ利用者

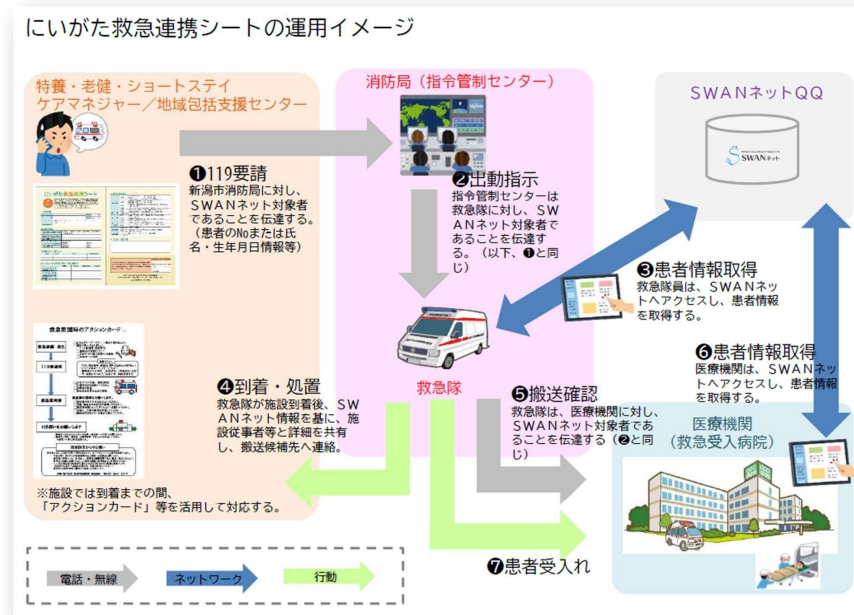
②西区在住の要支援・要介護認定者

※この対象者のうち、当該事業の趣旨に賛同し、自らの情報の登録および共有に関し、書面で同意した者とする。

(4) 運用にご協力いただく機関

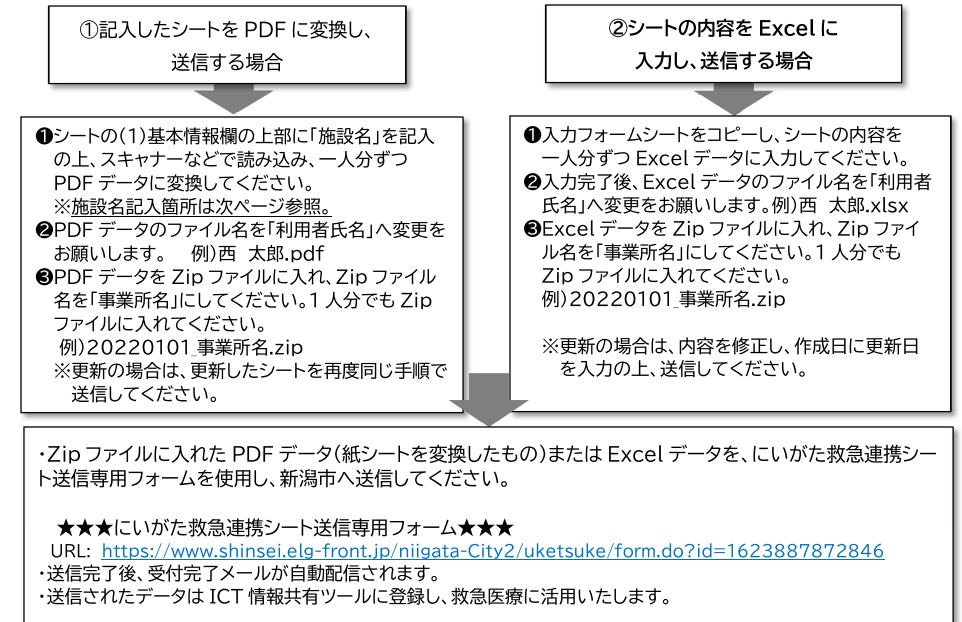
西区内の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・ショートステイ・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・病院(済生会新潟病院・信楽園病院・新潟医療センター・新潟脳外科病院・西新潟中央病院)・西蒲中央病院・新潟市消防局、西消防署

(5)シート運用のながれ



- ①119要請(施設職員・ケアマネジャー等)
新潟市消防局へ「いいがた救急連携シート」または「SWAN ネット QQ」対象であることを伝達する(患者氏名・生年月日情報等)。
- ②出動指示(消防局)
指令管制センターは救急隊に対し、「SWAN ネット QQ」対象であることを伝達する(同上)。
- ③患者情報取得(消防局)
救急隊員は、専用のタブレット端末から「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。
- ④到着・処置(消防局)
救急隊が施設到着後、「SWAN ネット QQ」情報を基に施設職員等と詳細を共有し搬送候補先へ連絡。
- ⑤搬送確認(消防局)
救急隊は、医療機関に対し、SWAN ネット対象であることを伝達する。
- ⑥患者情報取得(病院)
「SWAN ネット QQ」へアクセスし、患者情報を取得する。
- ⑦患者受入れ(病院)
取得した情報を診療や今後の方針決定に活用する。シートに対する評価を行う。

図1 いいがた救急連携シート 送信方法



★★★いいがた救急連携シート送信専用フォーム★★★
 URL: <https://www.shinsei.elg-front.jp/niigata-City2/uketsuke/form.do?id=1623887872846>
 ・送信完了後、受付完了メールが自動配信されます。
 ・送信されたデータは ICT 情報共有ツールに登録し、救急医療に活用いたします。

画面イメージ

【テスト用】いいがた救急連携シート送信専用フォーム		ヘルプ
送信内容の確認 ※送信は完了していません。		
以下の入力内容をご確認ください。 よろしければ「送信」ボタンを押してください。 入力内容に間違いがある場合は、「修正する」ボタンを押し、再度入力してください。 機種依存文字が入力されている場合には、「?」のように表示されていますので、修正してください。		
申請日 <small>必須</small>	令和 3年 6月 17日	
団体・法人名 <small>必須</small>	新潟園	
役職・部署名	介護支援専門員	←役職または職種
お名前 <small>必須</small>	新潟太郎	←施設担当者名
電話番号 <small>必須</small>	025-123-4567	←施設連絡先
メール送信先 <small>必須</small>	パソコン用 chiki.iry@city.niigata.lg.jp スマートフォン用	
いいがた救急連携シートの登録 <small>必須</small>	20210617_新潟園.zip (26KB)	
送信欄		

(6)にいがた救急連携シートの記入要項

※シートの内容を Excel に入力し、送信する場合は、Excel データの入力フォーム「記入例」をご参照ください。

にいがた救急連携シート

新潟市では、皆さまにあらかじめ治療中の病気やかかりつけ医療機関、緊急連絡先などを記入してもらった「にいがた救急連携シート」を作成しました。緊急事態発生時や医療機関、救急隊などの関係者が、このシートに記載の情報を共有することで、「もしもの時」に速やかな救急搬送や搬送先医療機関でのスムーズな対応につなげることを目的としたものです。記載内容に変更があった場合は、そのつど記載してください。

※印/新潟市立医療・介護連携推進協議会 発行/新潟市保健衛生課地域医療推進室

新潟県

1) 基本情報

ふりがな	年齢	歳
氏名	性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
住所	新潟市 区	
連絡先電話番号		

2) 医療の情報

現在治療中の病気やケガ	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 透析(腎不全) <input type="checkbox"/> その他の疾患()
過去にかかった主な病気	
現在の内服薬(お薬手帳の写し可)	
アレルギー	無・有(記入:)
かかりつけ医療機関	医療機関名 診療科名
※おおむね1年以内に受診歴のあるなどの病院・診療所	医療機関名 診療科名

3) 連絡をとってほしい人

氏名	続柄	住所	緊急時連絡先

4) かかわりのある医療・福祉・介護の関係者

かかりつけ医	機関名	担当者	緊急時連絡先	24時間対応
訪問看護ステーション				
ケアマネジャー				
生活相談員				
地域包括支援センター				
その他()				
その他()				

①基本情報
 ・基本情報欄の上部に「施設・事業所名」を記入。
 ・基本的に一年に一度(対象者の誕生日)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとする。ただし、病状や意向が変化した際にはその都度見直しおよび更新登録を行う。

②医療の情報
 ・救急対応をする際に重要な情報。最新の情報を記入。現在の内服薬は、お薬手帳の写しを PDF データ化し一緒に提出も可。

③連絡をとって欲しい人
 ・身寄りのない方も増えていることから、連絡先は家族に限定しない。
 ・単なる連絡先ではなく、本人の意思の表明が難しい状態になった際、その意思を推定する立場にある方の連絡先を記入することが望ましい。

④かかわりのある医療・福祉・介護の関係者
 ・現在、かかわりのある機関名、担当者と緊急時連絡先を記入。
 ・24時間対応が可能であれば「○」を記入

5) 日常の体の動き

機能障害	①麻痺	●力が入らず動かせない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位・程度:) ●感覚がない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位・程度:) ●動いてはいるが動かない <input type="checkbox"/> 動かしにくい <input type="checkbox"/> 動かしづらい
	②拘縮	●関節が固まって動かない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:) ●関節が固まって動かしにくい <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)
	③欠損	●生まれながら/事故や病気などで切断したことなどにより体の一部が欠けて <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)
活動	④視覚	<input type="checkbox"/> 裸眼で見える <input type="checkbox"/> 眼鏡等の利用で見える <input type="checkbox"/> 眼鏡等をしても見えない <input type="checkbox"/> その他()
	⑤聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえが良い <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> その他()
	⑥歩行	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない <input type="checkbox"/> 補助具など <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()
食事	⑦介助	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
	⑧方法	<input type="checkbox"/> くち(口)で食べる <input type="checkbox"/> 経鼻(鼻からの管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> その他()
	⑨形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> その他()
排泄(尿/便)	⑩介助	<input type="checkbox"/> 自分ひとりで行える <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできない
	⑪方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他()
精神状態	⑫意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	⑬意識レベル	<input type="checkbox"/> はっきりしている <input type="checkbox"/> ぼんやりしている <input type="checkbox"/> 刺激しないと眠り込む
	⑭自覚・他覚のおそれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:)
特別な医療	⑮ドレーン	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属物
	⑯その他(詳細)	

⑤日常の体の動き
 ・該当する項目にチェックを記入。
 ・チェックした内容により、詳細情報の記入が必要のため、記入漏れに注意して記入。

6) その他、特記事項

⑥その他、特記事項
 ・要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度を記入。
 ・上記の項目にない内容で、補足することがあれば記入。

上記1から6の情報について、緊急事態発生時、搬送先の医療機関、救急隊、新潟市、新潟市医師会ほか「4かかわりのある医療・福祉・介護の関係者」が、本シート及び新潟市が管理するICT情報共有ツールで情報共有し、救急医療に活用することに関する上、作成しました。	本人氏名
	代理作成者・作成支援者等
	作成日 年 月 日
	氏名
	本人との関係

このシートはご自身で治療方法を判断することが困難な場合に、ご自身の意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて最大限尊重いたします。なお、何回も書き直すことができます。

⑦代理作成者・作成支援者等
 ・新規作成日または更新日を記入。
 ・代理作成者の氏名および本人との関係、または施設・事業所の作成支援者氏名および職種を記入。

③本人の意向

このページは、シートを提出する目的で確認、記入をするものではなく、今後の支援の中で、表明された本人の意思を記入する。提出は、救急情報(①～⑦)のみでも構わない。

・救急搬送より前に ACP を積み重ねておくきっかけとして、本人の意思を最大限尊重した治療やケアを提供するための情報、また、本人が意思の表明ができない場合に、その意思の推定に資する情報という位置づけである。

- ・あくまで、本シート作成時の本人の意向であり、決定事項ではない。
- ・表明された本人の意思や家族等の希望に現時点で一番近いものに☑する。
- ・本人の意思は変化するため、繰り返し話し合い、その内容を残しておくための一つのツールとして活用する。

1 もし、生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？(複数回答可)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りごとが自分でできること | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること |
| <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 今はわからない | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

2 もし、治らない病気になったり、気持ちを伝えられなくなったら、どこで、どんな治療やケアを受けてすごしたいですか？

- | | | | |
|---------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| (1) 痛みや苦痛について | <input type="checkbox"/> できるだけおさえてほしい | <input type="checkbox"/> 自然のままがいい | <input type="checkbox"/> 今はわからない |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | |
| (2) すごしたい場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 病院 | <input type="checkbox"/> 施設 |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 今はわからない |

3 もし、治療やケアについて、自分で決められなくなったら、代わりに誰に話しあってほしいですか？

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶者(夫・妻) | <input type="checkbox"/> 子ども・孫 | <input type="checkbox"/> きょうだい | <input type="checkbox"/> 親戚(姪・甥など) | <input type="checkbox"/> 友人・知人 |
| <input type="checkbox"/> がかりつけ医 | <input type="checkbox"/> 頼める人はいない | <input type="checkbox"/> その他() | | |

4 これらの選択を希望した思いや理由を書いてみましょう

このシートはご自分で治療方法を判断することが困難な場合に、ご自身の意思内容として、ご家族や医療・ケアチームにおいて最大限尊重いたします。なお、何回も書き直すことができます。

8

よくあるお問い合わせ

Q1. ショートステイ利用者については、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、シートの記入支援をし、ショートステイ利用時に情報が提供されるということが良いか。

A1. 現在、ショートステイにもシートの説明と記入支援を依頼しています。既にシートが登録されている場合は、ショートステイ職員と居宅介護支援事業所のケアマネジャーで共有していただければ幸いです。ショートステイ利用時に居宅介護支援事業所から基本情報と一緒にシート情報も提供していただく、また、ショートステイ退所時に居宅介護支援事業所のケアマネジャーにシート情報を提供していただく等ご対応をお願いいたします。

Q2. 救急要請の際、施設職員がシートのことを把握しておらず、シート登録者である情報を伝えられなかった場合はどうなるのか。

A2. ガイドライン2ページ「(5)シート運用のながれ」に記載のとおり、救急要請の際、シート登録者であることの伝達をお願いします。情報を伝えられなかった場合、救急隊は SWAN ネット救急の閲覧を行いません。救急隊、受け入れ病院での迅速な情報共有が困難になりますので、シート登録者の把握方法について施設内でのルール作成等ご検討をお願いしたいと思います。

Q3. 在宅から施設に入所した場合は、1年の見直しの基準日は変わりないのか。入所の際に取り直して、基準日を変更するのか。

A3. ガイドライン1ページ「(2)運用方法」に記載のとおり、初回登録後は基本的に一年に一度(対象者の誕生日)、情報の見直しを行い、変更があった場合に更新登録することとしています。また、病状や意向が変化した際にはその都度見直しおよび更新登録を行うこととしています。施設に入所した場合は、ご本人、ご家族との面談の中で、情報の見直しをし、変更があった場合に更新登録をお願いいたします。その場合、初回登録後の運用と同様にご対応をお願いします。

Q4. 特別養護老人ホームは、看取り加算を算定する場合に看取りの計画が必要になる。その時点で、シートから看取りの計画に移行すると考えて良いか。

A4. 看取りを希望される場合でも、病状によっては救急搬送も想定されるため、シートの説明と記入支援をお願いいたします。

Q5. いつまでに、どの位(情報提供数)等、目安はどのように考えたらよいか。

A5. 令和4年度は、ご提供いただきました情報や実際に救急搬送があった事案を基に事業の効果検証を行い、令和5年度以降の事業展開について検討することにしております。検証に向け、多くの方からご協力をいただきたいと思っております。

Q6. 全ての情報を記入しなければならないのか。

A6. ACPに関わる内容は、このシートを提出する目的で記入を急ぐものではありません。今後の支援の中でお聞きできましたらご記入をお願いします。救急の情報のみ提出でも構いませんのでご協力をお願いいたします。

地域医療を支える看護人材確保事業 実施状況報告

令和4年度保健衛生部重点事業
地域医療を支える看護人材確保事業

現状および課題

高齢化の進展に伴い、医療と介護の両方を必要とする高齢者が年々増加している。今後ますます増える高齢者の医療需要に対し、従来の病院における医療だけでなく、自宅等で行う在宅医療の提供体制の強化が不可欠であり、在宅医療の中心的役割を担う人材の育成と確保が求められる。

★在宅医療を担う人材の核となる訪問看護師が将来的に不足 ★若手の就職先として訪問看護は認知されていない ★訪問看護ステーションの採用・育成体制が脆弱

⇒新潟市2025年見込み △160人
(※新潟県看護職員就業状況調査から独自に推計)

看護職員の約8割が病院と診療所に就職しており、訪問看護ステーションへは4%に留まるほか、看護師は病院に就職するもの、未経験な看護師が訪問看護部になることは難しいという認識をもった養成校の看護教員や家庭が多い

経験年数を問わず採用しても良いと思っている事業所が23.3%あるが、91.1%の事業所が新卒を採用していない
(H30年度～H33年度(採用予定含む))

目的

将来の医療需要増加に対応するため、地域医療を支える看護人材の育成と確保を図る

方策

①訪問看護について周知を図る

対象:学生や求職者、市民

内容:情報発信
SNSやweb広告等を活用し、訪問看護の魅力などを発信し、訪問看護について知ってもらう。
市民向けにもフォーラムやリーフレット配布により、訪問看護について理解を促す。

◀市民向けフォーラム開催案▶
◆日時:令和4年10月29日(土)
午後2時～午後4時
◆会場:新潟アルシロ ホール
(100～200名程度の参加を想定)

②就職につながるイベントの開催

対象:訪問看護に興味のある学生や看護職

内容:マッチングイベントの開催
市内訪問看護ステーションに勤務する若手看護職から訪問看護の仕事について話を聞く機会を作り、訪問看護への関心を高める。

◀マッチングイベント開催案▶
◆日時:令和4年11月19日(土) or 26日(土) 午後2時～午後4時
◆会場:新潟市総合保健医療センター 講堂
◆人数:30名(5人×6グループを想定)

③訪問看護の理解を深める

対象:訪問看護に興味のある学生や看護職

内容:訪問看護体験・研修費助成
訪問看護にかかる体験研修受講費用を助成し、実際の体験等を通じ訪問看護への理解を深める。

◆対象者
・市内在住または市内養成校に在学中の学生
・市内在住または市内に勤務している訪問看護未経験の看護職
◆補助対象経費
訪問看護関連の研修受講費
◆補助額
実費相当額(上限10,000円)

④新任訪問看護師の雇用促進 & 育成支援

対象:新任訪問看護師を雇用する訪問看護ステーション

内容:新任訪問看護師雇用助成

◆補助対象経費
①雇用する看護職員の給与費
A転職:2か月分 B潜在:4か月分
C新卒:6か月分
②内部研修受講経費
A・B・Cともに12か月分
◆補助額
①給与費
200,000円/月(上限)と支払った額を比較して少ない方の1/2
②研修費
A・B:50,000円(上限)と支払った額を比較して少ない方の1/2
C:100,000円(上限)と支払った額を比較して少ない方の1/2

期待される効果

- ・訪問看護の就労環境を見える化することで、市内就職希望者が増加する
- ・市民の在宅医療への理解を広げることで、訪問看護サービスの利用(需要)が増える
- ・新卒・新人訪問看護師の雇用環境が整備され、ステーションの体制(経営・人材)が強化されることにより、将来の医療需要増加に対応できる
- ・看護士の雇用が促進されることで、若い女性の転出抑制が図られる(医療・福祉産業の20～24歳の女性の東京圏への転出が特に多いことがわかっている)

実施状況および今後の予定

1 訪問看護に関する情報発信

- ・10/下 … 訪問看護の魅力発信動画作成
- ・11/21、12/6 … (学生) 新潟大学保健学科看護学部講義 (40名×2回)
- ・1/下 … (転職・潜在) オンラインマッチングイベント開催
- ・3/12 … (市民ほか) 訪問看護市民フォーラム開催

2 新任訪問看護師雇用育成助成

- ・意向調査票提出件数 : 16事業所 (一次11、二次5)
うち交付申請件数 : 6事業所
うち交付決定件数 : 5事業所 (転職5)
- ・今後申請予定件数 : 7事業所 (転職5、潜在2)

※10月以降「三次募集」予定