

救急要請の手引き

介護老人保健施設・老人福祉施設等における

救急ガイドブック

渋川広域消防本部

はじめに

渋川広域消防本部管内の救急出動件数は、高齢者の人口増加を背景に今後増加することが予測されています。そのため救急車の到着の遅れや、傷病者の方を医療機関に収容するまでの時間の遅れが懸念されています。このことから、渋川広域消防本部では迅速に救急車を出動させる体制の確保や、救急事故を未然に防ぐ予防救急の啓発など、増加する救急需要に対する総合的な救急需要対策を推進しているところです。

この手引きは、介護老人保健施設・老人福祉施設等の職員の方々へ、施設内でできる病気やけがの予防方法の紹介や、緊急時の救急対応を円滑に行えるように作成しました。

また緊急かどうか判断に迷った時に、緊急度判定を支援するアプリの紹介や、患者等搬送事業認定事業者の一覧も掲載してありますので、ぜひご活用ください。

目次

- 1 施設内での救急事故の予防と対策・・・・・・・・・・ 1～2
- 2 119番通報にあたって・・・・・・・・・・ 3
- 3 救急要請対応フロー・・・・・・・・・・ 4
- 4 消防署からのお願い・・・・・・・・・・ 5～7
- ※ 救急隊への情報提供表及び見本・・・・別添1、別添1-2

<問い合わせ先>

渋川広域消防本部 警防課救急係 TEL：0279-25-4192

1 施設内での救急事故の予防と対策

(1) 渋川広域消防本部では、居室内における救急事故の予防策について、広く市民の皆様
に啓発し予防救急を推進しています。その予防策の一例をご紹介します。(注 救急事故
とは、急病やけがなど、消防による救急業務の対象となる事故をいいます。)

<p>廊下・階段事故</p> <p>● 小さな段差につまずき転倒し負傷することが多数</p> <p>● 居室と廊下の温度差にさらされることで、心臓に負担がかかり危険</p> <p>※ 廊下の急病事故は、心血管系疾患を発症しやすい「魔の時間帯」といわれる朝方5～9時頃と、夕方17、19時頃に重症化リスクが高くなっています。</p>	<p>転倒を防ぐ</p>	<ul style="list-style-type: none">・ 手すりの設置と段差をなくす (敷物はしかない)・ 手すりがない場合は、壁伝いにゆっくりと移動・ 夜間は足元灯をつける
<p>移動時の防寒</p>	<ul style="list-style-type: none">・ 廊下や階段空間を暖める・ 服をもう一枚羽織ってから移動開始・ スリッパなどの履物を履く	
<p>血栓形成予防</p>	<ul style="list-style-type: none">・ 居室から移動する前に水分を補給	

<p>浴室事故</p> <p>● 浴室事故は、居室を除いた住宅空間の中で最も死亡率が高い</p> <p>● 11月～4月や、外気温が11℃を下回る日に重症化リスクが高まる</p>	<p>急激な血圧の変動を防ぐ</p>	<ul style="list-style-type: none">・ 急激な温度変化を避けるために、 ↳ ・ 脱衣室や浴室内を暖める・ 入湯は、かけ湯をしてからゆっくりと・ 半身浴を併用し、お湯の高さは心臓より下・ 体温 0.5℃上昇程度で湯から出る (目安は汗ばんだと感じたとき)
<p>血栓形成予防</p>	<ul style="list-style-type: none">・ 入浴前後に水分を補給 (お酒はダメ)	

<p style="text-align: center;">トイレの急病事故</p> <p>●トイレの急病事故は、居室を除いた住宅空間の中で最も頻度が多く、排便時のいきみに伴うダイナミックな血圧変動に注意</p> <p>●11月～4月にかけて、心血管系疾患を発症しやすい「魔の時間帯」といわれる、朝方6～7時頃に重症化リスクが高まる</p>	<p>排尿時の失神を防ぐ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・座って排せつ（できれば男性も） ・立ち上がる際の動作はゆっくりと
<p>肌の露出部分を防寒</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ空間を暖める （目安 22℃以上、最低でも 17℃確保） ・便座暖房もしくは便座カバーを利用 ・ひざ掛けで太ももなどの露出部を覆う 	
<p>排便を穏やかに</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・普段から水分を多めに摂取 ・朝食を抜かない ・便意を我慢しない 	

(2) 窒息事故は、餅、ご飯、パンなどで多く発生しています。特に高齢者は、咀嚼力や嚥下反射の低下により窒息を引き起こすリスクが高くなっています。利用者が食事をする際は、誰かがそばに付き添って、窒息事故の防止に努めてください。



- ・食物を小さく切るなどして、食べやすい大きさにする
- ・少量ずつ、ゆっくり食べる
- ・食べている最中に、話しかけない
- ・食事の際は、お茶や水などを飲んで、のどを湿らせる

2 1 1 9番通報にあたって

心停止や窒息という生命の危機的状況に陥った傷病者や、これらが切迫している傷病者を救命し、社会復帰に導くためには、「救命の連鎖」が必要となります。



いざというときに慌てないために、事前に対応マニュアルなどを作成して備えておくことが望ましいと考えられます。特に利用者の方の心肺蘇生を望まない意思がある場合には、あらかじめ担当医師と協議して事前に対応について取り決めを行っていただくようお願いいたします。

救急隊は、救命を主眼とし、心肺停止に際しては管内医療機関の医師の指示のもと、胸骨圧迫や AED を使用して一次救命処置のほか、器具による気道確保や末梢静脈路確保等の必要な処置を行いつつ、救急受入れ可能な医療機関等に搬送します。緊急を要する場合には直ちに 119 番通報を行うとともに一次救命処置を開始してください。

(1) 緊急を要する症状の具体例

急に意識がなくなったり、状態が急に悪くなったりしたときなど、次ページに掲げる症状が該当します。

(2) 119 番通報時のお願い

119 番通報時には、次のことに留意してください。

ア 応急手当（心肺蘇生）の実施

意識が無く正常な呼吸をしていない場合は、すみやかに一次救命処置を実施してください。

心肺蘇生は、救急隊（消防隊）が到着し、交代するまで継続してください。

イ 誘導（開錠）

特に夜間などは、玄関など入り口を開錠していただくとともに、救急隊（消防隊）が到着したら、患者の居場所まで誘導してください。

(3) 情報提供

別添「施設入所者情報シート【様式-1】、救急要請時チェックシート【様式-2】」を事前に作成しておいていただき、緊急事態発生の場合は、到着した救急隊（消防隊）へ渡してください。

（施設における看護、介護記録等がご準備いただける場合にも、その記録を基に記入していただくようお願いいたします。）

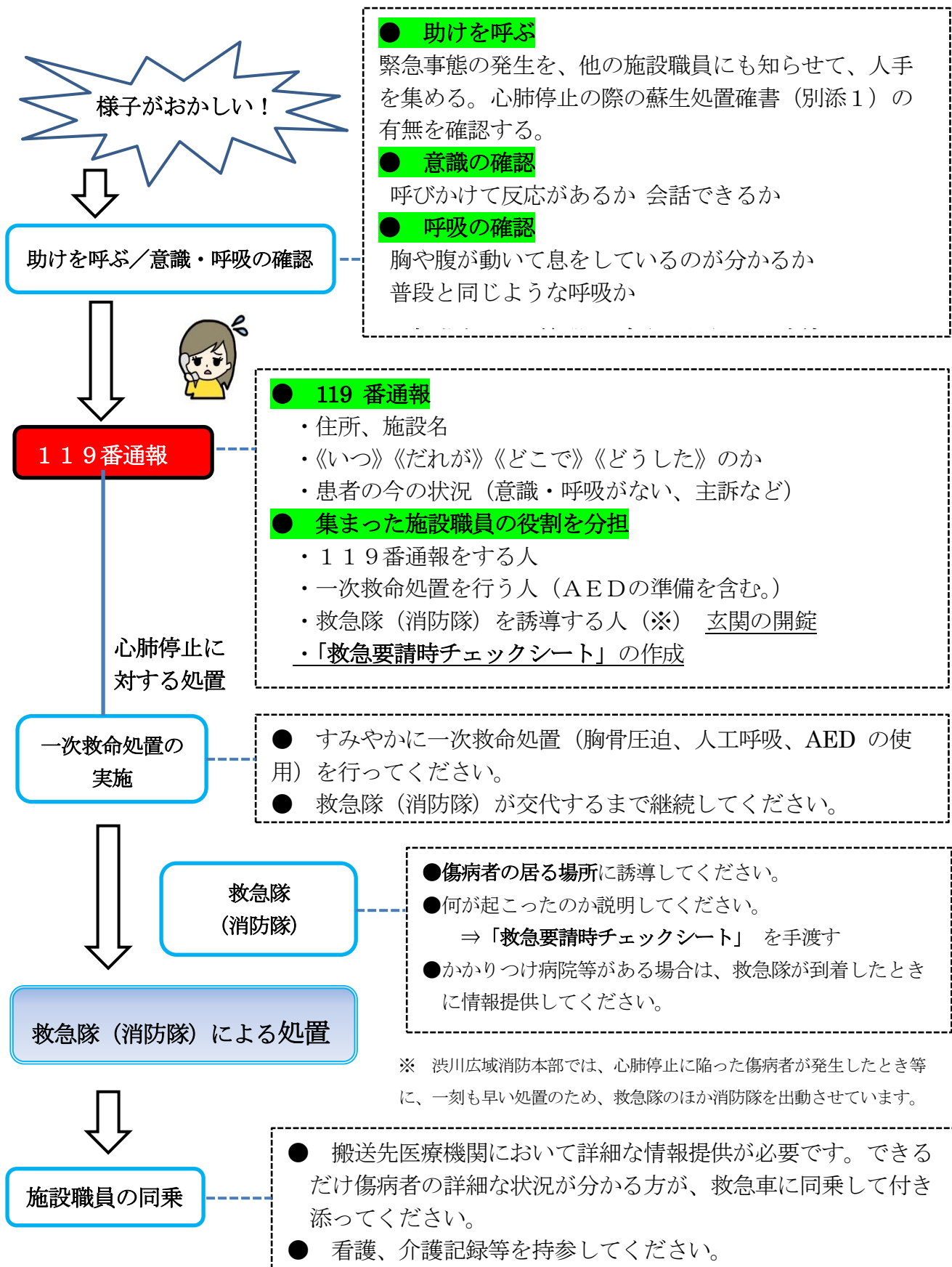
(4) その他

医療機関への搬送に際し、できるだけ詳しく状況がわかる方の救急車への同乗をお願いします。（万一その場で同乗できない場合でも、ご家族や他の職員に連絡をとっていただくなど、関係者が搬送先医療機関へ迅速に来院できるよう連絡をお願いします。）

【緊急を要する症状の具体例】

●意識がない（返事がない）とき	
<ul style="list-style-type: none">・物を喉に詰まらせて呼吸が苦しい・胸や背中 of 突然の激痛・息切れ、呼吸困難・突然の激しい頭痛・大量の吐血・下血	
●急に次のような症状が出たとき	
<ul style="list-style-type: none">・顔半分が動きにくい・笑うと口や顔の片方がゆがむ・呂律が回らず話しにくい・見える範囲が狭くなる・片側の手足が動かない・顔や手足のしびれ	
●高所からの転落や、大量の出血を伴う などの大けが、広範囲のやけど	

3 救急要請対応フロー



4 消防署からのお願い

(1) 担当医師、施設協力医療機関との連絡体制の構築

施設利用者ごとの担当医師や施設協力医療機関との連絡を密にし、健康管理だけでなく、容態が変化したときに相談したり、受診したり、必要な指示を受けられる体制をとってください。利用者の体調の変化に注意を払い、症状が悪化する前に早めに対応することや、夜間・休日で職員の方が少なくなる前の対応が望ましいと考えられます。

(2) 緊急度判定ツールの活用

施設利用者の容態が変化した時には、上記①のとおり担当医師等との連絡を密にして対応していただくようお願いしておりますが、担当医師等に連絡が取れず、緊急かどうか判断に迷う場合は、傷病者の緊急度判定を支援し、利用できる医療機関や受診手段の情報を提供するためのアプリ「全国版救急受診アプリ（Q助《きゅーすけ》）」を総務省消防庁が提供しておりますので、ぜひ参考にしてください。



(3) 患者等搬送事業者等の利用の検討

度重なる救急出動によって、救急車の到着の遅れが懸念されています。もし施設内で医療機関の受診を要する方がおみえになり、**緊急性が無く救急車以外で対応できる場合は、患者等搬送事業者の利用について積極的に検討していただくようお願いいたします。**

群馬県では、一定要件を満たした民間会社を、患者等搬送事業者として認定しています。

事業所については、「群馬県ホームページ→県内における患者等搬送事業者の一覧」を参考にしてください。

(4) 応急手当の習得と実施

施設利用者の方が生命の危険に陥っているときには、救急隊の到着を待たず、すみやかに救いの手を差し伸べなければなりません。一刻を争う事態に備えて、**応急手当を多くの施設職員の方々が身に付けておくことが大変重要**であると考えられます。

※ 渋川広域消防本部・消防署では、応急手当に関する各種講習会を開催していますので、ぜひ一度ご検討ください。

担当：警防課救急係 ☎ 0279-25-4192

(5) 救急隊への情報提供について

施設内で救急要請に至る状況が発生した場合には、前述のとおり「3 救急要請対応フロー」に沿って対応をお願いしているところですが、円滑な救急活動を行うためにも、救急隊へ「施設入所者情報シート」及び「救急要請時チェックシート」の提供をお願いいたします。「施設入所者情報シート」は事前に記入できますので、あらかじめ利用者ごとに作成をしておいてください。

救急通報と並行して、事前に記入された「救急要請時チェックシート」の太枠内を記入して、到着した救急隊に早急に手渡せるよう準備をお願いします。

到着した救急隊は「救急要請時連絡シート」を使用し、医療機関へ受入要請を行います。

「救急要請時連絡シート」が救急隊の手元に渡るのが遅れると、受入要請を含む救急活動が滞り、時間経過とともに利用者の更なる状態悪化を招く危険性がありますので、施設内での周知徹底をお願いします。

※ 「施設入所者情報シート」及び「救急要請時チェックシート」、「心肺停止の際の蘇生処置確書」（別添1）は、下記 URL から外部サイトへリンクします。

リンク先「渋川地区在宅医療介護連携支援センター」

トップページ左側 「多職種連携の部屋」より様式のダウンロードが可能です。

<https://renkei-shibukawa.my.salesforce-sites.com/>

(6) 心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

救急隊が傷病者に接触した際、家族等から心肺蘇生を望んでいない「心肺停止の際の蘇生処置確書」が確認でき、下記の条件にすべて該当した場合は、救急隊による処置及び医療機関への搬送を行わず、かかりつけ医等に傷病者を引継ぎ、可能な限り本人の意思に沿った活動を行います。

ア 条件→D_NA_Rの適用条件

(ア) 傷病者が心肺機能停止であること（人生の最終段階に至る原因となった病態による心肺機能停止であること）

(イ) 老衰やがんなどにより、人生の最終段階にある傷病者であること

(ウ) 傷病者本人による心肺蘇生を望まない意思表示があり、事前に「心肺停止の際の蘇生処置確認書」等に記入が行われていること

(エ) かかりつけ医、家族等と ACP※が行われていること

イ 応急手当について→D_NA_R意思表示の方でも、心肺蘇生を行う場合

(ア) 外因性（交通事故、窒息、自傷他害）による心肺機能停止の場合

(イ) その場において救急隊が ACP※を取り扱った医療機関の医師に連絡がつかない時

(ウ) かかりつけ医師若しくは収容先医師から心肺蘇生の中止の指示を受けられない場合

※ ACP（アドバンスケアプランニング「人生会議」） 人生の最終段階における医療ケアについて、本人が家族等や医療ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、上記条件をすべて満たしていなければ、管内医療機関の医師の指示のもと、救命処置等の蘇生処置を行いながら、救急受入れ可能な医療機関等に搬送することになります。

(7) 救急テレホンサービス案内番号

急病やケガなど、どこの病院に行けばいいのかわからない場合に、受診可能な医療機関のご案内をしています。

Tel 0279-23-0099

(8) 命のノート

渋川広域消防本部では、命のノートという、小冊子を作成いたしました。

施設内の各部屋等に置いておけば、緊急時の対応にも役に立つものです。

このノートは、救急車を要請した方がよい症状の一覧、救急車の要請方法、救急車を要請した際の所持品の確認などが記載されております。

なお、このノートには、救急指定病院の連絡先や、県内における患者等搬送事業者の一覧も記載してありますので、ご利用ください。

命のノート 小冊子ダウンロード先

「渋川広域消防本部ホームページ→生活安心情報→命のノート（事業所用）」

[PowerPoint プレゼンテーション \(sknet.or.jp\)](http://sknet.or.jp)

～今後も救急隊の活動に、ご理解とご協力をお願いいたします。～

診療について	<input type="checkbox"/> 嘱託医のみ <input type="checkbox"/> 嘱託医と併診 <input type="checkbox"/> かかりつけ医のみ										
嘱託医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 医院名： _____ 医師名： _____ <input type="checkbox"/> 医院名： _____ 医師名： _____										
	<table border="1"> <tr> <td>医院・病院名／担当医師名</td> <td>最終受診日</td> <td>処方</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</td> </tr> <tr> <td>電話</td> <td>年 月 日</td> <td><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</td> </tr> </table>	医院・病院名／担当医師名	最終受診日	処方	電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
医院・病院名／担当医師名	最終受診日	処方									
電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									

現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
手術歴	手術日(入院時期) / 年齢	内容・疾患	病院	体内金属
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
上記以外の入院歴				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

アレルギー歴	薬			
	食品	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
	その他			
感染症関連	HBS抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他			
	新型コロナウイルス(Covid-19) ワクチン接種 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済（ _____ 回） 最終接種日（ _____ ）			

蘇生処置	心肺停止の際の蘇生処置	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし) <input type="checkbox"/> 希望しない (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし) <input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる		
	患者・家族の確認	氏名	続柄	最終確認日
	蘇生処置について	※希望しない、現時点では決めかねるを選択している場合でも 施設職員が119番通報した場合は、蘇生処置を行いながら病院へ搬送します。		
病院内での延命治療について	・気管内挿管(人工呼吸管理)を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる			

【備考】

※定期的に更新をお願いします

【様式-1薬】

施設入所者情報シート お薬情報

(施設職員→病院)

薬説明書のコピーなどを以下に貼付していただくか、お薬手帳をご準備ください。

救急要請時チェックシート (施設職員→消防隊員)

施設名 _____

患者氏名 _____

生年月日 _____ / _____ / _____

年齢 _____ 歳

性別 _____ 男 ・ 女

救急要請に至った状況

発生日時	20 年 月 日 時 分頃		
発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> その他 ()		
概要	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> SpO2低下 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	上記に至るまでの経緯を可能な範囲で記入してください		
	<hr/>		
バイタル	時 分 現在	呼吸： () 回/分	血圧： (/)
	脈拍： () 回/分	体温： () °C	SpO2： () %
応急手当 実施状況	酸素吸入中： () l	AED作動： () 回	
	<hr/>		
直近の 状態	最終食事	本日・昨日	() 時頃 内容・量 ()
	最終飲水	本日・昨日	() 時頃 内容・量 ()
	最終内服	本日・昨日	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 内容： <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部
	最終排便	月 日	性状： <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬 量： <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 多量
	尿カテーテル 直近の交換日	月 日	
	褥瘡 直近の処置	月 日	部位： () 内容： <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> テープ
	最終健常確認	時頃	方法： <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 開眼 <input type="checkbox"/> 他 ()

同乗者職種：	連絡した家族等の続柄：	
担当者：	職種：	連絡先TEL：

【参考】持参していくもの

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 施設入所者情報シート (様式-1) | <input type="checkbox"/> おくすり手帳、薬説明文書 |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 介護保険証 |
| <input type="checkbox"/> 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 福祉医療費受給資格者証 |
| <input type="checkbox"/> めがね <input type="checkbox"/> 入れ歯 | <input type="checkbox"/> 補聴器 |
| <input type="checkbox"/> 体温血圧等日々の記録シートがあればコピー | |