



# 予防救急ガイドブック

## 高齢者施設編



新発田地域広域消防本部 警防課

ホームページアドレス <http://www.shibata-koukai.jp/119>

# はじめに

新発田地域広域消防本部管内の救急出動件数は、近年増加の一途をたどっています。

新発田地域広域消防本部では、できるだけ早く緊急の患者さんのもとに救急車が到着できるように、救急車の適正利用を呼びかけるとともに、緊急時には迷わず救急車を呼ぶよう取り組みを行っています。

また、高齢化の進展に伴い、65歳以上の高齢者の救急搬送が増えており、高齢者福祉施設等（以下「施設」といいます。）からの救急要請も増加しています。

施設からの救急要請は、入所者の急病や施設内での転倒事故等に起因したものが主ですが、中には「もう少し注意していれば・・・」「事前に対策しておけば・・・」など、未然に病気やケガ等を防げたかもしれない事例も多く発生しています。

この「予防救急ガイドブック」は、施設内でできる病気やケガの予防のポイントをご紹介するとともに、もしもの時に、救急対応を円滑に行えるように作成したものです。

また、それ以外にも、緊急時でない場合に利用できる患者等搬送事業者（民間救急）の情報や救急車を要請する場合の注意点、救急車を呼ぶかどうか迷った時の問い合わせ先など、救急に関わる情報を掲載しています。

いざという時の対応方法を事前に施設の職員間で確認し、職員が自信を持って対応し、施設利用者が安全に、またそのご家族が安心して暮らせるようにご活用いただければと考えています。



# 施設内での予防対策について

救急搬送事例からみえてきた、施設内でできる「予防救急」のポイントをご紹介します。

## 1 手洗い・うがい・マスク着用の励行

インフルエンザやノロウィルスなどの感染症が発生、拡大しないように、職員の皆さまだけでなく、入所者全員の手洗い・うがい・必要に応じたマスクの着用などを徹底してください。

また、感染の経路（接触・飛沫・空気など）や、嘔吐物などの正しい処理など、感染予防対策を知ること、施設内での二次感染を防げます。感染症に対しての正しい知識を身につけてください。

## 2 転倒・転落防止

高齢者は、普段生活していて慣れている場所でも、小さな段差でつまずき転倒し、骨折を伴う重症となってしまう場合があります。

施設内の段差や滑りやすい場所などの危険個所に注意するとともに整理・整頓を心がけ、廊下や部屋の明るさにも注意してください。

また、飲み物などがこぼれて、床が濡れてしまった場所でも滑って転倒してしまうことがあります。

床が濡れてしまった場合には、できる限りすぐに、ふきとるように心がけてください。（17ページ参照）

## 3 処方薬の副作用を確認

処方薬によっては、副作用で思った以上にふらついてしまい、ベッドから起き上がる際などに、転倒、転落してしまうことがあります。

処方薬の副作用を確認し、特に、普段から処方薬が変わったときなどは、服薬後の容態変化に注意するようにしてください。

## 4

## 誤嚥・窒息の予防

脳梗塞や神経疾患のある高齢者の方は、嚥下の運動が障害され、飲み込みにくくなっていることや咳をしづらくなっていることもあり、誤嚥や窒息を生じやすくなっています。

ゼリーや大きなお肉はもちろん、飲み込みにくいパンなどでも、窒息事故が起きています。

食べ物を、小さく切って食べやすい大きさにするだけでなく、ゆっくりと食事に集中できるような環境を作り、適宜、施設職員の方が食事の様子を見るなど、注意がけをお願いいたします。

もしも、食事中にむせるなどの症状があった場合は、食事後の容態変化にも注意しましょう。

## 5

## 温度変化に注意

高齢者の方は、温度調整機能が低下し、また、のどの渴きを感じにくくなっています。

夏季は「熱中症」、冬季は「ヒートショック」などによる救急事故が増える時期となります。

居室やリビングだけでなく、施設内のお風呂場やトイレ、廊下などの温度変化にも注意し、急激な温度変化を作らない環境づくりを心がけましょう。

## 6

## 生活環境の記録

施設職員の皆さまは、入所者の方の普段の生活状況について誰よりもご存じです。

毎日の状況について記録し、いざという時のために、職員の皆さまが、入所者の状況を把握でき、医師や救急隊へ正確な情報を伝える仕組み作りも重要です。

救急要請時に必要な情報を「救急シート」(P13ページ参照)等を活用し、事前に作成しておくことで、救急隊へスムーズな情報伝達が可能となります。作成にご協力をお願いします。

## 7 かかりつけ医、協力病院との連絡体制の構築

普段から、かかりつけ医師や協力病院との連絡を密にし、容態が変化した時に、相談や受診ができる体制を作っておきましょう。

高齢者であることを認識し、体調の変化に気づき、症状が発症した場合には、早めに医療機関を受診する体制を構築してください。

医療機関を受診する場合は、症状が悪化する前に受診することが大切です。

また、緊急性がない場合は、施設等の車両や、タクシー、患者搬送事業者（民間救急）などの利用をお願いします。（9ページ参照）

緊急かどうか迷う場合は、かかりつけ医師や協力病院に相談するほか #7119（救急医療電話相談窓口）にも相談することができます。（10ページ参照）

ただし、緊急と判断した場合は、迷わずに119番に連絡して救急車の要請をしてください。

## 8 事故発生時の対応

施設内で事故防止に努めていても、いつ緊急事態が起こらないとは限りません。

いざというときに慌てないために、施設内で、各職員がどのように行動したらよいか、検討し、対応要領のシミュレーション訓練を行ってください。

休日・夜間など、少ない人数で対応しなければいけない時は、特に事前の準備が重要です。

緊急時に対応する資器材（AED・吸引器・救急バック等）の設置状況や連絡体制などの確認も事前に行ってください。

## 9 応急手当の習得と実施

入所者が生命の危険にさらされたとき、最初に気付くのは施設職員の皆さまです。

消防本部では、いざというときのための応急手当を学ぶ「救命講習会」を開催しています。

ぜひ、いざというときのために、応急手当を身につけましょう。

※ 救命講習会の申し込みについては、新発田消防本部ホームページ「救命講習会」をご確認ください。



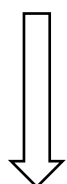
# 救急要請時対応ガイド

## 緊急事態 発生！！！！



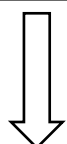
- 施設内に知らせ、職員を集めましょう
- 集まった職員に指示してください
- 傷病者に応急手当を実施してください

## 119 番通報！！



- 住所・施設名・電話番号
- いつ？ だれが？ どこで？ どうした？
- 傷病者の今の状況（反応がない・呼吸がないなど）
- 今、実施している応急手当

## 救急隊到着！！ 救急隊の誘導をお願いします。



- 玄関等のかぎを開けてください
- 傷病者の今の状況を伝えてください
- 現場（傷病者のそば）まで誘導してください

## 傷病者の付き添いをお願いします！！

- 病院への申し送りが必要です
- 傷病者の状況がわかる方が救急車に同乗してください
- カルテ等の申し送りに必要な物を持参してください
- ※ 付き添いができない場合などは、傷病者の必要な情報（『救急連絡シート（P13ページ参照）』の内容）を、できるだけ詳しく救急隊へ伝えてください

# 救急要請のポイント

## 1 施設内での対応

- ① 緊急事態が発生したことを、施設内職員に知らせてください
- ② 緊急事態が起こった場所に、職員を集めてください
- ③ 集まった職員の役割を分担してください
  - ア 119番通報
  - イ 傷病者への応急手当
  - ウ 関係者への連絡（家族・施設関係者など）
  - エ 救急車の誘導と、救急隊を傷病者のところへ案内してください
  - オ 何が起こったのか、どんな応急手当をしたのか説明してください
  - カ 『救急連絡シート（P13ページ参照）』などの傷病者の必要な情報を、救急隊へ伝達してください

## 2 協力病院への連絡と搬送病院の確保

- ① 状況に応じて、協力病院やかかりつけ医師に連絡してください
- ② あらかじめ搬送先医療機関を交渉・確保されている場合は、当該医療機関へ搬送します
  - ※ 緊急度・重症度により、搬送先医療機関が異なる場合もあります

## 3 施設職員又は家族の同乗

救急要請された場合は、施設職員や家族など状況のわかる方の同乗が必要です。

- ① 医療機関への申し送りが必要です
- ② 看護記録・介護記録・カルテ等を持参してください
- ③ 保険証・お薬手帳などを持参してください



## 4 DNAR（蘇生処置をしないで）の意思表示

- ① 傷病者や家族から DNAR（蘇生処置をしないで）の意思表示（書面等）がある場合は、あらかじめ協力病院やかかりつけ医師に相談してください
- ② DNAR の意思表示があった場合でも、救急隊は応急処置を、何もしないで医療機関へ搬送することはできません  
心肺蘇生法などの応急処置を実施することが、救急隊の業務とされています  
救急隊の活動にご協力をお願いします

## 5 患者等搬送事業者（民間救急）の活用

救急車や救急医療は限りある資源です。

次のような場合は、自家用車や患者等搬送事業者（民間の救急車）などの活用に、ご理解とご協力をお願いします。

- (1) 寝たきりである、人手がないなどが理由の場合
- (2) 寝台車を利用すれば病院に行ける場合
- (3) 末期治療のためのもの
- (4) 処方薬がなくなったので、かかりつけ病院へ行く場合など、緊急性が認められない場合

新発田地域広域消防本部が認定した患者等搬送事業者は、次の事業者です。内容については、各事業者に直接ご確認ください。

### ●患者等搬送事業所（民間救急）

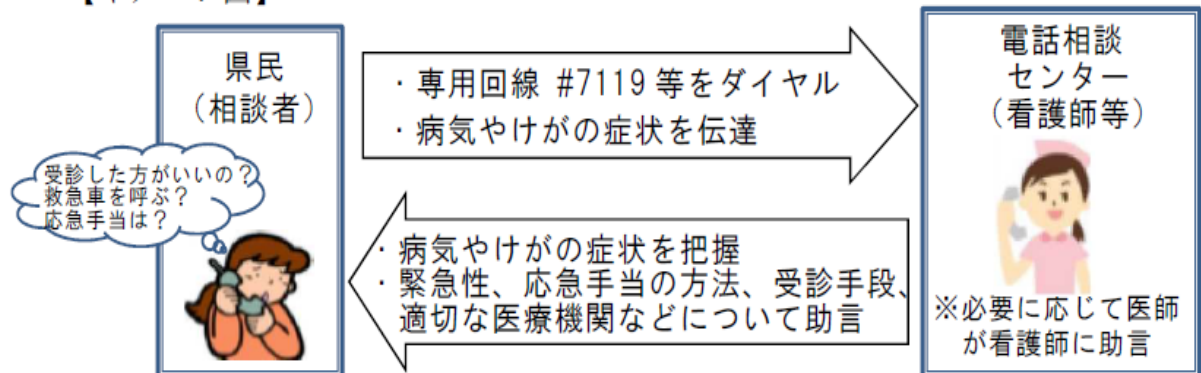
	搬送事業者名	所在地	電話
1	株式会社 下越タクシー	新発田市豊町4-1-32	0254-24-4760

## 6 新潟県救急医療電話相談窓口

救急車を呼ぶかどうか迷ったときは「#7119」に電話すると、看護師等から受診の必要性や対処方法等の適切な助言、医療機関の案内を受けることができます。

- <相談時間> 毎日 午後6時から翌朝午前8時まで  
<対象者> おおむね満 15 歳以上の新潟県民又は新潟県内に滞りする者  
<電話番号> 「#7119」及び「025-284-7119」

### 【イメージ図】



## 7 AI 救急相談アプリ

急な病气やケガの際の対処方法や医療機関への受診の必要性についてチャット形式で気軽に相談できます。

＼ ご利用は **LINE** で友だち追加するだけ！ /

**利用無料**

  **友だち追加は ←こちらから**

# さいごに

新発田地域広域消防では、増加する救急要請に適切・的確に対応するために、病気やケガ等を未然に予防するための取り組み「予防救急」を推進しています。

ほんの少しの注意や心がけで、防ぐことのできる救急事故があります。高齢者は、少しの病気やケガ等で中等症以上（入院）となることが多く、重症化してしまうこともあります。

是非、施設の皆さまにおきましても「予防救急」に取り組んでいただき、高齢者の方がいつまでも元気で、安全で安心して暮らせるように、ご協力をお願いします。

また、いざというときの対応を、施設の皆さまで確認していただき、施設の皆さまと救急隊がより円滑な救急対応が行えるよう、ご理解とご協力をお願いいたします。



『救える命』を救いたい！！  
救命の連鎖（リレー）に皆さまの力を！！



火事・救急は 1 1 9



◆住所

◆施設名

◆電話番号

◆緊急時の連絡先

◆救急のとき



傷病者の状況

- ◇年齢
- ◇性別
- ◇症状
- ◇意識
- ◇呼吸の有無 など

◆火事のとき



火災の状況

- ◇建物の階数
- ◇燃えている状況
- ◇避難状況
- ◇初期消火の状況 など

※緊急時、あわてずに119番通報できるように、ご活用ください。

<h1>救急連絡シート</h1>			施設名
			住所 TEL
作成日	令和 年 月 日	作成者	本人・家族・施設職員（氏名）

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名	(男・女)		年 月 日
住所	救急搬送時、来院できる家族 いない・いる( )		<input type="checkbox"/> 施設と同じ
	氏名	続柄	住所 電話番号
緊急時連絡先①			
緊急時連絡先②			

◆医療情報

現在治療中の病気やケガ			
過去にかかった主な病気			
服用している薬 (お薬手帳の写し可)			
アレルギー	無・有 (記入: )		
かかりつけ 又は 協力医療機関等	医療機関名	主治医氏名(診療科目)	緊急連絡先

◆普段の生活

日常生活	介護認定等	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
	会話	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一部可能(聞き取りにくい・理解に時間がかかる) <input type="checkbox"/> 不可	
		認知機能	認知症あり(程度: )	
	活動	行動	自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )	
		移動	歩行 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
	食事	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )	
摂食状態		経口 <input type="checkbox"/> 経管 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 )		
排泄	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )		
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <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		
機能障害	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )		
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )	欠損	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )
	視覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細: )	聴覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり )
特別な医療	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他(詳細: )			

# 救急要請の状況

※救急要請時に、時間がある場合は記載してください。  
状態が悪く処置が必要な場合は、処置を優先してください。

発症(受傷)を目撃しましたか？		<input type="checkbox"/> はい ( 時 分頃)	
		<input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 普段の状態を最後に確認した時間は？( 時 分頃)	
主訴 (訴え)			
いつから？			
どのように？			
どうなった？			
主な症状	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 冷や汗 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 脱力 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 失禁(大・小) <input type="checkbox"/> 麻痺( ) <input type="checkbox"/> その他の部位の痛み( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
直近のバイタルサイン	測定時間 時 分		
意識	<input type="checkbox"/> 清明 声掛けに反応： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 JCS ( )		
呼吸数	回/分	脈拍数	回/分
血圧	/ mmHg	体温	℃
SpO2	% 酸素 L⇒ %	瞳孔	右 mm(+ -) 左 mm(+ -)
その他、特記事項(搬送先が決まっている場合は病院名・科・医師名を記載してください)			
心肺停止 時の希望	①DNAR(蘇生拒否)に関する意思表示はありますか？ 有(本人・家族・かかりつけ医師)・無 ※有の場合、下段へ		
	②心肺停止時の意思・対応を把握しているかかりつけ医(書面での取り交わし 有・無) 病院(医院)名： 医師名：		
	医師に連絡可能な電話番号：  カルテ記載： あり ・ なし ・ 不明      24時間対応： 可能 ・ 不可能 ※心肺停止状態の傷病者に対して、救急隊が出動した場合、原則、蘇生処置(胸骨圧迫・人工呼吸)を行い医療機関へ搬送 します。また、気管挿管や薬剤投与を含む高度な処置を行う場合もあります。		

※ この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。

※ 救急搬送終了後に、同乗の施設職員に返却、又は家族、搬送医療機関へお渡します。



<h1>救急連絡シート</h1>		施設名	しばた●●福祉施設
		住所	新発田市〇〇町1丁目2-3
		T E L	0254-〇〇-△△△△
作成日	令和 6年 10月 1日	作成者	本人・家族施設職員 (氏名 新発田 次郎 )

ふりがな	しばた いちろう		大正 昭和 平成 令和
氏名	新発田 一郎	(男・女)	10年 1月 1日
住所	救急搬送時、来院できる家族 いない・いる ( )		<input type="checkbox"/> 施設と同じ
	氏名	続柄	住所
緊急時連絡先①	新発田 太郎	長男	新発田市××町1-1
緊急時連絡先②	新発田 花子	長男妻	同上
			電話番号
			0254-△△-□□□□ 090-1234-□□□□
			090-9876-□□□□

◆医療情報

現在治療中の病気やケガ	高血圧 糖尿病		
過去にかかった主な病気	脳梗塞		
服用している薬 (お薬手帳の写し可)	お薬手帳参照		
アレルギー	無・有 (記入: たまごアレルギー )		
かかりつけ又は協力医療機関等	医療機関名	主治医氏名(診療科目)	緊急連絡先
	しばた〇〇医院	脳神経内科	0254-□□-△△△△
	県立●●病院	〇〇医師 (内分泌科)	025-●●●-□□□□

◆普段の生活

日常生活	介護認定等	要支援   要介護 (1)・2・3・4・5		
	会話	意思の疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一部可能(聞き取りにくい・理解に時間がかかる) <input type="checkbox"/> 不可	
		認知機能	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症あり (程度: 自分の名前、誕生日は言える )	
	活動	行動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )	
		移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
	食事	介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )	
摂食状態		<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経腸 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 )		
排泄	介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容: )		
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <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		
機能障害	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: 左半身不全麻痺 )		
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )	欠損	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )
	視覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細: )	聴覚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (     みぎ     ひだり )
特別な医療	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> その他(詳細: )			

# 救急要請の状況

※救急要請時に、時間がある場合は記載してください。  
 状態が悪く処置が必要な場合は、処置を優先してください。

発症(受傷)を目撃しましたか？		<input checked="" type="checkbox"/> はい ( 20時 15分頃 )	
		<input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 普段の状態を最後に確認した時間は？( 時 分頃)	
主訴 (訴え)	右股関節部分の痛み		
いつから？	今日の20時30分頃から		
どのように？	廊下を歩いていて転んだ		
どうなった？	様子を見ていたが痛みで動けなくなった		
主な症状	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 発熱
	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 腹痛
	<input type="checkbox"/> 麻痺( )	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 冷や汗
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> 呼吸苦
	<input type="checkbox"/> 脱力	<input type="checkbox"/> 呂律不良	<input type="checkbox"/> 失禁(大・小)
	<input type="checkbox"/> その他の部位の痛み( )	<input type="checkbox"/> その他( )	
直近のバイタルサイン	測定時間	21時 00分	
意識	<input checked="" type="checkbox"/> 清明	声掛けに反応：	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 JCS ( )
呼吸数	18 回/分	脈拍数	80 回/分
血圧	140 / 62 mmHg	体温	36.5 °C
SpO2	98% 酸素 L⇒ %	瞳孔	右 3mm(+ -) 左 3mm(+ -)
その他、特記事項(搬送先が決まっている場合は病院名・科・医師名を記載してください) <input checked="" type="checkbox"/> 病院 整形外科 <input type="checkbox"/> 医師まで連絡済み 受け入れ可能			
心肺停止時の希望	①DNAR(蘇生拒否)に関する意思表示はありますか？ <input checked="" type="checkbox"/> 有(本人・家族・かかりつけ医師) ・ 無 ※有の場合、下段へ		
	②心肺停止時の意思・対応を把握しているかかりつけ医(書面での取り交わし) 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	病院(医院)名： しばた〇〇医院 医師名： しばた 医師		
	医師に連絡可能な電話番号： 0254-□□-△△△△		
カルテ記載： あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ・ 不明 24時間対応： 可能 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可能			
※心肺停止状態の傷病者に対して、救急隊が出動した場合、原則、蘇生処置(胸骨圧迫・人工呼吸)を行い医療機関へ搬送します。また、気管挿管や薬剤投与を含む高度な処置を行う場合もあります。			

※ この救急連絡シートは、救急業務以外には使用しません。  
 ※ 救急搬送終了後に、同乗の施設職員に返却、又は家族、搬送医療機関へお渡します。

実は多い  
家の中にある  
危険な場所

こんな事故が多く起きています。

# 事故予防チェック!



**1位 転倒**  
段差、玄関、廊下など

**4位 ぶつかる**  
家具、人、柱、ドアなど

**2位 転落**  
階段、ベッド、脚立、椅子など

**3位 窒息**  
食物(餅・肉等)、菓等の包装など



◀ 他にも危険な事例がたくさんあります。確認してみましょう。

救急お役立ち  
ポータルサイト

FDMA 消防庁  
ERCSMC Fire and Disaster Management Agency

救急ポータルサイト

検索

※発生事例の多い順に番号をつけています。

※参考資料「東京消防庁救急搬送データからみる日常生活事故の実態」

予防救急ガイドブック 高齢者施設編

編集・発行 新発田地域広域消防本部 警防課 ☎ 0254-22-9073

新発田市・胎内市・聖籠町