

高齢者施設における救急対応マニュアル
作成のためのガイドライン

令和元年 7月

行橋市消防本部・行橋市介護保険課

はじめに

近年、介護施設や居住系施設など高齢者入所施設、また、住宅型有料老人ホームを中心とした高齢者住宅が整備され、要援護状態の高齢者の救急搬送が年々増えてきています。

高齢者施設等からの救急要請は緊急性が高い案件が多く、速やかな対応が必要ですが、入所者に係る情報が不十分である等により、受入医療機関の選定や医療機関への搬送までにかかる時間が長くなってしまいうケースもあります。

そのため、行橋市消防本部と行橋市介護保険課では、平成27年度より高齢者施設からの救急搬送状況の分析や、救急隊と介護保険課職員で各施設へ訪問し各施設における職員体制等の聴き取りを実施してきました。

今回、高齢者施設等がその施設種別や個々の施設によって、医師・看護師を含めた職員の配置状況、協力医療機関の有無等、運営体制が様々であることを踏まえ、高齢者施設等において施設ごとの実態に即した救急対応マニュアルを整備される際のガイドラインを作成しました。

休日・夜間の職員が少ない状況に対応においても、あらかじめ「救急情報提供シート」に必要なことを記入しておくことで、救急隊に提供することでスムーズな搬送に繋がりますので、積極的な活用をお願いするとともに、救急対応時の高齢者施設・救急隊・医療機関の連携体制の構築にご協力下さいますよう、お願いいたします。

各高齢者施設等において、本ガイドラインを踏まえたマニュアルが整備されることで、救急対応の円滑化が図られ、入所者の安全・安心の向上に寄与すれば幸いです。

目 次

- 救急対応手順（フロー図）・・・・・・・・・・ 3ページ
- 「高齢者施設における救急対応マニュアル」作成手順・・・・・・・・・・ 4～6ページ
 - 1. 作成体制の構築
 - 2. 施設内の人員体制及び指揮命令系統等の確認
 - 3. かかりつけ医との事前相談
 - 4. 入所者及び家族の情報整理・意向確認
 - 5. 搬送手順の確認
 - 6. 応急手当に係る条件整備
 - 7. 「救急対応マニュアル」を作成
 - 8. 職員への周知・教育、マニュアルの見直し

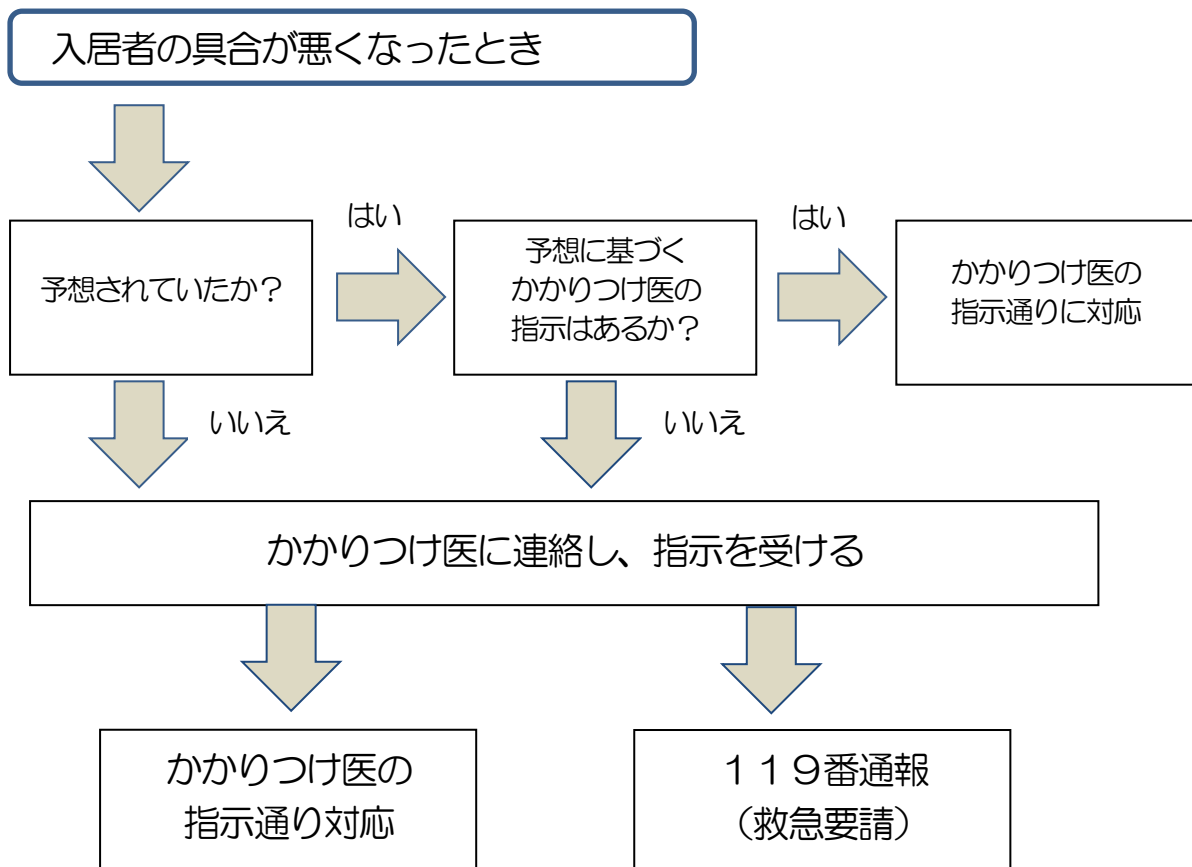
- 救急対応手順（参考例）・・・・・・・・・・ 7ページ
 - 各施設で作成する救急対応マニュアルの骨格となることを想定し、各場面において必要な対応を示した救急対応手順のひな型です。
 - 各施設において、連絡先や連絡体制、手続き、その他参照すべき資料等について、追記、添付するなどして、施設独自のマニュアルを完成させて下さい。
 - この手順はあくまでひな型ですので、施設の実態を踏まえて、適宜変更を加えて下さい。

- 救急情報提供シート・・・・・・・・・・ 8ページ
 - 入所者の状況等を救急隊及び搬送先医療機関に完結に整理して伝えるための手段として作成した様式のひな型です。
 - 救急隊及び搬送先医療機関が必要とする情報を踏まえた項目になっていますので、既存の様式がある場合は、項目等の確認をお願いします。

- 救急情報提供シート 記入例・・・・・・・・・・ 9ページ

- 救急情報提供シートのダウンロード先・・・・・・・・・・ 10ページ

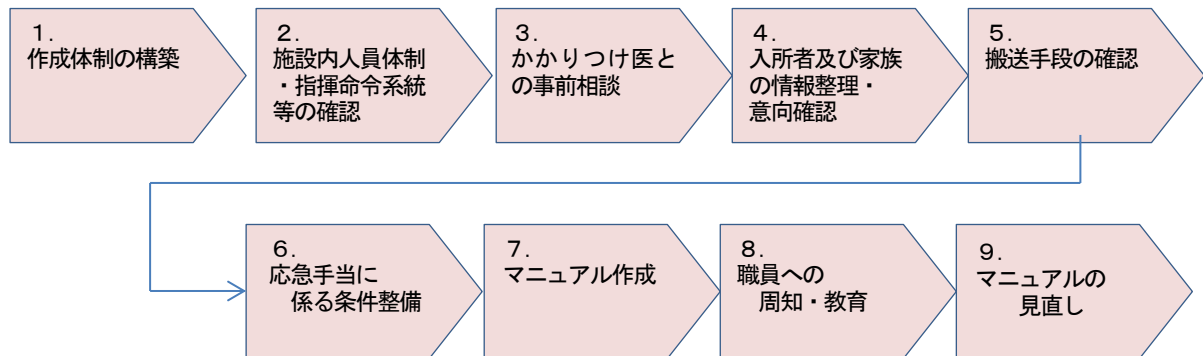
救急対応手順（フロー図）



「高齢者施設における救急対応マニュアル」作成手順

各高齢者施設において救急対応マニュアルを作成する際の手順列です。

以下を参照の上、かかりつけ医と連携を図りながら、施設独自のマニュアルを完成させてください。



1. 作成体制の構築

(1) 責任者

救急対応は、各施設の運営に係る重要なことであり、看護職員や介護職員など各職種、部署間の横断的な調整が求められるため、施設管理者などを責任者とする必要がある。

(2) 作成組織

各職種・部署からメンバーを選定した作成チーム等の組織を構成することが好ましい。

2. 施設内の人員体制及び指揮命令系統等の確認

昼間や夜間など、勤務時間帯ごとの体制と、緊急時の連絡、指揮命令系統等を決める。

(1) 役割分担

緊急対応時における職員のリーダー、応急手当実施者、連絡担当者、付添者等の役割分担を勤務シフト作成時等に併せて決めておく。

(2) 連絡体制

ア 夜間等、施設管理者が不在時に緊急連絡すべき職員と順位を決め、緊急連絡先一覧を作成する。

イ 救急搬送時に救急隊及び搬送先医療機関に提供する書類その他持参する物の保管場所、持ち出しに係る手続き等を決めておく。

(「救急患者情報提供シート」、介護記録、看護記録、お薬手帳、保険証、診察券、現金等)

3. かかりつけ医との事前相談

入所者の具合が悪くなったときは、かかりつけ医や協力医療機関に相談し、指示を受けることが必要となる。

(1) かかりつけ医の連絡先

医療機関名、電話番号等を記載したシート等を作成し、保管場所を決める、又は提示するなど、連絡先がすぐわかるようにしておく。

曜日や時間帯が異なる場合はそれぞれ標記しておく。

(2) 状態変化時の想定

各入所者の疾病や日常の状態から予想される症状について、あらかじめかかりつけ医と相談し、施設職員で対応可能な状態、かかりつけ医へ連絡する状態、119番通報（救急要請）すべき状態などを整理し、想定される状態像を確認しておく。

(3) 高齢者施設において看取りを行う場合の連絡体制、手順等

高齢者施設において看取りを行う場合の対応方法について、連絡体制、手順等をあらかじめかかりつけ医と相談し、確認しておく。

4. 入所者及び家族の情報整理・意向確認

(1) 以下の情報について、高齢者施設で活用するほか、救急隊及び医療機関に提供するため、あらかじめ確認するとともに適宜更新し、すぐに取り出せる状態にしておく。

ア 各入所者に係る医療に関する情報（治療中の病気、既往歴、服用中の薬等）や家族等の連絡先（救急隊や医療機関に対し情報提供することを、関係機関・家族等の同意を得ておく）

イ 各入所者及び家族等の、施設における看取り対応の希望や、人生の最終段階の医療処置に対する希望

※ 救急隊及び医療機関に情報提供する項目の目安及び情報整理のツールについては、「救急情報提供シート」（8ページに掲載）を参照・活用のこと。

ただし、あくまでこのシートはひな型であるため、情報提供に当っては既存の様式や看護サマリー等を活用することも可。

(2) 看取り対応時の家族との連絡方法についても、あらかじめ家族と確認しておく。

※傷病者や家族からDNAR（蘇生処置しないで）の意思表示がある場合は、あらかじめ、かかりつけ医や協力病院に急変時の対応について相談しておいて下さい。

※DNAR 意思表示がある場合でも、救急要請があれば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出来ません。

(3) (1)(2)の情報を更新する職員と更新するタイミングを決め、その保管場所とともに職員に周知する。

入所者の状況に変化があれば、情報を随時更新するほか、定期的に内容を確認の上、確認を行った日付を「救急情報提供シート」等に記載し、いつの時点の情報なのかがわかるようにしておく。

5. 搬送手段の確認

搬送手段の利用方法を確認する（緊急度、重症度、時間帯により適切な判断が必要となる）。

⇒基本的には、かかりつけ医の判断となる。連絡不要な場合は現場の判断で可

⇒現場のスタッフ（特に夜間、介護）に緊急度の判断は困難

原則：疑わしきは命に有利に

◎緊急性ありの場合⇒ ・ 119番通報により要請する救急車

◎緊急性なしの場合⇒ ・ 施設が所有する車輛
・ 介護タクシー
・ 患者等搬送事業者

【緊急性が低いと認められる事例】

- ① 寝たきりであるが、人手がないからなどの理由の場合
- ② 寝台車を利用すれば病院に行ける場合
- ③ 病院への通院等

6. 応急手当に係る条件整備

- (1) 応急手当に関する救命講習について、日頃から職員が可能な限り受講できる体制を整えるとともに、各職員の認定証等を確認し定期的更新受講を行う。
- (2) 応急手当に必要な資器材（AED、吸引器、救急バッグなど）がある場合は適切に管理し、設置場所や使い方について職員に周知する。
- (3) 応急手当の実施方法についてマニュアル化しておく。

7. 「救急対応マニュアル」を作成

上記2～6にて整理した内容を踏まえ、各施設における救急対応をマニュアル化する。

<構成例>

- ・「救急対応手順（フロー図）」P3
- ・「救急対応手順」 参考例 P7
- ・「救急情報提供シート」 参考例 P8
- ・その他添付資料

8. 職員への周知・教育、マニュアルの見直し

- (1) 作成した救急対応マニュアルについて、施設職員に周知し、救急隊応のシュミレーション訓練を行い（特に、休日・夜間など、少ない人数を想定して）、活用の徹底を図る。
- (2) 日々の運用や訓練で実施した手順を検証し、随時マニュアルの見直しを図っていく。

救急対応（救急要請を行うとき）手順（参考例）

① 119番通報から救急隊施設到着まで

●けが人、急病人の発生

- ・施設にいる職員に知らせ事前に決めた役割分担できる場合
- ・一人で対応する場合の流れ

<ポイント>

緊急時に連絡網等を作成し、分かりやすく掲示していますか？

●119番通報

- ・施設名、住所、電話番号
- ・受傷機転を簡潔に伝える
- ・傷病者の状況（意識の有無、呼吸の有無）
- ・電話をかけている人の名前

<ポイント>

施設名、住所・電話番号は間違わずに言えるようにしていますか？
⇒誰でもすぐに言えるように掲示

<ポイント>

固定電話で対応？
子機で対応？携帯？
ハンズフリー操作（スピーカーホン）で対応できますか？

●応急手当の実施

●救急隊および医療機関伝える情報の整理

「救急情報提供シート」等の記入、介護記録・看護記録、お薬手帳等の用意

□救急車同乗の準備

保険証・診察券・現金・履物等

② 救急隊の到着～医療機関到着

救急隊の到着

- 施設の開錠（出入口が複数ある場合は進入口を明確に指示）
- 救急隊の誘導・傷病者のそばまで案内する
- 救急医療情報シート等の提示
- 傷病者の状況を伝える

<ポイント>

救急車に同乗出来ない場合の対応は？

救急車 施設出発

□傷病者の状況がわかる職員が救急車に同乗

持参するもの⇒「救急情報提供シート」等、看護記録・介護記録、かかりつけ医による診療情報提供書（紹介状）、お薬手帳、保険証、診察券・現金・履物等

□搬送先病院を入所者家族に連絡

③ 救急車 医療機関到着以降

- 同乗した職員は、医療機関職員の指示により、受診受付、医師・看護師に状況説明、入所者家族に状況説明、施設に適宜状況報告
- 受診後、入院手続き・施設に戻る手続き等

救急情報提供シート

施設名 _____

電話番号 _____

作成日	年	月	日
確認日	年	月	日

住 所				
フリガナ		性 別	生年月日	年齢
氏 名		男・女	年 月 日	歳
現在治療中の病気	※癌 () ⇒※告知 (有・無) ※麻痺 (有・無) (右・左)			
過去の病気				
アレルギー	あり (薬 ・ 食べ物) なし	血液型	型 RH (+ -)	
日常生活	歩行	自立 ・ 伝い歩き ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 寝たきり		
	会話	可能 ・ 一部可能 ・ 不可	介護度	
かかりつけ医療機関		TEL		医師名
		TEL		医師名
緊急時連絡先	氏名	続柄	連絡先	
	氏名	続柄	連絡先	
緊急時に希望する搬送先医療機関：				
救急要請理由等	発生・発見日時 年 月 日 時 分頃			
	発症 (受傷) を目撃しましたか? はい ・ いいえ 概 要 (どこで、何をしている時、どうなりましたか?)			
	・ 普段の状態を最後に確認したのは何時ですか 日 時 分頃 ・ 最後の食事： 時 分頃 応急手当実施状況等			
救急車への同乗者	氏名 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 (職) <input type="checkbox"/> 関係者 (続柄)			
施設関係者の同乗が無い場合の理由				
その他連絡事項 (救命処置等について)				
チェックリスト	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> お薬手帳等 <input type="checkbox"/> 履物 <input type="checkbox"/> 家族への連絡 (未・済み)			

- 1 施設名 (連絡先) と太枠部分はあらかじめ記入して保管しておいてください。
- 2 記載内容の定期的な更新をお願いいたします。
- 3 記載された情報は救急業務以外では使用しません。(搬送先病院へ情報提供することがあります)
- 4 救急要請時の状況等の記入は可能は範囲で結構です。状況に応じて、応急手当や他の業務を優先させて下さい。

記入例

最新情報を用意
6ヶ月に1度は確認・修正

救急情報提供シート

太枠は事前に記入しておく

有料老人ホーム●●□□

作成日 H30年12月1日

確認日 R1年6月1日

電話番号

0930-24-□□□□

住所	行橋市中央1丁目〇〇-□			
フリガナ	ユクハシ ハナコ	性別	生年月日	年齢
氏名	行橋 花子	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	S12年〇月〇日	8△歳
現在治療中の病気	アルツハイマー型認知症、糖尿病 ※癌（肝臓癌）⇒※告知（有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無） ※麻痺（有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無）（右・左）			
過去の病気	心筋梗塞（H16年）			
アレルギー	あり（薬・食べ物）	<input checked="" type="checkbox"/> なし	血液型	A型 RH <input checked="" type="checkbox"/> +
日常生活	歩行	自立・伝い歩き・ <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器	車椅子	寝たきり
	会話	可能・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部可能	不可	介護度 要介護2
かかりつけ医療機関	▲▲クリニック	TEL	〇〇-□□△△	医師名 今川 太郎
緊急時連絡先	氏名	行橋 次郎	続柄	長男
	氏名		連絡先	080-1234-5678
緊急時に希望する搬送先医療機関： ○□□病院（希望がなければ「救急隊判断」と記入）				

救急隊の判断により、搬送医療機関を変更する場合がありますので、下記のその他連絡事項に詳細を書き入れて下さい。

救急要請理由等	発生・発見日時	R元年 7月 10日 18時 00分頃
	発症（受傷）を目撃しましたか？	はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
概要（どこで、何をしている時、どうなりましたか？）	夕食後、食堂で椅子に座っていたが、音がしたので、介護職員が振り向くと本人が椅子の横で倒れていた。	
	・普段の状態を最後に確認したのは何時ですか	10日 17時50分頃
	・最後の食事：	17時 30分頃
応急手当実施状況等	意識あり。起き上がらせようとしたが、足に痛みを訴えたので、床に仰向けにした状態にした	
救急車への同乗者	氏名	〇〇 〇□□
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他（職）	<input checked="" type="checkbox"/> 関係者（続柄 管理者）
施設関係者の同乗が無い場合の理由		
その他連絡事項（救命処置等について）	例）かかりつけ医および家族と状態悪化時は、救急病院へ搬送することを話し合い済み 例）かかりつけ医と希望する搬送先医療機関で受入れについて、事前に調整済み	
チェックリスト	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳等 <input checked="" type="checkbox"/> 履物 <input checked="" type="checkbox"/> 家族への連絡（未・ <input checked="" type="checkbox"/> 済）	

- 1 施設名（連絡先）と太枠部分はあらかじめ記入して保管しておいてください。
- 2 記載内容の定期的な更新をお願いします。
- 3 記載された情報は救急業務以外では使用しません。（搬送先病院へ情報提供することがあります）
- 4 救急要請時の状況等の記入は可能は範囲で結構です。状況に応じて、応急手当や他の業務を優先させて下さい。

- 「高齢者施設における救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」・救急情報提供サイトのダウンロード先

①行橋市消防本部 新着情報

www.city.yukuhashi.fukuoka.jp/fire/

②行橋市介護保険課 新着情報

www.city.yukuhashi.fukuoka.jp/soshiki/Kaigohokenka/