高齢者福祉施設等における
救急ガイドブック

大崎地域広域行政事務組合消防本部

令和６年作成

はじめに

近年の高齢化の進展を背景に，大崎広域圏（大崎市，色麻町，加美町，涌谷町，美里町）では，６５歳以上の高齢者の方の救急搬送件数が高く推移しており，令和５年中は救急搬送人員の６７．１％を占めています。

また，高齢者福祉施設等（以下「施設」という。）からの救急要請も増加しており，入所者の急病や施設内での転倒，誤嚥等に起因したものが主に見受けられ，高齢者の方は，少しの病気やケガで，重症化する場合があります。

しかし，入所者の生命に危険が迫っているにも関わらず，応急手当が適切に行われていないケースもあります。

そこで，救急車が必要になるような病気やケガ等をほんの少しの注意や心掛けで防ぐ取組みを「予防救急」といい，施設内でできる「予防救急」のポイントをご紹介するとともに，救急対応を円滑に行えるように，『救急ガイドブック』を作成しました。

いざというときの対応を確認し，職員の皆様と救急隊が理解を深め，より円滑な救急対応が行えるよう，このガイドブックをご活用いただければと思います。

目　次

１．　救急の現状と概要　・・・Ｐ．１

２．　施設内での予防救急　・・・Ｐ．２

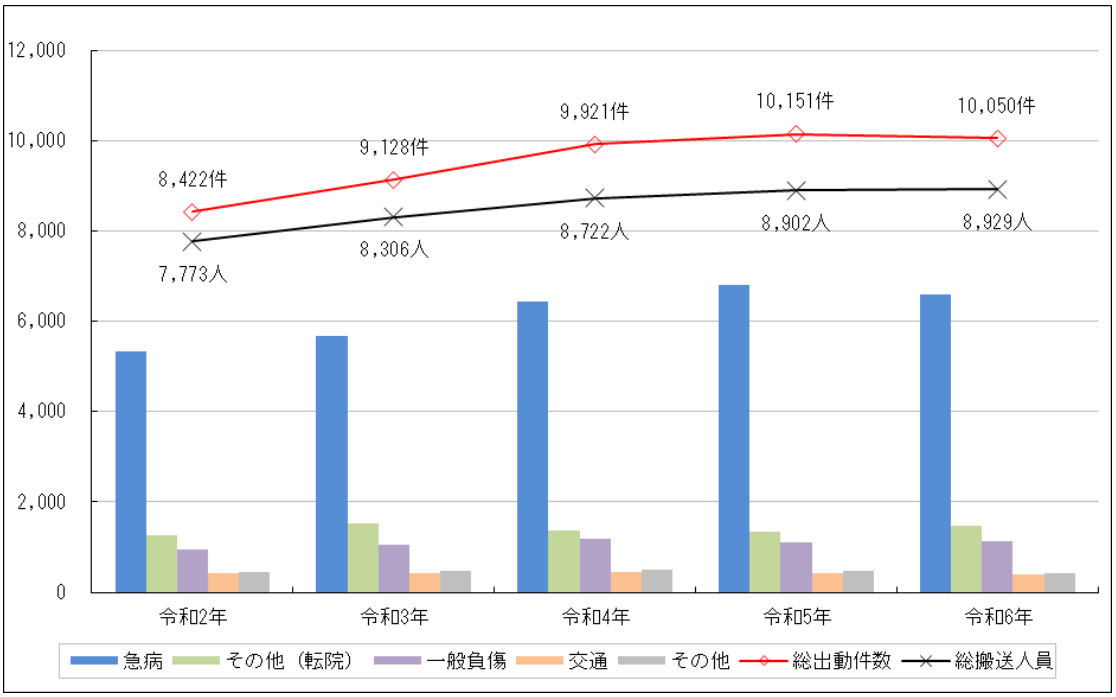
３．　救急要請のポイント　・・・Ｐ．６

４．　救急要請時対応ガイド　・・・Ｐ．７

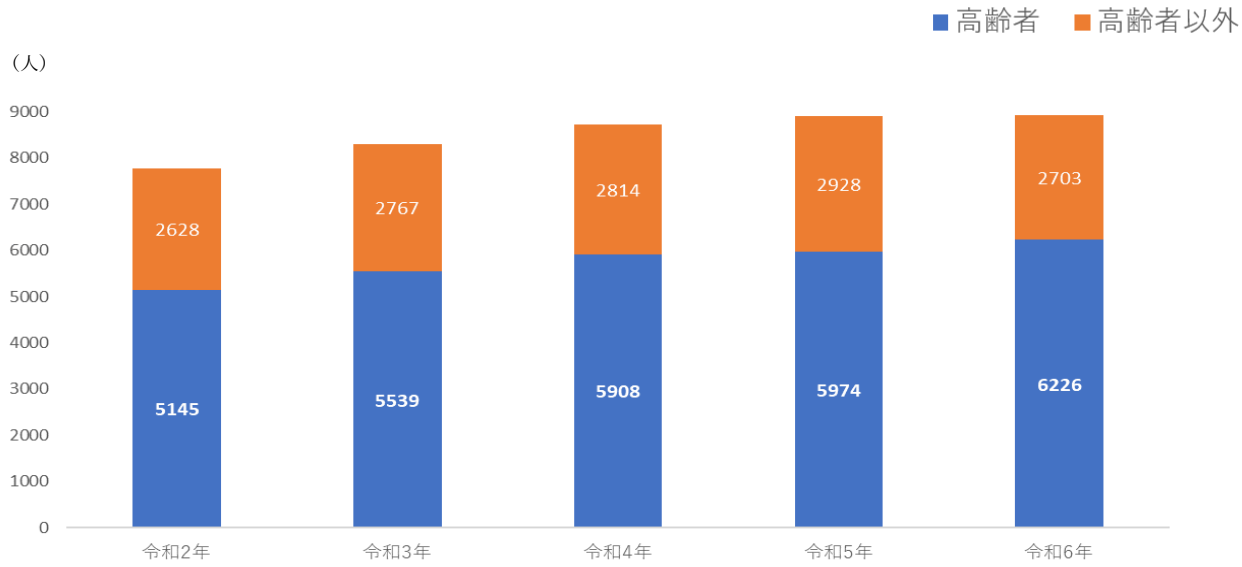
　　救急情報連絡シート　・・・Ｐ．９

１．救急の現状と概要

大崎広域圏の過去５年分の救急出動件数は以下のとおりです。一時的に減少した年はありましたが，近年は増加傾向となり，令和５年の救急出動及び救急搬送人員は集計開始以来最多となりました。



また，高齢者の救急搬送については，以下のとおり，毎年５，０００人以上が搬送され，全搬送人員の約６７％を占めています。



２．施設内での予防救急

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・消毒（アルコール等）の励行

インフルエンザや新型コロナウイルス，ノロウイルスなどの感染症が発生拡大しないように，職員の皆様だけでなく，入所者全員の手洗い・うがいを徹底してください。

また，感染経路（接触・飛沫・空気など）や嘔吐物などの正しい処理の方法など，施設内の二次感染を防ぐために，正しい知識を身に付けることが重要です。

②　転倒・転落防止

高齢者の方は，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いてしまい，骨折を伴う重症なケースとなってしまうことがあります。

施設内の段差や滑りやすい場所などの危険箇所に注意するとともに，日頃から整理整頓を心掛け，電気コードの取回し，廊下，部屋の明るさなどにも配慮することで，転倒などの事故を防ぐことができます。

また，飲み物などがこぼれて床が濡れている場合，滑って転倒してしまうことがあります。できるだけ速やかに拭き取るよう心掛けてください。

③　誤嚥・窒息の予防

高齢者や脳梗塞・神経疾患のある方は，嚥下機能の低下や嚥下運動が阻害され，飲み込みにくい，咳をしづらいなど，誤嚥や窒息のリスクが高くなっています。食事をする際には，誰かがそばに付き添い，窒息事故の防止に努めてください。

また，食事中にむせるようなことがあった場合は，食後の体調などの容態変化にも十分注意しましょう。

④　温度変化に注意

高齢者の方は，温度調節機能が低下し，のどの渇きを感じにくくなります。
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。
適度な水分補給と，居室だけではなく，風呂場や脱衣所，トイレ，廊下などの温度にも注意し，急激な温度変化が起きないよう環境づくりをお願いします。

⑤　生活状況の記録

医師や救急隊へ正確な情報を伝える仕組み作りも重要になります。
救急要請時に必要な情報をまとめておくことで，スムーズな情報伝達が可能となり，医療機関への搬送時間の短縮につながります。
また，「救急情報連絡シート」を事前に作成していただき，救急要請時には，到着した救急隊へ情報提供をお願いします。

⑥　かかりつけ医，協力病院との連絡体制の構築

常日頃から，かかりつけ医や協力病院との連絡を密にし，容態変化した際，速やかに相談や受診ができる体制を構築しましょう。
また，症状が悪化する前に受診することや，夜間，休日で職員が少なくなる前に協力病院に相談するなど，早めの対応をお願いします。

⑦　事故発生時の対応

施設内で事故防止に努めていても，必ずしも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よう，施設内で職員の皆様がどのように行動したら良いか，事前の検討をお願いします。
休日や夜間など，特に少ない人数で対応しなければならないときなどに備え，緊急時に対応する資器材（ＡＥＤ，救急バック等）の設置場所，状況についても確認をお願いします。

⑧　患者搬送事業者や救急電話相談＃７１１９の活用

緊急性がないと判断できる，もしくは緊急性が低い場合など施設等の車両やタクシーまたは患者搬送事業者（民間車両）の活用をお願いします。緊急かどうかの判断に迷う場合，かかりつけ医や協力病院に相談するか，＃７１１９（おとな救急電話相談）にも相談することができます。

※＃７１１９相談時間について

令和７年４月１日より
平日・休日・祝日
２４時間対応

※患者搬送事業者一覧について

当消防本部が認定した患者搬送事業者は以下の施設となります。
内容の詳細については，各事業者に直接ご確認ください。

事業者名	所在地/連絡先	搬送従事者/保有車両
有限会社 古川観光タクシー	大崎市古川北町一丁目３－２８ 電話：０２２９（２２）１１２５	患者等搬送乗務員適任証所持者 寝台搬送車　２台
有限会社 昭和タクシー	大崎市古川上古川屋敷７７－１ 電話：０２２９（２３）３０３３	患者等搬送乗務員適任証所持者 寝台・車椅子兼用搬送車　２台
有限会社 西古川タクシー	大崎市古川新堀旭町５－１ 電話：０２２９（２６）２３２３	患者等搬送乗務員適任証所持者 寝台搬送車　１台

※休日当番医について

日中の診療時間：　９：００～１７：００
夜間の診療時間：１８：００～２２：００
詳しい当番医は，各市町の広報誌やホームページをご覧ください。

※大崎市夜間急患センター（平日夜間）について

診療日時
　月曜日～金曜日：１９：１５～２２：００
　土曜日：１５：００～２２：００（休憩時間を含みます）
休診日
　日曜日・祝日（振替休日）
　年末年始（１２月２９日から１月３日まで）

電話番号：０２２９（２３）９９１９

詳しい内容は，大崎市のホームページをご覧ください。

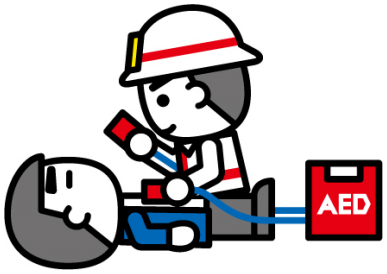
⑨　応急手当の習得と実践

　入所者が生命の危険に陥っている時，最初に気づくのは施設職員の皆様です。消防署では，いざというときのための応急手当を学ぶ「救命講習会」を随時開催しています。

　胸骨圧迫，人工呼吸，ＡＥＤの使用方法，異物による窒息の対処法，止血方法などを学ぶことができます。

　応急手当を身につけ，利用者が安心して生活できる，安全な施設づくりをお願いします。

※応急手当の講習に関する内容，日程については，大崎消防本部ホームページ，または近くの消防署にお問い合わせください。



※二次元コードでのアクセスはこちらから

大崎消防本部ホームページ

応急手当の要領

◇お問い合わせ先

古川消防署：0229-22-2350
志田分署：0229-56-2546
田尻分署：0229-39-0630
三本木出張所：0229-52-2510

鳴子消防署：0229-82-2349
岩出山分署：0229-72-1560

加美消防署：0229-63-2003
西部分署：0229-67-2369

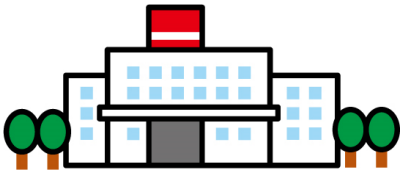
遠田消防署：0229-43-2351

３．救急要請のポイント

①　施設内での対応

・緊急事態が発生していることを周りの職員に知らせてください。
・事前に決めた役割に応じて対応してください。
・１１９番通報（可能な限り傷病者の近くから固定電話機の子機や携帯電話を使用し，住所，施設名称を確実に伝えてください。また，出動している救急隊から電話がかかってくる場合があります。）
・緊急時の際に，連絡をする職員の確認をしてください。

②　協力病院との連携確保



・状況に応じて，協力病院やかかりつけ医に相談してください。
・あらかじめ，搬送先の医療機関が決まっている場合，当該医療機関への搬送を優先しますが，収容先を変更する場合もありますのでご了承ください。

※入所者の症状の経過により，救急隊が別の医療機関を選択，もしくは症状を病院に伝えた際，違う病院を受診するよう助言を受ける場合もあります。

③　施設職員及び家族の同乗

・救急車を要請した場合，施設職員や入所者の家族など，状況がわかる方の同乗をお願いします。（医療機関への引継ぎが必要です。）
・救急情報連絡シート，介護・看護記録，カルテなどを持参してください。

※ＤＮＡＲ（蘇生処置をしない）の意思表示

・本人及び家族からＤＮＡＲの意思表示（書面等）がある場合，あらかじめ協力病院やかかりつけ医に相談してください。
・ＤＮＡＲの意思表示があった場合でも，救急隊は応急処置をせずに医療機関へ搬送することはできません。救急隊の活動にご理解，ご協力をお願いします。

４．救急要請時対応ガイド

救急車が必要と職員が判断した

判断に迷った

予想されていたか？

はい

１１９番通報
（救急要請）

はい

いいえ

かかりつけ医の
指示があるか？

はい

かかりつけ医の
指示通り対応

いいえ

かかりつけ医に連絡し，指示を受ける。

救急要請するよう指示がありましたか？

いいえ

かかりつけ医の
指示通り対応

はい

１１９番通報（救急要請）

※救急要請を指示された場合は，受け入れについても確認する。

※かかりつけ医と連絡が取れない場合は，＃７１１９（おとな救急電話相談）に相談または，１１９番通報をお願いします。

突然のこんな症状の時にはすぐ119番!!

高齢者

顔

- 顔半分が動きにくい、しびれる
- 笑うと口や顔の片方がゆがむ
- ろれつがまわりにくい
- 見える範囲が狭くなる
- 周りが二重に見える

頭

- 突然の激しい頭痛
- 突然の高熱
- 急にふらつき、立っていられない

胸や背中

- 突然の激痛
- 急な息切れ、呼吸困難
- 旅行などの後に痛み出した
- 痛む場所が移動する

手・足

- 突然のしびれ
- 突然、片方の腕や足に力が入らなくなる

おなか

- 突然の激しい腹痛
- 血を吐く

意識の障害

- 意識がない（返事がない）又はおかしい（もうろうとしている）

けいれん

- けいれんが止まらない

けが・やけど

- 大量の出血を伴うけが
- 広範囲のやけど

吐き気

- 冷や汗を伴うような強い吐き気

飲み込み

- 物をのどにつまらせた

事故

- 交通事故や転落、転倒で強い衝撃を受けた

◎その他、いつもと違う場合、様子がおかしい場合◎

高齢者は自覚症状が出にくい場合もありますので注意しましょう。

※迷ったら「かかりつけ医」に相談しましょう！

記入例

救急情報連絡シート

大崎消防本部

記載日：令和６年　４月　１日

				施設名	○○ホーム
フリガナ 氏名	ショウボウ　タロウ 消防　太郎	性別	男	生年月日	昭和○年○月○日（90歳）
住所	大崎市古川千手寺町二丁目5-20			電話番号	0229-00-0000
ＡＤＬ	自立　・　杖歩行　・　(車イス)　・　寝たきり				
普段の様子	（意思疎通：(可能)・不能）（名前や生年月日：(言える)・言えない）（本日の日付：言える・(言えない)）				
DNAR（蘇生処置をしない）の意思	(有)（(本人)・家族・かかりつけ医師）・　無				
※上記ＤＮＡＲが有の場合のみ記入願います	(書面有)　医療機関名 医　師　名　・・・（　○○診療所 ○○医師　）　・　無				

かかりつけ医療機関

病名	医療機関名	担当者・主治医	緊急時連絡先	代表番号
高血圧	○○診療所	○○医師	0229-00-0000	

キーパーソン

家族等	無　・　(有)				
連絡先		氏名	続柄	居住地 （都道府県・市町村）	緊急時の連絡先
	1	ショウボウ　イチロウ 消防　一郎	息子 （長男）	宮城県仙台市○○	090-0000-0000
	2				

過去の病歴	脳梗塞で○○病院に受診歴あり
お薬手帳	(有)　・　無　（　）
アレルギー	(無)　・　有　（　）

救急要請に至った状況　※以下の空欄箇所は時間的猶予がある場合に記載願います。

いつ，どこで，何をしていて，どうなった・・・　※簡潔に記載願います。

本日の１２時頃，居室内で食事中に，突然の意識消失（約2～3分）があったもの。
失禁あり。

意　識	(有)　・　無　（声掛けに反応：　有　・　無）		
呼吸数	24　回／分	脈拍数	100　回／分
血　圧	130／60　mmHg	体　温	37.2　℃
ＳｐＯ２	96%	嘔気・嘔吐	(有)　・　無
その他 （救急隊に伝えること，行った処置など。）	過去にも同様の症状で救急搬送歴あり。		

※呼吸がない場合は，救急隊到着まで心肺蘇生（胸骨圧迫）を行ってください。
※また，この救急情報連絡シートは，救急業務以外では使用せず，搬送後破棄します。

救急情報連絡シート

大崎消防本部

記載日：　　年　　月　　日

				施設名	
フリガナ 氏名		性別		生年月日	
住所				電話番号	
ＡＤＬ	自立　・　杖歩行　・　車イス　・　寝たきり				
普段の様子	（意思疎通：可能・不能）（名前や生年月日：言える・言えない）（本日の日付：言える・言えない）				
DNAR（蘇生処置をしない）の意思	有　（本人・家族・かかりつけ医師）・　無				
※上記ＤＮＡＲが有の場合のみ記入願います	書面有　医療機関名 医　師　名　・・・（　　）　・　無				

かかりつけ医療機関	病名	医療機関名	担当者・主治医	緊急時連絡先	代表番号

キーパーソン						
家族等	無　・　有					
連絡先			氏名	続柄	居住地 （都道府県・市町村）	緊急時の連絡先 （できれば自宅と携帯の両方を記載）
		1				
		2				

過去の病歴	
お薬手帳	有　・　無　（　　）
アレルギー	無　・　有　（　　）

救急要請に至った状況　※以下の空欄箇所は時間的猶予がある場合に記載願います。

いつ，どこで，何をしていて，どうなった・・・　※簡潔に記載願います。

意　識	有　・　無　（声掛けに反応：　有　・　無　）		
呼吸数	回／分	脈拍数	回／分
血　圧	／　mmHg	体　温	℃
ＳｐＯ２	%	嘔気・嘔吐	有　・　無
その他 （救急隊に伝えること，行った処置など。）			

※呼吸がない場合は，救急隊到着まで心肺蘇生（胸骨圧迫）を行ってください。
※また，この救急情報連絡シートは，救急業務以外では使用せず，搬送後破棄します。