

高齢者福祉施設救急要請マニュアル

救急要請に備えて



藤沢市消防局

2016.4

目 次

1	救急車の呼び方と救急車が来るまでの流れ	P 1
2	救急隊員が行う心肺蘇生法について	P 3
3	プレホスピタルレコードの記載要領について	P 4
4	バイタルサインとは・・・？	P 7
5	ADL（日常生活動作）の記入について	P 9
添付	「プレホスピタルレコード」の記載例 「プレホスピタルレコード」 「消防局からのお願い」	

1. 救急車の呼び方と救急車が来るまでの流れ

「119番」通報した際は、慌てずに次の項目を教えてください。

※ 固定電話での通報をお願いします。携帯電話でも「119番」でつながりますが、市境など場所によっては近隣の消防（局）本部・指令室へつながる事があるためです。（携帯電話の場合は藤沢市〇〇・・・と市名から伝えてください。）



① 「火事ですか？救急ですか？」と尋ねられます。「救急です」と教えてください。



② 救急車を要請する（必要とする）場所を教えてください。

施設から要請する場合は「施設名・住所」

施設外（訪問介護中など）から要請する場合は「傷病者宅の住所・目標物」などです。

（後述する「プレホスピタルレコード」に施設及び傷病者宅の住所記載欄があります。）



③ 「どのような状態ですか？」と聞かれた場合は、傷病者の状態を教えてください。
年齢・性別・いつ・どこで・どのようにして・どうなったか・・・を教えてください。
見たままの状況を伝える事が大切です。



③ 通報している「あなた」のお名前、電話番号を教えてください。
（消防局・指令室から情報提供依頼の電話がかかってくる場合があります。）



⑤ その他

救急車の進入口がわかりにくい場合は教えてください。

傷病者の状態が悪化した時は、再度119番し状態が悪化した旨を教えてください。

119番通報時、応急手当を指導された場合は積極的に応急手当を行ってください。

人手に余裕がある時は救急車の誘導をお願いします。

誘導される方は、救急車が到着し、救急隊が傷病者に接触するまでの間、傷病者の状態・経過等を教えてください。

このような流れが尊い命を救います



協力者が多ければ役割を決め、以下の項目を同時に進行させます。
協力者が居なければ、1から4まで順番を追って対処しましょう。

この2つは命を救うためにとても重要です

- 1 救急車が必要と判断したら、すぐに119番通報です。
前のページを参考に、あわてず通報しましょう。



- 2 119番通報すれば、数分後には救急車が到着します。それまでの間、必要な応急手当を行い、経過を観察してください。

その場所が安全であれば、すぐに、その場所で応急手当を行うことが大切です。移動させることを優先して時間を費やしては全く意味がありません。応急手当は、その場所で早く行うことが重要です。



同時進行がベスト

この2つはスムーズな連携のために必要です



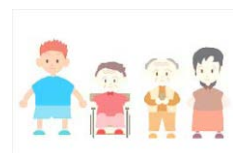
- 3 「入口はこっちです。救急車はここに停車させて！」

どなたか救急車の誘導に出てください。
そして救急隊に傷病者の状況を伝えてください。

- 4 手が空いている人はプレホスピタルレコードを記載し、救急隊へ渡して下さい。



2. 救急隊員が行う心肺蘇生法について



私たち救急隊は、心肺停止の傷病者に対して積極的な救命処置を実施し、傷病者を病院へ搬送します。積極的な救命処置とは、病院で医師に引き継ぐまでの間、心肺蘇生法を継続して行うことです。

また、傷病者の状態に応じて救急隊長の判断により、①器具を使用した気道確保②除細動（電気ショック）③点滴（乳酸リンゲル）④強心剤（アドレナリン）の投与を行う場合があります。ご理解ください。

・DNARオーダーの出ている患者対応について

救急要請があった場合、上記のとおり例外なく救命処置を行います。時折、問題となるのはDNARオーダーが出ている傷病者の対応についてです。

救急要請はしたものの、「救命処置は行わず病院へ搬送し、死亡確認をしていただきたい。」と告げられる事がありますが、この様な活動は行っておりません。

また、DNARオーダーが出ている場合でも、救急現場で確認作業を行う事は極めて困難であるため、救急要請があった場合、最低限でも心肺蘇生法は行って病院へ搬送する旨、ご理解をいただきますようお願いいたします。（救急車は緊急を要する際に利用する車両であり、救急隊は救命のために存在していることをご理解いただきますようお願いいたします。）

一切の処置を拒否する場合は、施設所有の車両等で搬送する事を考慮してください。

※ DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)とは「蘇生を試みることを控える」の意味。死を覚悟した傷病者ないし家族によって、容態が急変し心肺停止に至っても救命処置を行わないで、静かに看取って欲しいという意思表示がなされることがあります。DNARの指示（救命処置拒否指示）は主治医によって医療記録に記載され、傷病者に対して救命処置を行ってはならないことを医療スタッフに伝えなければなりません。

この指示は、終末期の傷病者には不要かつ望ましくない、体を傷つける治療を避けるのに、特に役立っていると考えられています。医師・医療スタッフは心肺停止の可能性について傷病者と話し合い、救命処置について詳しく説明し、治療を選択するかどうかを尋ねて決定します。傷病者が救命処置について意思決定できない場合は、傷病者が以前に表明した希望に基づいて代理人が判断を下します。傷病者の希望が不明の場合は、傷病者の利益に基づいた判断がなされなければなりません。

・明らかに死亡している場合の取扱について

湘南地区での取り決めにより、全身に硬直・死斑等を認める明らかな死亡の場合は、救急搬送しない場合がございます。

（湘南地区メディカルコントロール協議会不搬送プロトコールにより）

3. プレホスピタルレコードの記載要領について

(別紙 記入例を併せてご覧ください)

＜プレホスピタルレコードとは＞

傷病者が病院に到着する前に行なわれる救命処置・応急手当を、プレホスピタルケア(病院前救護)と言います。一刻も早い処置・治療を行うため、傷病者の情報を、病院・救急隊等の関係者に伝えるため記載する情報書をプレホスピタルレコードと言います。



I. 「①基本情報 (ご記入ください)」を記入します。

記入日付・施設名称・住所・電話番号の記入です。ゴム印等でも構いません。



II. 「②傷病者情報 (ご記入ください)」を記入します。

この項目は傷病者を特定する重要な情報です。また救急隊・医療機関が必要とする個人情報であり、診察の補助となる情報です。誤記入しないよう十分注意してください。

氏名・・・傷病者氏名の漢字と読み仮名を記入。該当性別「男・女」に○を付けます。

生年月日・・・傷病者の生年月日、歳を記入。

住所・・・傷病者の現住所を記入。

(施設に住所変更されている場合は「基本情報」で照らし合わせますので同上と記入)

電話番号 『本人』傷病者宅の電話番号 『家族』への緊急時連絡電話番号記入。

『本人』(施設に住所変更されている場合は「基本情報」を参照しますので同上と記入)

『家族』(病院で緊急の処置・手術等が必要な場合、家族の承諾が必要です。病院側から連絡を取りたい場合に必要項目になりますので、必ず記入してください。)

既往歴・・・無・不明・有のいずれかに○。(有の場合は傷病名を記入してください)

かかりつけ病院・・・無・不明・有のいずれかに○。(有の場合は病院名を記入してください)

服用薬・・・無・不明・有のいずれかに○。

(有の場合は服用薬を記入してください。お薬手帳がある場合は手帳を持参してください)

薬に対するアレルギー反応・・・無・不明・有のいずれかに○。

(有の場合は薬品名を記入してください。)



III. 「③傷病者情報（ご協力お願い致します）」を記入します。

医師・看護師が対応する場合は、医学的見知からバイタルサインを記入してください。

医師・看護師以外の方でも書ける範囲で構いませんので、ご記入をお願いします。

バイタルサインは患者状態を把握するうえで重要な情報になります。

（バイタルサインとは？ P7～参照）



IV 「④傷病者情報（ご記入ください）」を記入します。

この枠の中に、救急要請に至るまでの経過を記入してください。

緊急を要する症状の場合（窒息・大出血・心肺停止 等）は無理に記入せず、応急手当を優先してください。

この場合、到着した救急隊に口頭でかまいません。プレホスピタルレコードの内容・状況を説明してください。



V 「⑤傷病者情報（出来る限り、ご協力お願い致します）」を記入します。

傷病者のADL（日常生活動作）に当てはまるものを選んでください。

私たち救急隊にとっては初めて接する傷病者です。日常生活をどのように送っているのか全く解りません。この情報を基にどのような生活を送っているのかを推測するため必要な情報になります。（ADL（日常生活動作）の記入について P9参照）

認知症状なのか、意識障害（意識が悪くなる状態）なのか？普段から歩けるのか、病気になるって歩けなくなったのか。搬送先病院の医師も必要としている情報です。



VI 「⑥忘れ物等ありませんか？次の項目をチェックしてください」をチェックします。

搬送を開始する（救急車が動き出す）と、伝言や忘れ物で戻ることは不可能です。忘れ物がないかを搬送前までに確認してください。

同乗者・・・・・・・・施設の関係者が同乗される場合は傷病者の状況を十分に把握している方が望ましいです。医師に患者の経過、状況を聞かれる場合があります。

記録日誌・・・・・・・・記録日誌、サマリー等の情報が治療に有用な場合があります。

保険証 初めて通院する場合はもちろん、かかりつけの病院でも毎月1回の提示を求められます。また保険証は貴重品ですので保管・管理も併せてお願いします。

診察カード 病院でカルテを検索する際に必要なカードです。病院連絡時にID番号を病院に伝え、カルテを事前準備してもらう場合があります。病院に連絡する際、お手数ですが救急隊へお渡しください。連絡後、速やかに返却致します。診察カードが見つからない場合は、再発行される場合もあります。

服用薬・お薬手帳 . . . 病院のカルテには服用薬の情報は記載されています。しかし、他の病院・診療所で処方されている薬の情報はわかりません。服用薬・もしくはお薬手帳が用意されてあれば、お借りして病院の主治医に医療情報としてお渡しします。(帰院時、病院側からお忘れ無く受け取りください)

その他・持ち物 入院する時の荷物や、病院から帰宅する際に必要な持ち物です。靴や杖など、必要な物があれば用意してください。

居室の確認 居室内の貴重品の管理、火の元の確認、戸締まり等を確認する人を施設内で指名しておいてください。



VII 「これから搬送する病院について」を記入・チェックします。

搬送希望病院があれば、「有」に○を付け、病院名を記入してください。

病院へ連絡は取れていますか？「はい・いいえ」のいずれかに○を付けてください。

選定者 (施設提携病院 ・ 医師 ・ 看護師 ・ 本人 ・ 家族 ・ その他)
に○を付けてください。

搬送希望病院が「無・未定」の場合は、いずれかに○を付けてください。

傷病者の状況に応じて、救急隊が病院を選定します。

4. バイタルサインとは・・・？

傷病者の状態（意識の状態、呼吸回数・脈拍回数・血圧の状態・体温）を数値で表した情報です。バイタルサインを経時的に観察することにより重症度・緊急度・進行度を判断することができます。

※ バイタルサインの測定はとても重要な事ですが、応急手当が必要な場合は手当を優先してください。

意識のみかた

「意識の数値（JCS）」は、傷病者が今現在、通常の会話ができるかどうか、名前を呼んでも反応が有るか無いかを数字に表して、意識状態を判断するために使用します。医学用語では「意識レベル」と表現します。

この「プレホスピタルレコード」では JCS（japan-coma-scale・ジャパン・コーマ・スケール）で意識レベルを記入します。

（この JCS は日本全国の救急隊員や医師・看護師（医療関係者）の共通用語です。詳細は所属されている医師・看護師からお聞きください）

japan-coma-scale（成人用）

0 意識が正常の場合は「清明」と言う
I 桁 刺激しないで覚醒している（目を開けている）状態
1 ほぼ意識清明だが、今ひとつはっきりしない
2 見当識（時・場所・人の認識）に障害がある
3 自分の名前や生年月日が言えない
II 桁 刺激すると覚醒する（刺激をやめると眠り込む）状態
1 0 普通の呼びかけで目を開ける。指示に応じ、言葉も話せるが間違いが多い
2 0 大声で呼ぶ、体を揺するなど目を開ける
3 0 痛み刺激をしながら呼ぶとかるうじて目を開ける。簡単な指示に応じる
III 桁 刺激をしても覚醒しない状態
1 0 0 痛み刺激に対し払いのけるような動作をする
2 0 0 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる
3 0 0 痛み刺激に全く反応しない

いつもと意識は変わらない元気な人は JCS—0、もしくは意識清明と表します。

いつもは意識清明だが、今日はいつもと違う。例えば自分の名前が言えない場合は JCS—3 と表します。認知症がある場合、意識レベルの判断が難しい場合があります。このような場合は口頭で救急隊にお伝えください。

呼吸回数



1 分間の呼吸回数を観るものです。

1 分間の呼吸回数を数えます。場合によっては10秒間観察し6倍にする方法や15秒間観察し4倍にする方法があります。

(10秒で3回呼吸した場合は「 $3 \times 6 = 18$ 」、18回/分呼吸した計算になります)

(正常値：成人の場合で14～20回/分が基準となり、速ければ頻呼吸・遅ければ徐呼吸と表します)

脈拍数



1 分間の脈拍回数・状態を観るものです。

手首の動脈(橈骨動脈)や頸の動脈(総頸動脈)で脈拍を触知し数えます。数え方は呼吸回数と一緒にです。

(正常値：成人の場合で60～99回/分が基準となり、速ければ頻脈・遅ければ徐脈と表します)

触知する時は、両手首の動脈が触れる事を確認し、その後一方の手首で脈拍回数を調べてください。リズムが一定か否か(不整脈の有無)も同時に確認してください。

脈拍の観察は馴れるまで時間がかかります。上記方法にこだわらず、血圧計やモニターを活用し脈拍数を観てください。

血圧の測定



どのような血圧計でも構いません。傷病者が楽な体位で測定してください。

血圧測定を行う際、測定部位の高さ(心臓と同じ高さが望ましい)、圧迫帯(カフ)の選択や巻き方に注意してください。

時間があれば、左右の上腕で測定し、血圧に左右差が有るか無いかを測定してください。

SpO2 (サチュレーション) について



パルスオキシメーターと言う医療機器があれば測定してください。この機械を使用することで体内の「動脈血酸素飽和度」の数値(パーセント・%)を測定することができます。

普段より%が低ければ、必要に応じ酸素投与を考慮します。

成人の正常値は95～100%です。

マニキュアが塗られている爪の場合は、除光液で剥がしてからパルスオキシメーターを装着し測定してください。(正確な数値が出ないおそれがあります)

体温の測定



成人で36～37℃(腋窩温)。直腸温は、腋窩温より約0.5℃高く、口腔温は両者の中間です。

5. ADL(日常生活動作)の記入について

ADL (日常生活動作) **Activities of Daily Living**とは、人間が毎日の生活を送る上で必要な基本的身体動作の事を言います。

基本的身体動作 (セルフケア) には、基本動作 (食事、排泄、更衣、入浴等の身の回りの動作) や移動動作 (起居移動=寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位、歩行)、その他の生活関連動作 (家事動作・交通機関の利用等) があります。通常、ADLとは身の回りの基本動作と移動動作を指します。

対応している救急隊は傷病者のADLを知りません。

傷病者のADLを記入していただくと、傷病者の生活が見えてきます。できましたら口頭で詳しく説明するより、共通の認識として「プレホスピタルレコード・ADL欄」に○で記入をお願いします。



ADL(日常生活動作)の記入方法

《傷病者が現在行える動作・内容について》

当てはまる箇所に“○”

頻度が“ときどき”の場合は“△”で記入してください。

食事：移動：排泄の項目

自立 : セッティング (用意すれば)、声かけなどを行えば、だいたい自分で行える。

一部介助 : 自分で行える部分はあるが、見守りや直接介助が必要。

全介助 : その動作に対し全面的に介助が必要。

意思疎通の項目

普通 : 言葉による会話が可能。

困難 : 会話に工夫が必要な場合。具体的な様子を状況を下記のように記入。

(会話は筆談・認知症のため意思疎通困難など)

視力障害：聴力障害：認知症状の項目

無 : ほとんど無い状態。(1週間以内に1回も無い場合が該当)

有 : よく有る状態。

行動：の項目

当てはまる行動が有れば○を付けてください。項目がなければ、その他に○を付け、具体的な様子を記入してください。

記入例

プレホスピタルレコード

平成〇〇年 〇月〇〇日

①基本情報(ご記入ください)

施設名	藤沢老人ホーム 藤沢市本町 〇-〇-〇〇 〇466-〇〇-〇〇
住所	
電話番号	

②傷病者情報 (ご記入ください)

傷病者情報				
氏名	藤沢 太郎 : フジサワタロウ 男・女			
生年月日	M・T・S・H 2年12月31日 〇〇歳			
住所	藤沢市 藤沢 1-1-1 アパート101号室			
電話番号(家族への連絡先)	0466-11-1111			
既往歴	無	不明	<input checked="" type="radio"/> 有	(脳梗塞・高血圧・結核・C型肝炎)
かかりつけ医療機関	無	不明	<input checked="" type="radio"/> 有	(藤沢市民病院)
搬送先希望医療機関	なし			
服用薬	無	不明	<input checked="" type="radio"/> 有	(アムロジン・ワーファリン)
薬に対するアレルギー反応	無	<input checked="" type="radio"/> 不明	有	(聞いたことがない)

③傷病者情報 (ご協力お願い致します)

※医師・看護師が対応する場合はご記入ください。

【バイタルサイン等】	8時54分	メモ
意識	JCS- 10	
呼吸	18回/分	
脈拍	80回/分	
血圧	160 / 80 mmhg	
SPO2	98%	
体温	36.5 °C	
最終食事	不明	12時10分

④傷病者情報 (ご記入ください)

--

⑤傷病者情報（ご記入ください）

ADL (日常生活動作)	食事	(自立)	一部介助	全介助		
	移動	(自立)	一部介助	全介助	(杖)	歩行器・車椅子・装具
	更衣	(自立)	一部介助	全介助		
	入浴	(自立)	一部介助	全介助		
	排泄	(自立)	一部介助	全介助		
	意思疎通	(普通)	困難	具体的な様子:		
	視力障害	(無)	有	具体的な様子:		
	聴力障害	(無)	有	具体的な様子:		
	麻痺(後遺症)	(無)	有	具体的な様子:		
	認知症状	(無)	有	具体的な様子:		
	行動	徘徊	大声・奇声	暴力・暴言	帰宅願望	その他

⑥忘れ物等はありませんか？次の項目をチェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	同乗者	施設関係者が同乗される場合、傷病者の状況等がわかる方が望ましい。
<input checked="" type="checkbox"/>	記録日誌・サマリー	施設関係者が同乗される場合、サマリー等の情報をご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	保険証	傷病者の保険証があればご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	診察カード	病院の診察カードがあればご用意ください。
<input checked="" type="checkbox"/>	服用薬・お薬手帳	服用薬、もしくはお薬手帳をご用意ください。お借りして医師に受け渡します。
<input checked="" type="checkbox"/>	居室の確認	オムツや衣服、履き物、杖等のご確認をお願い致します。
<input checked="" type="checkbox"/>	その他、持ち物	居室内の貴重品の管理、火の元の確認、戸締まりをお願い致します。

※この情報用紙は救急活動を円滑に行うため使用致します。また、病院への情報提供として使用します。ご理解のうえ、ご協力お願い致します。(個人情報の取扱いには十分注意致します)

※提供を受けた医療機関は個人情報の取り扱いに十分注意し、使用後は適切に破棄してください。

--	--	--	--	--	--	--	--

プレホスピタルレコード

平成 年 月 日

①基本情報(ご記入ください)

施設名	
住所	
電話番号	

②傷病者情報 (ご記入ください)

傷病者情報				
氏名	男・女			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日 歳
住所				
電話番号(家族への連絡先)				
既往歴	無	不明	有	()
かかりつけ医療機関	無	不明	有	()
搬送先希望医療機関				
服用薬	無	不明	有	()
薬に対するアレルギー反応	無	不明	有	()

③傷病者情報 (ご協力お願い致します)

※医師・看護師が対応する場合はご記入ください。

【バイタルサイン等】	時 分	メモ
意識	JCS-	
呼吸	回/分	
脈拍	回/分	
血圧	/ mmhg	
SPO2	%	
体温	℃	
最終食事	不明	

④傷病者情報 (ご記入ください)

消防局からのお願い

◎ 救急車の適性利用について

救急搬送のうち、半数近くが軽症と診断された方です。緊急性のない病気や怪我で救急車を利用してしまうと、本当に必要な方に影響をあたえてしまう場合があります。

症状が安定している方を病院へ搬送する場合などは、民間の患者等搬送事業者を利用するなど、救急車の適性利用にご協力ください。

◎ 救命講習の受講について

施設の利用者等が突然具合が悪くなったときに、適切な応急手当ができるように、救命講習を受講して知識と技術を身につけましょう。

救命講習には個人の方を対象に毎月定期的に行っている定期講習と、団体（15人以上）を対象に指導者が出張して行う団体講習があります。

救命講習の申し込み方法や定期講習の日程等は、藤沢市のホームページをご覧ください。