

高齢者福祉施設等における
救急ガイドブック



越谷市消防局
令和5年5月

目 次

はじめに.....	1
救急の現状と概要.....	2
救急事故の予防と対策のポイント.....	3
救急要請時対応ガイド.....	5
救急要請時のポイント.....	6
救急情報提供書（越谷市統一様式）.....	7
情報提供書（埼玉県東部地域メディカルコントロール協議会様式）.....	9
救急電話相談＃7119.....	11
全国版救急受診アプリQ助.....	13
突然のこんな症状のときにはすぐ119番.....	15
病院に連れていきたいのに移動手段がないときには.....	16

はじめに

越谷市の令和4年の救急出動件数は、18,316件で、搬送人員は13,978人でした。救急車は1日平均約50件、約29分に1回の割合で出動し、市民の約25人に1人を搬送したことになります。(令和4年4月1日現在の人口で算出)

また、高齢化の進展に伴い、65歳以上の高齢者の方の搬送件数も増加しており、令和4年は8,216人、搬送人員全体の58.7%を占めています。

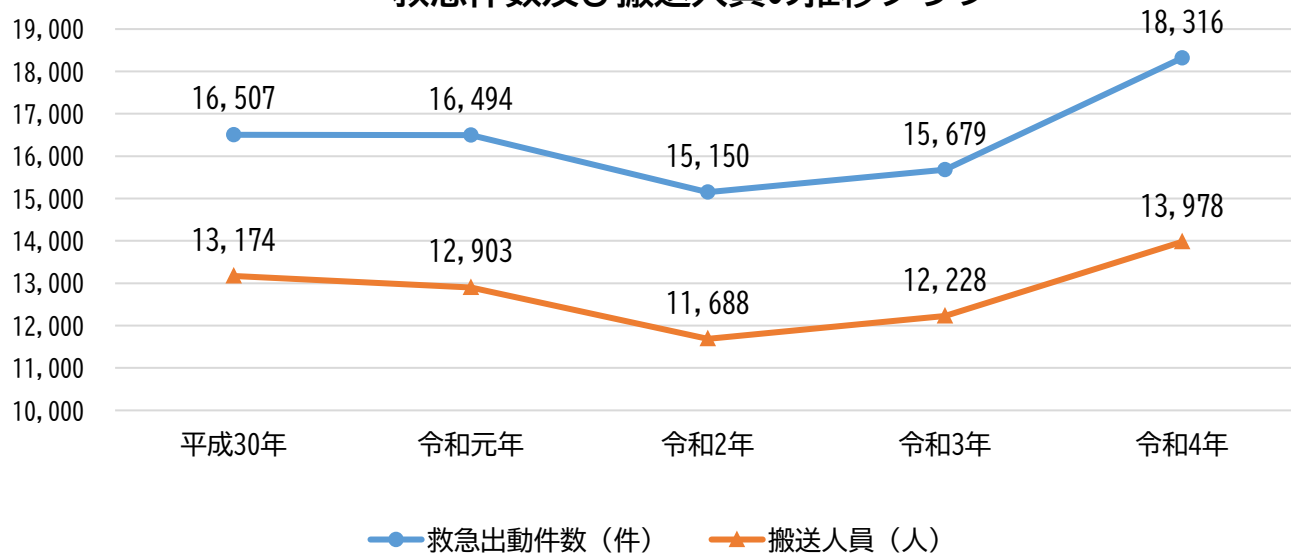
高齢者福祉施設等(以下、「施設」といいます。)からの救急要請も増加しており、入所者の急病や施設内での転倒事故などに起因した救急要請もみられます。

救急搬送事例の中には「もう少し注意をしていれば…」、「事前の対策をしておけば…」未然に病気やけがを防げたかもしれないものも見受けられます。

そこで施設内でできる救急事故の予防と対策を紹介し、もしものときに救急対応を円滑に行えるよう「高齢者福祉施設等における救急ガイドブック」を作成しました。施設利用者の方が安心して過ごせるように、施設の職員の方がいざというときに適切に対応できるように、是非このガイドブックをご活用ください。

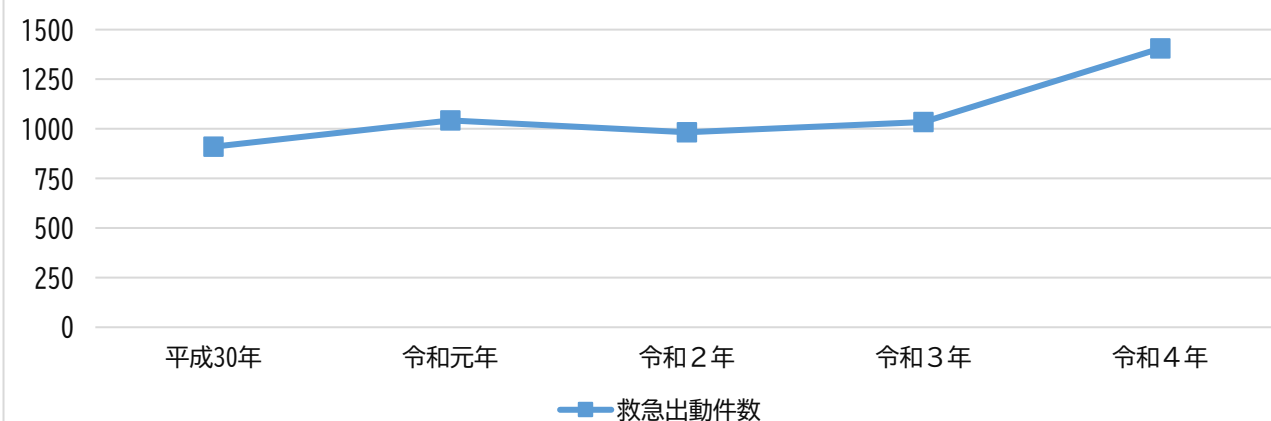


救急件数及び搬送人員の推移グラフ



	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
救急出動件数 (件)	16,507	16,494	15,150	15,679	18,316
搬送人員(人)	13,174	12,903	11,688	12,228	13,978
うち高齢者 割合 (%)	7,458 (56.6%)	7,272 (56.4%)	6,886 (58.9%)	7,056 (57.7%)	8,216 (58.7%)

高齢者福祉施設等出動件数



高齢者福祉施設等

	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
救急出動件数(件)	910	1,042	983	1,035	1,405
割合 (%)	(5.50%)	(6.30%)	(6.48%)	(6.60%)	(7.67%)

救急事故の予防と対策のポイント

施設内でできる救急事故の予防と対策のポイントを紹介します。

1 廊下、玄関、浴室などでの転倒

高齢者はわずかな段差でもつまづきます。
段差がある場合には解消に努めましょう。
転倒を防ぐために整理整頓を心がけましょう。
階段、廊下、玄関、浴室など滑り止め対策をしましょう。



2 階段、ベッド、いすなどからの転落

階段などには手すりを配置しましょう。
ベッドにも転落防止の柵をつけましょう。



3 食物、薬の包装などによる窒息

細かく調理し、ゆっくりよく噛むことで窒息を予防しましょう。
お茶などの水分を取りながら食事をしましょう。
急に話しかけて、あわてさせないように気をつけましょう。



4 家具、柱、ドアなどにぶつかる

通路などに物を置かないようにしましょう。
暗いところは十分な明るさを確保しましょう。

5 熱中症に注意

高齢者は体温を下げるための体の反応が弱くなっており、気づかぬうちに熱中症になる危険があります。エアコンや扇風機を上手に使い、のどが渇かなくてもこまめに水分補給を行い、熱中症を予防しましょう。



6 ヒートショック

冬場の室内外の急激な温度の変化による血圧の変動は、心臓に負担をかけ、心筋梗塞や脳卒中を起こしかねません。浴室や脱衣所のほか、廊下やトイレなどの温度差を少なくする環境を作りましょう。



7 生活状況の記録と救急隊への情報提供

救急車を呼んだとき、医療機関へ搬送されたときに円滑に情報提供が行えると、早期搬送、早期治療に繋がります。普段から入所者の方の生活状況について記録しておくとともに、「救急情報提供書」(7ページ)又は「情報提供書」(9ページ)を作成しておきましょう。※情報提供書は、施設の実情に応じてどちらかをご使用下さい。

8 協力医療機関等との連絡体制の構

日頃から協力医療機関等との連絡を密にしておき、容体が変化したときに相談・受診できる体制を作っておきましょう。

休日・夜間の救急搬送は、日中よりも時間がかかることがあります。体調の変化や症状があるときは、悪化する前に早めに医療機関を受診しましょう。

救急車を呼ぼうか迷ったときは……救急電話相談 #7119 (11, 12ページ)
症状の緊急度の判断の目安に……全国版救急受診アプリ Q助 (13, 14ページ)
突然のこんな症状の時はすぐ119番……救急車利用リーフレット (15ページ)

9 事故発生時の対応

事故防止に努めていても、緊急事態が起こらないとも限りません。いざというときに慌てないために、職員の皆さまがどのように行動したらよいか、休日・夜間など少ない人数対応しなければいけない時も含めて検討しておきましょう。

緊急時に対応する資器材(AED、救急バッグ等)の設置状況についても、事前に確認しましょう。

10 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。消防局では心肺蘇生、AEDの使用方法や喉に異物が詰まったときの取り除き方などが学べる「応急手当講習会」を開催しています。いざというときのために、応急手当を身につけましょう。

講習会の内容や日程などは越谷市ホームページをご覧ください。

救急要請時対応ガイド

傷病者（急病人・けが人）の発生

- 施設内に周知し人手を集め役割を分担してください。
- 必要な応急手当を実施してください
- ご家族に連絡をしてください（状況報告、治療にかかる意思確認等）

119番通報

- (消 防)「119番、火事ですか、救急ですか」
- (通報者)「救急です」
- (消 防)「住所はどこですか」
- (通報者)「●丁目●番地、施設名です」
- (消 防)「誰がどうしましたか」
- (通報者)「入所者の●歳（性別）の意識がありません」
- (消 防)「あなたのお名前と連絡先を教えてください」
- (通報者)「私の名前は●●です、今使っている電話番号は●●です」

救急隊の到着

- 施設の開錠し救急隊を誘導してください。
- 救急隊に傷病者の状況を伝えてください。
「救急情報提供書」または「情報提供書」を渡してください。

救急車への同乗

- 状況がわかる職員が救急車に同乗してください。
- 介護記録、看護記録、診療情報提供書、お薬手帳や保険証などを持参してください。

※やむを得ず職員が同乗できない場合は、救急隊と医療機関と連絡が取り合えるようにしておいてください。



救急要請時のポイント

1 傷病者(急病人・けが人)の発生時

- (1) 協力医療機関等に連絡、相談し、あらかじめ予想された症状であり、施設職員で対応可能であれば、指示通りの対応をしてください。
- (2) 傷病者の状態により、かかりつけ医等に相談のうえ、可能な範囲で患者等搬送事業者等により医療機関へ搬送することも検討してください。(14 ページ)

2 119番通報

- (1) 119番に通報すると、消防局の係員が救急車の出動に必要なことを順番に伺います。
- (2) 緊急性が高い場合は、すべて伺う前に救急車は出動します。
- (3) 電話を切った後、救急隊から折り返しの電話がかかってくる場合がありますので、詳しい情報を伝えてください。

3 救急隊の到着

施設からか協力医療機関等への連絡により、搬送先が決まっている場合には、そちらに搬送します。ただし、救急隊は緊急度・重症度などを判断し、搬送先を変更することもあります。

4 心肺蘇生を望まない(DNAR)傷病者の救急隊の対応について

救急隊は救命を主眼とした活動を行うことが責務とされており、現状では、**DNARの意思表示**があつた場合でも、**原則として救急隊は心肺蘇生などの処置を行いながら医療機関へ搬送**することになります。ご理解とご協力をお願いします。



入所者の方が、人生の終末期においてどのような意向をもっているか、家族やかかりつけ医と話し合う取組をお願いいたします。(ACP:愛称「人生会議」)

もしものときのために、入所者が望む医療やケアについて前もって考え、ご本人、ご家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、日頃から共有しましょう。



出典 厚生労働省『人生会議』 詳しくはコチラ 

救急情報提供書		施設名	※施設入所者のみ記入		緊急連絡先①	
		住所			ふりがな	続柄
		電話			氏名	
基本情報						
記載年月日	年 月 日	生年月日	M・T・S 年 月 日生		住所	
ふりがな		性別	TEL	()	電話	
氏名		男・女			携帯電話	
住所					緊急連絡先②	
※緊急時情報（緊急時に記載して下さい。）					住所	
救急要請に至った状況					電話	
※今回はどうしましたか（可能な限り記載して下さい）					携帯電話	
					緊急連絡先③	
					ふりがな	続柄
					氏名	
					住所	
					電話	
					携帯電話	
転倒	(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	窒息	(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	備考		
失禁	(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	出血	(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)			
麻痺	(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	嘔吐	(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)			
実施した処置	(<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生 (<input type="checkbox"/> 人工呼吸 ・ <input type="checkbox"/> 心マ ・ <input type="checkbox"/> AED) <input type="checkbox"/> その他 :					<input type="checkbox"/> 無)
痛み	(<input type="checkbox"/> 有 : 痛みの部位 <input type="checkbox"/> 頭・ <input type="checkbox"/> 胸 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 左) ・ <input type="checkbox"/> その他 :					<input type="checkbox"/> 無)
直近のバイタルサイン						
測定時間	時 分	意識レベル	<input type="checkbox"/> 清明 呼びかけに反応	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	痛み刺激に反応	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
呼吸数	回/分	脈拍数	回/分	血圧	/ mmHg	体温
その他						℃ SPO2 %

※病院への連絡：可能な限り提携病院・協力病院等に連絡し、収容医療機関を確保してください。

※救急車への同乗：ご家族等が救急車に同乗できない場合には、施設職員の同乗をお願いします。

入居者の病歴情報（※サマリ等のコピーも可能）					医療機関名	
<input type="checkbox"/> 高血圧	普段の血圧	/	mmHg			
<input type="checkbox"/> 糖尿病	インスリン使用の有無	: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	空腹時の血糖値	:	mg/dl	
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	病名	:	在宅酸素	:	ℓ	
<input type="checkbox"/> 循環器疾患	病名	:				
<input type="checkbox"/> 脳疾患	病名	:	後遺症	:	<input type="checkbox"/> 失語症・ <input type="checkbox"/> 片麻痺 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) ・ <input type="checkbox"/> 全麻痺	
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	部位	:				
<input type="checkbox"/> 認知症	程度は	:	<input type="checkbox"/> ほぼ自立・ <input type="checkbox"/> 日常生活に支障・ <input type="checkbox"/> 常に要介護	他 ()	
<input type="checkbox"/> 精神疾患	病名	:				
<input type="checkbox"/> その他	病名	:				
<input type="checkbox"/> アレルギー						
<input type="checkbox"/> 感染症						
内服薬情報（※不明な場合は、現在内服している薬等を持参して下さい。）						
※お薬手帳・処方箋・薬そのもの・保険証なども準備してください。						
かかりつけ医療機関及び協力医療機関						
優先	医療機関名	主治医名	診療科目	住所	電話番号	
1						
2						
3						
日常生活 (ADL) <input type="checkbox"/> 自立・機能良好 <input type="checkbox"/> 部分介助 (<input type="checkbox"/> 歩行可能・ <input type="checkbox"/> 歩行不可) <input type="checkbox"/> 全介助 (寝たきり) <input type="checkbox"/> 意識疎通 (<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可)						
心肺停止時の救命処置 (DNAR)	<input type="checkbox"/> 積極的な救命処置をしてほしい ※1			救急情報提供書 作成者	作成日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 救命処置は、しないでほしい ※1				更新日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 何もしないでほしい ※2				ふりがな	氏名
	<input type="checkbox"/> その他 ()				関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ()
※1 救命処置とは、気道確保 (挿管等) ・ 静脈路確保 ・ 薬剤投与が救命処置となります。心肺蘇生は、救命処置には含みません。						
※2 救急隊は、心肺蘇生は必ず実施しながら搬送します。						

◎この提供書は、現場の救急隊に迅速・的確に情報提供することで、早期搬送することを目的としています。また、情報は救急業務以外には使用はいたしません。

◎救急車を要請した場合、救急隊に救急情報提供書を渡すことに同意します。本人との続柄 () 氏名

救急情報提供書	施設名	〇〇老人ホーム	※施設入社のみ記入		緊急連絡先①		
	住所	越谷市〇〇〇1-1-1	ふりがな	こがや たろう	続柄	続柄	
	電話	000-000-0000	氏名	越谷 太郎	長男		
基本情報							
記載年月日	令和 2 年 5 月 20 日	生年月日	M・T・S	2 年 1 月 1 日 生	住所	越谷市〇〇1-2越谷マンション101	
ふりがな	こがや こお	性別	男	TEL	048(000)0000	電話	048-974-0000
氏名	越谷 越男					携帯電話	090-0000-0000
住所	越谷市〇〇1-2-3					緊急連絡先②	
※緊急時情報（緊急時に記載して下さい。）							
救急要請に至った状況							
※今回はどうしましたか（可能な限り記載して下さい）							
ベッドから降りスリッパを履く際に転倒し、左足を負傷したもの。 なお、職員が様子を見に行った際に倒れているのを発見する。							
※下記の□には、レ点でチェックしてください。							
転倒	(<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)	窒息	(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	備考			
失禁	(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	出血	(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	自由記載(何かありましたら記入してください。)			※上記の連絡先(家族等)に連絡の有無
麻痺	(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)	嘔吐	(<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無)				<input checked="" type="checkbox"/> 連絡済(①・②・③) / <input type="checkbox"/> 未
実施した処置	(<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生 (<input type="checkbox"/> 人工呼吸 ・ <input type="checkbox"/> 心マ ・ <input type="checkbox"/> AED) <input type="checkbox"/> その他 :						
痛み	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 : 痛みの部位 <input type="checkbox"/> 頭・ <input type="checkbox"/> 胸 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 左) ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 : 左大腿部の付け根部分 <input type="checkbox"/> 無)						
直近のバイタルサイン							
測定時間	20 時 16 分	意識	<input checked="" type="checkbox"/> 清明 呼びかけに反応 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		痛み刺激に反応	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
呼吸数	28 回/分	脈拍数	98 回/分	血圧	148/98 mmHg	体温	36.1 °C SPO2 97 %
その他							

※病院への連絡：可能な限り提携病院・協力病院等に連絡し、収容医療機関を確保してください。

※救急車への同乗：ご家族等が救急車に同乗できない場合には、施設職員の同乗をお願いします。

入居者の病歴情報（※サマリ等のコピーも可能）					医療機関名	
<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	普通の血圧	/	mmHg		〇〇 医院	
<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	インスリン使用の有無	: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	空腹時の血糖値	: mg/dl	〇〇 医院	
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	病名	:	在宅酸素	: ℓ		
<input checked="" type="checkbox"/> 循環器疾患	病名	: 狭心症			〇〇 総合病院	
<input type="checkbox"/> 脳疾患	病名	:	後遺症	: <input type="checkbox"/> 失語症・ <input type="checkbox"/> 片麻痺 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) ・ <input type="checkbox"/> 全麻痺		
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	部位	:				
<input checked="" type="checkbox"/> 認知症	程度は	: <input checked="" type="checkbox"/> ほぼ自立・ <input type="checkbox"/> 日常生活に支障・ <input type="checkbox"/> 常に要介護 他 ()				
<input type="checkbox"/> 精神疾患	病名	:				
<input checked="" type="checkbox"/> その他	病名	: 前立腺肥大			〇〇 市民病院	
<input type="checkbox"/> アレルギー						
<input type="checkbox"/> 感染症						
内服薬情報（※不明な場合は、現在内服している薬等を持参して下さい。）						
※お薬手帳・処方箋・薬そのもの・保険証なども準備してください。						
内服している薬を記載してください。						
かかりつけ医療機関及び協力医療機関						
優先	医療機関名	主治医名	診療科目	住所	電話番号	
1	〇〇 総合病院	〇〇 〇〇	循環器	越谷市〇〇1-1	000-000-0000	
2	〇〇 市民病院	〇〇 〇〇〇	泌尿器	越谷市〇〇1-2	000-000-0001	
3						
日常生活 (ADL) <input checked="" type="checkbox"/> 自立・機能良好 <input type="checkbox"/> 部分介助 (<input type="checkbox"/> 歩行可能・ <input type="checkbox"/> 歩行不可) <input type="checkbox"/> 全介助 (寝たきり) <input type="checkbox"/> 意思疎通 (<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 不可)						
心肺停止時の救命処置 (DNR)	<input checked="" type="checkbox"/> 積極的な救命処置をしてほしい ※1					
	<input type="checkbox"/> 救命処置は、しないでほしい ※1					
	<input type="checkbox"/> 何もしないでほしい ※2					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
※1 救命処置とは、気道確保 (挿管等) ・ 静脈路確保 ・ 薬剤投与が救命処置となります。心肺蘇生は、救命処置には含まれません。						
※2 救急隊は、心肺蘇生は必ず実施しながら搬送します。						
救急情報提供書 作成者		作成日	平成 29 年 5 月 20 日			
		更新日	平成 30 年 3 月 15 日			
		ふりがな	こがや たろう	氏名	越谷 太郎	
		関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ()			

◎この提供書は、現場の救急隊に迅速・的確に情報提供することで、早期搬送することを目的としています。また、情報は救急業務以外には使用はいたしません。

◎救急車を要請した場合、救急隊に救急情報提供書を渡すことに同意します。本人との続柄 (長男) 氏名 越谷 太郎

情報提供書

* 救急隊にこの書類をお渡し下さい
記入日 年 月 日

【救急要請時確認事項】	<input type="checkbox"/> 情報提供書・サマリーの準備	<input type="checkbox"/> お薬手帳・お薬現物用意
	<input type="checkbox"/> 保険証・診察券の準備	<input type="checkbox"/> ご家族への連絡
	<input type="checkbox"/> 提携・協力病院への連絡	(続柄)

※救急隊到着後、①～⑤についてお聞きします

- ①いつから ②どのような状態 ③最後に普段どおりだった時間 ④普段のバイタルサイン
⑤上記救急要請時確認事項の5項目が済んでいるか

施設名	
提携・協力病院	

個人情報

氏名	ふりがな	男 女	明治・大正・昭和・平成
			年 月 日生
住所	電話番号 ()		

緊急連絡先

氏名	続柄	住所(市町村名まで)	電話番号

医療情報 (記入欄が足りない場合はサマリーにてお持ちください)

施設入居後のかかり付けは	<input type="checkbox"/> 往診医のみ	<input type="checkbox"/> 他()	
現在治療中の病気は	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 他()
今までにかかった病気は(既往歴)			
延命措置	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未確認 確認年月日 年 月 日 氏名 (続柄)		
「延命措置」とは、回復の見込みがないと診断された患者で、かつ死期が近づいているにもかかわらず、人工呼吸器や透析、胃ろうなどによって生命を維持するための措置です。 救急隊搬送時には延命を希望しない場合も、心肺停止患者には、心肺蘇生法を行います。			
医師からの書面によるDNAR(蘇生処置不試行)指示 ※ありの場合は書面を添付してください		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

日常生活

ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	要介護	1	2	3	4	5
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
会話	<input type="checkbox"/> 意思疎通できる <input type="checkbox"/> 意思疎通できない						

情報提供書

* 救急隊にこの書類をお渡し下さい
記入日 令和〇年〇月〇日

【救急要請時確認事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 情報提供書・サマリーの準備	<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳・お薬現物用意
	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証・診察券の準備	<input checked="" type="checkbox"/> ご家族への連絡
	<input checked="" type="checkbox"/> 提携・協力病院への連絡	(続柄 妻、息子)

※救急隊到着後、①～⑤についてお聞きします
①いつから ②どのような状態 ③最後に普段どおりだった時間 ④普段のバイタルサイン
⑤上記救急要請時確認事項の5項目が済んでいるか

施設名	特別養護老人ホーム ○○○
提携・協力病院	□□□病院

個人情報

氏名	ふりがな とうぶ たろう	男	明治・大正・昭和 平成
	東部 太郎		女
住所	越谷市 ○○ X丁目 X番 X号 □□マンション □号室 電話番号 ○○○(○○○)○○○○		

緊急連絡先

氏名	続柄	住所(市町村名まで)	電話番号
東部 花子	妻	越谷市	○○○(○○○)○○○○
東部 一郎	子	越谷市	□□□(□□□)□□□□

医療情報 (記入欄が足りない場合はサマリーにてお持ちください)

施設入居後のかかり付けは	<input checked="" type="checkbox"/> 往診医のみ	<input type="checkbox"/> 他()
現在治療中の病気は	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 他()
今までにかかった病気は(既往歴)	○○○、□□□、△△△	
延命措置	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未確認 確認年月日 令和〇年〇月〇日 本人 氏名 東部 太郎 家族 氏名 東部 花子 (続柄 妻)	
「延命措置」とは、回復の見込みがないと診断された患者で、かつ死期が近づいているにもかかわらず、人工呼吸器や透析、胃ろうなどによって生命を維持するための措置です。 救急隊搬送時には延命を希望しない場合も、心肺停止患者には、心肺蘇生法を行います。		
医師からの書面によるDNAR(蘇生処置不試行)指示 ※ありの場合は書面を添付してください	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

日常生活

ADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	要介護	1 2 3 4 5
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり	認知症	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
会話	<input type="checkbox"/> 意思疎通できる <input checked="" type="checkbox"/> 意思疎通できない		

お医者さんに行くべきか迷ったら、まず相談!!



埼玉県 救急相談

24時間
相談対応
年中無休

ダイヤル回線・IP電話・PHS・都県別の地域でご利用の場合は 048-824-4199

#7119

を押す

音声案内(ガイダンス)が流れます



1

を押す

小児救急 電話相談

対象：中学生まで



2

を押す

大人の救急 電話相談



3

を押す

医療機関 案内

小児・大人に対応



チャットで気軽に相談

AI 救急相談

埼玉県 AI救急相談

検索



下記のような相談はお受けできません

医薬品の使用方法などの相談・病気の治療方針の相談・
健康相談・介護相談・育児相談・身の上相談



救急電話相談、及びAI救急相談のアドバイスは、相談者の判断の参考としていただくもので
医療行為ではありません。あらかじめご理解のうえ、ご利用ください。

緊急時はすぐに

119番で

救急車を呼びましょう!



お問い合わせ先 | 埼玉県保健医療部 医療整備課 TEL:048-830-3559 FAX:048-830-4802

協力機関 | 一般社団法人 埼玉県医師会・公益社団法人 埼玉県看護協会・県内医療機関

埼玉県
保健医療部



彩の国
埼玉県

埼玉県では、電話でもネットでも 医療機関をご案内!!

電話でも…

医療機関案内

受診可能な
医療機関を
ご案内

年中無休で
(24時間体制)
対応

小児・大人に
対応

#7119

ダイヤル回線・IP電話・PHS・
都県境の地域でご利用の場合は

☎ 048-824-4199

音声案内が流れますので、ボタン **3** を押してください



埼玉県マスコット
「コバトン」

⚠️ **ご注意**

- 歯科、口腔外科、精神科はご案内していません。
- 時間帯や診療科によりお問い合わせにお答えできない場合があります。
- 案内された医療機関を受診する場合は、必ず事前に電話でご確認を!
- 医療相談のお答えはできません。

【聴覚障害者、音声・言語障害者向け医療機関案内】

専用FAX：048-831-0099 依頼書は埼玉県 HP「医療機関案内」に掲載

ネットでも…

医療機関・薬局検索

(埼玉県医療機能情報提供システム)

医療機関や
薬局の情報を
検索可!

対応可能な疾患や
手術実績も
分かります!

<http://www.iryu-kensaku.jp/saitama/>

埼玉県医療機能情報提供システム

検索

埼玉県マスコット
「さいたまっち」



彩の国 埼玉県 【お問合せ先】 埼玉県保健医療部 医療整備課 TEL: 048-830-3559 FAX: 048-830-4802
埼玉県 【協力機関】 一般社団法人 埼玉県医師会・公益社団法人 埼玉県看護協会・県内医療機関

出典 埼玉県HP <https://www.pref.saitama.lg.jp>

全国版救急受診アプリ

Q助
きゅーすけ



**症状の緊急度を素早く判定!!!
救急車を呼ぶ目安に!!!**

消防庁では、住民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、緊急度判定プロトコルver.2（家庭自己判断）をもとに全国版救急受診アプリ「Q助 きゅーすけ」を作成しました。

<大阪大学医学部附属病院の協力を得て作成しています。（特許第6347901号）>

スマートフォン用アプリ



総務省消防庁「Q助」案内サイト

https://www.fdma.go.jp/neuter/topics/ filedList9_6/kyukyu_app.html



総務省消防庁

ご利用方法

急な病気やけがをしたとき、該当する症状を画面上で選択していくと、緊急度に応じた必要な対応（「いますぐ救急車を呼びましょう」、「できるだけ早めに医療機関を受診しましょう」、「緊急ではありませんが医療機関を受診しましょう」又は「引き続き、注意して様子をみてください」）が表示されます。

その後、119番通報、医療機関の検索（厚生労働省の「医療情報ネット」にリンク）や、受診手段の検索（一般社団法人全国ハイヤー・タクシー連合会の「全国タクシーガイド」にリンク）を行うことができるようになっています。

全国版救急受診アプリ



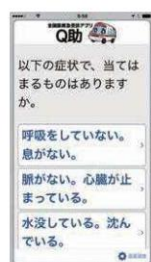
- 1 緊急度の高い
症状選択
- 2 年代選択
- 3 症状選択
該当する症状を画面上で選択します。
- 4 結果画面
緊急度に応じた必要な対応が表示されます。
「いますぐ救急車を呼びましょう」
「できるだけ早めに医療機関を受診しましょう」
「緊急ではありませんが医療機関を受診しましょう」
「引き続き、注意して様子みてください」



画面設定



視覚効果 「明度反転」



文字の大きさ「大」



緊急度の分類説明

ご利用にあたっての注意点

- ・アプリは、iOS8以上のiPhone端末、Android4.4以上のスマートフォン・タブレット端末でご利用いただけます。
- ・アプリをご利用していただくための通信料は、ご利用者の負担となります。
- ・消防庁救急企画室は、お客様への事前の通知なく、理由の如何を問わず、アプリの内容、表示、操作方法、その他運営方法の変更、またはアプリの提供を中断、終了することができます。この場合、当室はこれにかかる中断・中止について一切責任を負いません。

「iTunes」は、米国及びその他の国々で登録されている Apple Inc. の登録商標です。「iOS」ロゴは、Cisco の米国およびその他の国の登録商標であり、Apple Inc. がライセンスに基づき使用しています。
「Google Play」は、Google Inc. の商標です。「Android」および「Android」ロゴは、Google Inc. の登録商標または商標です。

お問い合わせ・サポート

問い合わせメールアドレス kyukyukaku-kyukyurenkei@soumu.go.jp

サポートURL: 消防庁のHP <https://www.fdma.go.jp/>

出典 総務省消防庁HP

<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate003.html>

突然のこんな症状の時にはすぐ119番!!

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



高齢者



頭

- 突然の激しい頭痛
- 突然の高熱
- 急にふらつき、立ってられない

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!

出典 総務省消防庁HP

<https://www.fdma.go.jp/publication/portal/post9.html>

病院に連れていきたいのに移動手段がないときには

受診や入院の際に移動手段や人手が足りないなど、緊急搬送の必要がない場合には、患者等搬送業者などの利用をご検討ください。このような場合には救急自動車は出動できません。

越谷市消防局では一定の要件を満たした事業者を患者等搬送事業者として認定しています。業務内容、料金につきましては、各事業者にご確認ください。

《越谷市内の患者等搬送事業者名簿》 令和5年4月1日現在

事業所名	住所	連絡先
ほほえみ	越谷市赤山町 5-6-5	090-2201-1322
介護タクシーさいたま	越谷市恩間 217-1	048-916-0232
介護タクシーステップ	越谷市北越谷 1-4-2	048-940-1424
株式会社コスモアップル ケアタクシーコスモ	越谷市袋山 684-14	0120-846-294
関東福祉自動車	越谷市弥栄町 4-1-59	048-972-6993
介護・福祉タクシー 正直屋本店営業所	越谷市袋山 786-9	080-3640-0540
ケアサポート あい	越谷市東大沢 4-15-14	070-6970-1038
かご屋	越谷市中島 629-3	080-8888-5210
ケアタクシー日和(ひより)	越谷市大竹 775-6	080-1372-0808
株式会社 ステイ	越谷市新川町 1-33-1	048-989-4980
介護タクシーほっとスマイル	越谷市宮本町 5-44-3	070-6432-1645



高齢者福祉施設等における救急ガイドブック

令和3年9月発行

令和5年5月一部改正

〒343-0025

埼玉県越谷市大沢二丁目10番15号

越谷市消防局救急課

TEL 048-974-0107（直通）