

渋川保健医療圏

救急要請時連絡シート等について

第4版

(2025年/令和7年9月改訂)

目 次

はじめに	1
1. 目的	
2. 運用開始時期	
3. 運用施設	
4. 関係書類	2
5. 関係書類の作成手順と活用方法	
6. モニタリング	
7. 改訂経過	
 【記載要領】	3
【参考資料】・心肺停止の際の蘇生処置確認書（例文）	4
【様式集】	
・施設入所者情報シート	【様式－1】
・施設入所者情報シート　お薬情報	【様式－1 薬】
・救急要請時チェックシート	【様式－2】

「渋川保健医療圏 救急要請時連絡シート等」の運用について

はじめに

高齢化の進展に伴い、高齢者の救急搬送が増加している中、高齢者、障害者向け施設に入所されている方（以下「施設入所者」という。）が救急搬送された場合、ご本人の医療情報の不足や、ご本人並びにご家族の意思がはつきりわからない事例が認められていることが課題となっています。

円滑に救急活動ができるようにするために、救急搬送時に必要な施設入所者情報について迅速かつ確実に把握することが必要です。

このため、令和3年度、渋川地区在宅医療介護連携支援センターでは、「介護福祉施設からの救急搬送連絡票作成検討準備会」を設置し、救急搬送時に必要な関係書類について検討し、運用に向けて渋川保健医療圏域の高齢者、障害者向け施設へアンケート調査を実施しました。

その後、渋川保健医療圏域の救急病院、高齢者施設、障害者施設、渋川広域消防本部の関係者からなる「介護福祉施設からの救急搬送連絡票作成検討会」での検討を経て、このたび、「渋川保健医療圏 救急要請時連絡シート等」を作成しました。

入所されている方の緊急事態はいつ起ることも限りません。特に休日・夜間は施設職員が少なくなります。

施設入所者が救急搬送される際に必要な情報について統一し、施設であらかじめ整えておくことで、いざという時には施設職員、救急隊、救急病院の連携が円滑となり、施設入所者を適切な救急医療へつなげることができます。

高齢者、障害者向け施設に入所されている方の急変時における必要な医療が適切に提供され、安心して暮らせるようにするため、本シートの運用についてご理解いただき、是非ともご活用ください。

1 目的

施設入所者が救急搬送される際に必要な情報について事前に整備し、救急要請時における施設職員、救急隊、救急病院との連携が円滑に行われることにより、施設入所者を適切に救急医療へつなげることを目的とする。

2 運用開始時期

令和4年4月1日

3 運用施設

渋川保健医療圏域における次の高齢者、障害者向け入所施設

- (1) 高齢者介護福祉施設
- (2) 有料老人ホーム
- (3) 障害者入所施設

4 関係書類

- (1) 様式 1 「施設入所者情報シート」
- (2) 様式 2 「救急要請時チェックシート」

5 関係書類の作成手順と活用方法

(1) 施設入所者情報の事前作成

- ア 様式1「施設入所者情報シート」は、事前に記入し緊急時に備える。
- イ 記入後は、必要時に活用できるよう、職員の誰もがわかる場所に保管する。
- ウ 記載内容は変更時更新とともに定期的に確認し、最新情報を記載する。
- エ 心肺停止の際の蘇生処置確認書面(任意様式)がある場合は、施設入所者情報シートとセットにして保管しておく。

(2) 救急搬送時の対応

- ア 様式2 「救急要請時チェックシート」を記載する。
- イ 救急搬送時、シート(2種類)を渡す。
- ウ 持ち物
 - ①シート(2種類)
 - 様式1 「施設入所者情報シート」
 - 様式2 「救急要請時チェックシート」
 - ②様式2 「救急要請時チェックシート」下部に記載された『持参していくもの』

6 モニタリング

運用開始後、概ね12か月を目途に運用状況について評価し、その後は定期的に評価し、必要に応じて見直すものとする。

7 改訂経過

- (1) 第2版 (2023年/令和5年9月改訂)
 - ・様式1：裏面に「現病治療中の病気」欄を加筆
 - ・様式2：緊急時に短時間で記入できるよう、チェックボックス欄を加筆
 - ・資料「もしもの時は「救急要請時連絡シート」を活用しましょう」を作成
- (2) 第3版 (2024年/令和6年9月改訂)
 - ・様式2：【参考】「持参していくもの」のうち「心肺停止の際の蘇生処置確認書」を削除
 - ・内容の主旨を変更しない字句の訂正、表現の変更
- (3) 第4版 (2025年/令和7年9月改訂)
 - ・様式2：チェックシート横（施設→消防隊員）を（施設→消防隊員→病院）に変更

「渋川保健医療圏 救急要請時連絡シート等」記載要領

1 様式 1 「施設入所者情報シート」

(1) 事前記載について

入所時のアセスメント、介護・看護記録、面接結果等により、事前にご記入ください。

(2) 更新について

情報が変更になった場合は適宜更新し、定期的に記載内容を確認してください。

※ 少なくとも年1回は確認してください。

(3) 既存の様式がある場合

本シートは、入所者の状況等を救急隊および搬送先医療機関に簡潔に整理して伝えるための手段として作成し、救急隊およ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。

・既存の様式をお使いの場合でも、徐々に変更していくようご協力をお願いします。

2 様式 2 「救急要請時チェックシート」

(1) 救急通報と並行して、急病時の入所者状況等を記載し、到着した救急隊に渡せるように準備してください。

(2) 応急処置を優先し、できる範囲で記載をお願いします。

(3) 時間がない場合は、チェックシートの項目にそって情報を伝えてください。

項目を埋めていなくても、急変時に必要な情報伝達項目として活用します。

(4) 【参考】「持参していくもの」は、

・該当するものについて、できるだけ救急搬送するまでに準備してください。

・救急搬送するまでに準備できない場合は、搬送された後すみやかに搬送先の医療機関へ持参してください。

3 参考資料 「心肺停止の際の蘇生処置確認書」（例文）

・心肺停止の際の蘇生処置、医療を要する場合の搬送等については、ご本人、ご家族の意思を確認することが重要です。

・様式については、施設の任意様式といたします。

参考に例文を掲載いたしました。必要に応じて参考にしてください。

(2025年9月版)

【参考資料】 心肺停止の際の蘇生処置確認書 (例文)

医療を要する場合の搬送等についての確認書（案）

施設内で心肺停止状態となった（心肺停止状態で発見された）場合について伺います。
(□にチェックを入れてください。)

ここでの心肺停止とは、呼びかけに応答がなく、呼吸が止まり、脈が触れない場合を指します。

蘇生処置とは、施設内、救急車内及び病院内で行われる胸骨圧迫（心臓マッサージ）、気管挿管（口から気管へ管を入れて人工的に肺へ空気を送ります）、静脈に点滴を入れて必要な薬を注射することなどを指します。

体が冷たくなって死斑や死後硬直が生じている場合は、救急車での医療機関への搬送がなされない場合があります。

- 蘇生処置を希望する。
- 現時点では決めかねます。
- 蘇生処置を希望しません。

※いずれかにチェックがされていても、施設側が119番通報を行い救急要請した場合は、蘇生処置を行い病院への搬送を依頼します。ただし、死斑や死後硬直が生じていた場合は、救急隊の判断で蘇生処置は行いません。

年　　月　　日

説明者　施設名

役職／氏名

同意者　利用者氏名

ご家族・保証人様

ご住所

ご連絡先

※入所時に記入

定期的に更新をお願いします

施設入所者情報シート

【様式-1】

(施設職員→病院)

記入日:

記入者:

職名:

ふりがな			生年月日	昭	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名											
住所											

施設について	施設名			施設住所			入所時期	年	月	日		
	区分		<input type="checkbox"/> 特養		<input type="checkbox"/> 老健		<input type="checkbox"/> グループホーム(介護)		<input type="checkbox"/> グループホーム(障害)			
			<input type="checkbox"/> サ高住		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム		<input type="checkbox"/> ケアハウス					
			<input type="checkbox"/> 障害者施設		()		<input type="checkbox"/> その他		()			
看護師常駐		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 夜間不在						
可能な医療処置		<input type="checkbox"/> 看取り		<input type="checkbox"/> 酸素投与		<input type="checkbox"/> 点滴		<input type="checkbox"/> 胃瘻管理		<input type="checkbox"/> 喀痰吸引		<input type="checkbox"/> ストマ
		<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> 気管切開		<input type="checkbox"/> インスリン療法		<input type="checkbox"/> 尿管等のカテーテル管理		

家族・身元保証人等 キー・パーソン	氏名(ふりがな)			住 所		続柄	電話番号		
	①						(携帯)		
							(自宅)		
	②						(携帯)		
(自宅)									
生活保護		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		担当ケースワーカー:			

介護認定	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 要支援		<input type="checkbox"/> 要介護				
	ケアマネジャー:				事業所名:				連絡先	TEL	
障害者認定	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり		障害 ()				障害支援区分 ()		
等級 ()											

患者本人の生活・身体状況	ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状態						
	移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)						
	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 禁食						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *禁止食品があるか						
	排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)						
	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり										
	療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護・治療への抵抗、拒否										
		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 性的問題行動										
	<input type="checkbox"/> その他 ()											
	コミュニケーションの問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 構語障害 <input type="checkbox"/> 失語										
		<input type="checkbox"/> その他 ()										
	補聴器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	眼鏡		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 顔面				
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 仙骨	<input type="checkbox"/> 坐骨	<input type="checkbox"/> 踵	<input type="checkbox"/> 大転子	<input type="checkbox"/> 腸骨	<input type="checkbox"/> その他				
医療処置	<input type="checkbox"/> ストマ		<input type="checkbox"/> 喀痰吸引		<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		<input type="checkbox"/> 気管切開		<input type="checkbox"/> 胃ろう		<input type="checkbox"/> ペースメーカー	
	<input type="checkbox"/> 酸素投与 ()		<input type="checkbox"/> シャント		<input type="checkbox"/> その他()							

※裏面もお願いします※

2025.9月版

診療について	<input type="checkbox"/> 嘴託医のみ <input type="checkbox"/> 嘴託医と併診 <input type="checkbox"/> かかりつけ医のみ		
嘱託医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 医院名： <input type="checkbox"/> 医院名：	医師名： 医師名：	
かかりつけ医	医院・病院名／担当医師名	最終受診日	処方
	電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	電話	年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他 []			
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 痛風（高尿酸血症） <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> その他 []			
手術歴	手術日(入院時期) /年齢	内容・疾患	病院	体内金属
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
上記以外の入院歴				

アレルギー歴	薬						
	<input type="checkbox"/> なし	食品	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> あり	その他					
感染症関連	HBS抗原(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)	HCV抗体(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 疥癬	<input type="checkbox"/> 梅毒	<input type="checkbox"/> その他	
	新型コロナウイルス(Covid-19)	ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 (回)	最終接種日 ()			

蘇生処置	心肺停止の際の蘇生処置	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし)				
		<input type="checkbox"/> 希望しない (<input type="checkbox"/> 確認書面あり <input type="checkbox"/> 確認書面なし)				
		<input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる				
患者・家族の確認	氏名		続柄		最終確認日	
蘇生処置について	※希望しない、現時点では決めかねるを選択している場合でも施設職員が119番通報した場合は、蘇生処置を行いながら病院へ搬送します。					
病院内での延命治療について	・気管内挿管(人工呼吸管理)を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 現時点では決めかねる					

【備考】

(この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

2025.9月版

※定期的に更新をお願いします

【様式-1 薬】

施設入所者情報シート お薬情報

(施設職員→病院)

薬説明書のコピーなどを以下に貼付していただけ、お薬手帳をご準備ください。

2025.9月版

※救急要請時に記入／分かる範囲でご記入ください

【様式-2】

救急要請時チェックシート (施設職員→消防隊員→病院)

施設名

患者氏名

生年月日

/ /

年齢

歳

性別

男・女

救急要請に至った状況

発生日時	20 年 月 日	時	分頃
発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> その他 ()		
概要	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> SpO2低下 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	上記に至るまでの経緯を可能な範囲で記入してください		
バイタル	時 分 現在	呼吸：() 回/分	血圧：(/)
	脈拍：() 回/分	体温：() °C	SpO2：() %
応急手当 実施状況	酸素吸入中：() ℥	AED作動：() 回	

直近の状態	最終食事	本日・昨日	() 時頃	内容・量 ()
	最終飲水	本日・昨日	() 時頃	内容・量 ()
	最終内服	本日・昨日	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前	内容： <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 一部
	最終排便	月 日	性状： <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 硬	量： <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等量 <input type="checkbox"/> 多量
	尿カテーテル 直近の交換日	月 日		
	褥瘡 直近の処置	月 日	部位：()	内容： <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> テープ
	最終健常確認	時頃	方法： <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 体動 <input type="checkbox"/> 開眼 <input type="checkbox"/> 他 ()	

同乗者職種：	連絡した家族等の続柄：	
担当者：	職種：	連絡先TEL：

【参考】持参していくもの

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 施設入所者情報シート (様式-1) | <input type="checkbox"/> おくすり手帳、薬説明文書 |
| <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 介護保険証 |
| <input type="checkbox"/> 障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 福祉医療費受給資格者証 |
| <input type="checkbox"/> めがね | <input type="checkbox"/> 入れ歯 |
| <input type="checkbox"/> 体温血压等日々の記録シートがあればコピー | <input type="checkbox"/> 補聴器 |