

転院搬送における救急車の適正利用の推進について

平成29年6月8日

新川地区メディカルコントロール協議会

救急搬送件数は、富山県新川医療圏において高齢化の進展等によりほぼ一貫して増加しており、需要増に救急隊の増加が追いつかず、真に必要な傷病者への対応が遅れ、救命率に影響が出かねない状況となっています。

限りある搬送資源を緊急性の高い事案に優先して投入するためには、救急車の適正利用を積極的に推進していく必要があることに鑑み、傷病者を一の医療機関から他の医療機関へ搬送する事案（以下「転院搬送」という。）について定めるものとする。

1 消防機関が救急業務として行う転院搬送

消防機関が救急業務として行う転院搬送は、高度医療あるいは専門治療が緊急に必要な傷病者で、要請元医療機関での治療が困難な場合に実施する。

2 消防機関が救急業務として転院搬送を行う場合は、原則として下記のすべての要件を満たすものとする。

- (1) 要請元医療機関が、あらかじめ転院する医療機関を決定し、受入れの了解を得ておくこと。
- (2) 要請元医療機関が、その管理と責任の下で搬送を行うため、原則として要請元医療機関の医師又は看護師が同乗すること。やむを得ない事由等により同乗できない場合は、救急隊のみで搬送することについて、要請元医療機関が患者、家族等に説明し、了承を得ること。
- (3) 医師等の同乗が得られない場合には、要請元医療機関が消防機関に対し、転院の理由、搬送を依頼する理由、担当医師名、患者の状態、処置内容等を示した転院搬送依頼書又は紹介状のコピー等を提出すること。
- (4) 転院搬送範囲は、特殊な疾患等を有する傷病者を除き、おおむね1時間以内に搬送可能な区域とすること。

転院搬送依頼書

転院理由 (緊急性)	※□にチェックをお願いします。		
	<input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、より高度な治療を行うことができる医療機関へ搬送を行う必要がある。 <input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療困難であり、専門治療を行うことができる医療機関へ搬送を行う必要がある。		
要 請 元 医療機関	医療機関・担当医師名		
	同乗医師等氏名	緊急連絡先	
搬 送 先 医療機関	(名称)	担 当 科	
	(住所) TEL	連絡医師名	

傷病者情報

※可能な限りで、記載をお願いします。

傷病者氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
		様	歳
住 所	TEL		
院内経過			
バイタルサイン等	時 間	救急車内で必要な処置	
意 識	JCS	搬送体位	
呼 吸	回/分	O ₂ 投与 <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> リザーバーマスク <input type="checkbox"/> その他() <small>分</small>
SpO ₂	%		
脈 拍	回/分	その他 (救急隊への指示・注意点)	
血 圧	/ mmHg		
瞳 孔	右 mm		
	左 mm		
対光反射	右(+・-) 左(+・-)		
体 温	℃		