

消防機関への転院搬送の要請に関するガイドライン

大阪府救急業務高度化推進連絡協議会

平成 31 年 4 月 1 日から大阪府救急医療対策審議会救急業務推進に関する部会

【背景】

消防機関による救急搬送件数は、高齢化の進展等により増加傾向にあります。平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会（総務省消防庁、厚生労働省）では、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、転院搬送に係る救急車の適正利用についても検討がなされました。検討会の報告を受け、平成 28 年 3 月 31 日に消防庁次長、厚生労働省医政局長の連名により「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」が発出されました。

同通知文では、転院搬送における救急車の適正利用の推進のためには、救急業務として転院搬送を行う場合についてのルールを定めることが有効であると謳われているため、大阪府としても、消防機関への転院搬送の要請に関する要領を基に当該ガイドラインを作成いたしました。

緊急度の高い患者に優先的に搬送資源を投入できるよう、ガイドラインに従い転院搬送の要請をしていただきますよう、御協力をお願いします。

【救急車要請時確認のポイント】

<p>1. 転院搬送の基本要件※</p> <p>※早期治療を目的とした、搬送先選定困難な傷病者の一時受入れを行った場合はこの限りでない。</p>	<p>○ 以下の①、②、③、④の全てに該当すると要請元医療機関の医師が判断した場合に、消防機関による転院搬送の対象となります。</p> <p>①緊急に処置が必要である</p> <p>②高度医療が必要な傷病者、特殊疾患等に対する専門医療が必要な傷病者等、要請元医療機関での治療が困難である</p> <p>③医療機関が所有する患者等搬送車（病院救急車を含む）民間の患者等搬送事業者など他の搬送手段が活用できない場合</p> <p>④<u>原則として</u>、要請元医療機関が、傷病者の症状に適応した医療を速やかに実施できる転院先医療機関から、受入れの了解を得ている</p>
<p>2. 医師の同乗</p>	<p>○ <u>原則として</u>、要請元医療機関の医師又は看護師の同乗が必要です。</p> <p>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てください。</p> <p>又、救急隊に対し、搬送中の患者の容態管理や応急処置等の必要な指示をして下さい。</p>
<p>3. 転院搬送依頼書</p>	<p>○ 「転院搬送依頼書」に必要事項を記載し、到着した救急隊に渡してください。</p>

転院搬送依頼書

年 月 日

〇〇消防本部 救急隊 様

要請元医療機関名

1	<p>以下のことを要請元医療機関の医師が判断している</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 当該医療機関において治療が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 他に適切な搬送手段がない</p> <p><input type="checkbox"/> 転院先医療機関が確定している</p>
2	<p>要請元医療機関・ 依頼医師情報</p> <p>依 頼 医 師 氏 名 _____</p>
3	<p>要請元医療機関・ 同乗者情報</p> <p><input type="checkbox"/> あり (医師・看護師・その他「 _____ 」)</p> <p>同 乗 者 氏 名 _____</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>
4	<p>転院先医療機関情報</p> <p>医 療 機 関 名 _____</p> <p>連 絡 先 _____</p>
<p>救急車内で必要な処置等</p> <p><input type="checkbox"/> 酸素 _____ l / 分 <input type="checkbox"/> 点滴 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>その他指示事項</p>	
<p>可能な限りご記入ください。</p> <p>【バイタルサイン】 時 分</p> <p>◆意識： JCS I II III - () ◆血圧： _____ / _____ mmHg</p> <p>◆呼吸： _____ 回/分 ◆瞳孔： R _____ mm L _____ mm</p> <p>◆SpO2： _____ % ◆対光反射：R (+ -) L (+ -)</p> <p>◆脈拍： _____ 回/分 ◆体温： _____ °C</p>	

救急隊メモ欄 (記入しないで下さい)

傷病者名 _____ 男・女 出場指令日時 年 月 日 時 分

生年月日 _____ 家族等同乗者氏名 _____

出場隊名 _____ 救急隊 転院理由 処置困難 ベッド満床 専門外

入院施設なし その他 (_____)

転院搬送の要請（フローチャート）

救急車による転院搬送の基本要件※

以下のことを要請元医療機関の医師が判断している

- ① 緊急に処置が必要である
- ② 当該医療機関において治療が困難である
- ③ 他に適切な搬送手段がない
- ④ 転院先医療機関が確定している

※ 早期治療を目的とした、搬送先選定困難な傷病者の一時受入れを行った場合はこの限りではない。

①～③の要件に全て該当していますか？

YES



NO



患者等搬送事業者、タクシー、マイカー等、救急車以外の搬送手段で転院搬送してください。

④転院先医療機関は確定していますか？

YES



NO



転院先医療機関を確保してください。

※ 傷病者が心肺停止状態であったり、生命の危機が迫っている場合は、先に 119 番通報してください。

119 番通報してください。



確保



「転院搬送依頼書」を作成してください。
注) 緊急性が高い等、依頼書を作成する余裕がない場合は、直接救急隊長へ内容を伝えてください。



救急隊長に転院搬送依頼書を手渡し、必要な指示をお願いします。



早期に転院搬送を開始します。
原則として、医師、看護師の同乗をお願いします。
同乗できない場合は、患者・家族等に説明し、了承を得てください。

