

## 広島中央圏域転院搬送ガイドライン

### 1 主旨

消防機関の救急自動車を利用した転院搬送の円滑な実施及び救急車の適正利用の推進を図るため、広島中央圏域の実情を踏まえた転院搬送ガイドラインを定める。

### 2 定義

「転院搬送」とは、傷病者を一の医療機関から他の医療機関へ搬送することをいう。

### 3 転院搬送の適用条件

消防機関が救急業務として行う転院搬送は、原則として次の（１）及び（２）の条件を満たす傷病者について、転院搬送を要請する医療機関（以下「要請元医療機関」という。）の医師が、医療機関が所有する患者等搬送車（いわゆる病院救急車）、民間の患者等搬送事業者、公共交通機関等が活用できないと判断する場合に実施する。

#### （１）緊急性

短時間のうちに治療が行われなければ生命や機能的予後に悪影響を及ぼすおそれがあること。

#### （２）専門医療等の必要性

高度医療や特定疾患等に対する専門医療が必要なため、要請元医療機関での治療が困難であること。

なお、一の医療機関において急性期の治療が終了した傷病者について、当該医療機関の医師が、他の医療機関において専門医療又は相当の医療を要すると判断したときにおいては、当該要件を満たす場合があること。

### 4 要請元医療機関の対応

消防機関が救急業務として転院搬送を行う場合、要請元医療機関は、次の項目を遵守するものとする。（別紙「転院搬送の要請手順」参照）

#### （１）搬送先医療機関の選定

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）救急自動車への同乗

転院搬送は、要請元医療機関の管理と責任の下で行うため、原則として要請元医療機関の医師又は看護師、救急救命士が同乗すること。ただし、やむを得ない事情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、了承を得るとともに、搬送先医療機関にその旨を伝え、救急隊に申し送りを行うこと。

#### （３）転院搬送引継書の提出

119番通報後、転院搬送引継書を作成して、救急隊へ手交することとする。

消防機関に対し、搬送依頼理由、転院搬送理由、担当医師名、患者の状態、処置内容等を記載した転院搬送引継書（別紙様式）を提出すること。ただし、医師又は看護師、救急救命士が同乗する場合はこの限りではない。

### 5 適用除外

（１）傷病者の迅速な受入れのために、転院搬送を前提として傷病者の受入れを行った医療機関は、上記３の条件に関わらず、消防機関による転院搬送を要請することができる。

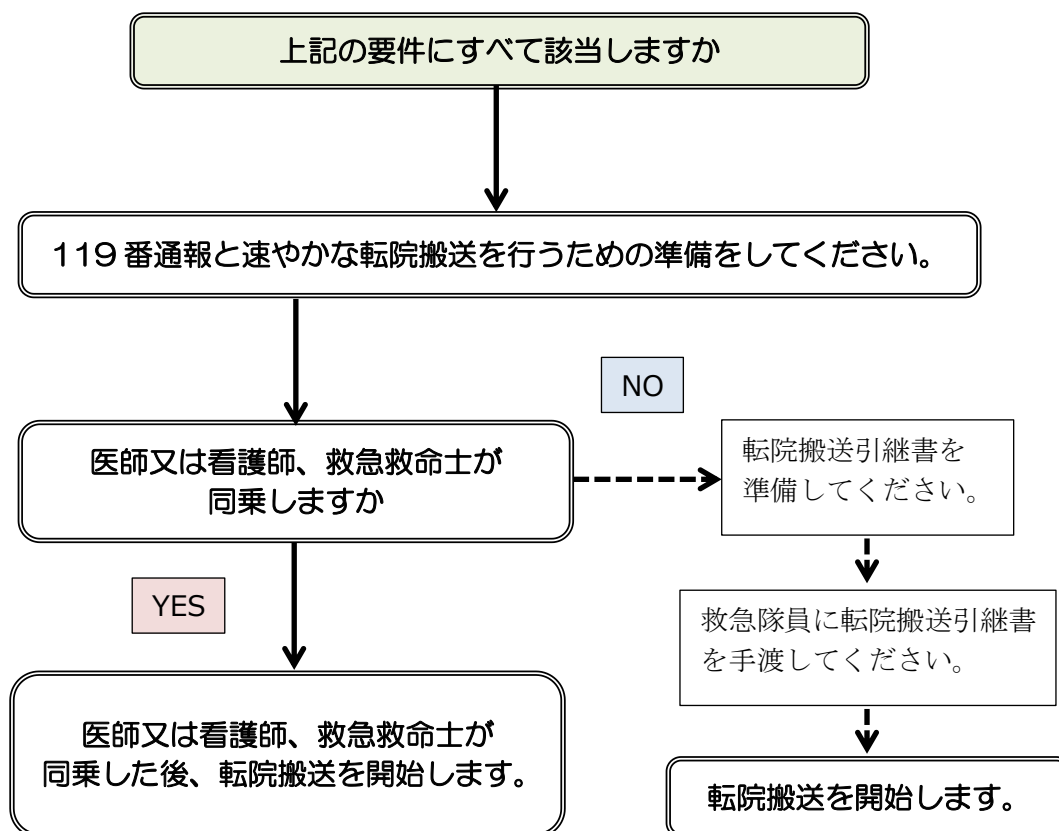
（２）周産期の緊急事案で、周産期母子医療センターからドクターカー又は消防機関の救急自動車により派遣された医師の同乗の下に行われる転院搬送は、このルールの適用外とする。

（３）ドクターヘリから傷病者を引き継ぎ、医療機関まで搬送する転院搬送は、このルールの適用外とする。

## 広島中央圏域 転院搬送フローチャート

### 《転院搬送の適用要件》

- ① 短時間のうちに治療が行われなければ生命や機能的予後に悪影響を及ぼすおそれがあること。
- ② 専門医療等が必要で、要請元医療機関での治療が困難であること。
- ③ 他に適当な搬送手段がないこと。



## 転院搬送引継書

下記のとおり、転院搬送をお願いします。(○引継書は、可能な範囲内で記入してください。)

搬送先医療機関	名称：	担当科： _____ 科
		担当医師名： _____
傷病名		

患者 住所・氏名等	住所 _____	生年月日 _____
	ふりがな 氏名 _____	明治・大正・昭和・平成・令和 ____年 ____月 ____日 ____歳

バイタルサイン	(測定日時： _____ 時 _____ 分)	既往症等
意識	JCS I-1 2 3 II-10 20 30 III-100 200 300	既往歴：有・無 ( _____ ) 感染症：有・無 ( _____ )
呼吸	回/分	アレルギー：有・無 ( _____ )
SPO <sub>2</sub>	% ( _____ 分)	
脈拍	回/分 (整・不)	<b>搬送中の注意事項等</b>
血圧	/ mmHg	
瞳孔	右 mm / 左 mm	
体温	℃	

同乗者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> なし 氏名： _____
-----	---

関係者連絡先 ※家族やキーパーソン等	自宅 _____ 携帯 _____ 関係： _____
-----------------------	--------------------------------

要請元医療機関	名称：	担当医師名：
---------	-----	--------