

転院搬送ガイドライン

大津市メディカルコントロール協議会

1. 目的

このガイドラインは、「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」（令和7年6月30日消防救第217号・医政発0636第6号消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知）に基づき、医療機関から他の医療機関へ消防機関が救急業務として傷病者を搬送する（以下「転院搬送」という。）要請基準を定めるとともに、その要請に関する手続きを明らかにすることにより、転院搬送を適切かつ円滑に実施することを目的とする。

2. 要請基準

消防機関が行う転院搬送は、原則として以下の要件の項目すべてに該当すると転院搬送を要請する医療機関（以下「転院元医療機関」という。）の医師が判断した場合に実施するものとする。

なお、傷病者の迅速な受け入れのために、転院搬送を前提として一旦、転院元医療機関が傷病者の受け入れを行った場合は、この限りでない。

- (1) 転院先の医療機関において緊急に処置が必要な患者であること。
- (2) 高度医療が必要な患者、特殊疾患等に対する専門的治療が必要な患者等、転院元医療機関での治療が困難な患者であること。
- (3) 医療機関が所有する患者等搬送車（病院が所有する救急車を含む）、民間の患者等搬送事業者等、他の搬送手段が活用できないこと。

3. 遵守事項

転院元医療機関の医師は、消防機関に対し転院搬送を要請する場合、要請基準を踏まえたうえで、以下のことを遵守するものとする。

(1) 搬送先医療機関の確保

転院搬送における搬送先医療機関は、転院元医療機関の医師があらかじめ決定し、受入れの了承を得ること。なお、転院先医療機関は、原則患者の症状に対応できる最も近い医療機関とすること。

(2) 救急車への同乗

転院搬送は、転院元医療機関が、その管理と責任のもとに行うものであり、原則として転院元医療機関の医師、看護師（助産師）又は救急救命士が同乗すること。なお、やむを得ない理由で同乗できない場合、転院元医療機関は以下の対応をとること。

ア. 救急隊のみで搬送することについて、患者、家族等に説明し了承を得るとともに、転院先医療機関にその旨を伝え、必要な申し送りを行うこと。

イ. 処置等について救急隊に必要な指示を行うとともに、搬送中の救急隊からの指示・助言等の要請に対応できる体制をとること。

(3) 転院搬送依頼書の提出

転院元医療機関の医師は、「転院搬送依頼書」(別紙、様式第1号)に必要な事項を記入し、救急隊到着後、救急隊に提出すること。なお、転院搬送依頼書を作成する暇がない場合は、救急隊に必要な事項等を適切に伝えること。

4. その他

- (1) 長距離転院搬送については、別途個別に消防局と協議するものとする。
- (2) 転院搬送実施後、救急隊は次の救急要請に対応できる体制を取るため、原則帰院に際して救急車への同乗はできないものとする。
- (3) 緊急性の乏しい転院搬送については、医療機関が所有する患者等搬送車(病院が所有する救急車を含む)、民間の患者等搬送事業者等を積極的に活用すること。
- (4) このガイドラインは、必要に応じて見直しを行うものとする。

附則

このガイドラインは、令和7年9月9日から施行する。

転院搬送依頼書

年 月 日

大津市消防局長 様

転院元医療機関名

担当医師名

連絡先

下記のとおり、転院搬送の要請基準を確認し、当医療機関の管理と責任の下、転院搬送を依頼します。

| 要請時確認事項 | |
|---|---|
| 要請基準の確認 (原則としてすべての要件を満たす必要があります。 □に✓チェックしてください) | <input type="checkbox"/> 緊急に処置が必要な患者であること。 <input type="checkbox"/> 転院元医療機関での治療が困難な患者であること。 <input type="checkbox"/> 他の搬送手段が活用できないこと。 |
| 具体的な転院理由 | |
| <input type="checkbox"/> ※傷病者の迅速な受け入れのために、転院搬送を前提として一旦、傷病者の受け入れを行った場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 | |
| 転院先医療機関情報 | 医療機関名 |
| | 担当医師名 連絡先 |
| 同乗者情報 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師(助産師) <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> その他() |
| | <input type="checkbox"/> やむを得ず同乗できない旨を患者・家族・搬送先医療機関へ説明し、了承済み。 |

| 傷病者情報 | | | | | |
|---------------------|--|-----|--|------------------|----------------------------|
| (フリガナ) 氏名 | () | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | T・S・H・R・西暦(年) 月 日生(歳) |
| 住所 | | | | 連絡先 | |
| 主な既往症 | | | 転院元医療機関 診断名 | | |
| 医療機関での観察結果・バイタルサイン等 | | | | | |
| 意識 | | 呼吸数 | 回/分 | SpO ₂ | % (O ₂ 投与) |
| 脈拍 | 回/分(整・不整) | 心拍 | 回/分(心電図所見:) | | |
| 血圧 | / mmHg | 体温 | . °C | その他 | |
| 主訴・症状等 | | | | | |
| 搬送中に 必要な処置等 | <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| その他 引き継ぎ事項 | | | | | |

※転院搬送時は、本依頼書を作成し、到着した救急隊へ渡してください。
(緊急性が高い場合等により、本依頼書を作成する暇がない場合は、直接救急隊へ内容を伝えてください。)