

「下り搬送」に関する現状と今後の方向性について

【送出側（石巻赤十字病院）】

- 退院許可後の退院調整開始となっているので、調整開始時期の前倒しについて、院内で検討中
- 転院後の受入先と患者間の認識齟齬を防ぐ事前説明が重要
- 受入先が困らないような確定診断・治療方針の明確化

【受入側病院】

- 退院調整日数に病院差がある
- 受入手順・ルールが病院ごとに異なる
- 休日・夜間の転院受入には、診療、検査体制上の課題がある

※ 参考 「大崎市民病院を中心とした県北地域における転院調整事例について」

- ✓ 県北地域では、共通様式を用いて転院調整を実施
- ✓ 年2回程度、担当者連絡会を開催しているほか、事務、看護師、MSWが定期訪問

（メディカルスタッフ等の相互訪問は、仙台オープン病院とスペルマン病院の連携協定でも実施中）



石巻地域でも、石巻赤十字病院が中心となって同様の仕組みの導入を検討し、転院調整の標準化・効率化に取り組んではどうか？

大崎市民病院本院を中心とした県北地域における転院調整事例について

1 概要

連携範囲：大崎市民病院本院を中心とした大崎・栗原・登米の病院＋黒川病院
 参加病院数：32病院
 体制：平日日中は医療圏内の二次医療機関が積極的に受入
 休日と平日夜間は大崎市民病院本院で患者を受入

2 転院調整

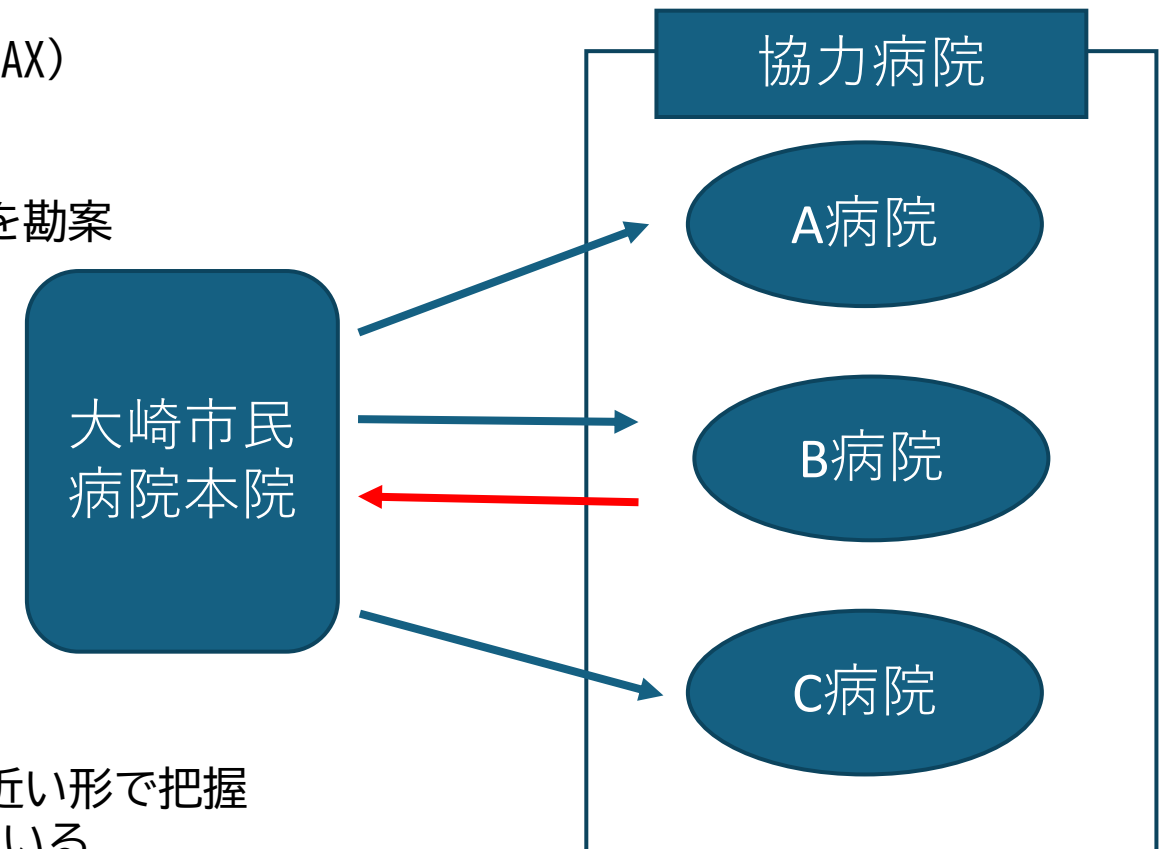
転院調整の流れ

- ・大崎市民病院で作成した一覧に基づき複数照会（統一様式を手動FAX）
- ・調整に用いる一覧は大崎市民病院本院が毎年照会を行い作成
- ・一覧には病床機能と病床数、対応困難な医療行為等の情報を記載
- ・転院先の選定にあたっては診療機関、患者・家族の居住地や希望を勘案



空床情報について

- ・分院についてはリアルタイムに近い形で空床状況を把握
- ・その他の病院については繁忙期（夏等）においてリアルタイムに近い形で把握
- ・繁忙期の平日は空床情報を把握するため毎朝FAXで報告をもらっている



大崎市民病院本院を中心とした県北地域における転院調整事例について

3 現状

調整の実態

- ・救急科に限ってはであるが肌感覚で救急患者のうち7～8割が転院する。
- ・転院を打診するのが午前の場合は当日午後、午後の場合は翌日の受入となることが多い。

転院搬送

- ・診療報酬の改定を受け、入院から3日以内の患者については病院の救急車で搬送している。
（病院に在籍している救急救命士が添乗）
- ・搬送から3日以後の患者については、患者の自負負担で介護タクシー等を利用している。

<参考：救急患者連携搬送料について>

- ・算定要件

医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車で搬送を行った場合に加算。

日数	点数
入院中の患者以外の患者の場合	1800点
入院1日目の患者の場合	1200点
入院2日目の患者の場合	800点
入院3日目の患者の場合	600点

4 連携体制について

- ・令和元年ごろに現在の協力体制を大崎市民病院本院が中心となって構築。
- ・前述した共通様式については大崎市民病院本院が中心となり、各協力医療機関との意見交換を行いながら作成。
- ・現在も定期的な意見交換を行い、様式等についてもアップデートしている。
- ・地域医療連携担当者連絡会を年2回程度開催しているほか、事務、看護師、MSWの訪問も定期的に実施。

転院申込書（大崎市民病院→宮城県北／連携パス連携医療機関用）

疾患名、紹介目的については診療情報提供書(写)をご参照ください。

☐ 大腿骨・脳卒中地域連携パス(入退院支援加算・地域連携診療計画加算)対象

記載日 令和6年

転院申し込み先 医療機関名				転院申し込み元 大崎市民病院				
				診療科	診療科		病棟	病棟
				主治医	氏名			
				照会先	病棟		Fax送信先	地域医療連携室
フリガナ	0			Tel	0229-23-3311		Tel	0229-23-3311
患者氏名	0			内線			Fax	0229-24-3005
患者ID	0			住所	0		性別	0
生年月日	明治33年1月0日			年齢	0	歳	連絡先	0
入院前 ADL	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1~2	<input type="checkbox"/> C1~2	主保険	0
入院前 認知症状	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa~b	<input type="checkbox"/> IV~M	保険者番号	0
生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> 家族と同居						記号 番号	0
	<input type="checkbox"/> 施設 施設名:						本人/家族	0
キーパーソン	氏名:		手入力		続柄:		手入力	
					病室希望		<input type="checkbox"/> 個室(有料) <input type="checkbox"/> 大部屋	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5							
ケアマネ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 事業所名: 担当者:							
当院他科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診療科名:							
フリーコメント	記載日前日までにリハビリ担当医の診察及びリハ介入未の方です							
リハビリテーション料起算日:		記載時点で起算日未確定		疾患名:				
身体状況								
認知症高齢者の日常生活自立度				<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
認知症状	<input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為			起居動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転				起上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
<input type="checkbox"/> その他:			座位保持		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施			
呼吸管理	<input type="checkbox"/> 酸素 Q/時		<input type="checkbox"/> 気管切開		立上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
	<input type="checkbox"/> 吸引 回/日				移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
点滴ルート	<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> CVポート				車椅子駆動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
栄養	<input type="checkbox"/> 食事可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助				立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻				歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施		
	<input type="checkbox"/> 経静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養			排泄	<input type="checkbox"/> トイレ		<input type="checkbox"/> ポータブル	
栄養内容					<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 尿カテ 理由:		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:			嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
感染症 (空欄の時は未実施)	HBs抗原			MRSA				
	Hcv抗体			その他				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:							
看護必要度	A項目()点 B項目()点 C項目()点 <input type="checkbox"/> 評価基準なし							
特記事項								

(2024.4版)

転院申込 返信用紙
(県北／連携バス連携医療機関用)

日時： 令和 年 月 日



転院申込受け側

大崎市民病院 地域医療連携室

FAX 0229-24-3005(直通)

TEL 0229-23-3311(代表)

担当：

0

フリガナ	0	診療科	診療科	病棟	病棟		
患者氏名	0	主治医	氏名				
患者ID	0	住所	0			性別	0
生年月日	明治33年1月0日	年齢	0 歳	連絡先	0		

返信内容

□ 転院受入は 令和 年 月 日 () です。

時 分 着 で までお出で下さい。

☐ 転院受入は 令和 年 月 日（ ）以降の見込で可能です。

☐ 転院受入判定の為、ご家族との面談をさせていただきます。

(面談日時、持ち物については備考に記載するか、上記担当者へご連絡ください)

☐ 転院治療は残念ながら不可能です。

備考

[illegible]

*** 転院受入病院様へ**

- ・FAXは16:30までを目安にお願いします。(受入日時が迫っている場合を除く)
- ・翌営業日の転院などで当日中に対応が必要にも関わらず、地域医療連携室に連絡がつかない場合は、直接病棟へご連絡ください。