

令和3年8月2日

会員各位

鎌倉市医師会会長 山口 泰
救急医療担当理事 高室 暁

神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準に係る医療機関調査について

神奈川県医師会を通じて、通知がまいりましたのでお知らせいたします。

神奈川県健康医療局保健医療部医療課長
(公 印 省 略)

神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準に係る医療機関調査について

本県の救急医療体制の推進につきましては、日頃から御尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、本県では、円滑な救急搬送の実施に資するため、平成23年3月に「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を策定し、同年4月末から運用を開始しているところですが、本基準に定める「医療機関リスト（第2号基準）」を実態に即したものとするため、毎年本調査を実施し、リストの時点修正を行うこととしております。

つきましては、県内の該当医療機関あて、別添のとおり調査を依頼いたしましたので、御承知置きくださいますよう、何卒よろしく願いいたします。

問合せ先

医療整備グループ 丸山

電話 045-210-1111 (内線4875)

FAX 045-210-8858

メール ouhuku-chiikiiryousu@pref.kanagawa.jp

医第1827号
令和3年7月19日

第2号基準医療機関リスト掲載医療機関の長 様

神奈川県健康医療局保健医療部医療課長
がん・疾病対策課長
(公 印 省 略)

神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準に係る医療機関調査に
ついて (依頼)

本県の救急医療行政の推進につきましては、日頃から格別の御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県では、円滑な救急搬送の実施に資するため、平成23年3月に「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を策定し、同年4月末から運用を開始しているところですが、本基準に定める「医療機関リスト (第2号基準)」を実態に即したものとするため、毎年本調査を実施し、リストの時点修正を行うこととしております。

救急搬送時の受入医療機関の選定困難事案の発生を抑制するための重要な調査となります。お忙しいところ大変恐縮ですが、調査へのご協力をお願いいたします。

つきましては、別添「調査要領」を御参照の上、調査票を御記入いただき、下記の期日までに電子メールにより御回答くださるようお願いいたします。

なお、調査票は、県ホームページに掲載いたしますので、ダウンロードして御利用ください。(URL等詳細については、調査要領を御参照願います)。

※ 例年、救急医療情報システムを活用しての書式掲載としておりましたが、今年度は県のホームページへの掲載といたしました。

※ 調査票「一般救急」と「身体合併症」いずれも御回答くださいますようお願いいたします。(対応が全て不可の場合も対応可否の欄に「×」を付けて必ず御回答くださいますようお願いいたします。)

回答期日 令和3年8月16日 (月)

<参考> 神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準 (全文)

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/kd8/cnt/f100491/>

問合せ先

(一般救急の調査に関する問合せ先)

医療課医療整備グループ 丸山

電話 045-210-1111 (内線 4875)

ファクシミリ 045-210-8858

電子メール ouhuku-chiikiiryoushou@pref.kanagawa.jp

(身体合併症の調査に関する問合せ先)

がん・疾病対策課精神保健医療グループ 小林

電話 045-210-4727 (直通)

ファクシミリ 045-210-8860

電子メール hoyo-seisin@pref.kanagawa.jp

令和3年度医療機関調査 調査要領

1 調査票データの掲載先

次のURLに調査票を掲載していますので、ダウンロードして御利用ください。

※例年、神奈川県救急医療情報システムに掲載しておりましたが、今年度は県ホームページへ掲載することといたしました。

ここにURLを記載

(神奈川県ホームページに掲載)

2 調査票の回答先

次のメールアドレスあてに御回答ください。

ouhuku-chiikiiryousu@pref.kanagawa.jp

(県医療課医療整備グループのメールアドレス)

3 回答期限

令和3年8月16日(月)

4 調査結果の公表について

公表同意の有無に関わらず、県内消防本部へ受入先選定の参考資料として、今回調査を行うすべての項目を提供します。

ただし、県ホームページ等で以下の項目を一般に公表するかを選択することができます。同意しない場合は、調査票に理由を記載してください。

※ 医療機関リストにより、県ホームページ等一般に公開する項目

- ・ 所在する市区町村名
- ・ 所在する二次保健医療圏名
- ・ 医療機関名

5 各項目の回答について

一般救急の調査票においては、「県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の対象としている「重症度・緊急度が高い傷病者」に対して、対応が可能かどうかの御回答をお願いします。身体合併症の調査票においては、「県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の対象としている、「重症度・緊急度が高い傷病者」かつ精神疾患(初期救急、二次救急、三次救急)を有する傷病者について対応が可能かどうかの御回答をお願いします。

※ 精神科医療救急体制

初期救急：外来による医療が必要な患者を対象

二次救急：入院対応が必要な患者を対象

三次救急：自傷他害のおそれのある精神障害者を対象

(1) 県ホームページ等への掲載の可否〔欄外〕

- ・ 県ホームページ等で公開する医療機関リストへの掲載を同意するか否かをチェックしてください。
- ・ 公表に同意しない場合、理由欄に理由を記載してください。

(2) 対応可否〔A欄〕

- ・ 各状態の傷病者について、対応可能であれば「○」、対応不可であれば「×」を記載してください。
- ・ 対応可能である場合は、掲載の可否に関わらず、A欄以降も記載してください。

(3) 傷病者の受入依頼先〔B・C欄〕

- ・ 救急隊が医療機関に傷病者の受入れを依頼する際の部署及び連絡先（電話番号）を記載してください。

(4) 傷病者を受け入れるにあたっての条件〔D～N欄〕

ア 輪番体制の有無〔D欄〕

- ・ 地区の輪番体制に参加している場合には、「○」を記載してください。

イ 対応可能日・時間帯〔E～L欄〕

対応可能な項目について、時間帯をプルダウンにより選択し、記載してください。

- ・ 常時とは、救命救急センターなど、365日24時間常に傷病者を受入れる体制を敷いている場合を指し、この欄に「○」をした場合は、E欄からJ欄までの回答は不要です。
- ・ 平日においては、曜日ごとに対応可能な時間帯を選択ください。
- ・ 休日とは、日曜、祝日及び年末年始（12/29～1/3）を指します。
- ・ 日中とは、概ね「8時から18時まで」を基本とします。
- ・ 夜間とは、概ね「18時から翌8時まで」を基本とします。

※ 調査項目では、回答が困難な場合、N欄「備考（重症度等の条件）」にその旨を記載してください。（例「木曜は対応不可」など）

ウ 受入可能病床数〔M欄〕

- ・ 各症例において、受入れが可能な人数を記載してください。なお、重篤な患者については症例に関係なく全てICUという場合には、その旨を備考欄に記載してください。

エ 備考（重症度等の条件）〔N欄〕

- ・ その他受入にあたって条件がある場合に記載してください。

6 更新した医療機関リストの掲載時期

今年度については、実施基準の見直しを行っていることから、令和4年4月頃の掲載を予定しています。

7 年度途中の医療機関リストの更新について

今回の調査後に院内体制の変更等により、内容に変更が生じた場合には、随時調査票を加除修正の上、電子メール又はFAXで御報告ください。