

北区在宅療養患者・高齢者搬送支援事業

# 北区在宅医療サポート 搬送入院システム

東京都北区医師会が会員病院の協力のもと在宅療養患者・高齢者搬送支援事業として実施するもの。

在宅で療養生活を送る高齢者が緊急性はないが、病院での治療が必要と  
かかりつけ医が判断をした時に、参加病院の所有する救急車を利用してあら  
かじめ決めてある収容先(入院先)病院へ搬送するシステム。



一般社団法人  
東京都北区医師会

## 事業の目的

- 1 救急車の適正使用を促すことにより消防庁救急車の出動件数を減少させ、必要度の高い患者搬送の迅速な対応が行えるようにする。
- 2 地域医療構想に基づき、地域の医療は地域で守る、ということにより明確化し拡大する。
- 3 在宅患者に対する医療の早期介入により重症化を防ぎ、入院期間の短縮につながり、結果的に医療費の削減につなげる。
- 4 すべての住民が等しく搬送サービスを受けられるようにする。



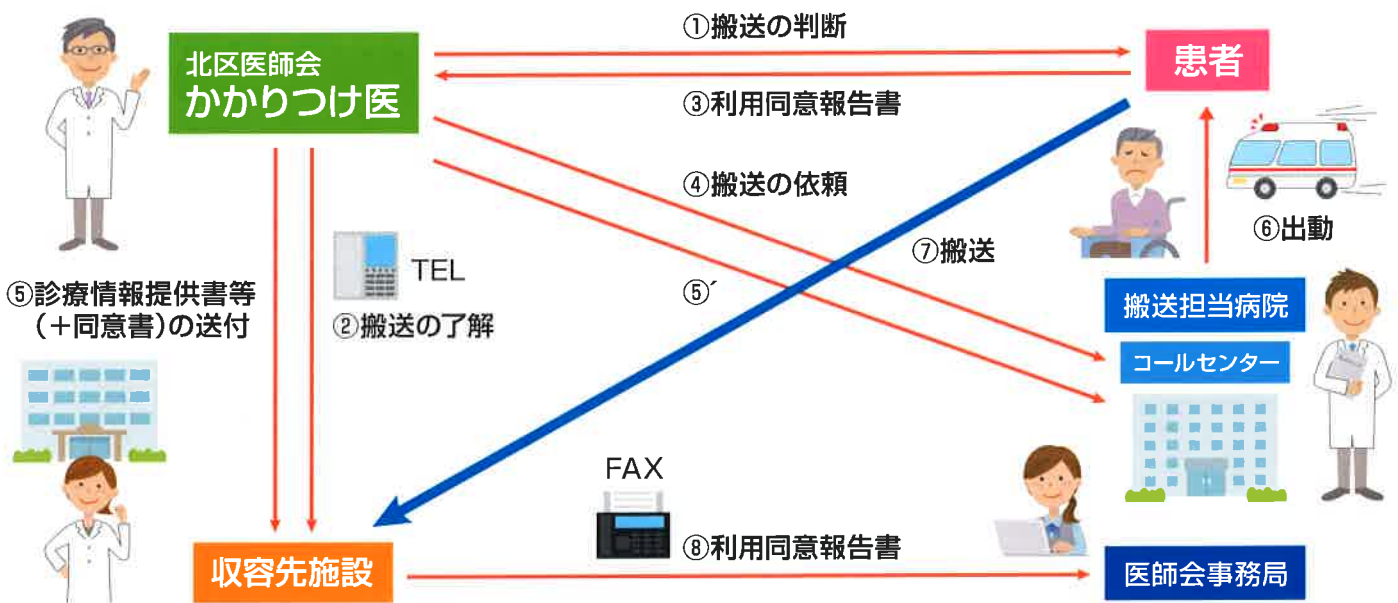
## 参加医師

北区医師会員で本事業の趣旨を理解し賛同した医師。



## 搬送の流れ

### 搬送の流れA



### かかりつけ医

- ① 搬送適応の判断
- ② 収容予定施設に患者受け入れの了解を得る
- ③ 患者に(もしくは家族に)利用同意書を記載していただく
- ④ コールセンターへ搬送の依頼をする(電話)
- ⑤⑤' 診察情報提供書と利用同意報告書を収容先施設と搬送担当病院へFAXする

### 搬送担当病院

- ④ 搬送の依頼を受ける
- ⑤' 診察情報提供書と利用同意報告書を受ける
- ⑥ 病院救急車を出動させる
- ⑦ 患者を自宅(または施設)より収容し収容先施設へ搬送する

### 収容先施設

- 患者を収容し加療する
- ⑧ 利用同意報告書を医師会事務局へFAXする

## 利用対象者、費用、利用可能時間



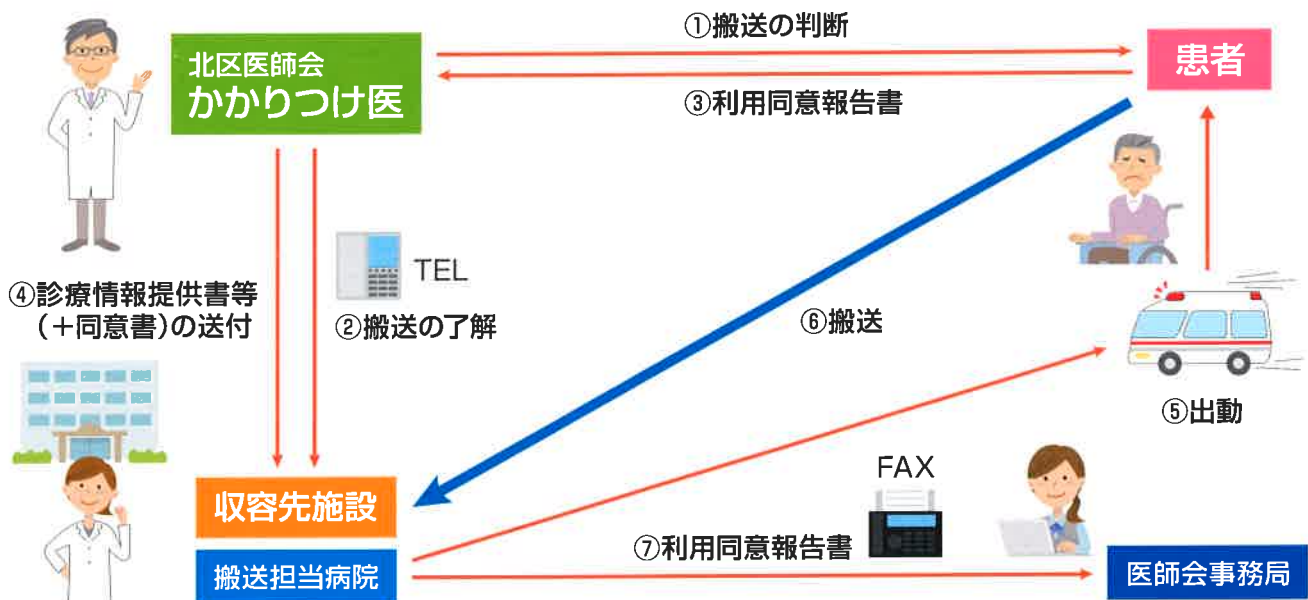
### [利用対象者]

- ① 北区民であること。
- ② かかりつけ医が決まっていること。
- ③ 区内で訪問診療・訪問看護等を受けて在宅療養をしている方、またはかかりつけ医が適当と認めた方。
- ④ かかりつけ医から病気について十分な説明を受けており、治療方針をある程度確定している方。
- ⑤ 緊急性はないが、準緊急に入院治療が必要と判断される症例。  
(お迎えに多少お時間をいただく場合がございますことをご了承ください。)
- ⑥ 緊急の場合には119番対応としてください。

**事前登録は不要** (北区医師会員で本事業の趣旨を理解し賛同された医師に限る)

**費用 無料** **利用可能時間 平日9時～17時** (申し込み時間は9時～16時)

### 搬送の流れB (収容先施設と搬送担当施設が同じであった場合)



#### かかりつけ医

- ① 搬送適応の判断
- ② 収容予定施設に患者受け入れの了解を得る
- ③ 患者に(もしくは家族に)利用同意書を記載していただく
- ④ 診療情報提供書と利用同意報告書を収容先施設と搬送担当病院へFAXする

#### 搬送担当病院

- ⑤ 病院救急車を出動させる
- ⑥ 患者を自宅(または施設)より収容し収容先施設へ搬送する

#### 収容先施設

- 患者を収容し加療する
- ⑦ 利用同意報告書を医師会事務局へFAXする





## 〔協力医療機関〕

**北部**

**南部**

東京北医療センター 月・水・金

明理会中央総合病院

赤羽中央総合病院 火・木

花と森の東京病院

※「北部」と「南部」の境界は環七通りとなり、収容先施設の住所とします。

※コールセンターは北区医師会へお尋ねください。

一般社団法人

東京都北区医師会

〒114-8575 東京都北区王子2丁目16-11

TEL 03-5390-3511

# 北区在宅医療サポート搬送入院システム利用同意書・報告書

私は本事業について説明を受け同意の上、病院救急車の利用を希望します。

私の個人情報及び診療情報等が、収容先病院・搬送担当病院・北区医師会に送付されることを承諾します。

年 月 日

本人署名: \_\_\_\_\_

(代理人記載の場合)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: )

生年月日: 年 月 日 年齢:( 歳) 性別:( 男・女)

住 所: \_\_\_\_\_

緊急連絡先:氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄: )

〃 :電話番号 \_\_\_\_\_

## 【かかりつけ医記載欄】

かかりつけ医療機関名: \_\_\_\_\_

主治医氏名: \_\_\_\_\_

搬送先医療機関: \_\_\_\_\_

搬送担当医療機関: \_\_\_\_\_

搬 送 日: 年 月 日 ( )

搬送の理由となった病名もしくは病状: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

◎お手数ですが搬送先病院より、北区医師会までFAX(03-5390-3388)をお願いします。

\*\*\*\*\*

北区医師会 事務局欄	担当理事	事務長	係 印