

報奨金支出基準

【平成31年4月1日より適用】

1. 報奨金の概要

救急患者を、その傷病の程度に応じ、速やか、かつ円滑に救急病院等に搬送するために運用している大阪府救急・災害医療情報システムを有効に機能させるため、情報入力等に関する救急告示医療機関の協力に対し報奨金を支出します。

また、救急告示医療機関の役割の一つである「災害医療協力病院」として、同システムを有効に機能させるために必要な訓練等への協力についても支出にあたって考慮します。

2. 支払対象医療機関

以下の3点をすべて満たした医療機関が報奨金の対象となります。

- ▶ 救急告示医療機関の認定を受けていること
※精神科のみの救急告示認定を受けている医療機関は除きます。
- ▶ 応需情報入力（二次又は三次）について、1日2回以上の定時更新を行っていること
※非通年制の医療機関は、協力日において、2回以上の定時更新を行っている必要があります。
- ▶ 大阪府が実施する「大阪府救急・災害医療情報システム」の入力訓練において、入力を行っていること

3. 支出に関する注意点

- 応需情報入力の定時更新（1日2回以上）は、救急告示医療機関の認定基準（二次）となっています。二次・三次を問わず、定時更新が行われていない医療機関に対しては、一切の報奨金を支出しません。1日2回以上の更新がある場合でも、更新時間の記録によりチェックを行い、不自然な点がある場合には、支出しないことがありますのでご注意ください。
- 救急告示医療機関は、大阪府地域防災計画において「災害医療協力病院」として位置付けられています。大阪府が実施する「大阪府救急・災害医療情報システムの入力訓練」（府内全域での訓練に限る）において、自機関での「被災状況」等の入力が行われていない医療機関に対しては、一切の報奨金を支出しません。

4. 支出基準

(1) 応需情報入力更新回数

- 搬送先選定に不可欠な応需可否情報等の提供実績を評価
- 支出対象医療機関を下記のとおり区分

＜応需情報入力更新回数の支出基準＞

区分	年間平均更新回数	金額（円/年/医療機関）
ア	2.0回/日以上かつ全協力医療機関の平均更新回数未満	支出対象医療機関数で予算総額を割り戻して単価を設定
イ	全協力医療機関の平均更新回数以上	単価は、上記アの金額の2倍を設定

※非通年協力医療機関については、上記ア・イともに1/2を乗じた額を支払う。

- ▶ 1日2回以上の定時更新について
定時更新は以下の時間帯で設定しています。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 午前の更新時間帯：午前5時～午前10時 • 午後の更新時間帯：午後3時～午後8時 |
|---|

- ▶ 年間平均更新回数について

年間平均更新回数 = $A \div B$

A…応需情報画面の年間更新回数（更新ボタン押下回数）

B…救急協力日数（固定通年病院は365日、非通年病院は年間協力日数）

※タイマー設定（3時間・6時間）により、もとの状態に戻った場合の更新は、更新回数としてカウントされません。

※よく使う応需情報のパターンがある場合は入力パターンを登録することができます。

- ▶ 年度途中に新規認定・辞退した医療機関について

＜新規認定の場合＞

認定日の属する月の翌月より3月までの平均更新回数で評価することとし、支出総額は、認定日の属する月の翌月から3月までの分のみといたします。

※認定日が1日の場合は、認定日の属する月を始期とします。

＜辞退の場合＞

辞退日の属する月の前月までの平均更新回数で評価することとし、支出総額は、当該月の属する月の前月までの分のみといたします。

※辞退日（認定期間満了日）が末日の場合は、辞退日（認定期間満了日）の属する月を終期とします。

▶ 年度途中で救急協力体制を変更した医療機関について

年度途中で、固定通年制から非通年制に変更した医療機関、非通年制から固定通年制へ変更した医療機関、年度途中で救急告示を辞退した医療機関及び年度途中で新規認定した医療機関は、非通年制の医療機関に設定された金額を支出します。

▶ ER型医療機関とそれ以外の医療機関について

二次・三次の救急告示認定を併せて受けている医療機関については、「二次」・「三次」を独立して運用している医療機関（ER型以外）は、「二次」・「三次」それぞれの更新回数を個別に評価します。

ER型で運用している医療機関は、「二次」の更新回数を評価します。ER型以外の運用をしている医療機関については、「二次」・「三次」の両方が要件を満たした場合に限り、報奨金の対象とします。

(2) 救急搬送患者報告数

- 救急医療体制の充実を図るために必要な救急搬送・受入れに関する情報提供を評価

＜救急搬送患者報告数の支出基準＞

指標	単価
総救急搬送患者報告数（年間報告数）	500 円／件

※報告件数が予算総額を上回った場合は、総報告件数で、予算額を割り戻して、単価を再設定する。

※病院前情報と紐付いていないもの、本登録が完了していないものは、支出の対象としない。

▶ 救急搬送患者報告の対象について

救急車により搬送された患者の事例について入力をお願いします。入院の有無は問いません。

※救急患者報告の方法については、【別添2】「救急・災害医療に関する大阪府のシステムについて」をご確認ください。

▶ 評価条件について

救急隊が入力した病院前情報と紐付けて医療機関が救急搬送患者報告を行うことを必須とします。

※病院前情報と紐ついていない「患者情報入力」から入力された救急搬送患者報告は報奨金の対象となりませんのでご注意ください。

▶ 救急搬送患者報告の入力期限について

当月分の実績を翌月の月末までに入力してください。初診時転帰が入院の場合は、受入から 21 日経過後の確定診断についても入力してください。

※救急搬送患者報告の最終入力期限は、翌年度の 4 月 30 日となり、5 月 1 日以降の入力分については、報奨金の対象となりませんので、必ず期限内に本登録を完了してください。

5. その他

本基準については、年度途中であっても、救急・災害医療分野における政策課題を踏まえ改正する場合がありますのでご了承ください。