

報奨金支出基準

【令和7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、かつ円滑に救急告示医療機関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支払い対象となります。

- ▶ 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。
- ▶ 救急変動情報について1日2回以上の定時入力を行っていること
※非通年協力医療機関は、協力日において、2回以上の定時入力を行っている必要があります。
※救急告示医療機関（三次）についても、三次救急変動情報を1日2回以上、定時入力を行っている必要があります。
- ▶ 大阪府が実施する「広域災害救急医療情報システム（EMIS）/大阪府救急・災害医療情報システム」での被災状況等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

- 救急変動情報の定時入力は、救急告示医療機関の認定基準（二次）となっています。入力がさ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。また、1日2回以上の入力がある場合でも、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「広域災害救急医療情報システム（EMIS）/大阪府救急・災害医療情報システム」での被災状況等の入力訓練において、大阪府からの要請に伴い、自機関での「被災状況」等の入力が無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) 救急変動情報入力回数

- ・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
- ・支払対象医療機関を下記のとおり区分

＜救急変動情報入力回数の支出基準＞

要件	区分	年間平均入力回数	金額（円/年/医療機関）
1 日 2 回以上の 定時入力を行っ ていること	ア	全協力医療機関の 年間平均入力回数未満	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 年間平均入力回数以上	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。

▶ 年間平均入力回数について

年間平均入力回数	=	A	÷	B
----------	---	---	---	---

A…救急変動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時の更新は、更新した回数としてカウントされません。

▶ 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 月までの平均入力回数で評価することとし、支給総額は、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（認定期間満了日）の属する月の前月までの平均入力回数で評価することとし、支給総額は、辞退日（認定期間満了日）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）が月末日の場合は、辞退日（認定期間満了日）の属する月を終期とします。

▶ 年度途中に救急協力体制を変更した医療機関について

支出基準内の固定通年制の医療機関は、当該年度中を通じてご協力いただいた医療機関を指します。よって、年度途中に、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およ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払います。

▶ 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のうち、「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」それぞれの実績を個別に評価し、「二次」・「三次」の両方が要件を満たした場合に限り、報奨金の支出対象となります。

ER型で運用している医療機関は、当該医療機関のORION（大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム）上に反映される救急変動情報入力回数を評価いたします。

（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（年間報告件数）のうち、入院症例	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。

※病院前情報と紐づいていないもの、本登録が完了していないものは、支払いの対象外。

▶ 救急搬送患者報告の対象について

救急車、ドクターカー及びドクターヘリ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、別紙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情報を入力することを必須とします。

※病院前情報と紐づいていない救急搬送患者情報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。また、初診時転帰が入院の場合は、受入後、21 日経過後の確定診断についても入力してください。

※報奨金の最終入力期限は、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、報奨金の支払い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、年度の途中であっても、その時点の救急・災害分野における政策課題を踏まえ改正を行うことがありますので御了承ください。