

入力用シート作成マニュアル

【今年度の変更点】

- 今年度から、確保基準対象医療機関等^{※1}において受け入れた一部の救急搬送困難事案^{※2}についても補助の対象となりました。
- つきましては、申請様式に変更箇所がございますので、御確認の上申請いただきますようお願いいたします。
- なお、補助の対象となる医療機関^{※1}は、交付要項第3条第2項上段に定める基準に該当する告示医療機関のみ（別添医療機関リスト参照）になります。その他の医療機関については、例年とおりの申請内容から変更はございません。

※1 次に掲げる要件のいずれかを満たす救急告示医療機関に限る（別添の医療機関リスト参照）

- ①茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準において定める確保基準対象医療機関であること。
- ②各地区メディカルコントロール協議会が確保基準対象医療機関と同等の対応を行うと茨城県に報告した医療機関であること。

※2 次に掲げる要件を満たす場合の事案に限る

- ①救急隊が緊急度の高いと判断した傷病者の搬送先医療機関の決定に時間を要した場合
- ②自院内の対応病床が直ちに確保できない場合であっても、最終的な医療機関が決定するまでの間、当該傷病者を受け入れて実施した診療業務

～はじめに～

- 「1. 基本情報入力シート」を必ず最初に入力してください。
- 入力が必要な箇所は黄色セルで着色されますので、漏れのないよう御注意ください。
- 入力が必要な箇所はグレーのセルで着色されます。
- シートについても、入力・確認が必要なものは黄色に着色されています。それ以外のシートは編集できません。
- 各シートには集計のために計算式が埋め込まれています。行や列の追加・削除はできません。

～シートの構成について～

シート名		説明	入力・確認
1. 基本情報入力		医療機関名や救急輪番情報、交付申請書に係る口座情報等を入力します。 判定欄が「提出可能」の表示になっているか必ず確認してください。	必ず最初に入力してください。
2. 当番日入力	①二次救急輪番	該当するシートを入力します。	該当する医療機関のみ必要。 (各シートの右上に入力の要否が表示されます)
	②小児救急輪番		
	③在宅当番日制		
	④救急搬送 困難事案 受入件数 【新】		
3. 各月 明細	1月分入院	夜間入院の実績を入力します。	必要
	1月分外来	夜間外来の実績を入力します。	必要
	1月分月報	入院・外来シートから集計されます。	不要
	2月分入院	各月分入力してください。	/
	2月分外来		
	・		
	・		
	・		
	1 2月分入院		
1 2月分外来			
1 2月分月報			
別紙1-1	所要額調書（告示医療機関用）	入力不要・確認必要	
別紙1-2	所要額調書（協力医療機関用）	入力不要・確認必要	
別紙2-1	月別内訳書（告示医療機関用）	自動 作成	入力不要・確認必要
別紙2-2	月別内訳書（協力医療機関用）		入力不要・確認必要
別紙3【新】	搬送困難事案月別内訳書	入力不要・確認必要	
様式第1号	補助金交付申請書	入力不要・確認必要	

1. 「基本情報入力シート」を入力します。**※必ず最初に入力してください。**

救急告示医療機関等運営費補助金入力シート

(1) 所在地の市町村及び医療機関名をプルダウンから選択してください。

所在地市町村	①
医療機関名	②

(2) 医療機関区分をプルダウンから選択してください。

医療機関区分	③
--------	---

(3) 該当する区分で○を、該当しない区分で×を選択してください。※区分しない場合でも、空欄には必ず入力してください。

救急情報	該当有無
------	------

黄色セルは必須項目です。

- ① プルダウンメニューから所在する市町村名を選択してください。
- ② プルダウンメニューから「医療機関名」を選択してください。
- ③ 「医療機関区分」（告示医療機関・協力医療機関）を選択します。
 - 告示医療機関の場合は、下部に救急搬送件数を入力する欄が表示されますので、要件判定のために必ず入力してください。
 - 協力医療機関の場合は、件数を入力する欄は表示されません。

(2) 医療機関区分をプルダウンから選択してください。

医療機関区分	救急告示医療機関
	↓告示医療機関の場合は、補助対象期間における救急車搬送件数を入力してください。

- ④ 「救急情報」を入力します。
各欄のプルダウンメニューから選択します。
※必ず全ての欄「○」か「×」を入力してください。

救急情報	該当有無
二次救急搬送	
救急医療二次病院 （水戸地域のみ）	
救命救急センター	④
小児救急搬送	
小児救急医療連携拠点病院	
在宅常備医制（在籍） （市町村単位は必ず入力）	
指定基準外診療医療機関等	

該当するものに「○」
該当しないものは「×」

対応時間帯の入力が別途必要（※1）

告示医療機関のみ表示（※2）

※1 小児救急輪番や小児救急医療拠点病院が「○」の場合は、右側に対応時間帯を入力する欄が表示されますので、24時制で入力してください。

例) 午後6時の場合→「18:00」と入力。

※2 交付要項第3条第2項上段に定める基準に該当し、かつ、補助対象期間中に搬送困難事案の受入実績がある告示医療機関は「○」を入力の上「⑤搬送困難事案受入件数入力」シートに月ごとの受入件数を入力してください。

搬送困難事案の受入件数については各消防本部で取りまとめているデータを集計し、県医療政策課より各告示医療機関あて送付いたしますので、御確認の上、入力をお願いいたします。搬送困難事案の受入実績がない告示医療機関にも該当なしの旨通知いたします。

【データ送付時期】

- ・中間報告用データ：12月上旬（報告締切：12/15）
- ・最終報告用データ：1月上旬（報告締切：1/19）

5. 補助金交付申請書（様式第1号）に係る情報を入力します。

- 「①申請日」を入力します。
 ※提出期限（別途お送りする通知参照）以前の日付で入力してください。
 ※「(西暦年)/(月)/(日)」の形式で入力してください。
 例) 2023年1月10日の場合→「2023/1/10」と入力。
- 「②文書番号」については、記載が必要な場合のみ入力してください（任意）。
- 「③申請者住所」を入力します。
- 「④申請者氏名」(名称及び代表者氏名)を入力します。

※法人名や医療機関名等が長いなどの理由から、複数行としたい場合は、「Alt キー」と「エンターキー」を同時に押してセル内改行をしてください。

- 「⑤受領方法」をプルダウンメニューから選択します。

※口座振替払の場合は、口座情報の入力が必要です。

(入力例 1) 一般的な入力

銀行名	三菱	支店
口座種別	普通	口座
口座番号	12345678901234567890	
口座振替先	〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1	
口座振替元	〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1	

(入力例 2) 特殊例

銀行名	社会福祉協議会	支店
口座種別	普通	口座
口座番号	12345678901234567890	
口座振替先	〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1	
口座振替元	〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1	

銀行名：銀行以外は機関名まで入力し、プルダウンで空白を選択。
支店名：本店の場合は、プルダウンで本店を選択し、セルは空白。

口座番号は必ず7桁。足りない場合は頭に0つける。

☞ 担当者の情報を入力します。

入力に不備等がある場合、お問い合わせさせていただくことがあります。

2. 当番日情報の入力

「基本情報シート」の入力内容により、入力が必要なシートが変わります。



☞ 「二次救急輪番当番日入力」～「救急搬送困難事案受入件数入力」の各シートを開くと、入力の要否が右上に表示されます。

- **このシートへの入力が必要です。**：入力が必要なシートです。
- **このシートへの入力は不要です。**：入力は不要なシートです。

☞ 入力が必要なシートがある場合は、月ごとに日付形式で入力します。（「救急搬送困難事案受入件数入力」シートについては月ごとの件数のみ入力）

このシートへの入力が必要です

入力が必要か確認

O/Oと入力すると、自動的に変換されます。

3. 各月明細の入力

各月の準夜・深夜の受入実績を入力します。

入力するのは、「〇月分入院」「〇月分外来」のシートです。

「〇月分月報」のシートは自動集計されるシートのため、編集しないでください。



入院シートの各項目を入力します。

住所・氏名・生年月・病名欄は入力時の補助のための欄です（入力任意）。入力した場合は、提出時はセルを選択→「Delete」キーでデータを削除してください。

科目をプルダウンから選択

該当箇所「1」を入力

24時制で「〇:〇」と入力

日付形式で入力

外来シートの各項目を入力します。

住所・氏名・生年月欄は入力時の補助のための欄です（入力任意）。入力した場合は、提出時はセルを選択→「Delete」キーでデータを削除してください。

該当科目に「1」を入力

該当箇所「1」を入力

24時制で「〇:〇」と入力

日付形式で入力

<補足①>

入力漏れがある場合は、該当箇所が黄色セルで表示されるほか、判定用欄に「未入力あり」と表示されます。

	結果不可		
時間	深夜	除外	判定用
			未入力あり

<補足②>

時刻の形式に誤りがある場合は、正しく判定できないため時刻欄が赤く着色されますので、修正してください。

例) 「:」(コロン) を「;」(セミコロン) で入力した、
「.」(ピリオド) を誤って入力したなど。

救急車	交通事故	時間
		20:16

<よくある質問>

- (1) 産婦人科の分娩等で重症度を選択できない場合でも、「程度」欄の入力が必要ですか。
→重症度が選択できない場合は、重症でないことが確実である限り、程度欄は「軽症」で入力してください。

1月～12月までの全ての「入院」「外来」シートに入力します。

4. 提出前確認

☞ 「①基本情報入力シート」を開き、右下に「提出可能」と表示されているか確認します。

提出可能
→提出可能です。

未入力あり
→未入力箇所があります。再度確認してください。

※未入力ありの場合は、どこに未入力があるかを確認します。

①基本情報シートの各項目が入力されていることを確認します。

②～④の各輪番当番日入力シートで、入力漏れがないか確認します。
※該当しない当番のシートが NG になっている場合は、①基本情報シートの入力に誤っている可能性があります。

各月の「外来」「入院」シートで、未入力ありの箇所がないか確認してください。
《手順》
①各シートを開く
②判定列で未入力ありと表示のある行を探す
③入力必須の項目を入力する。
(セルを上書きしていなければ、黄色に着色されます。)

※項目が入力されている場合は、余分な行に入力が残っていないか確認してください。

この例では、「2月外来」シートに未入力項目があります。

この例では「12月入院シート」に時刻の誤りがあります。

未入力ありの行を探します

該当シートを開くと、科目が未入力だとわかります。

該当シートを開くと、時刻誤りのセルが赤く着色されています。

別紙 1～3 の内容を確認します。

No.	該当医療機関	確認シート
1	救急告示医療機関（うち補助金交付要項第 3 条第 1 項に定める要件を満たす医療機関※） （※） ・ 病院群輪番制参加医療機関又は水戸地域の救急医療二次病院であること 又は ・ 補助対象期間における救急車搬送件数が 300 件以上であること	別紙 1-1、別紙 2-1
2	上記のうち、補助金交付要項第 3 条第 2 項を満たす医療機関※ （※） ・ 茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準において定める確保基準対象医療機関であること 又は、 ・ 各地区メディカルコントロール協議会が確保基準対象医療機関と同等の対応を行うと茨城県に報告した医療機関であること。	別紙 1-1、別紙 2-1、別紙 3 ※別紙 3 は受入実績がある場合のみ
3	上記 1、2 以外の医療機関	別紙 1-2、別紙 2-2

別紙 1-1、別紙 2-1 の確認方法

「別紙 1-1」シートに補助金所要額が、「別紙 2-1」シートに月別内訳が反映されていますので、念のため御確認ください。

医療機関名	平成28年度(円)	平成29年度(円)	平成30年度(円)	平成31年度(円)	計(円)
〇〇病院	1,234,567	2,345,678	3,456,789	4,567,890	11,605,124

医療機関名	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
〇〇病院	100,000	120,000	150,000	180,000	200,000	220,000	250,000	280,000	300,000	320,000	350,000	380,000	3,000,000

別紙 3 の確認方法

「⑤救急搬送困難事案受入件数入力」のシートに入力いただいた場合には、別紙 3 の内容も併せて御確認ください。

医療機関名	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
〇〇病院	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	500

別紙 1-2,2-2 の確認方法

「別紙 1-2」シートに補助金所要額が、「別紙 2-2」シートに月別内訳が反映されていますので、念のため御確認ください。

申請年度	申請種別	補助金所要額	補助金交付額	補助金未交付額
2023年度	救急告示医療機関等運営費補助金	1,000,000	1,000,000	0

申請年度	申請種別	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
2023年度	救急告示医療機関等運営費補助金	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333	83,333

- ④ 「様式第 1 号」のシートで救急告示医療機関等運営費補助金交付申請書（様式第 1 号）の内容が正しく出力されているか御確認ください。

救急告示医療機関等運営費補助金交付申請書

申請年度: 2023年度
申請種別: 救急告示医療機関等運営費補助金

申請内容: 救急告示医療機関等運営費補助金の交付を申請します。

1 ページ

- ④ 確認後問題がなければ、別途お送りする通知に記載の提出先へ御提出ください。