

医政第625号
令和5年10月30日

救急告示医療機関の長 殿
救急医療協力医療機関の長 殿

茨城県保健医療部医療局医療政策課長

令和5年度救急告示医療機関等運営費補助金交付要項の制定について（通知）

日頃より、救急医療対策の推進につきましては、格別の御高配を賜り、厚くお礼申しあげます。

さて、このたび、別紙のとおり「令和5年度救急告示医療機関等運営費補助金交付要項」を制定しましたので通知します。

つきましては、当該補助金の交付を申請する場合は、交付申請書（様式第1号）及び添付書類を下記のとおり御提出くださいますようお願いいたします。

記

1 提出先

〒310-8555

茨城県水戸市笠原町978番6

茨城県保健医療部医療局医療政策課 医療整備担当 塚原

TEL 029-301-3186 FAX 029-301-3199

E-mail: r.tsukahara@pref.ibaraki.lg.jp

2 提出期限と提出いただくもの

2回に分けて御提出くださいますようお願いいたします。

※いずれも原則電子メールにて電子データで御提出ください。

(1) 第1回目（中間報告）

○対象 令和5年1月～11月分

○提出物 入力用シート（夜間救急患者個人別調書、別紙1～3）

※Excelデータで提出

○提出期限 令和5年12月15日（金）必着

(2) 第2回目（最終報告）

- 対象 令和5年1月～12月分
- 提出物 入力用シート（様式第1号、夜間救急患者個人別調書、別紙1～3）※Excelデータで提出
- 提出期限 令和6年1月19日（金）必着

4 留意事項

(1) 集計作業の効率化のため、原則、電子データでの御提出をお願いいたします。

当課でメールアドレスを把握している医療機関へは様式を電子データで送付しておりますので、そのデータにより御回答をお願いいたします。

当課でメールアドレスを把握できていない医療機関におかれましては、本通知を郵送で送付させていただいておりますので、受け取りましたら、上記メールアドレスへ、①医療機関名②担当者職氏名③電話番号を記載したメールをお送りください。そのメールへ返信する形で、様式をお送りいたします。やむを得ず電子データでの提出ができない場合は、紙様式でも受付いたしますので、告示医療機関は別紙1-1及び2-1、協力医療機関は別紙1-2及び2-2を、それぞれ様式第1号及び夜間救急患者個人別調書、別紙3（対象医療機関のみ）とともに御提出ください。

(2) 補助金の額を早期に把握するため、提出を2回に分けてお願いしております。第1回の期限までに申請が無い場合、第2回目の申請をお受けいたしかねます。補助金を申請される場合は、必ず第1回目の期限までに中間報告をお願いいたします。

(3) 救急告示医療機関におかれましては、補助対象期間において、交付要項第3条第1項に定める要件を満たしている場合と、満たしていない場合で、補助金の交付額の算出方法が異なりますので、御注意ください。

(4) 今年度より、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になりましたので、申請書の作成に当たっては、別添入力マニュアルをよく御確認くださいませよう願いたします。

※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

※連絡先

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978 番 6

茨城県保健医療部医療局医療政策課

医療整備担当 塚原

TEL 029-301-3186 FAX 029-301-3199

E-mail r.tsukahara@pref.ibaraki.lg.jp