

## 取 扱 基 準

|                          |                                                                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名 称                      | 疾患別病院群輪番制病院運営事業補助金                                                                                                    |
| 補助区分                     | 運営費補助□ 事業費補助■                                                                                                         |
| 補助金の概要                   | 緊急対応が必要な救急患者の受入先を確保し、疾患別の症例に遅滞なく処置を実施するため、二次救急病院で対応可能な一般救急における緊急性の高い疾患について、輪番体制を構築することで医療提供体制の安定を図ることを目的とする。          |
| 目 標                      | 数値化□ 非数値化■                                                                                                            |
|                          | 24 時間 365 日の診療体制を確保する。                                                                                                |
|                          | <目標が数値でない場合の評価方法>                                                                                                     |
| 補助事業者                    | ※補助金等交付申請書の提出があった事業者の情報について公表します。<br>事業者が多数の場合、ホームページでの公表ができないことがあります。<br>その際は直接担当課にお問い合わせください。                       |
| 補助対象経費の<br>内 容           | ・ 病院群輪番制病院の運営に必要な給与費<br>（常勤職員給与費，非常勤職員給与費，法定福利費）<br>・ 報償費<br>（医師雇上謝金）                                                 |
| 補助額<br>及びその算定方法<br>又は補助率 | 補助対象経費と基準額を比較して少ない方の額<br>※基準額は市補助単価に当番日数をかけて算定<br>※実行補助率は実際の申請により決定するため未定<br><補助額が5万円未満，又は補助率(実行補助率を含む)が1/2を超える場合の理由> |
| 開始時期                     | 令和6年3月31日                                                                                                             |
| 評価の時期                    | 令和8年9月30日                                                                                                             |
| 終 期                      | 令和9年3月31日                                                                                                             |
|                          | （終期が3年を超える場合の理由）                                                                                                      |
| 補助事業者による<br>情報の公表        | 〔内容〕<br>新潟市からの補助金で当該事業が運営されている旨を記載                                                                                    |
|                          | 〔媒体〕<br>ホームページ及び病院概要等の各種印刷物                                                                                           |
| 担当部署                     | 保健衛生部 地域医療推進課<br>電 話 025-212-8018<br>E-mail chiiki.iryu@city.niigata.lg.jp                                            |