

医第180号  
平成24年8月13日

各保健福祉事務所長 殿

医療課長

地域診療情報連携推進費補助金交付申請の追加募集について（通知）

このことについて、平成24年6月14日付け医第109号により交付申請書の提出を依頼し、平成24年6月25日を期限として交付申請を受け付けていたところですが、このたび、厚生労働省から追加募集の連絡がありましたので、参考までに写しを送付します。

なお、公益社団法人神奈川県医師会会長、社団法人神奈川県歯科医師会会長、公益社団法人神奈川県病院協会会長、社団法人神奈川県精神科病院協会会長、公益社団法人神奈川県看護協会会長及び各市町村医療主管課長には、別途通知しております。

（参考：厚労省ホームページ 地域診療情報連携推進費補助金（医療情報連携・保全基盤推進事業））  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/johoka/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/johoka/index.html)

（ 問い合わせ先  
調整グループ 梶  
電話(045)210-1111 内線4867 ）



## 参考：地域診療情報連携推進費補助金・事務の流れについて

(※厚生労働省の通知文をもとに県で作成)

### 【申請の流れ】

標記補助金については、他の補助金の「事業計画の提出→内示→交付申請→交付決定」という流れとは異なり、「交付申請→交付決定」となっています。

### 【申請に必要な書類】

交付申請にあたっては、交付要綱に定める「第2号様式」に加え、「別紙1 経費所要額調書」、「別紙2 地域診療情報連携推進事業計画書」、「別紙 医療情報連携・保全基盤推進事業計画書」、「別紙資料」、また、参考資料として見積書やカタログ等の添付をお願いいたします。

### 【基準額に関する様式の記載方法について】

基準額については、申請状況を勘案して設定することとしているため、交付申請された内容を厚生労働省において審査し、事業者及び事業規模等を絞り込みの上交付決定をすることになります。

**※ 必ず採択されるわけではありませんので、あらかじめご了承ください。**

交付申請書の提出段階では基準額が未定のため、別紙1の記載方法として、基準額 (E) = 選定額 (F) = 国庫補助基本額 (G) = 対象経費の支出予定額 (D) としてください。

また、国庫補助所要額 (H) についても  $(G) (= (D)) \times 1/2$  となります。

この国庫補助所要額 (H) の額が第2号様式の「1 国庫補助金申請額」となります。

第2号様式及び別紙1に関しては、基準額の設定後、採択事業者におかれては修正の上、再度提出していただくことになります。

### 【スケジュールについて】 (予定)

9月7日(金)：県で申請書を取りまとめのうえ、厚生労働省へ交付申請書を提出。

10月初旬：対象事業者及び基準額(交付額)を厚生労働省から県へ連絡。

※ 本補助事業については下記リンク先、厚生労働省ホームページへも掲載しています。

地域診療情報連携推進費補助金(医療情報連携・保全基盤推進事業)

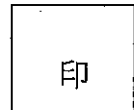
([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/johoka/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/johoka/index.html))

第2号様式

番 号  
平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

補助事業者名



平成24年度地域診療情報連携推進費補助金の交付申請について

標記について、次により国庫補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

- 1 国庫補助金申請額 金 円
- 2 経費所要額調書（別紙1）
- 3 事業計画書（別紙2）
- 4 添付書類
  - (1) 平成24年度歳入歳出予算書（又は見込書）抄本  
(当該補助事業の支出予定額を備考欄に記入すること。)
  - (2) その他参考となる資料



(2) 支出予定額内訳

(補助事業者名 )

区 分	支出予定額	積 算 内 訳
	円	

地域診療情報連携推進事業計画書

1 施設の名称、所在地、担当者名、電話番号

2 事業目的

3 整備の内容(型)

品名	数量	単価	金額	設置場所
補助対象分		円	円	
小計	-	-		-
補助対象外		円	円	
小計	-	-		-
合計	-	-		-

## 医療情報連携・保全基盤推進事業計画書

事業区分	平成24年度医療情報連携・保全基盤推進事業
------	-----------------------

施設名	
所在地	

## 1. 医療施設の概要

許可病床数（平成24年 月 日現在）							
一般	療養病床	精神	感染症	結核	計	（うちICU）	（うちCCU）
床	床	床	床	床	床	床	床
標榜診療科名							
内科・心療内科・精神科・神経科・呼吸器科・消化器科・循環器科・アレルギー科・リウマチ科・小児科・外科・整形外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科・皮膚泌尿器科・性病科・こう門科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・気管食道科・リハビリテーション科・放射線科・歯科・その他（ ）							
一日平均外来患者数		名（平成23年4月1日～平成24年2月29日）					
一日平均入院患者数		名（平成23年4月1日～平成24年2月29日）					
年間紹介患者数		名（平成23年4月1日～平成24年2月29日）					

## 2. 今回の実施事業概要（具体的にご記入下さい）

・実施事業費総額（補助対象外経費を除く） \_\_\_\_\_ 円（税込）

※文章にて概要を記載すること。別紙不可。

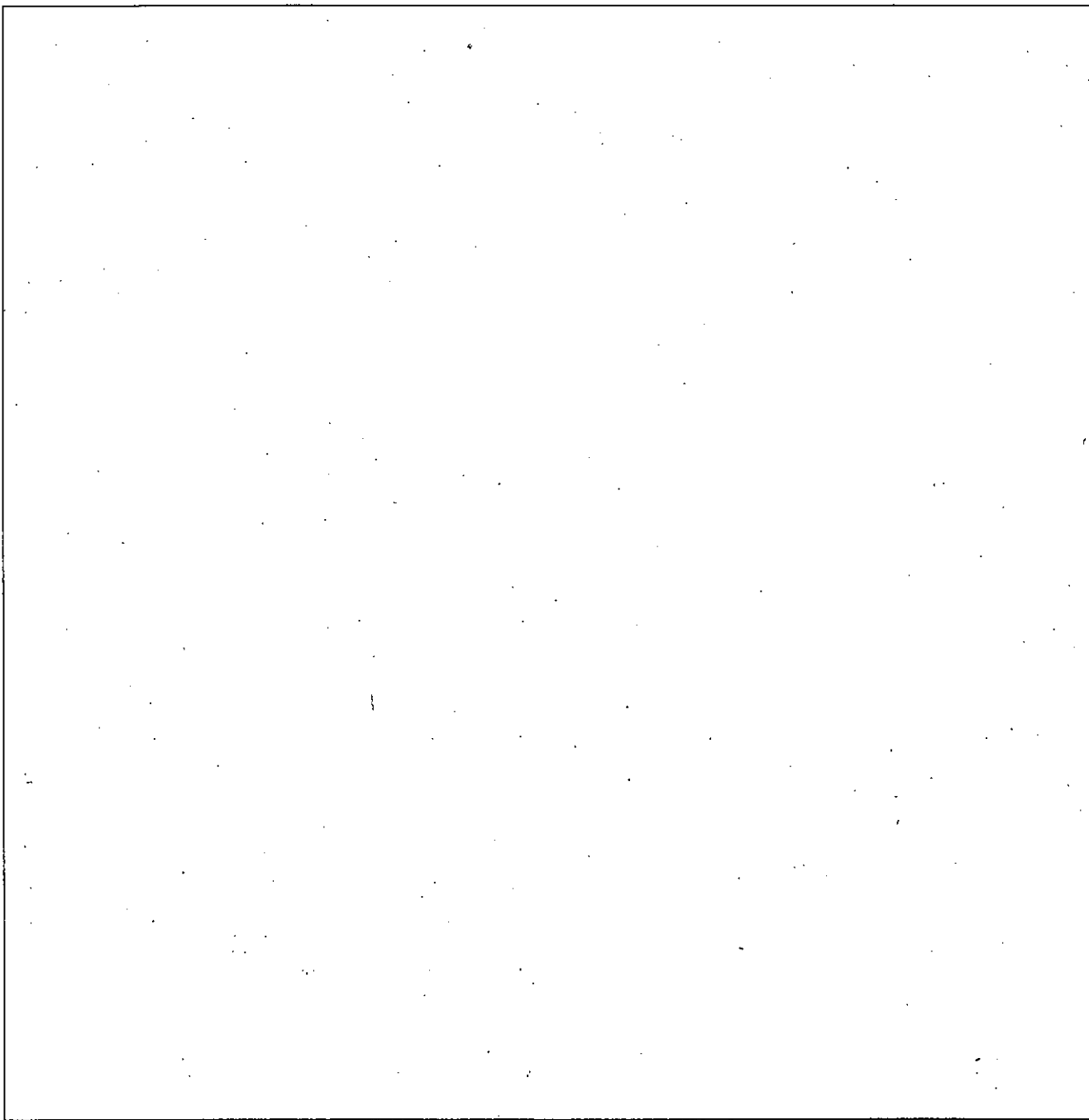
※当該事業の詳細な見積書及び別紙資料もあわせて提出願います。

1. 地域における貴施設の役割を具体的にご記入ください。

2. 連携機関（病院、診療所、薬局等）との具体的な連携内容をご記入ください。



3. 本事業にて、構築を予定しているネットワークのすがたをA4用紙5枚以内（概念、物理：別紙にて添付も可）で図示してください。施設間での患者IDの対応付けの方法についても言及してください。



4. 当該事業における連携機関数を病院、診療所ごとにご記入下さい。

連携機関数	施設
(うち 病院	施設、診療所 施設)

5. 本事業にて、どのようなセキュリティを構築するのか、具体的にご記入ください。ネットワーク上のセキュリティに限らず、患者からの同意取得や、アクセス権限についての方針も記述してください。

6. この事業では、災害などでの医療機関内の診療システム停止時には、連携用のストレージのデータをバックアップとして参照することを想定していますが、このような場合の運用方針（だれが判断するか、アクセス権限はどうするかなど）の概略を記入してください。また、その方針を各連携機関に周知する方法についても触れてください。

7. 以下の項目について、「○」または「×」でご記入ください。

① 医療機関間で患者の診療情報を共有するにあたっては、各医療機関の情報システムから電子的診療情報をサーバーへ送信し、サーバー側で別途保存・管理する方式が取られているか。

② サーバーでの診療情報の保存・管理には、実施要綱に記載された「標準化ストレージ」の仕組みを用いているか。

③ 情報交換する際の規格として、実施要綱に記載の標準規格および用語／コード標準マスターのうち該当するものを使用しているか。

④ 医療機関間の患者IDの対応付けについて、実施要綱に記載された内容を検討しているか。

⑤ 患者診療情報提供書及び電子診療情報データ提供書（患者への情報提供）が電子的に発行されるか。

⑥ 診療情報提供書（電子紹介状）が電子的に授受されるか。

⑦ 上記⑤、⑥に際し、HPKIによる電子署名を用いるか。

⑧ 患者が自分の医療情報を閲覧できる仕組みがあるか。

⑨ 病院・診療所以外も地域連携に参加するか。

⑩ 調剤薬局での調剤情報をシステムに反映できるか。

8. 本事業で導入するデータ蓄積サーバーはどこに設置されますか。

(例：〇〇病院内サーバー室)