

福岡県医第686号(地)

平成19年7月20日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 横倉 義 武

(公 印 省 略)

福岡県病院内保育所運営事業補助金要望調査について

標記の件につきまして、福岡県保健福祉部医療指導課長より県内の全病院宛に標記調査について通知を発出した旨、別紙のとおり通知がありましたので、ご参考までにお送りいたします。

本件につきましては、平成20年度以降における所要額を算定するための調査であり、補助を約束するものではありませんが、提出がない場合は、来年度以降の補助が困難となることもあるとのことです。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽





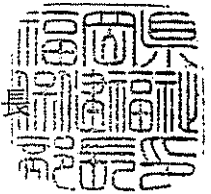
平成19年7月10日

社団法人 福岡県医師会長
社団法人 福岡県病院協会会長
社団法人 福岡県私設病院協会会長
社団法人 福岡県精神科病院協会会長
全国自治体病院協会福岡県支部長
社団法人 福岡県歯科医師会長

殿

福岡県保健福祉部長

(医療指導課)



福岡県病院内保育所運営事業補助金要望調査について（依頼）

このことについて、別添（写）のとおり調査いたしておりますので、参考までにお知らせします。



「公印省略」



19医指第1239号

平成19年7月10日

関係施設の設置者 殿

福岡県保健福祉部医療指導課長
（看護指導係）

福岡県保健福祉部医療指導課長

（看護指導係）

福岡県病院内保育所運営事業（有子看護師確保事業運営事業）補助金
要望調査について（照会）

このことについて、来年度以降のにおける所要額算定のため調査を実施させていただくこととなりました。

つきましては、標記補助金の要望を予定される施設の設置者は、別紙作成要領に基づき、別添回答様式により7月31日（火）（必着）までに下記あてに提出をお願いします。

なお、今回の調査は来年度以降の所要額を算定するためのものであり、補助をお約束するものではありませんが、提出がない場合には、来年度以降の補助が困難となることもありますので、補助を要望される際は必ず期日までに提出いただきますようお願いいたします。

記

送付先 〒812-8577 福岡市博多区東公園 7-7
福岡県保健福祉部医療指導課看護指導係
FAX 092-643-3277
*別添回答様式をFAXしてください。

連絡先 代表 092-651-1111 (内線3148)
直通 092-643-3276
担当 神代（こうじろ）・伊達

【 病 院 内 保 育 所 運 営 事 業 補 助 金 概 要 】

〔 事 業 目 的 〕

看護職員のために保育施設を運営する事業について助成し、看護職員の離職防止及び未就業看護職員の再就業の促進を目的とする。

〔補助対象施設〕

病院及び診療所における医療従事者の確保を図るために医療従事者の児童を保育することを目的に設置され、看護職員の児童を含む職員の保育児童が基準以上であり、保育料（給食費は含むが、おやつ代は除外）として児童1人当たり平均月額10,000円以上を徴収予定又は徴収する施設を補助対象とする。
ただし、当該年度において新設する保育施設については、補助対象外である。

〔補助基準(案)〕

種 別	保育児童数	保 育 時 間	保育士等数
A 型 特 例	2人以上4人未満	8時間以上	2人以上
A 型	4人以上	8時間以上	2人以上
B 型	10人以上	10時間以上	4人以上
B 型 特 例	30人以上	10時間以上	6人以上

〔補助基準額(案)〕

基準額： 各保育施設につき次により算定した基本額から別に定める保育収入相当額を控除の上、別に定める保育施設の運営に係る設置者の負担能力指数による調整率(1.0、0.8、0.6)を乗じて得た額と加算額の合計額

$$\text{基準額} = (\text{基本額} - \text{保育料収入相当額}) \times \text{調整率} + \text{加算額}$$

1. 基本額

(A型特例) 1 人 × 144,250 円 × 運営月数
 (A型) 2 人 × 144,250 円 × 運営月数
 (B型) 4 人 × 144,250 円 × 運営月数
 (B型特例) 6 人 × 144,250 円 × 運営月数

2. 加算額

(24時間保育を行っている施設) 16,010 円 × 運営日数
 (病児等保育を行っている施設) 189,260 円 × 運営月数

対象経費： 病院内保育所運営事業を行うために必要な保育士等の職員の人件費（給料、諸手当等）及び委託料（内訳は人件費とする。）

〔 留 意 事 項 〕

- ・補助内容や補助条件については、変更となる可能性があること。
- ・保育施設の運営に対する補助は、他の補助制度との重複補助は認められないこと。
- ・補助の対象児童については、病院及び診療所の職員の児童のみが対象であること。

【 病院内保育所運営事業補助金要望調書 作成要領 】

※保育施設を平成19年度以降に設置予定のところにつきましては、予定及び見込みで記入してください。

1. 設置年月日

保育施設を設置した年月日を記入してください。設置予定の場合は、予定年月日を記入してください。

2. 保育時間

保育所規程などで規定されている保育時間を記入してください。

3. 保育士等職員数

保育施設で保育業務に従事する職員数(保育士、保育助手、看護職員)を記入してください。

4. 保育料月額

平成19年6月の児童一人あたりの保育料月額を記入してください。

※ 保育料の月額が年齢等により差がある場合、保育料月額の総額を保育児童の総数で除した額とする

※ 保育料が日額又は時間単位で決まっている場合は、25日を1ヶ月とし、時価単位は8時間で1日とし換算して得られる月額とする。

5. 設置病院前年度剰余金

平成18年度の決算における当期剰余金を記入してください。

6. 保育施設運営経費

平成18年度の保育施設運営に係る経費を記入してください。

7. 保育料収入総額

平成18年度の保育料収入総額を記入してください。

8. 保護者別保育施設利用児童数

平成19年6月1日現在において、保育施設を利用している児童数(実人数)を児童の保護者別(看護職員、医師、その他職員)に記入してください。

9. 平均保育児童数

平成18年度の平均預かり児童数を記入してください。(延べ預かり児童数／保育施設開所日数)

10. 24時間保育実施日数

平成18年度の24時間保育実施日数を記入してください。

11. 病児保育実施

平成18年度の病児保育実施の有無を記入してください。

回答
様式

送信票は不要です。このままFAXしてください。

FAX 092-643-3277

福岡県保健福祉部医療指導課看護指導係 伊達・神代(こうじろ) 行

【 病院内保育所運営事業補助金要望調書 】 平成19年 月 日

病 院 名				
所 在 地				
担 当 者	職名		氏名	
連 絡 先	所 属		TEL	

* 今後5年間(平成20年度～平成24年度)のうち、補助金を要望する年度に○を記入してください。
なお、この調査は、補助を約束するものではありません。

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度

1. 設置年月日

昭和	年	月	日
平成			

2. 保育時間

午前	午後	(時間)
	~	

3. 保育士等職員数 (平成19年6月1日現在)

保育士	名	保育 助手	名	看護 職員	名	計	名

4. 保育料月額 (平成19年6月)

円

5. 設置病院前年度剰余金 (平成18年度)

千円

6. 保育施設運営経費 (平成18年度)

千円

7. 保育料収入総額 (平成18年度)

千円

8. 保護者別保育施設利用児童数 (平成19年6月1日現在)

医師	名	看護 職員	名	その他 職員	名	計	名

9. 平均保育児童数 (平成18年度)

名

10. 24時間保育実施日数 (平成18年度)

日

11. 病児保育実施 (平成18年度)

有	無
---	---

【今後、保育施設を設置予定である施設用】

回答
様式

送信票は不要です。このままFAXしてください。

FAX 092-643-3277

福岡県保健福祉部医療指導課看護指導係 伊達・神代(こうじろ) 行

【 病院内保育所運営事業補助金要望調査 】 平成19年 月 日

病 院 名				
所 在 地				
担 当 者	職名		氏名	
連 絡 先	所属		TEL	

* 今後5年間(平成20年度～平成24年度)のうち、補助金を要望する年度に○を記入してください。
なお、この調査は、補助を約束するものではありません。

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度

1. 設置予定年月日

昭和	年	月	日
平成			

2. 保育予定時間

午前	午後	(時間)
	～	

3. 保育士等予定職員数 (保育施設設置時点)

保育士	名	保育 助手	名	看護 職員	名	計	名

4. 予定保育料月額

円

5. 設置病院前年度剰余金 (平成18年度)

千円

6. 保育施設運営費見込み経費

千円

7. 保育料収入見込み総額

千円

8. 保育施設利用見込み児童数

医師	名	看護 職員	名	その他 職員	名	計	名

9. 平均保育児童見込み数

名

10. 24時間保育実施予定日数

日

11. 病児保育実施予定

有	無
---	---