

福岡医発第596号(地)
平成25年 5月24日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金の活用について

標記の件につきましては、平成23年度より福岡県において、別紙のとおり「福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金交付要綱」が定められ、在宅療養支援診療所の医師及び在宅医療に取り組む意欲のある医師への研修事業等に対して補助金（総事業費の2分の1）が設けられております。

今般、福岡県保健医療介護部より、各医師会において本補助金を活用し、在宅医療等に取り組む医師の支援や増加に資する研修会の実施について検討していただくよう、別紙のとおり依頼が参りました。

つきましては、貴会におかれましても本補助金の趣旨をご理解いただき、在宅医療の推進に向け、本補助金を是非ご活用いただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本補助金の活用に関する「意向調査票」を6月28日（金）迄に福岡県保健医療介護部医療指導課在宅医療係宛（FAX：092-643-3277）並びに本会地域医療課宛（FAX：092-411-6858）回報いただきますよう併せてお願い申し上げます。

※該当のない場合でもその旨をご回答下さい。

25医指第733号

平成25年5月20日

公益社団法人福岡県医師会
会長 松田 峻一良 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課)



福岡県 24 時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金について（依頼）

本県の保健医療介護行政につきましては、平素からご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、福岡県では、県民が望む場所で療養することができる環境を整備すべく在宅医療の推進に取り組んでおり、平成 23 年度からは在宅医療に携わる医師の研修に力をいれているところです。

つきましては、標記事業費補助金の活用について、郡市医師会にご案内いただきますようよろしくお願いいたします。

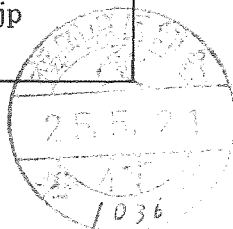
（問合せ先）

福岡県保健医療介護部医療指導課

在宅医療係 猪毛尾

電話：092-643-3275

Mail：ikeo-8191@pref.fukuoka.lg.jp



FAX回答票

(本票のみご返送下さい。)

送信先：福岡県保健医療介護部医療指導課在宅医療係 猪毛尾 行

FAX：092-643-3277

恐れ入りますが、下記へご記入のうえ、6月28日(金)迄にご返送下さい。

1. 貴会名 _____ 医師会
2. ご連絡先 部署名 _____ ご担当者様 _____
- 電話番号 _____ FAX番号 _____
- ☒ アドレス _____

3. 「福岡県 24 時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金」の申請の意向について、あてはまるものを ○ でお囲み下さい。(内容につきましては、ご回答後お電話で確認をさせていただきます。)

①申請する ・ ②申請を検討中 ・ ③申請しない

4. 上記で①または②と回答された方は、どのような研修を予定されているかご記載下さい。

内容を記載下さい。(資料や一覧表を添付いただいても構いません)

ご協力ありがとうございました。

< 参 考 >

補助金の対象となるものは次のような研修です。(平成 24 年度実績を含む)

① 在宅療養支援診療所の機能支援等

◆在宅療養支援診療所での医師の実務研修

例) ・在宅医療を行うために必要な知識・技術の研修(演習含む)

「在宅ホスピス緩和ケアの実際～時間外往診を減らす多職種連携、予測医療とアドバンスドケアプランニングについて～」

「在宅でつながる 広がる・褥瘡ケア」

・在宅療養支援診療所での短期実務研修、同行訪問

・在宅緩和ケア、在宅看取りに関する研修(麻薬使用、訪問看護ステーションや訪問薬局、病院等との連携等)等

◆在宅でのチーム医療研修

例) ・「地域包括的緩和ケアのための地域医療連携」

・医療材料や薬剤の確保に係る診療所と薬局の連携構築とマニュアル作成

・地域の関係機関と連携して在宅医療推進を図る研修、等

福岡県 24 時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金交付要綱

(通則)

第1条 福岡県 24 時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金については、予算の範囲内において交付するものとし、福岡県補助金等交付規則（昭和 33 年福岡県規則第 5 号。以下、「規則」という。）の規定によるほか、この交付要綱（以下、「要綱」という。）の定めるところによる。

(交付の目的)

第2条 この補助金は、医療従事者が在宅で医療を提供する実践能力を獲得するための研修及び地域において患者情報の登録・共有による医療機関連携強化に必要な経費を補助し、在宅医療の連携体制整備を図ることを目的とする。

(交付の事業内容)

第3条 事業者が、以下の項目（ア、イ）について行う事業を対象とする。

(ア) 在宅療養支援診療所の機能支援

- ・在宅療養支援診療所の医師を中心とした医師の実務研修、技術研修等

(イ) モデル地域における医療連携体制構築

- ・患者情報の登録システムを構築・共有し、地域在宅医療関係機関の連携体制を整備
- ・24 時間対応できる医師間・診療所間の協力体制の構築

(交付額の算定方法)

第4条 この補助金の交付額は、次により算出された額とする。

(1) ①基準額と②対象経費の実支出額を比較して少ない方の額を選定する。

1 基準額	2 対象経費
6 在宅療養支援診療所の機能支援 6, 336 千円	在宅療養支援診療所の医師及び在宅医療に取り組む意欲のある医師への研修事業の実施に必要な経費（担当者賃金（人件費、交通費）、報償費、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、食糧費、図書購入費）、通信運搬費、使用料及び賃借料）
②モデル地域における医療連携体制構築 5, 076 千円	患者情報を登録・共有し、地域在宅医療関係機関の連携体制整備を図るために必要な経費（共済費、担当者賃金（人件費、交通費）、報償費、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、食糧費、図書購入費）、通信運搬費、委託費、使用料及び賃借料）

(2) (1) により、選定された額と総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額とを比較して少ない方の額に 2 分の 1 を乗じて得た額（1, 000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）を交付額とする。

(交付の除外要件)

第5条 交付の申請をしようとする事業者が次の各号のいずれかに該当する場合は、交付の決定を行わないものとする。

- (1) 暴力団
- (2) 暴力団員が役員となっている団体
- (3) 暴力団または暴力団員と密接な関係を有する団体

(交付の条件)

第6条 この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

- (1) この補助金の交付を受けて行われる事業（以下「補助事業」という。）に要する経費の配分の変更（軽微な変更を除く。）を要する場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (2) 補助事業の内容を変更する場合（軽微な変更を除く。）には、知事の承認を受けなければならない。
- (3) 補助事業を中止し、又は廃止する場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (4) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- (5) 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を県に納付させることがある。
- (6) 補助事業により取得、又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運用を図らなければならない。
- (7) 補助金と補助事業に係る証拠書類の管理については、事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業完了後5年間保管しておかななければならない。
- (8) 補助事業を行うために締結する契約については、一般競争入札に付するなど県が行う契約手続の取扱いに準拠しなければならない。
- (9) 事業者は、この補助金の交付と対象経費を重複して、他の法律又は予算制度に基づく県の負担又は補助を受けてはならない。

(交付決定の取消)

第7条 知事は事業者が規則及び要綱第5条に規定する事業者であることが判明した場合又は要綱第6条に規定する条件に違反した場合、不正の手段により補助金の交付決定を受けた場合は、交付決定を取り消すものとする。

(申請手続)

第8条 事業者が補助金の交付を受けようとするときは、様式1により知事が別途定める日までに知事に申請しなければならない。

(変更申請手続)

第9条 事業者は、補助金の交付決定後の事情の変更により、申請の内容を変更して変更交付申請を行う場合には、様式2により知事が別途定める日までに知事に提出するものとする。

(概算払の請求)

第10条 この補助金は、概算払によることができるものとし、事業者が概算払を受けようとするときは、様式3により知事に請求しなければならない。

(実績報告)

第 11 条 事業者は補助事業が完了したとき、その日から起算して 1 月を経過した日（第 6 条第 3 号により事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該承認通知を受領した日から 1 月を経過した日）又は翌年度 4 月 5 日のいずれか早い日までに、様式 4 により知事に報告しなければならない。

(消費税仕入控除税額の確定に伴う報告)

第 12 条 事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金にかかる消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、様式 5 により速やかに知事に報告しなければならない。

なお、事業者が全国的に事業を展開する組織の支部（又は一支社、一支所等）であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部（又は本社、本所等）で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行うこと。

また、知事に報告があった場合には、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の全部又は一部を県に納付させることがある。

(その他)

第 13 条 特別の事情により第 8 条、第 9 条及び第 11 条に定める手続によることができない場合には、あらかじめ、知事の承認を受けてその定めるところによるものとする。

附 則

この要綱は、平成 23 年 5 月 1 日から施行する。

様式1（第8条関係）

番 号
平成 年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

所 在 地
名 称
代表者氏名
(代表者生年月日 年 月 日)

平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費
補助金交付申請書

標記について、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金申請額 _____ 円
- 2 経費所要額調（様式1－2）
対象経費の支出予定額算出内訳（様式1－3①②）
- 3 事業計画書（様式1－4①②）
- 4 添付書類
 - （1）歳入歳出予算書（見込書）の抄本
 - （2）役員名簿（別紙1）
 - （3）その他参考となる書類

様式2（第9条関係）

番 号
平成 年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

所 在 地
名 称
代 表 者 氏 名

平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費
補助金変更交付申請書

平成 年 月 日付 医指第 号で交付決定を受けた平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金について、交付決定額の変更を受けた
いので下記のとおり申請します。

記

- 1 申 請 額 _____円
- 2 既交付決定額 _____円（差引申請額 _____円）
- 3 経費所要額調（様式1－2）
対象経費の支出予定額算出内訳（様式1－3①②）
- 4 事業計画書（様式1－4①②）
- 5 （1）歳入歳出予算書（見込書）抄本
（2）役員名簿（別紙1）
（3）その他参考となる書類

経費所要額調

	総事業費	総事業費から寄付金 その他の収入額を控除 した額	総事業費のうち対象 経費の支出予定額	基準額	選定額	補助率	交付額
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
	円	円	円	円	円		円
① 在宅療養支援診療所の 機能支援						2分の1	
② モデル地域における医療 連携体制構築						2分の1	
合 計							

- 注 1 (C) 欄は、様式1-3①、②の予定支出額欄の合計の金額と一致すること。
 2 (E) 欄は、(B) 欄と(C) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。
 3 (G) 欄は、(E) 欄の額に補助率を乗じた額を記入すること(1,000円未満切捨て)。
 4 該当する事業のみ記載のこと。

対 象 経 費 の 支 出 予 定 額 算 出 内 訳

事業者名： _____

① 在宅療養支援診療所の機能支援

区 分	支 出 予 定 額 円	積 算 内 訳
賃 金		
報 償 費		
旅 費		
需 用 費		
消 耗 品 費		
印 刷 製 本 費		
食 糧 費		
図 書 購 入 費		
通 信 運 搬 費		
使用料及び賃借料		
合 計		

事業計画書

事業者： _____

① 在宅療養支援診療所の機能支援

	実施時期	内 容	研修受入診療所	研修受講予定人数
在宅療養支援診療所での 医師の実務研修				

	実施時期	内 容	講師予定者	研修受講予定人数
在宅でのチーム医療研修				

	実施時期	相談体制	相談員予定者（専門分野）
在宅緩和ケア等に関する 技術相談			

注）実施予定の項目のみ記載。

様式2（第9条関係）

番 号
平成 年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
名 称
代表者氏名

平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費
補助金変更交付申請書

平成 年 月 日付 医指第 号で交付決定を受けた平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金について、交付決定額の変更を受けた
いので下記のとおり申請します。

記

- 1 申 請 額 _____円
- 2 既交付決定額 _____円（差引申請額 _____円）
- 3 経費所要額調（様式1-2）
対象経費の支出予定額算出内訳（様式1-3①②）
- 4 事業計画書（様式1-4①②）
- 5 （1）歳入歳出予算書（見込書）抄本
（2）役員名簿（別紙1）
（3）その他参考となる書類

様式3（第10条関係）

番 号
平成 年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

所 在 地
名 称
代表者氏名

平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費
補助金概算払請求書

平成 年 月 日付医指第 号で（変更）交付決定を受けた平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金について、下記のとおり概算交付されるよう請求します。

記

（変更交付決定額）

- | | |
|-------------|---------|
| 1 交 付 決 定 額 | _____ 円 |
| 2 概 算 請 求 額 | _____ 円 |

様式3（第10条関係）

番 号
平成 年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

所 在 地
名 称
代表者氏名

平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費
補助金支払い請求書

平成 年 月 日付医指第 号で（変更）交付決定を受けた平成 年度福
岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金について、下記のとおり請求します。

記

1 交 付 決 定 額 _____ 円

2 請 求 額 _____ 円

様式4（第11条関係）

番 号
平成 年 月 日

福岡県知事 殿

所 在 地
名 称
代表者氏名

平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費
補助金実績報告書

平成 年 月 日付医指第 号で（変更）交付決定を受けた平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金に係る実績報告について、下記の関係書類を添えて報告します。

記

- 1 経費所要額精算書（様式4-2）
- 2 事業実績報告書（様式4-3①②）
対象経費の精算額内訳（様式4-4①②）
- 3 添付書類
 - （1）歳入歳出決算書（見込書）抄本
 - （2）その他参考となる書類

経費所要額精算書

	総事業費	総事業費から寄付金 その他の収入額を控 除した額	総事業費のうち対 象経費の実支出額	基準額	選定額	補助率	交付決定額	補助金 受入済額	差引過 不足額 (F-G)	備考
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)		(F)	(G)	(H)	
	円	円	円	円	円		円	円	円	
① 在宅療養支援診療所の機能 支援						2分の1			0	
② モデル地域における医療連 携体制構築						2分の1				
合 計	0	0	0		0		0	0	0	

- 注 1 (C) 欄は、様式4-4①、②の精算額の合計金額と一致すること。
 2 (E) 欄は、(B) 欄と (C) 欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。
 3 (F) 欄は1,000円未満切り捨てとすること。

様式4-3①

事業実績報告書

事業者： _____

① 在宅療養支援診療所の機能支援

	実施時期	内 容	研修受入診療所	研 修 受 講 人 数 ※「研修受講者名簿」を添付のこと
在宅療養支援診療所での 医師の実務研修				

	実施時期	内 容	講 師	研 修 受 講 人 数 ※「研修受講者名簿」を添付のこと
在宅でのチーム医療研修				

	実施時期	相 談 体 制	相談員氏名（専門分野）
在宅緩和ケア等に関する 技術相談			

注1) 実施項目のみ記載すること。
注2) 「研修受講者名簿」には、受講者の氏名、所属、専門分野等が記載されていること。

様式 4 - 4 ①

対 象 経 費 の 精 算 額 内 訳

事業者名：_____

① 在宅療養支援診療所の機能支援

区 分	精 算 額	支 出 内 訳
	円	
賃 金		
報 償 費		
旅 費		
需 用 費		
消 耗 品 費		
印 刷 製 本 費		
食 糧 費		
図 書 購 入 費		
通 信 運 搬 費		
使用料及び賃借料		
合 計		

様式 4-5

①在宅療養支援診療所の機能支援 研修受講者名簿

番号	氏 名	所 属	専 門 分 野	備 考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
0 名				

様式5(第12条関係)

番 号
平成 年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

所 在 地
名 称
代 表 者 氏 名

平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費
補助金に係る消費税仕入控除税額報告書

平成 年 月 日付医指第 号で(変更)交付決定を受けた平成 年度福岡県24時間安心の在宅医療連携整備事業費補助金に係る消費税仕入控除税額報告について、下記の関係書類を添えて報告します。

記

1 消費税の申告により確定した消費税仕入控除税額(要県補助金返還相当額)

円

2 参考となる書類

役 員 名 簿

事業者名 () 該当する性別・年号を丸で選んでください

役職名	(フリガナ) 氏名	性別	住所 (都道府県名)	生年月日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日
		男・女		大・昭・平 年 月 日

※役員全員を記載すること。