

在宅医療推進基盤整備事業実施要領

(趣旨)

第1 本要領は、在宅医療の推進を図るため京都府地域医療介護総合確保事業費補助金交付要綱（以下「要綱」という。）に基づき、医療機関が実施する在宅医療を提供するために必要な医療機器の整備に係る経費に対する補助金を交付することについて必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2 補助対象者は次のとおりとする。

- (1) 新たに在宅医療（往診・訪問診療）に取り組む医療機関
在宅医療に係る研修一覧（別紙1（1）対象となる研修）を修了しているものが常に勤務している医療機関であること
- (2) 既取組み医療機関*
既に在宅医療を実施しており、今後、診療内容拡充及び患者受入可能件数増加等の、在宅医療の取組を拡充する計画を示している医療機関であること
*既取組み医療機関とは前年度に在宅医療取組の実績がある医療機関とする。

(補助対象経費等)

第3 補助の対象とする経費、補助基準額及び補助率は、次のとおりとする。

- (1) 補助対象経費
在宅医療に必要な医療機器等の整備に係る経費を対象とする。
*医療機器一覧（別紙1（2）対象機器一覧）に掲載されている医療機器に限る
- (2) 補助基準額
3,000千円
- (3) 補助率
1/2以内

(交付申請)

第4 補助を受けようとする医療機関は、別に定める期日までに、交付申請書（別記第1号様式）を提出するものとする。

(補助対象事業の変更等)

第5 補助対象者は、補助対象事業を中止し、又は事業計画の全部若しくは一部を変更するときは、あらかじめ補助金中止（変更）申請書（別記第2号様式）を提出するものとする。

(実績報告)

第6 補助対象者は、事業が完了した日から起算して1箇月経過した日又は補助金の交付決定のあった年度の翌年度の4月10日のいずれか早い日までに実績報告書（別記第3号様式）を提出するものとする。

(書類の提出先)

第7 この要領に基づく書類の提出先は、京都市に所在する医療機関にあっては健康福祉部医療課、その他の医療機関にあってはその医療機関が所在する区域を管轄する保健所とする。

附則

この要領は、平成28年度の事業分から適用する。

この要領は、平成29年度の事業分から適用する。

この要領は、平成 30 年度の事業分から適用する。

この要領は、平成 31 年度の事業分から適用する。

この要領は、令和 2 年度の事業分から適用する。

この要領は、令和 3 年度の事業分から適用する。

この要領は、令和 4 年度の事業分から適用する。

この要領は、令和 5 年度の事業分から適用する。

別紙 1

(1) 対象となる研修

| 実施団体 | 研 修 名 |
|-------------------|--|
| 京都府 医師会 | 京都在宅医療塾: I・II・探求編・実践編・食支援・排泄支援・多職種連携 ※探求編、実践編については、平成 27~30 年度開催の「I 探求編・II 実践編」という名称の研修も含む。 |
| | 総合診療力向上講座 |
| | 生活機能向上研修（排泄支援・食支援など） |
| | 難病研修 |
| | 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会 |
| | かかりつけ医認知症対応力向上研修会 |
| | かかりつけ医認知症対応力向上研修会：集合研修 |
| | 認知症サポート医フォローアップ研修 主治医研修会 |
| 京都私立 病院協会 | 在宅医療・介護従事者養成研修 |
| | 在宅医療・介護人材育成研修 |
| | 医療・介護機能強化推進研修 |
| | 地域連携担当者教育研修 |
| | 地域連携強化推進研修 |
| | 地域包括ケア推進人材育成研修 |
| | 病院認知症対応力向上研修：集合研修 |
| | 病院認知症対応力向上研修：訪問研修 |
| | 病院認知症対応力向上研修：訪問研修フォローアップ |
| | 病院認知症対応力向上研修：認知症対応に関わる医療・介護連携強化研修 病院看護師のための認知症ケア講座 |
| 京都地域包括ケア 推進機構 | 在宅療養コーディネーター養成・フォローアップ研修 かかりつけ医看取り支援（意思決定支援）研修 |
| 京都府健康福祉部 健康対策課 | かかりつけ医がん対応力向上研修 |
| その他 | その他知事が認める研修（以下のものを添付すること。） ・受講証明書 ・研修カリキュラムが分かるもの 研修内容を確認の上、選定を行う。 |

※平成 27 年 4 月 1 日以降に受講していること。

※医師又は看護師が受講していること。

※交付申請書提出までに、上記の研修のいずれか 1 つ以上の修了証（写し）を添付すること。

本文第2の(1)に該当する医療機関で、交付申請後に上記研修を受講し、その後在宅医療に取り組む場合は実績報告書提出時に修了証(写し)を添付すること。

(2) 対象機器一覧

| 品 目 |
|---|
| ① X線撮影装置 (往診・訪問診療用に限る) |
| ② 超音波診断装置 (バッテリー駆動可能な製品に限る) |
| ③ 解析付心電計 |
| ④ ポータブル内視鏡 |
| ⑤ 簡易睡眠時無呼吸検査装置 |
| ⑥ 血液・尿検査装置 (往診・訪問診療用に限る) |
| ⑦ 肺機能検査装置 (持運び可能な製品に限る) |
| ⑧ パルスオキシメーター |
| ⑨ ネブライザー・吸引器 |
| ⑩ 輸液ポンプ・シリンジポンプ |
| ⑪ 自動体外式除細動器 (AED) |
| ⑫ 膀胱用超音波画像診断装置 |
| ⑬ 小型卓上高圧蒸気滅菌器 |
| ⑭ 血圧計 (持運び可能な製品もしくは卓上型) |
| ⑮ 眼底・眼圧計 (持運び可能なハンディタイプに限る) |
| ⑯ 生体情報モニタ (医療機器認証がされており、小型デバイス、ウェアラブル型デバイスについては、通話機能なし、カメラ機能なし、SNS利用ができないものに限る) |
| ⑰ 経腸栄養用輸液ポンプ |
| ⑱ 在宅身体機能関連機器 |
| ⑲ 非接触型体温計 |

※交付申請書提出の際に、見積書及びパンフレットを添付すること。

※対象機器は在宅医療に必要なものとし、一部を除き据置型、消耗品等は除く。