在宅医療サービス基盤整備推進事業　確認事項書

1. 補助事業者（在宅医療に必要な連携を担う拠点（以下「連携の拠点」という。））

|  |  |
| --- | --- |
| （１）事業者名 |  |
| （２）対象地域 |  |
| （３）事務担当者名 |  |
| （４）連絡先TEL |  |
| （５）メールアドレス |  |

1. 連携の拠点の体制（どちらかにチェック✓をすること。）

□単独

□複数での共同（他連携の拠点の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　※複数で連携の拠点の場合、それぞれが府に直接補助申請を行うことは可能ですが、

申請書類はとりまとめて提出してください。

1. 補助申請内容と関連した取組内容の有無（在宅医療・介護連携推進事業及び他の市町村事業としての取組など他補助金等の有無）

在宅医療・介護連携推進事業等の内容は、管内の市町村に確認・相談ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助メニュー | 既に他補助金等がある取組  (在宅医療・介護連携推進事業等) | 左記以外で計画している  取組概要（本事業の補助対象） |
| （１）会議の開催 | □あり　　□なし  ＜ある場合はその概要＞  例）在宅医療・介護連携推進に係る  調整会議、地域包括ケア会議 | 例）在宅小児、災害対策に係る会議 |
| （２）地域の資源の把握・  関係機関等との調整 | □あり　　□なし  ＜ある場合はその概要＞  例）医療・介護サービス等の所在地・  機能の把握、医介連携コーディネ  ーター業務（相談対応等） | 例）障害福祉サービス等の所在地や機能の把握に関する調査業務 |
| （３）在宅医療にかかる  研修等 | □あり　　□なし  ＜ある場合はその概要＞  例）在宅医療者向け研修  （〇〇補助金） | 例）①在宅医療に係る多職種向け  　　　研修（※左記以外）  　　②在宅医療人材確保事業 |
| （４）在宅医療の普及啓発 | □あり　　□なし  ＜ある場合はその概要＞  例）ACP普及啓発にかかる市民講座  （〇〇市事業、府・在宅医療普及  促進事業） | 例）在宅医療・介護関係者に対する普及啓発人材育成研修 |

　　　　　　※上記取組について、関係する市町村等に詳細をお聞きする場合があります。

1. 在宅医療にかかる他補助事業への申請の有無（該当するものにチェック✓をすること。）

□在宅医療体制強化事業（機能強化支援事業）

□在宅医療体制強化事業（同行訪問等研修）

□人生会議（ACP）普及啓発支援事業（対象：市町村）

□在宅医療普及促進事業（対象：病院、郡市区医師会）

□在宅医療移行体制確保事業