別紙2

［様式1］

平成２８度第２次補正予算

「クラウド型EHR高度化事業」企画提案書（全体概要）

提出日：平成２９年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提案者 | EHR名 | ※　提案するEHRの名称を記載。 |
| 代表法人名 | ※　本補助事業実施に関する代表機関（補助事業者）となる法人の名称（1者）を記載。 |
| 代表者名 | ※　代表となる法人の代表者（氏名・役職）を記載。 |
| 実施責任者（所属・役　　職・氏名） | ※　実施責任者は、代表機関に所属している者とする。 | 電話番号 |  |
| Eメール |  |
| 補助事業の概要 | 事業名 |  |
| 実施地域 | ※　「○○医療圏（○○県○○市）」等と記載（さらに地区が特定可能な場合は、詳細に記載）。 |
| 事業規模 | ※　実施要領２（２）「事業規模」の類型（モデル１～３）のいずれであるかを記載。 |
| 人口 | ※　対象地域の、平成２７年国勢調査における人口を記載。 |
| 目標登録患者数 | ※　補助事業の実績報告時の目標登録患者数を記載。 |
| 参加施設数 | ※　補助事業の実績報告時の目標施設数を施設種別ごとに記載。 |
| 提案内容事業・イメージ図 | ※　実施計画書（様式２）の内容を要約し、簡潔に記載すること。 |
| 事業費 | 　○○千円※補助金の交付申請額ではなく、事業費を記載 |

注）1枚に収めること

実施計画書

［様式2］

|  |
| --- |
| １．事業の目的・効果※　補助事業の最終的な目的及び補助事業完了後に想定される効果について分かりやすく記載すること。　２．達成目標※　補助事業で達成すべき目標を可能な限り明確かつ定量的に記載すること。　　３．事業の具体的な内容（１）事業の詳細※　補助事業の内容を詳細かつ具体的に記載すること。※　また、何をどのように整備するのかについて、具体的に記載すること。※　実施要領２（３）採択要件に対応する記載については、どの要件に対応する記載か判別可能な形で記載すること。*※　事業全体のうち、自己負担をする項目がある場合、補助金の交付を申請する項目と明確に分けて記載すること。（必要に応じ、概要図を用いて説明をすること。）*　*※　実施地域の実情等、事業の背景を分かりやすく記載すること。*　　　（２）選定のポイントに対する適合性※　実施要領４（２）に則した形で記載すること。①　事業の内容に対する適合性・有効性ア　必須要件、任意要件に対する適合性等について*※　提案する事業内容が、実施要領２（２）に定める必須要件を全て満たしているか示すこと。また、満たしている任意要件についても示すこと。必要に応じて、提案書中の要件に対応する記載の箇所がわかる一覧を添付すること。*②　事業を遂行する能力ア　事業を遂行するために必要な人員・体制について*※　提案事業実施のための人員・体制を説明すること。（※様式３の記載内容も踏まえて記載すること。）*イ　事業を実施するための、関連企業、地方公共団体、医師会等との連携・協力体制、各主体の役割と責任について*※　各主体の連携・協力体制、役割・責任について記載し、各主体から提出された同意書を添付すること。（※様式３の記載内容も踏まえて記載すること。）*ウ　各実施主体の能力について*※　各実施主体が、事業を行う上で必要とされる処置を適切に遂行できる能力があることを示し、根拠となる資料があれば添付すること。*エ　各実施主体の経済基盤について*※　各実施主体が、事業を円滑に執行するために必要な経営基盤を有するとともに、資金等について十分な管理能力を有することを示すこと。*③　実施・運営の確実性ア　技術上・制度上の実現可能性について　*※　提案する事業が、技術上・制度上実現可能であることを説明すること。（※様式４、５の記載内容も踏まえて記載すること。）*イ　事業の実施計画、補助事業終了後の事業の確実な実施・運営について*※　提案する事業が、事業スケジュール・資金計画等を含め実施計画が無理なく効率的に組まれ、補助事業終了後も含めて確実な実施・運営が可能であることを示すこと。（※様式４、５の記載内容も踏まえて記載すること。）*④　事業遂行の効率性ア　費用対効果について*※　提案する事業が効率的に実施されるものであり、高い費用対効果が見込めることを示すこと。（※様式５の記載内容も踏まえて記載すること。）*イ　保有資産等の活用について*※　補助事業の実施に当たって、既に保有する資産（インフラ、システム、人材、知的財産等）及びその活用見込みを示すこと。*⑤　費用分担の適切性ア　事業に要する費用について*※　事業に要する費用について、実施主体に応分の負担が図られているか示すこと。*　　　　イ　類似事業との役割分担等について*※　同時期に、国の他予算を活用する、他の関連する事業を行っている、又は行おうとしている場合には、役割分担・費用分担等が明確になされていることを説明すること。*⑥　補助事業終了後の普及展開の可能性ア　普及展開の可能性等について*※　提案事業による経済効果や費用対効果を可能な限り定量的な観点から示すとともに、標準的・共通的なモデル・仕様・ルールの策定・活用など、将来の他地域への展開可能性について示すこと。（必要に応じて別紙を添付すること。）*⑥　その他*※　そのほか地域独自の創意工夫をした点など特筆すべき点があれば記載すること。*　　　　　 |

注）枚数制限なし。必要な場合には補足説明図（A4判）を10ページ以内で添付すること。

［様式3］

実施体制説明書

|  |
| --- |
| １．実施体制 |
| *※　図等を用いてEHRの運営を担う代表組織・関連組織及びその代表者、組織間の関係が分かりやすい実施体制を記入すること。**※　提案者のみならず、補助事業の実施に関わる者については本様式に役割、責任を明記すること。**※　病院や診療所等のみならず歯科診療所、薬局、介護施設等を含み、多職種連携を実現すること。*（例）△△地域医療介護連携協議会本事業全般の管理・統括業務（代表機関）○○医師会協議会への参加、事業実施に係るノウハウの提供××介護老人保健施設協会協議会への参加、事業実施に係るノウハウの提供 |
| ２．各機関の役割 |
| NO | 名称 | 役割及び責任*※　上記組織図に対応した組織別に役割を明確に記入すること* |
| 1 | △△地域医療介護連携協議会 | ・事業全般の管理・統括業務・取得財産の管理*※　代表提案団体であることを明確にすること。* |
| 2 | ○○医師会 | ・協議会への参加・事業実施に係るノウハウの提供 |
| 3 | ××介護老人保健施設協会 | ・協議会への参加・事業実施に係るノウハウの提供 |
| ３．実施責任者 |
| 氏　　名（ふりがな） | 勤務先及び職歴概要 |
|  |  |
| ４．連絡担当者 |
| No | 名称 | 連絡先　*※所属、役職、氏名、住所、電話番号、メールアドレスを記入。実施責任者と同一でも良い。複数名記載しても良い。* |
| 1 | △△地域医療介護連携協議会 | ○○部○○課　（役職）　総務 太郎（そうむ　たろう）〒000-0000　○○県○○市○○１－１－１電話：00-0000-0000　　メール：　xxxx@xxxxxxxxxxx |
| 2 | ○○医師会 | ○○部○○課（役職）　総務 次郎（そうむ　じろう）（役職）　総務 三郎（そうむ　さぶろう）〒000-0000　○○県○○市○○１－１－１電話：00-0000-0000メール：　xxxx@xxxxxxxxxxx, xxxx@xxxxxxxxxxxx |
| 3 | ××介護老人保健施設協会 | ○○部門○○担当　（役職）　総務　花子（そうむ　はなこ）〒000-0000　○○県○○市○○１－１－１電話：00-0000-0000　　メール：　xxxx@xxxxxxxxxxx |

注）枚数制限なし。

［様式4］

事業スケジュール

単位：百万円

受託者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業内容 | H29４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | H30１月 | ２月 | ３月 | 事業費 |
| （例）ア）EHRの整備1.システムの設計2.インフラの構築 イ）プロモーション活動1.住民への広報活動2.施設への広報活動 ウ）推進体制の立ち上げ1.協議会の開催 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*　\*\*\*\* |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | \*\*\*\*\* |

注１) 事業費は消費税を抜いた金額を記入してください。

注２) 事業費は交付先を選定する際の参考として使用するものであり、交付決定額について保証するものではない。

注３)枚数制限なし。

［様式5］

本様式（様式５）は、MS-Excel形式の様式を使用すること。

［様式6］

本様式（様式６）は、MS-Powerpoint形式の様式を使用すること。

［様式7］

提案者概要説明書

（１）提案者の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 代表者の役職及び氏名 |  |
| 事業担当責任者の役職、氏名及び連絡先（電話番号・FAX・E-mailアドレス） |  |
| 経理担当責任者の役職、氏名及び連絡先（電話番号・FAX・E-mailアドレス） |  |
| 業種及び主要事業内容 |  |
| 所在地 |  |
| 設立年 |  | 資本金等（単位：千円） | 千円 |
| 所属人数（単位：人） |  | 参加施設数 |  |

（２）同意者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 氏名 | 所属・役職 |
|  | 　　　　　　　　　　 |  |
|  | 　　　　　　　　　　 |  |
|  | 　　　　　　　　　　 |  |
|  | 　　　　　　　　　　 |  |
|  | 　　　　　　　　　　 |  |

（備考）

１．参加する医療機関・薬局・介護施設等について、別紙に様式を定める参加同意書（例）を参考に作成した同意書を添付すること。

２．行が不足する場合は、適宜、増やすなどをして表を作成すること。

（３）直近の財務状況及び見通し

|  |
| --- |
|  |

（４）資金調達内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 補助事業に要する経費（円） | 資金の調達先（銀行等） |
| 自己資金 |  |  |
| 借入金 |  |  |
| 補助金 |  |  |
| その他 |  |  |
| 合計額 |  |  |

　（６）補助金相当額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 補助金相当額（円） | 資金の調達先（銀行等） |
| 自己資金 |  |  |
| 借入金 |  |  |
| その他 |  |  |
|  |  |  |
| 合計額 |  |  |

**（注１）補助金の支払いは、原則補助事業終了後の精算払いとなるため、補助事業実施期間中、補助金相当分の資金を確保する必要があります。**

**（注２）記載が困難な場合には、代わりに法人の経営状況が分かる資料を提出してください。**

参加同意書（例）

［別紙］

○○法人　△△地域医療介護連携協議会　御中

総務省平成２８度第２次補正予算「クラウド型EHR高度化事業」への提案に当たり、貴会の運営するEHRによる双方向・多職種の情報連携への参加に同意します。

××病院

代表者　○○○○　印