

## 令和8年度 二次三次医療機関間情報共有システム導入支援事業費補助金 公募要領

### 1 総則

二次三次医療機関間情報共有システム導入支援事業費補助金の交付を希望する医療機関の公募については、この要領に定めるところによるものとします。

### 2 目的

地域医療において救急医療を中心に各医療機能の本来の役割を果たし、通常診療から救急医療に至るまで一連のサービスを洩れなく提供することを目的とするものです。

### 3 対象事業

補助金の対象となる事業は、脳卒中や心臓病その他の循環器病の急性期を始めとする救急医療の場面において、二次救急医療機関及び三次救急医療機関がリアルタイムで医用画像等の情報共有を行うためのシステムを導入・活用する取組です。

### 4 対象事業者

本事業に応募できる者は県内に所在する二次救急医療機関及び三次救急医療機関とします。

なお、応募があった機関の中から、補助事業者を「10 補助事業者の選定について」により選定します。

### 5 補助対象経費

補助の対象となる経費については、医用画像等の情報共有システムの導入に必要な経費のうち、以下の経費とします。

なお、導入する情報共有システムとその利用については、「6 補助対象経費とする基準、条件」を満たす必要があります。

#### (1) 需用費

消耗品の購入等に要する経費です。

#### (2) 役務費

令和8年度事業実施期間中のソフトウェアのライセンス、ID取得に要する費用です。

#### (3) 委託料

システム構築、PACS接続等の作業及び他医療機関との接続にかかる調整をシステム業者等に委託する費用です。

※(1)(2)(4)(5)に該当する経費であっても、委託業務の一環とみなされるものについては、委託料として差しつかえありません。

#### (4) 備品購入費

システムに必要なサーバー、ルーター及びUPS等の購入に要する経費です。

#### (5) その他知事が認める経費

その他システム導入に必要な経費で知事が認めるものです。

### 6 補助対象経費とする基準、条件

情報共有システムについては、下記の条件を満たしてください。

(1) 医療用画像管理システム(PACS)に格納された画像情報(DICOM)及び関

連情報の共有機能を有すること。

- (2) 任意のPACS製品と連携可能であること。
- (3) 今後の参加機関の拡大を考慮して、相互互換性や拡張性を有すること。
- (4) 強固なセキュリティを確保するために、次を満たすものであること。
  - ア 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（厚生労働省）及び「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」（経済産業省・総務省）を遵守したものであること
  - イ 病院ネットワークとクラウドシステム等の外部システムとの接続については、セキュアなネットワーク（IP-VPN、IPsec+IKE等）での接続に対応すること
  - ウ 利用端末については、スマートフォン、タブレット等のモバイル端末に対応するものとし、BYODも想定して端末に情報を残さない仕組みとするなど、セキュリティを確保すること
- (5) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく認証又は承認を受けた医療機器であること。

情報共有システムの利用にあたっては、下記の条件を厳守してください。

- (1) システム導入医療機関は、利用者を管理するためのシステム管理者を配置する。
- (2) システム管理者は、各診療科及び診療部門の依頼を受けて、利用者のアカウント作成、アカウント権限（病院間の連携において、自病院の画像を相手病院の利用者が閲覧する際の閲覧権限等）の付与、グループへの登録・削除作業を行う。
- (3) システム管理者は、システム管理者の指示に従って前項の作業を行うシステム担当者を、システム管理者の責任及び管理において必要に応じて配置する。
- (4) システム管理者及びシステム担当者は、自施設のテナントコード、パスワード等を厳重に管理し、これを外部に漏洩しない。
- (5) 次の各号に掲げる者のみが利用する。
  - ア、当該システム導入医療機関に所属する職員であり、医療機関の長より運用を許可されている診療科・診療部門に所属している者
  - イ、その他各医療機関の長が特に許可した者
- (6) 利用者は離職や退職により利用資格を失ったとき又は申請内容に変更があったときは、システム管理者に届け出なければならない。
- (7) システム管理者又はシステム担当者は、利用資格を失った者の登録を、随時抹消する。
- (8) システム管理者、システム担当者及び利用者は、当該システムに保存された全ての患者の診療情報が外部に漏洩することのないよう適正に管理及び利用しなければならない。
- (9) 患者画像は、個人を直接特定できる情報を当システムにより削除する。別の患者の画像と取り違えることがないように十分に注意し、アップロード前に確認を行う。
- (10) 病院間の連携において、当該システムへ患者情報を書き込む際には、個人を直接特定できる情報の記載は行わない。
- (11) 当該システムへ転送した画像は、定期的に消去する。
- (12) 厚生労働省「令和7年度 医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」に記載の項目については令和8年度中にすべて実施できるよう取り組む。

## 7 補助金の額

令和8年度事業における予算額の範囲内で下記のとおり補助します。

- |             |                  |
|-------------|------------------|
| (1) 補助金の基準額 | 1 機関当たり 6,479 千円 |
| (2) 補助率     | 補助対象経費の 1/2 以内   |
| (3) 補助上限額   | 1 機関当たり 3,239 千円 |
| (4) 補助金の額   |                  |

①基準額と「5 補助対象経費」の実支出額とを比較して少ない方の額を選定します。

②①で選定した額と総事業費から寄附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補助率（1/2）を乗じて得た額を補助金の額とします。この場合において、算出された額に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します。

なお次の場合には、補助金を適正にかつ広く活用するため、補助金の額を減額することがあります

- 「10 補助事業者の選定について」のとおり順位が高い申請者から採択を行った結果、次点の申請者の補助申請額が予算の残額を上回ったときに、残額を補助金とする条件で次点の申請者を補助事業者として採択する場合
- 事業計画書記載の経費が事業の実施に必要な経費として認められない場合

## 8 事業実施期間

補助金の交付決定の日から補助事業を完了した日又は令和9年2月28日のいずれか早い日までとします。

## 9 事業への応募方法

本事業の補助金を希望する物は、次により応募申請を行ってください。

### (1) 提出書類

- ① 二次三次医療機関間情報共有システム導入支援事業補助金応募申請書（応募様式）
- ② 二次三次医療機関間情報共有システム導入支援事業費補助金交付申請書（第1号様式）
- ③     〃     （第1号様式）別紙1 経費所要額調書
- ④     〃     （第1号様式）別紙2 事業計画書
- ⑤     〃     （第1号様式）別紙2 事業計画書添付資料

「2. システムを活用して情報共有を行う相手方となる二次救急・三次救急医療機関（予定を含む）」に記載する医療機関と、情報共有を行うこと（予定を含む）について確認を行ったことが分かる資料 ※様式は任意

（例）情報共有を行う診療部門担当者間での協議書、協議したメール文の写し、委託予定業者等による相手方医療機関との議事録 など

- ⑥     〃     （第1号様式）別紙2 事業計画書添付資料
- 「3. システム導入費内訳」記載の金額の根拠が分かる資料（見積書等）
- ⑦     〃     （第1号様式）別紙3 情報共有システム活用における誓約書
- ⑧ 収支予算書 ※様式は任意

### (2) 提出期限

令和8年9月25日（金）17時必着

(3) 提出方法

提出書類一式をメールで提出してください（押印は不要です）。メール送信後、必ず電話にてその旨を連絡してください。

(4) 提出先

奈良県福祉医療部 地域医療連携課（医療 DX・連携・在宅医療推進係）

電 話 ： 0742-27-8676

メールアドレス：zaitakuiryou@office.pref.nara.lg.jp

10 補助事業者の選定について

提出された応募申請書等について審査を行い、補助事業者を選定します。

審査は別紙選定基準によるポイント制で行い、ポイントの合計点数が上位の申請者から順位を決定し、順位が高い申請者から順に予算の範囲内で補助事業者として採択します。

- 令和8年度予算額 6,478,000 円
- 選定補助事業者数 2 件程度

なお順位が高い申請者から採択を行った結果、次点の申請者の補助申請額が予算の残額を上回ったときは、残額を補助金とする条件で次点の申請者を補助事業者として採択することがあります。

また、選定された事業であっても、事業の実施に必要な経費として認められない場合は、補助対象経費を減額することがあります。

選定の結果については、各申請者あてに通知します。

【事業の内容・作成等に関する問合せ先】

奈良県福祉医療部 地域医療連携課 医療 DX・連携・在宅医療推進係

メールアドレス： zaitakuiryou@office.pref.nara.lg.jp

電 話 ： 0742-27-8676