

令和6年7月25日
福島県地域医療課

病床機能再編支援事業の活用意向調査について

このことについて、令和7年度以降において当該事業給付金の支給を希望される医療機関は、下記の要領で関係書類をご提出ください。

【関係資料掲載先】 [福島県ホームページ](https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045c/r7-byosyosaihensien.html)

URL : <https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045c/r7-byosyosaihensien.html>

1. 募集対象事業

- (1) 単独支援給付金支給事業
- (2) 統合支援給付金支給事業
- (3) 債務整理支援給付金支給事業

2. 事業の概要（県ホームページ参照）

- 事業概要については、「概要資料（ポンチ絵）」をご覧ください。
- その他詳細については、「病床機能再編支援事業要領（厚生労働省）」「病床機能再編支援事業Q&A」をご覧ください。

【留意点】

- 昨年度の意向調査で令和7年度以降の事業希望を回答した場合でも、今回改めて回答をお願いします。
- いずれの給付金も地域医療構想の実現に向けた病床機能再編を行うことが要件となります。
- 関係書類提出後、給付金の交付を受けるにあたっては、地域医療構想調整会議の議論の内容及び福島県医療審議会の意見を踏まえ、県が地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認める必要があります。
- 地域医療構想調整会議等での議論の結果、地域医療構想の実現に向けた必要な取組と判断されなかった場合、申請医療機関においては、申請の取り下げをすることとなりますので、あらかじめご了承ください。
- 事業の実施に当たっては、県議会における予算の議決を前提とします。また、今後の要件審査等もあるため、実施意向調査の提出を以て給付金の給付を決定するものではありません。
- その他、国・県の予算の関係や、厚生労働省における審査等により、ご要望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

3. 提出要領

(1) 提出書類

募集事業	必要な書類
単独支援給付金支給事業	<ul style="list-style-type: none">◆ 病床機能再編支援事業計画書【予定】◆ 単独支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書◆ 支給申請額算定シート◆ 病床融通に関する概要
統合支援給付金支給事業	<ul style="list-style-type: none">◆ 病床機能再編支援事業計画書【予定】◆ 統合支援給付金支援申請書兼口座振込依頼書◆ (参考) 総括表◆ 支給申請額算定シート
債務整理支援給付金支給事業	<ul style="list-style-type: none">◆ 病床機能再編支援事業計画書【予定】◆ 債務整理支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書◆ 支給申請額算定シート

(2) 提出期限

令和6年8月26日(月) ※提出が間に合わない場合は、別途連絡願います。

(3) 提出方法

下記提出先のメールアドレス宛てに、電子データを送信してください。電子メールが使用できない場合、郵送等により提出いただくこととなりますので、あらかじめ電話により連絡願います。

(4) 提出先

福島県保健福祉部地域医療課(事務担当:細川)

住所: 〒960-8670 福島県福島市杉妻町2番16号(西庁舎7階)

TEL: 024-521-7915 FAX: 024-521-7926

E-mail: iryuu_hojokin@pref.fukushima.lg.jp

4. その他

- 当該事業の財源である地域医療介護総合確保基金については、令和7年度が終期となっているため、現時点で令和8年度以降の措置が未定であることに留意願います。
- 当該事業の申請にあたり、有床診療所等スプリンクラー施設整備事業補助金をはじめとする補助金を県から受給したことがある医療機関は、財産処分の手続き(補助金の返還)が必要となる場合がありますので、事前にご相談ください。
- 当該事業の給付金支給にあたっては、地域医療構想調整会議及び福島県医療審議会での協議が要件とされています。このため、給付金の申請以外にも病床再編計画に係る説明資料の作成、地域医療構想調整会議及び福島県医療審議会への出席、説明をお願いすることがありますので、予めご了承ください。