

## 病床機能再編支援事業費補助金交付要綱

### 第1 趣旨

知事は、地域医療構想（医療法第30条の4第2項第7号に規定する「地域医療構想」をいう。以下同じ）の実現に向け、医療機関の機能分化や連携を推進するため、病院又は診療所であつて療養病床（同法第7条第2項第4号に規定する「療養病床」をいう。）又は一般病床（同項第5号に規定する「一般病床」をいう。）を有するもの（以下「病院等」という。）が、病床数の適正化に必要な病床数の削減を行う場合、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、その交付に関しては、静岡県補助金等交付規則（昭和31年静岡県規則第47号）及びこの要綱の定めるところによる。

### 第2 補助の対象及び補助額

別表に掲げるとおりとする。

### 第3 交付の申請

#### (1) 提出書類 各1部

- ア 交付申請書（様式第1号）
- イ 事業計画書（様式第2号）
- ウ 許可病床数の変更を示す書類の写し
- エ 病床稼働率算出の根拠となる平成30年度病床機能報告の写し
- オ 施設の配置図、平面図、立面図等
- カ その他知事が別に定める書類

#### (2) 提出期限

知事が別に定める日まで

### 第4 交付の条件

次に掲げる事項は、交付の決定をする際の条件となるものとする。

- (1) 知事は、地域医療構想調整会議（同法第30条の14第1項に規定する「協議の場」をいう。以下同じ。）の議論の内容及び医療審議会（同法第72条に規定する「医療審議会」をいう。以下同じ。）の意見を踏まえ、病院等から申請を受けた病床削減が地域医療構想を実現するために必要な病床削減であるか審査する。
- (2) 審査の結果、知事が必要と認め、承認した場合には、当該病院等に対して交付する。
- (3) 次に掲げる事項の一に該当する場合には、あらかじめ知事の承認を受けなければならないこと。
  - ア 補助事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をしようとする場合
  - イ 補助事業を中止し、又は廃止しようとする場合
- (4) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合においては、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならないこと。
- (5) 補助事業に係る関係書類の保存については、次のア又はイのとおりとする。
  - ア 事業者が地方公共団体の場合  
補助金調書（様式第4号）を作成するとともに、補助事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を

整理し、かつ調書及び証拠書類を事業が完了する日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならないこと。

イ 事業者が地方公共団体以外の場合

補助事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ当該帳簿及び証拠書類を事業が完了する日（補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならないこと。

- (6) 交付を受けた日から令和8年3月31日までの間に、同一の構想区域（同法第30条の4第2項第7号に規定する「構想区域」をいう。以下同じ。）に開設する病院等において、対象3区分の許可病床数を増加させないこと。（ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び知事が特に認める場合に許可病床数を増加させる場合はこの限りではない。）
- (7) 申請内容を偽り、その他不正の手段により補助を受けたと認められる場合。
- (8) 補助事業を行う者が(3)から(7)までにより付した条件に違反した場合には、この補助金の全部又は一部を県に納付させることがあること。

第5 変更の承認申請

提出書類 各1部

- ア 変更交付申請書（様式第3号）
- イ 変更事業計画書（様式第2号）
- ウ 許可病床数の変更を示す書類の写し
- エ その他知事が別に定める書類

第6 請求の手続き

- (1) 提出書類 1部  
請求書（様式第5号）
- (2) 提出期限  
補助金交付額確定通知書を受領した日から起算して10日を経過した日まで

附 則

この要綱は、令和2年度分の補助金から適用する。

附 則

この改正は、令和3年度分の補助金から適用する。

別表

区分	内容														
補助対象	<p>平成30年度病床機能報告において、平成30年7月1日時点の病棟の機能について、高度急性期機能、急性期機能及び慢性期機能（以下「対象3区分」という。）のいずれかの医療機能を選択した病棟の稼働病床数を1床以上報告し、各年度において当該年度中に対象3区分のいずれかの病床の削減を行う病院及び診療所（以下「病床削減病院等」）の開設者又は開設者であったもの。</p>														
補助要件	<p>次の全てを満たすこと。なお、地域医療構想の実現を目的としたものでない病床削減は補助対象外とする。</p> <p>① 地域医療構想調整会議の議論の内容及び静岡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たものであること。</p> <p>② 病床削減病院等における病床削減後の対象3区分の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下であること。</p>														
補助額	<p>① 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の削減について、対象3区分の病床稼働率に応じ、削減病床1床当たり下記の表の額を補助する。病床稼働率については、平成30年度病床機能報告の数値を用いて算出するものとする。なお、平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までに稼働病床数に変更があった医療機関は、平成30年度病床機能報告時の対象3区分の稼働病床数又は令和2年4月1日時点の対象3区分の稼働病床数のいずれか少ない方を基準とする。</p> <table border="1" data-bbox="338 1227 1414 1570"> <thead> <tr> <th data-bbox="338 1227 876 1279">病床稼働率</th> <th data-bbox="876 1227 1414 1279">削減した場合の1床当たり単価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="338 1279 876 1323">50%未満</td> <td data-bbox="876 1279 1414 1323">1,140千円</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1323 876 1368">50%以上60%未満</td> <td data-bbox="876 1323 1414 1368">1,368千円</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1368 876 1413">60%以上70%未満</td> <td data-bbox="876 1368 1414 1413">1,596千円</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1413 876 1458">70%以上80%未満</td> <td data-bbox="876 1413 1414 1458">1,824千円</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1458 876 1503">80%以上90%未満</td> <td data-bbox="876 1458 1414 1503">2,052千円</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1503 876 1547">90%以上</td> <td data-bbox="876 1503 1414 1547">2,280千円</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 一日平均実働病床数以下まで削減する場合は、一日平均実働病床数以下の削減病床について、1床当たり2,280千円を補助する。</p> <p>③ 上記①及び②の補助金額の算定に当たっては、以下の病床数を除く。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期機能、介護医療院に転換する病床数</li> <li>・過去に本補助金の支給対象となった病床数</li> <li>・同一開設者の医療機関へ病床を融通した場合、その融通した病床数</li> </ul>	病床稼働率	削減した場合の1床当たり単価	50%未満	1,140千円	50%以上60%未満	1,368千円	60%以上70%未満	1,596千円	70%以上80%未満	1,824千円	80%以上90%未満	2,052千円	90%以上	2,280千円
病床稼働率	削減した場合の1床当たり単価														
50%未満	1,140千円														
50%以上60%未満	1,368千円														
60%以上70%未満	1,596千円														
70%以上80%未満	1,824千円														
80%以上90%未満	2,052千円														
90%以上	2,280千円														

病床機能再編支援事業費補助金 交付申請書兼口座振込依頼書

静岡県知事 様

地域医療構想を推進するための病床機能再編支援事業費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、下記6の「申請に関する誓約事項」について誓約します。

1. 申請者の情報		申請年月日	年	月	日
フリガナ		住所・所在地	〒		
病院等の名称			-		
フリガナ		責任者(※1)	職・氏名		
開設者 (代表者の職・氏名も記載)			電話番号		
			ファクシミリ		
			電子メール		
		作成者(※1)	職・氏名		
			電話番号		
			ファクシミリ		
			電子メール		

※1 法人その他の団体にあつては、記載すること。

2. 交付申請額

交付申請額(千円)	
-----------	--

3. 病床削減に係る地域医療構想調整会議の議論の状況 4. 病床削減に係る静岡県医療審議会への意見聴取の状況

構想区域名	
議論の状況 (プルダウン)	
開催日 (実施予定の場合は予定日)	年 月 日

意見聴取の状況 (プルダウン)	
開催日 (聴取予定の場合は予定日)	年 月 日

5. 振込口座

金融機関名		金融機関 コード		支店名		支店 コード	
口座番号 (右詰め)		預金種別		フリガナ			
				口座名義人			

※2 ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を記入すること。

6. 申請に関する誓約事項

<p>(1)本給付金に関する報告や調査について、厚生労働省又は静岡県から求められた場合には、これに応じます。</p> <p>(2)本給付金の給付後、以下の①から③に該当した場合は、本給付金の全額又は一部を返還します。</p> <p>① 事業計画書に記載の内容について達成が見込めなくなった場合</p> <p>② 給付金の支給を受けた日から令和8年3月31日までの間に、同一の構想区域に開設する医療機関において対象3区分の許可病床数を増加させた場合(ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び静岡県知事が特に認める場合に許可病床数を増加させる場合はこの限りではない。)</p> <p>③ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認める場合</p>
---

■申請額算定シート

1	再編前の稼働病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計	うち対象3区分(※3)の合計
	① 平成30年度病床機能報告						0	0
	② 令和2年4月1日時点(※1)						0	0
	③ 再編前病床数=②(※2)	0	0	0	0	0	0	0

- ※1 各機能ごとの数値については、地域医療構想調整会議にて確認されていること。  
 令和2年4月1日時点で病床数の変化があった場合は、変更前の病床数を記載すること。  
 平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までの間に、病床数の変更がない場合は、①と同じ値を記載すること。
- ※2 ①平成30年度病床機能報告時又は②令和2年4月1日時点の対象3区分合計のいずれか少ない方を基準とする。
- ※3 対象3区分=高度急性期、急性期、慢性期(以下同様)

2	再編後の許可病床数 (=再編後の稼働病床数)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	合計	うち対象3区分の合計
						0	0	0

3	他の医療機関との病床融通数 (※4)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	対象3区分の合計
						0
	うち同一開設者の医療機関との病床融通数					(0)

- ※4 病院統合や地域医療連携推進法人の病床融通制度等を活用し、  
 他の医療機関から病床の融通を受けた場合はマイナス表記、病床を融通した場合はプラス表記とすること。

4	対象3区分から 回復期又は介護医療院へ 転換した病床数	回復期	介護医療院	合計
		0		0

5	減少病床数 (1の③-2)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計	うち対象3区分の合計
		0	0	0	0	0	0	0

6	過去に 令和2年度病床機能再編支援補助金 及び本事業で支給済の病床数	支給済病床数	5.減少数	4.うち転換数	6.支給済数	3.うち他院への 融通数	支給対象
			0	0	0	(0)	0

7	再編前の許可病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計	うち対象3区分の合計
	① 平成30年度病床機能報告						0	0
	② 令和2年4月1日時点(※5)						0	0

- ※5 平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までの間に、病床数の変更がない場合は、①と同じ値を記載すること。

8	対象3区分の病棟の 年間在棟患者延べ数(人)	高度急性期	急性期	慢性期	合計
	① 平成30年度病床機能報告(※6)				0
	② 令和2年4月1日時点(※7)				0

- ※6 対象3区分の病棟に係る平成30年度病床機能報告の報告様式1(病棟票)の(48)欄の数値を計上すること。なお、平成30年度病床機能報告の報告様式1(病棟票)において、「過去1年間の間に病棟の再編・見直しあり」と報告した病棟の年間在棟患者延べ数については、以下の式により補正して計上すること。

○ 補正後の年間在棟患者延べ数 = 年間在棟患者延べ数( (48) 欄に記載された数値) ÷ 報告可能な対象期間(月単位) × 12

(注) 報告可能な対象期間(月単位)は、平成30年度病床機能報告で報告した月数とすること。

例) 報告可能な対象期間を「平成29年7月1日～平成30年12月末日」とした場合 ⇒ 報告可能な対象期間(月単位) = 6

- ※7 7の①と7の②の値が同じ場合は8の②の入力は不要。

9	<選択>	対象3区分の病床稼働率	一日平均実働病床数	適用
	A 平成30年度病床機能報告	0.0%	0	
	B 令和2年4月1日時点	0.0%	0	

10	再編前の対象3区分の稼働病床数 から一日平均実働病床数までの減 少分に係る支給額	単価(千円)	病床数	支給額(千円)
		1,140	0	0

11	一日平均実働病床数から再編後の 対象3区分の許可病床数までの減 少分に係る支給額	単価(千円)	病床数	支給額(千円)
		2,280	0	0

要件 審査	90%減少チェック	<input type="radio"/>
----------	-----------	-----------------------

12	支給申請額(千円)	0
----	-----------	---

様式第2号（用紙日本産業規格A4縦型）

事業計画書(変更事業計画書)

所在地  
名 称  
代表者 氏 名

1 事業（変更）の目的

2 事業（変更）内容

（注）法人その他の団体にあつては、以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名

病床機能再編支援事業費補助金 変更交付申請書兼口座振込依頼書

静岡県知事 様

年 月 日に補助金の交付の決定を受けた病床機能再編支援事業費補助金の計画を次のとおり変更したいので、承認されるよう関係書類を添えて申請します。

また、下記7の「申請に関する誓約事項」について誓約します。

1. 申請者の情報		申請年月日	年	月	日
フリガナ		住所・所在地	〒		
病院等の名称			-		
フリガナ		責任者(※1)	職・氏名		
開設者 (代表者の職・氏名も記載)			電話番号		
			ファクシミリ		
			電子メール		
		作成者(※1)	職・氏名		
			電話番号		
			ファクシミリ		
			電子メール		

※1 法人その他の団体にあつては、記載すること。

2. 計画変更の理由と内容

--

3. 変更交付申請額

【参考】変更前交付申請額

変更交付申請額(千円)	
-------------	--

交付申請額(千円)	
-----------	--

4. 病床削減に係る地域医療構想調整会議の議論の状況

5. 病床削減に係る都道府県医療審議会への意見聴取の状況

構想区域名	
議論の状況 (ブルダウン)	
開催日 (実施予定の場合は予定日)	年 月 日

意見聴取の状況 (ブルダウン)	
開催日 (聴取予定の場合は予定日)	年 月 日

6. 振込口座

金融機関名		金融機関コード		支店名		支店コード	
口座番号 (右詰め)		預金種別		フリガナ			
				口座名義人			

※2 ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を記入すること。

7. 申請に関する誓約事項

<p>(1) 本給付金に関する報告や調査について、厚生労働省又は静岡県から求められた場合には、これに応じます。</p> <p>(2) 本給付金の給付後、以下の①から③に該当した場合は、本給付金の全額又は一部を返還します。</p> <p>① 事業計画書に記載の内容について達成が見込めなくなった場合</p> <p>② 給付金の支給を受けた日から令和8年3月31日までの間に、同一の構想区域に開設する医療機関において対象3区分の許可病床数を増加させた場合(ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び静岡県知事が特に認める場合に許可病床数を増加させる場合はこの限りではない。)</p> <p>③ 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認める場合</p>
---

■変更交付申請額算定シート

1	再編前の稼働病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計	うち対象3区分(※3)の合計
	① 平成30年度病床機能報告						0	0
	② 令和2年4月1日時点(※1)						0	0
	③ 再編前病床数=②(※2)	0	0	0	0	0	0	0

- ※1 各機能ごとの数値については、地域医療構想調整会議にて確認されていること。  
 令和2年4月1日時点で病床数の変化があった場合は、変更前の病床数を記載すること。  
 平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までの間に、病床数の変更がない場合は、①と同じ値を記載すること。
- ※2 ①平成30年度病床機能報告時又は②令和2年4月1日時点の対象3区分合計のいずれか少ない方を基準とする。
- ※3 対象3区分=高度急性期、急性期、慢性期(以下同様)

2	再編後の許可病床数 (=再編後の稼働病床数)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	合計	うち対象3区分の合計
						0	0	0

3	他の医療機関との病床融通数 (※4)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	対象3区分の合計
						0
	うち同一開設者の医療機関との病床融通数					(0)

- ※4 病院統合や地域医療連携推進法人の病床融通制度等を活用し、  
 他の医療機関から病床の融通を受けた場合はマイナス表記、病床を融通した場合はプラス表記とすること。

4	対象3区分から 回復期又は介護医療院へ 転換した病床数	回復期	介護医療院	合計
		0		0

5	減少病床数 (1の③-2)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計	うち対象3区分の合計
		0	0	0	0	0	0	0

6	過去に 令和2年度病床機能再編支援補助金 及び本事業で支給済の病床数	支給済病床数	5.減少数	4.うち転換数	6.支給済数	3.うち他院への 融通数	支給対象
			0	0	0	(0)	0

7	再編前の許可病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計	うち対象3区分の合計
	① 平成30年度病床機能報告						0	0
	② 令和2年4月1日時点(※5)						0	0

- ※5 平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までの間に、病床数の変更がない場合は、①と同じ値を記載すること。

8	対象3区分の病棟の 年間在棟患者延べ数(人)	高度急性期	急性期	慢性期	合計
	① 平成30年度病床機能報告(※6)				0
	② 令和2年4月1日時点(※7)				0

- ※6 対象3区分の病棟に係る平成30年度病床機能報告の報告様式1(病棟票)の(48)欄の数値を計上すること。なお、平成30年度病床機能報告の報告様式1(病棟票)において、「過去1年間の間に病棟の再編・見直しあり」と報告した病棟の年間在棟患者延べ数については、以下の式により補正して計上すること。

○ 補正後の年間在棟患者延べ数 = 年間在棟患者延べ数( (48) 欄に記載された数値) ÷ 報告可能な対象期間(月単位) × 12

(注) 報告可能な対象期間(月単位)は、平成30年度病床機能報告で報告した月数とすること。

例) 報告可能な対象期間を「平成29年7月1日～平成30年12月末日」とした場合 ⇒ 報告可能な対象期間(月単位) = 6

- ※7 7の①と7の②の値が同じ場合は8の②の入力は不要。

9	<選択>	対象3区分の病床稼働率	一日平均実働病床数	適用
	A 平成30年度病床機能報告	0.0%	0	
	B 令和2年4月1日時点	0.0%	0	

10	再編前の対象3区分の稼働病床数 から一日平均実働病床数までの減 少分に係る支給額	単価(千円)	病床数	支給額(千円)
		1,140	0	0

11	一日平均実働病床数から再編後の 対象3区分の許可病床数までの減 少分に係る支給額	単価(千円)	病床数	支給額(千円)
		2,280	0	0

要件 審査	90%減少チェック	<input type="radio"/>
----------	-----------	-----------------------

12	支給申請額(千円)	0
----	-----------	---



令和年度補助金調書 (補助事業者名 ) )

歳出予算科目	交付決定の額	県		市 町						備考			
		入		歳		出							
		科目	予算現額	収入済額	科目	予算現額	うち県費補助金相当額	支出済額	うち県費補助金相当額		翌年度繰越額	うち県費補助金相当額	
(項)	円		円	円		円		円		円		円	
(目)													

- 1 「市町」の「科目」は、「歳入」については、款、項、目、節を、「歳出」については、款、項、目をそれぞれ記載すること。
- 2 「予算現額」は、「歳入」については、当初予算額、補正予算額等の区分を、「歳出」については、当初予算額、補正予算額、予備費支出額、流用増減額等の区分を明らかにして記載すること。
- 3 補助事業等の市町の歳出予算額の繰越が行われた場合における翌年度に係る補助金調書の作成は本表に準ずること。この場合において、市町の「歳入」の「科目」に「前年度繰越金」を掲げる場合は、その「予算現額」及び「収入済額」の数字の下欄に県費補助額を ( ) をもって付記すること。
- 4 「備考」欄は、参考となるべき事項を適宜記載すること。

様式第5号（用紙 日本産業規格A4縦型）

請 求 書

金 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定（決定）を受けた病床機能再編支援事業費の補助金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

所在地  
名 称  
代表者 氏 名

（注）法人その他の団体にあつては、以下の項目についても記載すること。

責任者 職・氏名

作成者 職・氏名