

4 医計第 1 0 1 号  
令和 4 年 5 月 1 0 日

基幹的保健所長  
西尾保健所長 殿

保 健 医 療 局 長

令和 4 年度病床機能再編支援交付金の活用意向について（通知）

令和 4 年度病床機能再編支援交付金については、愛知県地域医療構想推進委員会及び愛知県医療審議会医療体制部会において交付金交付の適否を審議することとしますが、意見聴取に係る事務手続きについては、別紙のとおりといたしますので、適切な事務処理をお願いします。

なお、別添の意向調査を各医療機関宛て郵送で送付しておりますので、御承知ください。

担 当 健康医務部医療計画課  
医療計画グループ  
電 話 052-954-6265（ダイヤルイン）  
ファックス 052-953-6367

## 令和4年度病床機能再編支援交付金の取扱いについて

### 1 病床機能再編支援交付金の募集について

- (1) 医療計画課は、医療機関に対し「病床機能再編支援交付金の活用意向」を送付するとともに、県医師会や病院協会等関係団体にも参考として通知する。
- (2) 各構想区域の地域医療構想推進委員会（以下「推進委員会」という）及び医療審議会において審議を行うため、(1)により意向のあった医療機関は、医療計画課に「病床機能再編計画書」（以下「計画書」という。）を提出する。（別途、該当医療機関宛てに医療計画課から連絡。）
- (3) 医療機関から提出された計画書の内容について、医療計画課から推進委員会の事務局である基幹的保健所及び西尾保健所（以下「基幹的保健所等」という）に情報提供を行う。
- (4) 第2回推進委員会（令和5年2月～3月頃）で意見聴取を予定しているため、医療審議会（令和5年2月～3月頃開催予定）の開催日程より前に意見聴取を行う。

### 2 推進委員会における意見の聴取について

#### (1) 推進委員会に提示する資料及び事業計画者との調整について

ア 推進委員会における資料については、計画者から提出された計画書とする。

##### 【資料の内容】

- 1 構想区域、医療機関名
- 2 地域の状況（地域の医療体制、病床の減少を実施する医療機関の圏域における役割など）
- 3 計画完了日までの病床減少の変遷
- 4 病床減少のスケジュール
- 5 病床の減少が地域医療構想の達成に必要と考えられる理由

イ 基幹的保健所等は、推進委員会において計画者に計画内容を説明させるため、出席依頼等の調整を行う。

#### (2) 推進委員会における議事について

ア 計画書の内容について、推進委員会の意見を聴取する。

イ 議事、会議資料及び議事録については非公開とする。

ウ 計画者からの説明後、質疑時間を設ける。質疑終了後、計画内容の適否について、採決を行う。

### 3 結果の通知について

- (1) 基幹的保健所等は推進委員会終了後、速やかに議事結果を医療計画課宛てに文書で報告する。

(2) 医療計画課は推進委員会の結果を踏まえ、医療審議会の意見を聴取し、計画内容の適否について採決結果を、計画者に文書で通知するとともに、推進委員会及び医療審議会で計画内容が適当である旨の議決のあった計画について、交付金交付申請の手続きを進める。

4 医計第 1 0 1 号  
令和 4 年 5 月 1 0 日

各医療機関の開設者 様

愛知県保健医療局長  
(公 印 省 略)

病床機能再編支援交付金の活用意向について（照会）

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃から格別の御理解と御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

本県では、地域医療構想の達成に向けた取組みとして、地域医療介護総合確保基金を活用した病床機能再編支援交付金事業を実施しております。

つきましては、この交付金の本年度及び来年度の所要見込額を把握したいので、一般病床又は療養病床の数を減らし、本事業を活用する意向がある場合は、お手数ではありますが、下記の留意事項を参考の上、令和 4 年 6 月 1 日（水）までに、別添の調査票を提出してください。

なお、本事業の活用意向がない場合には、回答は不要です。

記

1 事業の概要

地域医療構想の実現のため、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものが、病床数の適正化に必要な病床数の削減を行う場合、削減病床に応じた額を交付する。

<対象>

平成 30 年度病床機能報告において「高度急性期」「急性期」「慢性期」のいずれかを選択した稼働病床数を減少する医療機関の開設者等

（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については、令和 2 年 4 月 1 日時点の稼働病床数と比較していずれか少ない方が基準となる。）

<支給要件>

- ・地域医療構想推進委員会及び医療審議会の意見を踏まえ、県が必要と認めたもの。
- ・削減後の許可病床数が、病床機能報告における稼働病床数の90%以下であること。  
(10%以上の稼働病床数を削減すること。)

<算定方法>

「高度急性期」「急性期」「慢性期」を報告した病床の病床稼働率に応じ、減少する病床1床あたりの額を交付。

病床稼働率(*)	削減した場合の1床あたり単価
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

$$(*)\text{病床稼働率} = \frac{\text{平成30年度病床機能報告の「高度急性期」「急性期」「慢性期」の病床の年間在棟患者延べ数の合計値} \times 100}{\text{平成30年度病床機能報告の「高度急性期」「急性期」「慢性期」の病棟の許可病床数の合計値} \times 365}$$

※回復期機能への転換病床数及び介護医療院への転換病床数、過去に本事業の支給対象となった病床数、同一開設者の医療機関への病床を融通した場合にその融通した病床数を除く。

※補助金の算定の計算には、休床分は含めない。

※一日平均実働病床数（「高度急性期」、「急性期」、「慢性期」の病床数に病床稼働率を乗じた数）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数は2,280千円/床の単価とする。

2 留意事項

- (1) 本調査をもって、令和4年度及び令和5年度の対象を確認するため、**令和4年度及び令和5年度の活用意向がある場合には、本調査票を必ず提出してください。今回提出がなかった場合、令和4年度及び令和5年度の交付は受けられません。**
- (2) 調査票を提出いただいた医療機関には、後日、担当者から連絡させていただきます。ただし、調査票の提出をもって交付金の交付を約束するものではありません。

### 3 調査票の提出

(1) 提出書類

病床機能再編支援交付金活用意向調査票

(2) 提出方法

電子メール又はファックス

(3) 提出期限

令和4年6月1日(水)

(問い合わせ・提出先)

担当 健康医務部医療計画課 医療計画グループ

電話 052-954-6265(ダイヤルイン)

ファックス 052-953-6367

メール iryo-keikaku@pref.aichi.lg.jp

FAX : 052-953-6367 (愛知県保健医療局医療計画課医療計画 G)

**病床機能再編支援交付金活用意向調査票**

(提出期限 : 令和 4 年 6 月 1 日 (水))

年 月 日

**1 医療機関の名称等**

医療機関	名称	
	所在地	

**2 削減前の病床数 : 床**

**3 削減後の病床数 : 床**

病床数	医療機能別病床数 (稼働病床数)		
		H30.7.1 時点	R2.4.1 時点
床	高度急性期	床	床
	急性期	床	床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	(うち非稼働)	床	床

病床数	医療機能別病床数 (許可病床数)	
床	高度急性期	床
	急性期	床
	回復期	床
	慢性期	床
	休棟等	床
	(うち非稼働)	床

**4 病床削減の時期**

病床削減 予定年月
年 月

(連絡先)

所属・担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

(注意事項)

※令和 4 年度及び令和 5 年度に本交付金の活用意向がある場合には、本調査票を必ず提出してください。本調査票の提出がなかった場合、令和 4 年度及び令和 5 年度の交付は受けられません。