

令和8年度福岡県病床機能再編支援事業費給付金の事前申請について

標記給付金の支給を希望される医療機関は、下記の要領で支給申請書をご提出ください。

1 募集対象事業

病床機能再編支援事業

- (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

(1) 単独支援給付金支給事業

○支給対象

- ・平成30年度病床機能報告において、平成30年7月1日時点の病床機能について、高度急性期機能・急性期機能・慢性期機能(以下「対象3区分」という。)と報告した病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画(以下「単独病床機能再編計画」)を作成した医療機関の開設者又は開設者であった者

○支給要件

- ・単独病床機能再編計画について、地域医療構想調整会議の議論の内容及び医療審議会の意見を踏まえ、知事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
- ・病床機能再編を行う医療機関における病床機能再編後の対象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90%以下であること

○支給額

病床稼働率	削減した場合の1床あたりの単価
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

※ただし、支給にあたっては以下の病床数は除く。

- ・回復期機能、介護医療院に転換する病床数
- ・過去に令和2年度及び令和3年度病床機能再編支援補助金における地域医療構想を推進するための病床機能削減給付金及び支給対象となった病床数

(2) 統合支援給付金支給事業

○支給対象

- ・平成30年度病床機能報告において、平成 30 年 7 月 1 日時点の病床機能について、対象3区分と報告した病床数の減少に伴う統合計画に参加する医療機関(以下「統合関係医療機関」という)の開設者

○支給要件

- ・統合計画について、地域医療構想調整会議の議論の内容及び医療審議会の意見を踏まえ、知事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
- ・統合関係医療機関のうち1以上の病院が廃止(有床診療所化、無床診療所化も含む。)となること
- ・統合後、統合関係医療機関のうち 1 以上の医療機関が運営されていること。
- ・令和9年 3 月 31 日までに統合が完了する計画であり、すべての統合関係医療機関が計画に合意していること
- ・統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上を削減すること

○支給額

病床稼働率	削減した場合の1床あたりの単価
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

※ただし、支給にあたっては下記の病床数は除く

- ・回復期機能への病床転換数及び介護医療院への転換病床数

(3)債務整理支援給付金支給事業

○支給対象

- ・地域医療構想の実現に資する統合計画に参加し、統合後に存続している医療機関であって、統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために金融機関から新たに融資を受けた医療機関(以下「承継医療機関」という。)の開設者。

○支給要件

- ・地域医療構想調整会議の議論の内容及び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統合計画による統合後に存続している医療機関であること
- ・統合関係医療機関のうち1以上の病院が廃止(有床診療所化、無床診療所化も含む。)となること
- ・統合後、統合関係医療機関のうち 1 以上の医療機関が運営されていること
- ・統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために金融機関から新たに融資を受けていること
- ・金融機関から取引停止処分を受けていないこと
- ・国税、社会保険料又は労働保険料を滞納していないこと

○支給額

- ・承継医療機関が統合により廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために、金融機関から新たに受けた融資に対する利子の総額

※(1)(2)(3)ともに、地域医療構想の実現を目的としない病床機能再編(経営困難等による自己破産による廃院)は支給の対象とはならない。

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	・単独支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書(様式第1号) ・支給申請額算定シート(様式第1-2号)
統合支援給付金支給事業	- 統合支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書(様式第2号) ・支給申請額算定シート(様式第2-2、3号)
債務整理支援給付金支給事業	- 債務整理支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書(様式第3号) ・支給申請額算定シート(様式第3-2号)

(2)提出期限

令和8年度病床機能再編事業費給付金…令和8年1月30日(金)

(3)提出方法

(4)に記載の提出先の電子メールアドレス宛てに、支給申請書の電子ファイルを送信してください。

(4)提出先

福岡県保健医療介護部医療指導課医療計画係

住 所 〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7

TEL 092-643-3328

FAX 092-643-3277

E-mail iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

4 その他

○当該事業の概要等は、福岡県ホームページ(下記のアドレス)で公開しております。

(<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/byousyousaihenhsienn.html>)

○当該給付金の申請にあたっては、地域医療構想調整会議、福岡県医療審議会での協議が必要とされています。このため、補助金の申請以外でも、事業についての説明資料の作成、地域医療構想調整会議等への出席をお願いすることがありますので、予めご了承ください。

○当該給付金の申請にあたり、支給申請書の内容によっては、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。

○国の予算状況等により、全ての事業者からのご要望に沿えない場合が想定されますので、ご了承の上、支給申請書の提出をお願いします。