

令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等「受入病床確保事業」補助金の交付申請（令和6年1月～3月分）について

標記の補助金（病床確保料）について、令和6年1月1日から3月31日までを対象期間とする交付申請についてご案内します。

1 対象事業及び実施者

「病床確保料の対象となる病床等について（通知）」（令和5年9月26日 神奈川県健康医療局医療危機対策本部室長）にて県から配分される病床確保料対象病床を有する医療機関が主な対象となります。

詳細は、交付要綱別表1-3のとおりです。

2 対象となる期間

令和6年1月1日～令和6年3月31日（第4四半期）

3 交付申請の提出期限

令和6年2月16日（金）（消印有効）

重要

事前に連絡がなく上記の受付期間内にご提出がなかった場合、補助金の交付はできませんのでご注意ください。

○令和5年度第4四半期の申請方法

第4四半期分は交付申請と実績報告を分けて提出していただきます。実績報告については、対象期間経過後に改めてご案内いたします。

4 提出書類

送付する病床確保料申請書類作成用エクセルファイルで作成した書類を印刷して県へ郵送してください。

- (1) 連絡票
- (2) 第1号様式「令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金事業実施計画」
- (3) 別紙1「令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金に関する事業実施計画」
- (4) 別紙2「事業の実施に要する経費に関する調書」
- (5) 第2号様式「令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金交付申請書」
- (6) 別紙3（1）「令和5年度神奈川県新型コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金に関する事業実施計画（個票）」、（2）「令和5年度神奈川県新型コ

コロナウイルス感染症患者等受入病床確保事業補助金に関する事業実施計画（個票）

※申請する事業に応じて提出してください

(7) 別紙4（1）、（2）

※申請する事業に応じて提出してください。

(8) 別紙4（参考資料）空床数計算シート（集計）

(9) 別紙4（参考資料）空床数計算シート（月別）（1月～3月）

(10) 別紙4（参考資料）空床数計算シート（集計）院内感染が発生した医療機関に対する病床確保料

(11) 別紙4（参考資料）空床数計算シート（月別）院内感染用（1月～3月）

※申請する事業に応じて提出してください。

(12) 歳入歳出予算書抄本

(13) 事前着手届出書(令和4年度又は令和5年12月までに「受入病床確保事業補助金」の交付を受けていない医療機関のみ)

(14) コロナ対応に伴う処遇改善状況（ただし、「院内感染が発生した医療機関に対する病床確保料」のみの補助申請の場合は提出不要です。）

(15) 第9号様式（役員等氏名一覧表）

※第1四半期～第3四半期分を申請された医療機関については、直近でご提出いただいたものから役員等が変更になった場合のみ提出してください（郵送と併せてエクセルファイルを電子メールで送付してください）。

(16) その他根拠資料等

必須の資料は次のとおりです。

ア 「病床確保料の対象となる病床等について（通知）」（令和5年9月26日神奈川県健康医療局医療危機対策本部室長）にて、県から配分された病床確保料対象病床（以下、「即応病床」という）及び休止病床の配置や病床数を示すフロア図、増減の推移が分かる資料

即応病床、休止病床がフロア図の病床のどこにあたるのか、関係性が分かるようにして示してください。また、「中等症Ⅱ以上用のコロナ病床（重症用および中等症Ⅱ用病床）」の場所が分かるように図示してください。

イ ICU、HCU病床の根拠資料

ICU又はHCU区分で空床補償あるいは休床補償を申請する場合は施設基準に係る関東信越厚生局への届出の写し、空床補償として申請する期間中の当該病床の看護配置人数が分かる書類（空床補償のみ）、当該ICU、HCU病床の所在が分かる平面図を提出してください。

5 交付申請について

交付申請は次の数値で申請をしてください。

申請した金額以上の実績額となった場合、申請額以上の補助はできません。余裕

をもった空床数となるように次のとおり申請してください。

(1) 病床確保料対象病床数

「病床確保料の対象となる病床等について（通知）」（令和5年9月26日 神奈川県健康医療局医療危機対策本部室長）にて県から配分される病床確保料対象病床を次のとおり入力してください。

期間	病床数
1月1日～1月9日	段階0のため申請対象外（入力不要）
1月10日～1月23日	段階Ⅰにおける病床確保料対象病床数
1月24日～2月5日	段階Ⅱにおける病床確保料対象病床数
※2月6日～3月31日	段階Ⅲにおける病床確保料対象病床数

※余裕をもった交付申請額とするため、当該期間は、**段階Ⅲにおける病床確保料対象病床数で入力**をお願いいたします。

なお、段階Ⅲにおける病床確保料対象病床数については、段階Ⅲの県移行基準（入院患者数）に達した段階で決定されるため、現時点では不明となっています。そのため、**2月6日～3月31日の期間については、次のとおり申請をお願いいたします。**

「令和5年10月以降の新型コロナウイルス感染症の病床について（通知）」（令和5年9月26日 神奈川県医療危機対策本部室長）の「**病床フェーズ5**」における、**中等症Ⅱ以上用（重症用および中等症Ⅱ用病床）のコロナ病床数の合計数が、**

- 1床の医療機関 ⇒ 病床確保料対象病床の上限は1床
- 2床の医療機関 ⇒ 病床確保料対象病床の上限は2床
- 3床の医療機関 ⇒ 病床確保料対象病床の上限は3床
- 4床**以上**の医療機関 ⇒ 病床確保料対象病床の上限は**4床**

となるように申請をお願いします。

※詳しくは「資料3（別紙）」をご参照ください。

(2) 即応病床数

交付申請においては、病床確保料対象病床数と同数となるようにしております。
※実績報告時に、対象病床のうち新型コロナ患者として、実際に稼働した病床数を入力していただきます。

(3) 使用病床数、空床数

交付申請においては、空床数が最大となるよう、あらかじめ使用病床数「0床」となるようにしております。

※実績報告時に、実績に沿った使用病床数を入力していただきます。

(4) 休止病床数

想定される最大の病床数で申請をしてください。

(5) 対象経費支出額

対象経費支出予定額（別紙4（1）、（2））は、基準額の単価と同額となるように入力しております（実績報告時に実際の金額を入力していただきます）。

※「院内感染が発生した医療機関に対する病床確保料」の交付申請をされる医療機関は、想定される最長の期間で、最大の空床数、休止病床数となるように申請してください。

その他、入力の詳細については、**資料3**をご確認ください。

6 留意事項

- (1) 交付決定額より実績報告の額が上回る場合、補助できるのは交付決定の額までとなります。余裕をもった空床数、休床数により交付申請をいただきますが、院内感染の発生による「院内感染が発生した医療機関に対する病床確保料」などにより、**実績額が上回ることが想定される場合、令和6年3月8日までに県交付金担当までご相談ください（令和6年3月31日までに増額の交付決定を行う必要があります。それ以降のご連絡では対応できないこともございますので、ご承知おきください）。**
- (2) **交付決定した申請内容について、実績報告時の審査の結果、否認することがありますので、ご了承ください。**
- (3) 病床確保料対象病床数の上限は、「病床確保料の対象となる病床等について（通知）」（令和5年9月26日 神奈川県健康医療局医療危機対策本部室長）にて**県から配分された病床確保料対象病床数まで**となります。
- (4) 病床確保料の補助対象となる医療機関は、**コロナ対応に伴う処遇改善状況（実績）の報告のほか、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS）への情報入力**が必要です。
なお、コロナ対応に伴う処遇改善状況の内容については、県から厚生労働省に報告します。
- (5) 「**院内感染が発生した医療機関に対する病床確保料**」の申請をする医療機関は、**新型コロナウイルス患者の外部からの受入実績と新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS）への入力**が補助要件となります。**入院状況等を確実に入力**するようにしてください。 **※入力がない医療機関には、補助を行うことはできません。**
- (6) 使用病床数（入院患者数）については、1日のうちに当該病床へ複数の入院患者が入院した場合も1床とカウントしてください。
- (7) 報告書等への押印は不要です。
- (8) 本補助金は、国費を活用した事業となるため国の会計検査の対象となります。証拠書類等は、5年間保管してください（令和5年度分の資料については令和

10年度末までの保管が必要です)。また、会計検査では、必要に応じて現地調査や証拠書類の検査等が行われます。

6 提出先

提出書類一式(第9号様式「役員等一覧表」を含む)を以下へ郵送してください。

住所：〒231-8588 横浜市中区日本大通1

宛先：神奈川県医療危機対策本部室管理グループ交付金担当

※ 第9号様式「役員等一覧表」については、郵送と併せて、作成したエクセルファイルを電子メールで次のアドレスへ提出してください。

※ ファイル名は「((医療機関名を記載)) 役員一覧」としてください。

○ 提出先メールアドレス

iryoukiki.byousyou.84xv@pref.kanagawa.lg.jp

問合せ先

医療危機対策本部室 管理グループ 交付金担当

電話 045-285-0646

メールアドレス iryoukiki.byousyou.84xv@pref.kanagawa.lg.jp