

記載要領

● 分娩取扱施設支援事業の概要

分娩取扱施設のうち、令和5年度における分娩取扱件数が、平成29年度から令和元年度の3年間における分娩取扱件数の平均を下回っている病院、診療所及び助産所に対して、分娩取扱に要する経費相当分の給付金を支給します。

事業の支給額

病院または診療所 1施設×2,500 千円

助産所 1施設×1,000 千円

1 目的

支援事業実施に向けて準備を進めるにあたり、対象施設の意向等を把握する必要があるため調査を行います。

2 調査対象

令和6年度、あるいは申請年度に分娩を取り扱っている病院、診療所及び助産所で、令和5年度における分娩取扱件数が、平成29年度から令和元年度の3年間における分娩取扱件数の平均を下回っている分娩取扱施設※₁※₂

※₁ 本事業においては、下記の補助金の交付を受ける分娩取扱施設については給付の対象外としています。

(ア) 平成21年4月1日医政発0401007号厚生労働省医政局長通知「産科医療確保事業の実施について」の別添「産科医療確保事業等実施要綱」に基づき、実施する産科医療機関確保事業

(イ) 平成21年3月30日医政発第0330011号厚生労働省医政局長通知「周産期医療対策事業等の実施について」に基づき実施する周産期母子医療センター運営事業

(ウ) 令和7年2月12日医政発0212第5号厚生労働省医政局長通知「令和6年度医療施設等経営強化緊急支援事業の実施について」の別添「医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱」に基づき、実施する地域連携周産期支援事業（分娩取扱施設）及び地域連携周産期支援事業（産科施設）

※₂ 平成29年度以降に開業した施設も対象となります（この場合の分娩取扱件数の平均等の考え方は「3 記載方法」の③を参照してください）。

3 記載方法

別添2（回答様式）上で以下の事項を記載してください。

① 意向有無等：プルダウンから「あり」、「なし」、「対象外」いずれかを選択してください※。

※ 「意向有無等」で「なし」又は「対象外」を選択された場合は、②～④

については回答不要です。

② 施設名称：貴施設名を記入してください。

③ 区 分：プルダウンから「病院」、「診療所」、「助産所」いずれかを選択してください。

④分娩取扱件数：各年度の分娩取り扱い件数※を記載してください。「比較対象期間」、「比較対象期間における分娩取扱件数の平均」、「直近の期間」、「直近の期間における分娩取扱件数の平均」は平成29年度以降に分娩取扱を開始した場合に下記のとおり記載してください（平成28年度以前から分娩を取り扱っている場合は記載不要です）。

- ・ 平成29年度から令和元年度の間開設した施設
比較対象期間：開設日から令和元年度末まで
直近の期間：令和5年度
- ・ 令和2年度から令和4年度の間開設した施設
比較対象期間：開設日から令和4年度末まで
直近の期間：令和5年度
- ・ 令和5年度以降に開設した施設
比較対象期間：開設日から本事業実施要綱公布日（令和7年2月12日）まで
直近の期間：本事業実施要綱公布日翌日（令和7年2月13日）から申請日まで

※ 多胎は児の数につき1件（双胎であれば2件）とカウントしてください。
また、妊娠22週以降の死産はカウントに含めてください。

4 回答方法

別添2（回答様式）に記入の上、電子メールで次のアドレスあてに御提出ください。
(ouhuku-chiikiiryoushou@pref.kanagawa.lg.jp)

※ 対象外及び意向のない場合もお手数ですが、御提出いただきますようお願いいたします。

5 回答期限

令和7年3月14日（金）

6 留意事項

- 本調査回答をもって支給を確約するものではありません。
- 当調査回答内容によって、追加で質問させていただく可能性があります。