

医 第 2381 号
令和 2 年 11 月 6 日

各医療機関 管理者様

神奈川県健康医療局保健医療部医療課長
(公 印 省 略)

病床機能再編支援補助金の活用に係る意向調査について（依頼）

本県の医療行政の推進につきましては、日頃御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、標記補助事業について、令和 2 年 10 月 20 日付事務連絡（別紙 1）により、厚生労働省医政局から令和 2 年度実施に係る事業計画書の提出期限について、各都道府県に連絡がありました。

つきましては、当該補助事業について、貴医療機関で活用を希望される場合は、お忙しいところ大変恐縮ですが、下記の事業計画書等を令和 2 年 11 月 26 日（木）までに、送付いただくようお願いいたします。

なお、事業計画書等を提出後、貴医療機関が所在する地域の地域医療構想調整会議及び県医療審議会等において、当該補助事業の活用について意見聴取を行う予定となっておりますが、本県の多くの地域が病床不足地域となっており、特に不足する機能（回復期又は慢性期）の病床削減が伴う場合は、地域で必要な議論が行われる場合がございますので、予めご承知おきください。

また、厚生労働省医政局から、当該補助事業については、来年度以降、地域医療介護総合確保基金の枠組みを活用して実施する予定との連絡を受けております。補助内容について未確定な部分がございますが、来年度以降であれば活用意向があるという場合については、下記問い合わせ先までご一報ください。

1 提出資料

- ・ 事業計画書（別紙 2-1、別紙 2-2、別紙 2-3）

2 提出方法

電子メールにて ouhuku-iryuu@pref.kanagawa.jp あて御提出ください。

件名：【医療機関名】病床機能再編支援補助金に係る意向調査への回答について

3 提出期限

令和 2 年 11 月 26 日（木）

4 留意事項

- ご提出にあたっては、下記URLに掲載する厚生労働省作成の資料を熟読して下さい。

【県ホームページ】

URL : <https://www.pref.kanagawa.jp/docs/t3u/pub/kinousaihenn.html>

- 平成30年度の病床機能報告のデータを基に、対象となりうる医療機関宛に送付しておりますので、現状では補助対象外となっている等の場合は、ご容赦ください。

提出先及び問合せ先

医療課地域包括ケアグループ 佐藤、大森、大津、犬飼

電話 045-210-1111 内線 4866、4893

電子メール ouhuku-iryuu@pref.kanagawa.jp