

島根県病床数適正化支援事業費給付金交付要綱

(通則)

第1条 島根県病床数適正化支援事業費給付金（以下「給付金」という。）については、予算の範囲内において交付するものとし、補助金等交付規則（昭和32年島根県規則第32号）（以下「規則」という。）、令和7年度（令和6年度からの繰越分）医療施設等経営強化緊急支援事業の実施について（令和7年4月1日付け医政発0401第5号厚生労働省医政局長通知）別紙「医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱」及び令和7年度（令和6年度からの繰越分）医療施設等経営強化緊急支援事業費の国庫補助について（令和7年5月2日付け医政発0502第8号厚生労働事務次官通知）別紙「令和7年度（令和6年度からの繰越分）医療施設等経営強化緊急支援事業費補助金交付要綱」に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(目的)

第2条 この給付金は、効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行うことを目的とする。

(交付の対象)

第3条 給付金の支給対象となる者（以下、「対象事業者」という。）は、令和6年12月17日から令和7年9月30日までの間に病床数（一般病床、療養病床及び精神病床の病床数とする。以下同じ。）の削減を行う病院又は診療所（以下、「医療機関」という。）であって、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 医療需要の変化を踏まえた医療機関に対する支援事業（病床数適正化支援事業）に係る事業計画の提出について（令和7年3月11日付け医第1421号）に基づき、事業計画を提出した医療機関であること
- (2) 開設者が、都道府県、市町村、地方公共団体の組合及び国立大学法人以外の医療機関であること
- (3) 令和4年度から3年度間連続で経常赤字の医療機関又は令和5年度から2年連続経常赤字かつ令和6年度に病床削減済みの医療機関であること
- (4) 令和7年9月30日時点において廃院又は事業譲渡等を行わないこと（10月1日以降に廃院又は事業譲渡等を予定しているものを含む。）
- (5) 介護医療院等の介護保険施設への転換のための病床数の削減ではないこと
- (6) 有床診療所から無床診療所への変更を行うための病床数の削減ではないこと

(交付申請額の算定方法)

第4条 この給付金は次により算定の上、交付申請を行うものとする。

- 2 給付金は、削減する病床1床につき4,104千円とし、50床を上限とする。
- 3 削減する病床は、令和6年4月1日以降、当該病床を削減するまでの間、休床若しくは非稼働状態が継続している病床とする。

4 給付対象の稼働病床が地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業(単独支援給付金支給事業)による給付金の支給を受けていた場合は、差額のみを支給する。

5 算定に当たっては、次の各号に掲げる病床数は除くものとする。

- (1) 産科部門の病床(MFICU等を含む)及び小児科部門の病床(NICU・GCU等を含む)を削減した場合、その削減した病床数(産科施設において現に分娩に用いておらず、今後も用いる予定のない病床等、分娩取扱や小児医療の提供に支障を来たさない病床を除く。)
- (2) 同一開設者の医療機関へ病床を融通した場合、その融通した病床数
- (3) 事業譲渡等により病床を削減した場合、その削減した病床数
- (4) 病床種別を変更した場合、その変更した病床数
- (5) 医療法第30条の4第10項から第12項までの規定及び国家戦略と区別区域法に基づき許可を受けた病床を削減した場合は、その削減した病床数
- (6) 診療所の療養病床又は一般病床について、医療法施行規則第1条の14第7項の規定に該当し、医療法第7条第3条の許可を受けずに設置された病床を削減した場合は、その削減した病床数
- (7) その他、次の病床を削減した場合、その削減した病床数

ア 国の開設する病院若しくは診療所であって、宮内庁、法務省若しくは防衛省が所管するもの、独立行政法人労働者健康安全機構の開設する病院若しくは診療所であって、労働者災害補償保険の保険関係の成立している事業に使用される労働者で業務上の災害を被ったもののみの診療を行うもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院若しくは診療所、児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第6項に規定する療養介護を行う施設である病院又は独立行政法人自動車事故対策機構法第13条第3号に規定する施設である病院若しくは診療所の病床(職員及びその家族、隊員及びその家族、業務上の災害を被った労働者、従業員及びその家族又は入院患者が利用する病床に限る。)

イ 放射線治療病室の病床

- ウ 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床
- エ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第16条第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床（同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）

（交付申請）

第5条 規則第4条第1項の申請書は、様式第1号によるものとし、給付金の交付を受けようとする対象事業者は、知事に対して、次の書類を添えて申請を行うものとする。

- (1) 島根県病床数適正化支援事業費給付金口座振込依頼書兼誓約書（様式第1-2号）
- (2) 事業計画書（様式第1-3号）
- (3) 削減する病床が、令和6年4月1日以降、当該病床を削減するまでの間、休床若しくは非稼働状態が継続していることが分かる書類
- (4) 歳入歳出予算書の抄本
- (5) 過年度に申請した地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業（単独支援給付金支給事業）支給申請書兼口座振込依頼書の写し

2 規則第4条第1項の知事が定める期日は、別に定めるものとする。

（交付決定額の調整方法）

第6条 知事は、前条の規定に基づき給付金の交付申請書が提出された場合には、県予算の範囲内かつ第3条第1項第3号の経常赤字額の平均の2分の1を目安とした上で、交付申請額を調整し、交付決定を行うものとする。

（交付の条件）

第7条 給付金の交付決定には、次の条件が付されるものとする。

- (1) 事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、速やかに知事の承認を受けなければならない。
- (2) 事業を中止し、又は廃止する場合には、速やかに知事の承認を受けなければならない。
- (3) 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- (4) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿等及び証拠書類を給付金の額の確定の日（事

業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。

(給付金の概算払)

第8条 知事は、必要があると認めるときは、概算払をすることができる。なお、概算払により給付金の交付を受けようとする際の請求書は、様式第3号によるものとする。

(実績報告)

第9条 規則第10条の実績報告書は、様式第2号によらなければならない。

2 前項の実績報告書は、給付事業が完了した日から30日を経過した日又は当該年度の3月31日のいずれか早い期日までに知事に提出しなければならない。

(給付金の返還)

第10条 給付金の交付を受けた者が次に該当する場合は、知事が定めた期限までに交付を受けた給付金の全額又は一部を返還しなければならない。

- (1) 給付金の交付を受けた日から、令和17年9月30日までの間に正当な理由なく病床を増加させた場合。ただし、知事において病床の増加が必要と認めた場合はその限りではない。
- (2) 申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認めた場合。

(給付事業の内容の公表)

第11条 知事は、給付事業の内容(対象事業者の名称や交付決定を行った対象事業者ごとの病床数等)について、対象事業者の利益に反しない範囲で公表することができる。

(書類等の提出)

第12条 対象事業者が、この要綱の規定により知事に提出する書類は、医療政策課へ提出する。

(補則)

第13条 この要綱に定めるもののほか、この給付金の交付に関して必要な事項は知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年6月3日から施行し、令和7年度の給付金から適用する。

様式第 1 号

番 号
年 月 日

島根県知事 様

所 在 地
補助事業者名

令和 年度島根県病床数適正化支援事業費給付金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請額
金 円

2 添付書類

- (1) 島根県病床数適正化支援事業費給付金口座振込依頼書兼誓約書（様式第 1 - 2 号）
- (2) 事業計画書（様式第 1 - 3 号）
- (3) 削減する病床が、令和 6 年 4 月 1 日以降、当該病床を削減するまでの間、休床若しくは非稼働状態が継続していることが分かる書類（様式任意）（※ 1）
- (4) 歳入歳出予算書の抄本
- (5) 過年度に申請した地域医療介護総合確保基金における病床機能再編支援事業（単独支援給付金支給事業）支給申請書兼口座振込依頼書の写し（※ 2）

※ 1 当該期間の病床稼働率や厚生局に対する休床の届出など、休床若しくは非稼働状態であることが客観的に判断できる資料等を提出すること

※ 2 当該給付金の支給を受けている場合のみ提出すること

No	医療機関の名称	令和4年度 常赤額(千円) ※1	令和5年度 常赤額(千円) ※1	令和6年度 常赤額(千円) ※1	令和7年度 みでの収入見込額(千円) ※2	他の補助金等 ※3	地域医療構想 ※3	(実施済を含む) ※4	削減予定日	設置主体	構想区域名	外來管理番号	おける能報告に 床病	令和6年度 病床数	削減前の許可病床数				削減後の許可病床数				支給病床数(支給対象となる病床数)				支給病床数(うち稼働病床数) ※補助金交付申請病床数				単価 (千円)	小計 (千円)	地域医療介護 総合確保基金 単独支援給 付金 支給額 (千円)	支給申請 額 (千円)
															一般	療養	精神	合計	一般	療養	精神	合計	一般	療養	精神	合計	一般	療養	精神	合計				
1															0				0								0	4,104	0		0			
2															0				0								0	4,104	0		0			
3															0				0								0	4,104	0		0			
4															0				0								0	4,104	0		0			
5															0				0								0	4,104	0		0			
6															0				0								0	4,104	0		0			
7															0				0								0	4,104	0		0			
8															0				0								0	4,104	0		0			
9															0				0								0	4,104	0		0			
10															0				0								0	4,104	0		0			
11															0				0								0	4,104	0		0			
12															0				0								0	4,104	0		0			
13															0				0								0	4,104	0		0			
14															0				0								0	4,104	0		0			
15															0				0								0	4,104	0		0			
16															0				0								0	4,104	0		0			
17															0				0								0	4,104	0		0			
18															0				0								0	4,104	0		0			
19															0				0								0	4,104	0		0			
20															0				0								0	4,104	0		0			
合計															0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

※1 各年度の経常収支が赤字の医療機関については金額を記載。(マイナスで記載)黒字の場合は記載不要。
 ※2 国・地方自治体から経営支援を目的とした他の補助金等で令和7年度に措置される見込み額を記載。
 ※3 単独支援給付金支給事業を活用した病床の場合は記載
 ※4 令和6年12月17日から令和7年9月30日までの削減に限る

1 厚生労働省
 2 独立行政法人国立病院機構
 3 国立大学法人
 4 独立行政法人労働者健康安全機構
 5 国立高度専門医療研究センター
 6 独立行政法人地域医療機能推進機構
 7 その他(国)
 8 都道府県
 9 市町村
 10 地方独立行政法人
 11 日赤

- 12 済生会
- 13 北海道社会事業協会
- 14 厚生連
- 15 国民健康保険団体連合会
- 16 健康保険組合及びその連合会
- 17 共済組合及びその連合会
- 18 国民健康保険組合
- 19 公益法人
- 20 医療法人
- 21 私立学校法人
- 22 社会福祉法人
- 23 医療生協
- 24 会社
- 25 その他の法人
- 26 個人

様式第 1 - 2 号 島根県病床数適正化支援事業費給付金口座振込依頼書兼誓約書

島根県知事 様

島根県病床数適正化支援事業費給付金の支給を受けたいので以下のとおり口座振替依頼書を提出します。
また、以下 4 の「支給申請に関する誓約事項」について誓約します。

1. 申請者の情報

		申請年月日	年	月	日
フリガナ		住所・所在地	〒	-	
医療機関の名称					
フリガナ		事務担当者	氏名		
開設者 <small>(代表者の職・氏名も記載)</small>			電話番号		
			ファクシミリ		
			電子メール		

2. 支給申請額

支給申請額(千円)	
-----------	--

3. 給付金の振込口座

金融機関名		金融機関 コード		支店名		支店 コード	
口座番号 (右詰め)		預金種別		フリガナ			
				口座名義人			

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入すること。

4. 支給申請に関する誓約事項

<p>(1) 本給付金に関する報告や調査について、厚生労働省又は島根県から求められた場合には、これに応じます。</p> <p>(2) 本給付金の給付後、以下の①から②に該当した場合は、本給付金の全額又は一部を返還します。</p> <p>①給付金の交付を受けた日から、令和 1 7 年 9 月 30 日までの間に正当な理由なく病床を増加させた場合。(ただし、都道府県知事において病床の増加が必要と認めた場合はその限りではない。)</p> <p>②申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けたと認める場合</p>

様式第2号

番 号
年 月 日

島根県知事 様

所 在 地
補助事業者名

令和 年度島根県病床数適正化支援事業費給付金実績報告書

令和 年 月 日付け指令 医第 号により交付決定を受けた病床数適正化支援事業費給付金に係る事業実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

1 精算額

金 円

2 添付書類

- ・ 病床数の変更を保健所等へ届け出た書類の写し

様式第3号

請 求 書

金 円也

ただし、令和 年度島根県病床数適正化支援事業費給付金

交付決定額 円

受領済み額 円

おって請求する額 円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所 在 地
補助事業者名

島根県知事 様