

意向調査要領（病床機能再編支援事業）

令和7年度に病床機能再編支援事業の活用を希望される医療機関は、この要領に基づき関係書類を御提出ください。

【関係資料掲載先】広島県ホームページ

トップページ>組織でさがす>健康福祉局>医療介護政策課>令和7年度「病床機能分化・連携促進基盤整備事業」及び「病床機能再編支援事業」の活用意向調査について

(<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/64/shinkikin-hojo-07.html>)

1. 対象事業

- (1) 単独支援給付金支援事業
- (2) 統合支援給付金支援事業
- (3) 債務整理支援給付金支援事業

2. 事業の概要（県ホームページ参照）

- 事業概要については、「2 病床機能再編支援事業」の「事業の概要等」を御確認ください。
- その他詳細について、「病床再編支援給付金支給要綱」「病床機能再編支援事業 Q&A」を御確認ください。

【留意点】

- 昨年度の意向調査で令和7年度意向の事業希望を回答した場合でも、改めて回答してください。
- いずれの事業も地域医療構想の実現に向けた病床機能再編への自主的な取組を支援するものとなります。
- 関係書類提出後、補助金の交付を受けるに当たっては、二次保健医療圏ごとに設置している「地域医療構想調整会議」及び「広島県医療審議会保健医療計画部会」での協議を経ることが要件となります。
- 地域医療構想調整会議及び広島県医療審議会保健医療計画部会での議論の結果、地域医療構想の実現に向けた必要な取組と判断されなかった場合や、圏域の病床状況によっては、事業の対象とならない場合もありますので、あらかじめ御了承ください。
- その他、国・県の子算の関係等により、御要望に沿えない場合がありますので、御了承ください。

3. 提出書類・提出先等

(1) 提出書類

該当する事業の事業計画書

- ・ 事業計画書（単独支援給付金）
- ・ 事業計画書（統合支援給付金）
- ・ 事業計画書（債務整理支援給付金）

（県HPよりダウンロード）

(2) 提出期限

令和6年10月21日(月)

(3) 提出方法

次の(4)提出先に記載しているメールアドレス宛てに、電子データで送信してください。電子メールでの対応が難しい場合は、御連絡ください。

(4) 提出先

広島県健康福祉局医療介護政策課(担当:渡辺)

住所: 〒730-8511 広島県広島市中区基町10-52

TEL: 082-513-3064(ダイヤルイン) FAX: 082-502-8744

E-mail: fuiryousei@pref.hiroshima.lg.jp

4. その他

- 当該事業は令和8年度が終期となっているため、現時点で令和9年度意向の措置が未定であること御留意ください。
- 当該事業の給付金支給に当たっては、地域医療構想調整会議及び広島県医療審議会保健医療計画部会での協議が要件とされています。このため、医療機関の対応としては、給付金の申請以外に病床再編計画に係る説明資料の作成、地域医療構想調整会議及び広島県医療審議会保健医療計画部会への出席、説明が必要となりますので、予め御了承ください(会議については、別途調整を行います)。
- 申請希望を回答した後、県からメール又は電話で返信がなかった場合は、お手数ですが医療介護政策課まで御連絡ください。