**回答先　広島県医療介護政策課　　 ＦＡＸ ： ０８２－５０２－８７４４**

**（担当者　渡辺・垣内）　 　　 　Ｅメール：fuiryousei@pref.hiroshima.lg.jp**

**≪回答期限：令和６年10月21日（月）≫　　　※ 希望しない場合は、提出不要です。**

**１**

**１ 病床機能分化・連携促進基盤整備事業　意向調査票**

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地：　　　　　　　　　　市・町

担当者名：　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　Eメール：

**１　回復期病床への転換に係る事業**　（いずれかに〇）

　　予定あり　　・　予定なし

■転換(予定)病床数：　　　　　　床（ 転換前の医療機能：　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 実施予定年度 | 事業内容（主な整備内容） | 総事業費（見込額）［単位：千円］ |
| 令和７年度 | 令和８年度 |
| 1. 回復期病床転換に伴う施設整備
 |  |  |  |  |
| 1. 回復期病床転換に伴う設備整備
 |  |  |  |  |

※ 施設整備が２ヵ年に亘る場合は、令和７年度及び令和８年度に○をつけてください。

**２　医療機関の事業縮小に係る事業**（いずれかに〇）

　予定あり　　・　予定なし

■削減(予定)病床数：　　　　　　床（ 削減前の医療機能：　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 実施予定年度 | 事業内容 | 総事業費（見込額）［単位：千円］ |
| 令和７年度 | 令和８年度 |
| 1. 不要となる病棟・病室を他の

用途へ変更するための施設整備 |  |  |  |  |
| 1. 不要となる建物や医療機器の

処分 |  |  |  |  |
| 1. 職員の早期退職に要する経費
 |  |  |  |  |

※「①不要となる病棟・病室を他の用途へ変更するための施設整備」の「事業内容」欄については、主な整備内容を記入してください。

※「②不要となった建物や医療機器の処分」の「事業内容」欄については、処分に係る損失の内容（固定資産除却損・廃棄損・売却損）を記入してください。

※「③職員の早期退職に要する経費」の「事業内容」欄については、早期退職制度の活用予定者数を記入してください。

※ 施設整備が２ヵ年に亘る場合は、令和７年度及び令和８年度に○をつけてください。

**３　複数の医療機関間の連携による病床再編事業**（いずれかに〇）

　 予定あり(国又は県の重点支援可能性有) ・ 予定あり(国又は県の重点支援可能性無) ・ 予定なし

■連携病院名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業区分 | 実施予定年度 | 事業内容 | 総事業費（見込額）［単位：千円］ |
| 令和７年度 | 令和８年度 |
| 1. 病床再編に伴う施設整備

（病床を含む整備） |  |  |  |  |
| 1. 病床再編に伴う施設整備

（病床を含まない整備） |  |  |  |  |
| 1. 病床再編に伴う設備整備
 |  |  |  |  |
| 1. 病床再編に伴い不要となった

建物や医療機器の処分等 |  |  |  |  |
| 1. 職員の早期退職に要する経費
 |  |  |  |  |
| 1. 現給保障に要する経費
 |  |  |  |  |

※「①病床再編に伴う施設整備」、「③病床再編に伴う設備整備」の「事業内容」欄については、主な整備内容及び整備病床数を記入してください。

※「②病床再編に伴う必要な医療機能の維持に係る施設整備」の「事業内容」欄については、医療機能の維持を行う施設の概要及び整備内容を記入してください。

※「④病床再編に伴い不要となった建物や医療機器の処分等」の「事業内容」欄については、処分に係る損失の内容（固定資産除却損・廃棄損・売却損）を記入してください。

※「⑤職員の早期退職に要する経費」の「事業内容」欄については、早期退職制度の活用予定者数を記入してください。

※「⑥現給保障に要する経費」の「事業内容」欄については、現給保障の対象予定者数を記入してください。

※ 施設整備が２ヵ年に亘る場合は、令和７年度及び令和８年度に○をつけてください。

〇 県の補助事業「病床機能分化・連携促進基盤整備事業」の活用について（いずれかに〇）

意向あり　　　・　　　意向なし

〇 整備予定の施設・設備に対する過年度補助金交付の状況（いずれかに〇）

　 補助金の有無　　　〔　　　有　　　・　　　無　　　　〕

　　　 ⇒　「有」の場合は下記について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施年度 | 　　　 　　　年度 | 補助金名 |  |

※　上記で不足する場合は、別紙任意様式により御回答ください。