

地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
の実施に関するQ & A

1. 全般的事項

Q 1 : 補助金から地域医療介護総合確保基金の事業の一部となったことに伴い変更される点は何ですか。

A 1 : 名称について「削減支援給付金」を「単独支援給付金」に、「医療機関統合支援給付金」を「統合支援給付金」に、「債務整理に必要な借入金に対する支援給付金」を「債務整理支援給付金」に変更しています。

単独支援給付金給付事業について、当該年度における病床数の減少を対象とするのではなく、病床機能再編に関する計画（以下「単独病床機能再編計画」という。）に記載された病床数の減少を対象とすることとします。この結果、QA16～18をご留意の上、複数年度に渡る病床数の減少を対象として支給することも可能となります。

※ 別紙参照

Q 2 : 給付金の支給について、申請者が不服申立てを行うことはできますか。

A 2 : 給付金の支給の法的性格は、民法（明治 29 年法律第 89 号）上の贈与契約であり、行政処分ではないため、給付金の支給については、不服申立て等の対象とはなりません。

Q 3 : 各給付金は、課税の対象になりますか。

A 3 : 各給付金は、病床機能再編を支援するため、用途に制約のない資金を支給するものです。これは、税務上、益金（個人事業者の場合は、総収入金額）に算入されるものですが、損金（個人事業者の場合は必要経費）の方が多ければ、課税所得は生じず、結果的に課税対象となりません。

Q 4 : 給付金の用途は定められていますか。医療機関は実績報告書を提出する必要がありますか。

A 4 : 用途は限定されていないため、個々の状況に応じて広くお使いいただ

けます。また、給付金の支給を受けた医療機関は都道府県に実績報告書を提出する必要はありません。

Q 5 : 事業の完了日とはいつになりますか。また、いつまでに事業を完了する必要がありますか。

A 5 : 給付金の支給申請を行ったすべての医療機関に対し、給付金の支給が完了した日が事業完了日となります。また、事業の完了は地域医療介護総合確保基金の都道府県計画において設定した計画期間までに行っているだけで必要があります。

Q 6 : 国から都道府県への交付決定が行われる前に都道府県から医療機関への給付金の支払いをしてもいいのでしょうか。

A 6 : 交付決定日以降でお願いします。なお、国から都道府県への交付決定後、速やかに医療機関へ給付金の支払いが行えるよう、事前に準備を進めておいていただければ幸いです。

Q 7 : 申請額が予算額をオーバーした場合でも1床あたりの単価等満額支給されるのでしょうか。

A 7 : 例えば、複数年度に跨がる病床機能の再編が行われる計画となっている単独支援給付金の支給申請があった場合等、翌年度以降に申請を行っても問題のないものについては、都道府県にご相談の上、翌年度以降に申請を見送っていただく等、当該年度に満額支給が可能となるよう調整させていただきます。

Q 8 : 審査上注意すべき点はなんですか。

A 8 : 単独支援及び統合支援については、給付金の支給後に単独病床機能再編計画及び統合計画が破綻すると、給付金を支給した医療機関に対して給付金の返還を求める必要が生じます。このような事態は医療機関の経営に大きな影響を与えることから、可能な限り避ける必要があります。よって、都道府県が給付を行うに当たっては、当該計画に基づく取組の進捗状況を把握し、確実に当該計画に基づき病床数の減少が実行されると見込まれる事案について支給を行うよう努めてください。

Q 9 : 病床数の減少後の許可病床数の中に休棟等を残すことは可能でしょうか

A 9 : 単独病床機能再編計画及び統合計画を実行する過程において、減少する予定の稼働病床を一時的に休棟等にして残すことは可能ですが、計画完了時点の許可病床には休棟等がすべて削減され、存在しない状態となっている必要があります。

ただし、例えば新型コロナウイルス感染症への対応による影響等で、一時的に休棟として取り扱う場合など、やむを得ない事情がある場合には、この限りではありません。

単独支援給付金及び統合支援給付金の支給対象となる病床数は、休棟等をすべて削減したうえで、対象3区分の稼働病床から減少した病床数に対して支給額が算定されることとなります。

Q 10 : 単独病床機能再編計画に記載の内容や統合に関する合意の内容について達成が見込めなくなった場合、基金としてどのような取り扱いをする必要があるでしょうか。

A 10 : 事業区分Ⅰ-1と同様に未執行額として計上してください。基金が解散しない限り、直ちに国へ返還する必要はありません。

Q 11 : 単独病床機能再編計画及び統合計画と地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第11条の2第1項に規定する再編計画はどのような関係性でしょうか。

A 11 : 単独病床機能再編計画及び統合計画は本事業の申請に際し、申請する医療機関において作成する必要があるものです。

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第11条の2第1項に規定する再編計画は、複数医療機関が再編・統合を行う際に再編計画を作成し、厚生労働大臣の認定を受けることによって、当該再編計画に基づき取得する土地・建物に係る登録免許税の軽減措置を受けることを可能とするものです。

このように、両計画は趣旨を異にするものであり、医療機関においては、活用する制度に応じて作成いただく必要があります。

2. 単独支援給付金について

Q12：平成30年度病床機能報告による高度急性期機能、急性期機能及び慢性期機能の病床数の減少を対象としたのは何故でしょうか。

A12：対象については、令和2年度病床機能再編支援補助金と同様、令和2年度以降の取組を評価する観点から、平成30年度病床機能報告による病床数を基準として用いることとしました。また、今後、高齢化の進展により、リハビリテーション医療の需要増加が見込まれ、当該医療を主に担う回復期病床は、全国的に増やしていく必要があることから、回復期を除く高度急性期機能、急性期機能及び慢性期機能を対象としました。

Q13：単独病床機能再編計画に記載すべき内容を教えてください。

A13：平成30年度病床機能報告から単独病床機能再編計画の完了日までの4機能ごとの許可病床数及び稼働病床数の推移並びに病床数の減少が地域医療構想の実現に向け必要な取組であることを示す内容を記載ください。なお、単独病床機能再編計画に係る様式は任意です。

Q14：内示までに病床数の減少が完了してしまった又は病床数の減少の途中である医療機関は支給の対象外でしょうか。

A14：原則として、病床数の減少に着手する前に単独病床機能再編計画を作成の上、地域医療構想調整会議及び医療審議会において議論いただく必要があります。なお、病床数の減少に着手した後又は完了した場合であっても、その時点で本事業の対象となることが判明した等の特段の事情がある場合には、地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会に諮った上で認められた場合に限り対象となります。ただし、令和元年度以前の対象3区分における病床数の減少分は認められません。

Q15：複数年度に跨がる単独病床機能再編計画に対する支給は可能でしょうか。

A15：可能です。ただし、計画の完了日が令和8年3月31日までのものに限ります。

Q16：医療機関が今年度に単独病床機能再編計画を作成し、翌年度に病床再編を開始する予定としています。いつの段階で申請したら良いでしょうか。

A16： 単独支援給付金の都道府県から国への申請は、実際に病床再編が開始される年度以降にしてください。なお、医療機関から都道府県への申請については都道府県の判断でとりまとめてください。 ※ 別紙参照

Q17：複数年度に跨がる単独病床機能再編計画を提出した医療機関に対して都道府県はどのように支給すればよいでしょうか。

A17： 都道府県は単独病床機能再編計画の進捗状況を踏まえつつ、年度毎に減少した病床数に応じて、申請した医療機関へ支給することが可能です。なお、支給する年度までに減少した病床数に相当する額以上を支給することはできません（翌年度以降の病床減少の予定に対して、前もって支給することはできません）。そのため、初年度に複数年度分を一括して支給することはできませんが、減少した病床数に応じて複数年度分を一括して支給することは可能です。

なお、都道府県が国に対して行う交付申請は、計画最終年度までに支給予定の給付金全額を申請してください。 ※ 別紙参照

Q18：医療機関の単独病床機能再編計画の進捗が遅れたために、既に給付金を支給した年度分の病床の減少が達成されない場合、返還の対象でしょうか。

A18： 単独病床機能再編計画の実行目処が立たない又は実現することが困難となった場合（廃止や中止等）は、減少されなかった病床数分の支給金額を当該基金に返還させてください。また、返還された金額の取り扱いについては、未執行額としてください。

単独病床機能再編計画の進捗は遅れたものの、翌年度において、早期に病床の減少が確実に達成される場合は、返還の必要はありません。翌年度以降、確実に計画が進められるように、見直した単独病床機能再編計画を地域医療構想調整会議に報告するようお願いいたします。

見直した単独病床機能再編計画の完了日が、地域医療介護総合確保基金の都道府県計画において設定した計画期間の完了日より後となる場合、都道府県計画の変更計画を行ってください。

Q19： 単独病床機能再編計画が地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会にて認められた年度に限り支給申請が可能でしょうか。

A19： 単独病床機能再編計画が認められた後であれば、支給申請が可能です。ただし、医療機関から都道府県への申請は実際に病床再編が開始される年度以降にしてください。単独病床機能再編計画の実現可能性を踏まえながら支給の申請をお願いいたします。

Q20： 支給額の算定方法を教えてください。

A20： 以下の手順で支給額を算定します。

① 平成30年度病床機能報告における対象3区分（高度急性期・急性期・慢性期）の病棟の許可病床数の合計値（A）を算出

② 平成30年度病床機能報告における対象3区分（高度急性期・急性期・慢性期）の病棟の稼働病床数の合計値（B）を算出

③ 以下の式により、対象3区分の病床稼働率（C）を算出

$$\text{病床稼働率} = \frac{\text{平成30年度病床機能報告における対象3区分の病床の年間在棟患者延べ数の合計値（※）}}{A \times 365} \times 100$$

※ 平成30年度病床機能報告対象期間のうちに病棟の再編・見直しを行っている場合は、報告可能な対象期間から年間換算して当該病棟の年間在棟延べ数を算出。

例) 平成30年度病床機能報告において、報告可能な対象期間が3ヶ月、在棟患者延べ数が3,000人と報告されている場合、 $3000 \times 12 / 3 = 12,000$ 人

④ A×Cにより、一日平均実働病床数（D）を算出

⑤ 以下の式により、支給対象病床数（E）を算出

支給対象病床数 = B - 減少後の対象3区分の許可病床数の合計 - 回復期又は介護医療院へ転換した病床数の合計 - 令和2年度病床機能再編支援補助金及び本事業で支給済の病床数 - 同一開設者の医療機関へ融通した対象3区分の病床数

⑥ 以下の式により、支給額を算出

i) B - D > E の場合（一日平均実働病床数まで減少しない場合）

支給額 = E × 減少病床1床あたり単価（※）

ii) $B - D < E$ の場合 (一日平均実働病床数より少ない病床数まで減少する場合)

支給額 = $((B - D) \times \text{減少病床 1 床あたり単価} (\ast)) + ((D + E - B) \times 2,280 \text{ 千円})$

※Cの値に応じて変動

※平成 30 年度病床機能報告から病床機能再編や休棟等により稼働病床数に変更があった医療機関における減少前の病床数は、平成 30 年度病床機能報告時の対象 3 区分の稼働病床数、又は減少前の対象 3 区分の稼働病床数のいずれか少ない方を基準とすること。

Q21 : 平成 30 年度病床機能報告について、報告していない場合や、報告した内容に誤りがあった場合はどのように取り扱うのでしょうか。

A21 : 都道府県において、平成 30 年度病床機能報告内容の訂正が必要と認められた場合に限り、訂正された報告内容に基づいて支給してください。
なお、医療機関側が未報告の場合には法律に定められた義務を果たしていないため支給の対象にはなりません。

Q22 : 令和元年度以前の病床数の減少は対象とならないのでしょうか。

A22 : 令和 2 年度病床機能再編支援補助金が開始された令和 2 年度以降の対象 3 区分における病床数が減少した場合に対象となる事業であることから、令和元年度以前に病床数を減少した場合は対象とはなりません。

Q23 : 申請する病院が同一年度内に複数回の病床数の減少を行った場合どのように申請させればよいのでしょうか。

A23 : 同一年度内のものは、1 回の申請にまとめてください。

Q24 : 本給付金における病床数の減少の定義を教えてください。

A24 : 単独の医療機関が療養病床又は一般病床の許可病床を減床することをいいます。

ただし、給付金の支給対象となるには、平成 30 年度病床機能報告における対象 3 区分の稼働病床数の 10% 以上にあたる病床数分が対象 3 区分の許可病床数から減床していることが前提となります。

なお、地域医療連携推進法人による病床融通や医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 10 項に基づく複数の公的医療機関等を含めた再編統合の特例等、複数の医療機関の機能分化・連携の取組により医療機関が病床数を減少させる場合は、当該医療機関の平成 30 年度病床機能報告における対象 3 区分の稼働病床数の 10%以上にあたる病床数分が対象 3 区分の許可病床数から融通した病床数分を除いて減床している必要があります。

Q25： 給付金の算定に当たり、対象 3 区分の減少する病床数のうち、回復期機能への転換病床数分及び介護医療院への転換病床数分については、何故算定から除くこととしたのでしょうか。

A25： 介護医療院は、医療機関と同様の施設基準及び医師、看護師の配置を義務づけたうえで、医療を提供し、医療機関の名称を用いることが可能であり、医療機関と同様と考えられることから、介護医療院への病床の転換は、病床数の減少として取り扱っておりません。また、回復期機能への転換については、病床が残るためです。

Q26： 地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会が厚生労働大臣への交付申請期限までに開催が困難な場合、いつまでに行えばよいですか。

A26： 地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会の議論の結果によって、基金の交付決定後に取消又は変更とならないよう、遅くとも基金の交付決定までには実施いただくようお願いします。なお、過去に開催した地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会において、支給申請を行った病床数の減少が、地域医療構想の実現に資するものであると議論がなされていることが議事録等で明らかである場合は、改めて議論する必要はありません。

Q27： 単独病床機能再編計画の意見を求める場として、必ず都道府県医療審議会で行わなければならないのでしょうか（都道府県医療審議会に下部組織にあたる分科会などでは認められないのでしょうか）。

A27： 単独病床機能再編計画について地域医療構想との整合性がとれているか審議可能な場であれば都道府県医療審議会以外の場（分科会等）でも認められます。

Q28：「地域医療構想調整会議の議論の内容及び都道府県医療審議会の意見踏まえ、都道府県が必要と認めたものであること。」について、想定している内容を教えてください。

A28： 申請医療機関から減少予定の病床数の内訳等を説明、意見聴取されることを想定しています。
※詳細は別紙を参照願います。

Q29：地域医療連携推進法人の参加法人間は、同一開設者となるのでしょうか。

A29： 法人としては異なることから、同一の開設者とはみなされません。そのため、参加法人Aの開設する医療機関が病床数を減少する際に、同一地域医療連携推進法人内の参加法人Bが、地域医療構想の実現に向けたものであるとして認め、医療法第30条の4第12項に基づき開設する医療機関の病床数を増加させる場合にあっては、参加法人Aの開設する医療機関が融通した病床は、単独の医療機関における病床数の減少として、給付金の支給対象となります。

Q30：経営状況を踏まえ、地域医療構想とは関係なく、単に廃院となる場合にも支給の対象となるのでしょうか。

A30： 地域医療構想の実現を目的としたものではない病床数の減少（経営困難等を踏まえた自己破産による廃院）は支給の対象とはなりません。

3. 統合支援給付金

Q31： 単独支援給付金と統合支援給付金の両方を申請することは可能でしょうか。

A31： 統合支援給付金の支給申請は、単独支援給付金の対象となった医療機関が関係医療機関に含まれていた場合でも、当該医療機関を算定の対象として行うことが可能です。

Q32： 支給額の算定方法を教えてください。

A32： 以下の手順で支給額を算定します。

I. 統合関係病院ごとに、以下の手順で支給額を算定

- ① 平成30年度病床機能報告における対象3区分（高度急性期・急性期・慢性期）の病棟の許可病床数の合計値（A）を算出
- ② 平成30年度病床機能報告における対象3区分（高度急性期・急性期・慢性期）の病棟の稼働病床数の合計値（B）を算出。
- ③ 以下の式により、対象3区分の病床稼働率（C）を算出

$$\text{病床稼働率} = \frac{\text{平成30年度病床機能報告における対象3区分の病床の年間在棟患者延べ数の合計値（※）}}{A \times 365} \times 100$$

※ 平成30年度病床機能報告対象期間のうちに病棟の再編・見直しを行っている場合は、報告可能な対象期間から年間換算して当該病棟の年間在棟延べ数を算出。

例) 平成30年度病床機能報告において、報告可能な対象期間が3ヶ月、在棟患者延べ数が3,000人と報告されている場合、 $3000 \times 12 / 3 = 12,000$ 人

- ④ $A \times C$ により、一日平均実働病床数（D）を算出
- ⑤ 以下の式により、支給対象病床数（E）を算出
支給対象病床数 = B - 統合後の対象3区分の許可病床数の合計 - 回復期又は介護医療院へ転換した病床数 - 他の統合関係医療機関へ融通した対象3区分の病床数
- ⑥ 以下の式により、支給額を算出
i) $B - D > E$ の場合（一日平均実働病床数まで減少しない場合）

支給額 = E × 減少病床 1 床あたり単価 (※)

ii) B - D < E の場合 (一日平均実働病床数より少ない病床数まで減少する場合)

支給額 = ((B - D) × 減少病床 1 床あたり単価 (※)) + ((D + E - B) × 2,280 千円)

※ C の値に応じて変動

※平成 30 年度病床機能報告から病床機能再編や休棟等により稼働病床数に変更があった医療機関における減少前の病床数は、平成 30 年度病床機能報告時の対象 3 区分の稼働病床数又は減少前の対象 3 区分の稼働病床数のいずれか少ない方を基準とすること。

II. すべての統合関係医療機関が重点支援区域における支援対象病院として位置付けられている場合は、統合関係医療機関の施設ごとに算定された金額に 1.5 を乗じて算定された額の合計。

Q33 : 重点支援区域内の医療機関の統合計画であれば、統合支援給付金の支給額が 1.5 倍になるということでしょうか。なお、この場合は単独支援給付金の支給額も 1.5 倍になりますか。

A33 : 都道府県からの重点支援区域申請の際に、「再編統合 (機能連携等を含む) の対象となる医療機関」(以下「医療機能再編等対象医療機関」という。)として位置付けられた医療機関がすべて含まれている統合計画である必要があります。重点支援区域において医療機能再編等対象医療機関に変更が生じた場合には、統合関係医療機関間における統合計画の合意前に、厚生労働省へ医療機能再編等対象医療機関の変更手続きをお願いします。

なお、単独支援給付金は 1.5 倍にはなりません。

Q34 : 支給申請書に添付する統合計画に記載する統合前と統合後の医療体制については何を記載するのでしょうか。

A34 : 統合前については、統合前の各々の医療機関の名称、開設者、所在地の住所、所在する構想区域、病床機能別の病床数等の記載、統合後については、統合後に残る医療機関の名称、開設者、所在地の住所、所在する構想区域、病床機能別の病床数等の記載が必要となります。

Q35：支給申請書に添付する統合計画に記載する合意の内容は、基本設計や実施設計等で開院が令和8年3月31日までになっている等の根拠となる書類等が必要となるのでしょうか。

A35： 統合に関わる合意書を作成し、地域医療構想調整会議等にて確認していただくようお願いします。また、合意書作成時点において、基本設計や実施設計など具体的な計画については提出いただく必要はありません。
なお、合意の内容が履行出来ない場合は給付金の返還を求める必要がありますので、スケジュールや機能等の合意にあたっては十分な検討が必要となります。

Q36：病院の廃止の中には有床診療所化し、医療機関としては存続する場合は含まれますか。また、介護医療院として残るものも含まれますか。

A36： 病院として廃止されれば、有床診療所や介護医療院として残っても統合支援の対象とする要件である病院の廃止と判断して差し支えありません。ただし、有床診療所として残る病床や、介護医療院に転換する病院の病床については、統合支援分の給付金を算定する対象とはなりません。

Q37：給付金の返還となった場合は、代表病院に返還を求めることとなるのでしょうか。

A37： 代表病院に求めることとなります。

Q38：統合前から統合後における機能ごとの病床数の増減について、統合関係医療機関間の病床融通及び回復期機能からの転換等、病床の移動に係る考え方の制限はありますか。

A38： 対象3区分以外から対象3区分への病床融通及び転換した病床は給付金の対象とはなりません。

4. 債務整理支援給付金

Q39：複数の医療機関で協力して債務を引継ぐ場合も対象となりますか。

A39：廃止される医療機関の債務を、複数の医療機関が当該債務を分担して引き継いで借り換えを行ったことが、契約等の書面により明確な場合に限り対象として差し支えありません。

Q40：支給額の算定方法を教えてください。

A40：以下の計算方法により、支給額を計算することとなります。

<金融機関から新たに受けた融資>

- A 償還年次表において融資を受けた日から起算して20年までに支払うこととなる利子総額（円）
- B 支払利率（％）
- C 支払利率別の融資期間（※）

（※）融資を受けた日から通算して20年以内（支払利息が発生しない期間は通算から除く）。

①算定利率（D）の計算

$$D = \sum BC / \sum C \text{（％）}$$

②支給額（E）の計算

【D ≤ 年0.5%の場合】

$$E = A \text{（円）}$$

【D > 年0.5%の場合】

$$E = \frac{0.5A}{D} \text{（円）}$$

