

医第 439-1 号  
令和6年8月9日

県内関係病院長 様

埼玉県保健医療部長 表 久仁和  
( 公 印 省 略 )

### 令和6年度埼玉県病床機能転換促進事業の追加募集及び令和7年度事業の実施意向の調査について（依頼）

本県の保健医療行政の推進につきましては、日ごろ格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、県では、地域医療介護総合確保基金を活用して、急性期病床から回復期病床（地域包括ケア病棟（病室）及び回復期リハビリテーション病棟）への転換を行う医療機関に対して、施設整備費及び設備整備費の一部を助成する事業を実施しています（事業概要及び本年度の事業見直しの内容等詳細は、別添「令和6年度埼玉県病床機能転換促進事業（追加募集）の概要」を御参照ください）。

つきましては、下記1により本年度事業の追加募集を行うとともに、下記2により令和7年度事業の実施意向の調査を行いますので、該当がある場合は、医療整備課総務・医療企画担当あて電子メールにより所定書類の提出をお願いいたします。

#### 記

##### 1 令和6年度事業の追加募集について

###### (1) 提出書類 事業計画書及び添付書類

様式は、県ホームページ（以下URL）からダウンロードしてください。

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/tenkanr3.html>

###### (2) 提出期限 令和6年11月29日（金）

※ 随時受付し、予算額上限に達した際には提出期限（11月末）を待たずに募集を締め切ります（その旨、県ホームページで周知します）ので、申請を予定している場合には、早めに下記担当まで御提出ください。

###### (3) 留意事項

補助金の内示時期等事業スケジュールについては参考資料を御確認ください。

##### 2 令和7年度事業の実施意向の調査について

###### (1) 提出書類 別紙「令和7年度事業実施意向調査票」

###### (2) 提出期限 令和6年8月30日（金）

###### (3) 留意事項

ア 来年度予算編成の参考とするものです。実施の予定あり又は検討中の場合は、大まかな計画の段階での御回答で構いません。

イ 令和7年度事業の実施については、現在のところ未定であり、実施する場合でも対象者、対象経費、補助率等の内容が変更になる可能性がありますので、あらかじめ御了承ください。

担 当：医療整備課

総務・医療企画担当 三枝

TEL：048-830-3535

E-mail：a3530-07@pref.saitama.lg.jp

別 添

## 令和6年度埼玉県病床機能転換促進事業（追加募集）の概要 （受付期間：8月9日（金）～11月29日（金）\*）

\* 随時受付し、予算額上限に達した際には提出期限（11月末）を待たずに募集を締め切ります（その旨、県ホームページで周知します）ので、申請を予定している場合には、早めに所定書類を御提出ください。

### 1 目的

埼玉県地域医療構想において不足が推計されている回復期病床を充実させるため、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期病床への転換に係る新築・増改築・改修等を実施する医療機関を支援し、在宅復帰の支援やリハビリを行う回復期病床の整備を促進する。

### 2 補助対象者

医療法に基づく埼玉県内の病院の開設者であって、知事が適当と認めるもの。

### 3 補助対象事業

「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に規定する「地域包括ケア病棟入院料」「地域包括ケア入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」のいずれかの施設基準等を満たす施設（以下「地域包括ケア病棟等」という）を開設するための施設及び設備整備事業で、下記の要件を全て満たすもの。

- (1) 急性期病床から病床機能転換するもの。（※増床による病床整備は、補助対象外です。）
- (2) 自院完結型ではなく、他の急性期病院や地域の在宅支援診療所、高齢者施設等と連携した地域完結型医療の構築を目指す事業計画であること。  
（※二次保健医療圏の地域医療構想調整会議に出席し、事業計画について報告していただきます。）
- (3) 補助金内示後に補助事業に着手し、令和7年3月末日までに完了するもの（事業期間が複数年度にわたる事業は、各年度ごとに補助申請が可能）。  
（※地域包括ケア病棟等への転換工事に着手済み又は転換済の病床は、補助対象外です。）

### 4 補助対象経費

#### (1) 施設整備費

地域包括ケア病棟等を整備するために必要な新築・増改築及び改修に要する工事費又は工事請負費

ただし、次に掲げる費用を除く。

- (ア) 土地の取得又は整地に要する費用
- (イ) 門、柵、塀及び造園工事並びに通路敷設備に要する費用
- (ウ) 設計その他工事に伴う事務に要する費用
- (エ) 既存建物の買収に要する費用
- (オ) その他整備費として適当と認められない費用

#### (2) 設備整備費

地域包括ケア病棟等を整備するために必要な医療機器等の備品購入費

## 5 補助金額

【 補助金額（千円未満切り捨て）＝ 基準額 × 補助率 】

区 分		基準額（上限額）		補助率
施設整備費	新築・増改築	転換病床 1 床あたり	10,080 千円	1/2・2/3*
	改修	転換病床 1 床あたり	4,270 千円	1/2・2/3*
設備整備費		1 施設あたり	10,800 千円	1/2・2/3*

\* 回復期病床の整備を病棟単位（当該補助事業の内示後に新たに回復期に転換した病床のみで構成）で実施する場合に限る。

なお、病棟の単位は看護体制の 1 単位をもって病棟として取り扱う。

（留意事項）

- ① 補助対象の工事費又は工事請負費及び備品購入費が基準額を下回る場合は、当該工事費又は工事請負費及び備品購入費を基準額とします。
- ② 事業期間が複数年度にわたる事業は、各年度の出来高に応じた補助金額になります。

※本年度から下表のとおり事業の一部を見直しました。事業実施の参考にしてください。

区分	R 5		R 6	
	補助基準（上限）額	補助率	補助基準（上限）額	補助率
施設整備 （新築・増改築）	9,000 千円／病床	1/2	10,080 千円／病床	1/2・2/3
施設整備 （改修）	3,000 千円／病床		4,270 千円／病床	
設備整備	10,800 千円／施設		10,800 千円／施設	1/2・2/3

## 6 その他

- (1) 県ホームページ(以下URL)に申請様式、Q&A及びスケジュールを掲載しています。  
<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0703/tenkanr3.html>
- (2) 補助事業完了の翌年度に、消費税及び地方消費税の申告による補助金に係る仕入控除税額確定に際して、知事への報告書の提出と、仕入控除税額に相当する補助金の県への返納が生じます。
- (3) 補助事業完了後、診療報酬施設基準に定める地域包括ケア病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するための届出を行う必要があります。
- (4) 原則、補助事業完了以後の病床機能報告を急性期機能から回復期機能に変更して報告していただく必要があります。
- (5) 補助事業完了後、事業効果に関する調査に御協力いただきます。

参考資料

令和6年度埼玉県病床機能転換促進事業(追加募集) スケジュール(予定)

日程	県医療整備課	事業者(病院等)	備考
<p>【募集締切(*1)】 令和6年11月29日(金)まで</p> <p>【地域医療構想調整会議(*2)】 第一回会議(令和6年8月~9月)又は 第二回会議(令和6年11月~12月)</p> <p style="border: 2px solid red; padding: 2px;">※地域医療構想調整会議の開催時期は圏域によって異なりますので御注意ください。</p> <p>【内示(*3)】 会議で事業計画を報告していただいた後、概ね一か月以内</p>	<p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">内示</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">補助金交付決定 (「交付決定通知書」)</p>	<p style="text-align: center;">応募 (「事業計画書」を提出)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">補助金交付申請 (「交付申請書」を提出)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">補助事業の完了 (「実績報告書」提出)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">補助金の請求 (「精算払請求書」提出)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p>	<p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">*1 随時受付し、予算額上限に達した際には11月末を待たずに募集を締め切りますので御注意ください。</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">*2 会議に出席し、事業計画を報告</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">*3 契約・工事等の着手は、補助金の内示後 ※前年度からの継続事業は除く</p>
<p>【実績報告書締切】 令和7年3月31日(月)まで</p>	<p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">補助金額の確定 (「補助金確定通知書」)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">補助金支払</p>	<p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○</p>	<p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">工事等の完了 ※翌年度への継続事業は当該年度の出来高を算出</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px;">補助金の支払いは、補助金の交付額が確定した後、精算払のみ</p>

## 令和7年度事業実施意向調査票

医療機関名			
担当者職名・氏名		電話番号	
メールアドレス			

## I 病床機能転換の予定について

問1 急性期病床を回復期病床に転換し、地域包括ケア病棟入院料等(※1)の算定を開始(※2)する予定はありますか。

- (1) 令和7年度(2025年度)中の予定あり又は検討している (⇒問2へお進みください)
- (2) 予定なし (⇒質問は以上です。予定なしの場合、当調査票を提出いただく必要はありません。)
- (※1: 地域包括ケア病棟入院料等とは、「地域包括ケア病棟入院料」「地域包括ケア入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」のいずれかを指します。)
- (※2: 既に地域包括ケア病棟入院料等を算定しており、更に病床機能転換により病床数を増やす場合も含まれます。)

問2 予定する病床機能転換の概要を御記入ください。

転換病床数(※3)	転換前入院料(※4)	転換後入院料(※5)	転換区分(※6)	契約予定年月(※7)	完成予定年月(※7)	算定開始予定年月
記載例						
10床	急性期一般入院料	地域包括ケア入院医療管理料	内部改修	R7.10	R7.12	R8.1

(※3: 転換する病床数を記入してください。(注: 30床を40床にする場合は「10床」と記入してください。))

(※4: 転換する病床で転換前に算定していた入院基本料を記入してください。)

(※5: 転換後に算定予定の入院料(「地域包括ケア病棟入院料」「地域包括ケア入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」)を記入してください。)

(※6: 転換区分は、「新築」「増改築」「内部改修」「工事なし」のいずれかを記入してください。)

(※7: 「新築」「増改築」「内部改修」の場合、工事請負契約締結・完成予定年月を記入してください。)

(⇒問3へお進みください)

## II 埼玉県病床機能転換促進事業補助金の活用意向について

問3 令和7年度(2025年度)において、この補助金を活用する意向はありますか。

- (1) 活用意向あり (⇒問4へお進みください)  
 (2) 活用意向なし (⇒質問は以上です)

(※ 補助事業の概要は「別添 令和6年度埼玉県病床機能転換促進事業(追加募集)の概要」を御覧ください。)

問4 補助金を活用予定の病床機能転換の概要を御記入ください。

### 【施設整備費】

転換病床数(※8)	工事内容	予定工事費(千円)
記載例 10床	既存棟4階・6階改修 廊下幅拡張 倉庫→リハビリ室に改修 浴室・便所バリアフリー工事	70,000

### 【設備整備費】

転換病床数(※8)	品名及び数量	予定購入費(千円)
記載例 10床	ベッド5台・起立・歩行訓練機2台・練習用階段1台	7,000

(※8: 問2で記入した病床数)

御協力いただき、ありがとうございました。