

地域医療機能強化特別事業概要

1 目 的

- (1) 地域包括ケア構想に基づく病床機能分化・連携の推進
- (2) 地域の在宅医療提供体制の充実

2 補助対象

地域医療包括ケア構想に基づき、高度急性期病床または急性期病床から回復期病床等地域で不足が見込まれる病床機能への転換を行い、かつ、次の要件のいずれかを満たす医療機関

- (1) 転換後の病床機能に応じて、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）に適合しているものとして、新たに、又は変更の施設基準の届け出を行う医療機関
 （地域包括ケア病棟入院料 等）
- (2) 転換後の機能に応じ看護配置基準を変更する医療機関
- (3) 地域の在宅医療供給体制充実に向けた事業（新規・拡充）を行う医療機関
 （在宅訪問診療、訪問看護サービス事業、訪問リハビリテーション事業 等）

3 対象事業

ワ ン セ ッ ト で 推 進	(1) 病床機能転換を円滑に進めるための事業
	① 病床機能転換に必要な施設・設備の整備 ② 転換後の病棟運営に必要な在宅復帰支援担当者等の養成、配置 等 ③ その他知事が認める事業
	(2) 在宅医療提供体制充実に向けた事業
	病床機能転換に併せて医療機関が行う、在宅訪問診療、訪問看護サービス事業、訪問リハビリテーション事業等の実施 ① 事業実施に伴い必要となる施設・設備の整備 ② 事業運営に必要な人材の養成、配置 等 ③ その他知事が認める事業

4 基準額等

(1) 基準額

転換病床数 × 3,406千円（医療施設近代化施設整備事業を準用）
 ※新築・増改築の場合は 転換病床数 × 4,640千円（耐震化を要件とする）

(2) 補助率

1/2

※ソフト事業の補助率は段階的に下げる

（1年目（1/2）、2年目（1/3）、3年目（1/4））

(3) 補助対象期間

転換後病床の運営開始年度を含む、最大3会計年度の事業計画が対象

京都府地域医療機能強化特別事業実施要領

(趣旨)

第1 本要領は、在宅医療の充実と病床機能の強化を図るため京都府地域医療介護総合確保事業費補助金交付要綱（以下「要綱」という。）に基づき、病院が創意工夫し実施する施設・設備整備や人材育成確保等当該施設の運営に係る経費に対する補助金を交付することについて必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2 補助対象者は次のとおりとする。

地域包括ケア構想に基づき、高度急性期病床または急性期病床から回復期病床等地域で不足が見込まれる病床機能への転換を行い、かつ、次の要件のいずれかを満たす医療機関

- (1) 転換後の病床機能に応じて、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）に適合しているものとして、新たに、又は変更の施設基準の届け出を行う医療機関
（地域包括ケア病棟入院料 等）
- (2) 転換後の機能に応じ看護配置基準を変更する医療機関
- (3) 地域の在宅医療供給体制充実に向けた事業（新規・拡充）を行う医療機関
（在宅訪問診療、訪問看護サービス事業、訪問リハビリテーション事業 等）

(補助対象事業)

第3 補助対象事業は次のとおりとする。

- (1) 病床機能転換を円滑に進めるための事業
 - ① 病床機能転換に必要となる施設・設備の整備
 - ② 転換後の病棟運営に必要な在宅復帰支援担当者等の養成、配置等
 - ③ その他知事が認める事業
- (2) 在宅医療提供体制充実に向けた事業
病床機能転換に併せて医療機関が行う、在宅訪問診療、訪問看護サービス事業、訪問リハビリテーション事業等の実施
 - ① 事業実施に伴い必要となる施設・設備の整備
 - ② 事業運営に必要な人材の養成、配置等
 - ③ その他知事が認める事業

(補助対象経費等)

第4 補助対象経費及び補助率等は別表のとおりとする。

(補助対象期間)

第5 補助の対象となる期間は次のとおりとする。

- (1) 第3(1)①の事業については事業実施年度
- (2) 第3(1)②③及び(2)②③の事業については転換後病床の運営開始年度を含む最大3会計年度
- (3) 第3(2)①の事業については本項(1)及び(2)の期間

(事業計画)

第6 補助を受けようとする病院は、別に定める期日までに事業計画書等を提出すること。

また、事業計画の全部若しくは一部を変更する場合は、中止（変更）申請書を速やかに提出すること。

附則

この要領は、平成29年度の事業分から適用する。

別表

対象経費※1	補助率	基準額
A : 第3 (1)①、(2)①	1 / 2	転換病床数×3, 406千円 ※施設の新築・増改築による 病床転換の場合 転換病床数×4, 640千円 (耐震化を要件とする)
施設・設備の整備に要する工事請 負費、設計監理費若しくは備品購入 費等		
B : 第3 (1)②、③及び(2)②、③	1年目 : 1 / 2 2年目 : 1 / 3 3年目 : 1 / 4	
事業の実施に必要な人件費(報酬、 給料、賃金、職員手当、法定福利費 等)、需用費(消耗品費、印刷製本費、 燃料費、光熱水費等)、役務費(通信 運搬費、手数料等)、委託料、使用料 及び貸借料等		

※1 対象経費の留意点

(1) 施設整備については、次に掲げる費用を除く。

- ① 土地の取得又は整地に要する費用
- ② 門、柵、塀及び造園工事並びに通路敷設に要する費用
- ③ 既存建物の買収に要する費用
- ④ 既存建物の解体工事に要する費用
- ⑤ その他整備費として適当と認められない費用

(2) 人件費については、補助対象者1人当たり4,400千円を基準額とする。

※2 補助額の算定について

(1) 補助上限額(ア) = 3,406千円(新築・増改築の場合 4,640千円)

× 転換病床数 × 1/2

→ 対象経費A、対象経費Bの補助上限額総計

(2) 対象経費A

- ① 総事業費から寄付金、その他収入額を控除した額を差引額(イ)とする。
- ② (イ)と対象経費の実支出額(支出予定額)を比較し少ない方の額を補助基本額(ウ)とする。
- ③ (ウ)の額に1/2を乗じて得た額(算定された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)を補助基本所要額(エ)とする。
- ④ (ア)と(エ)を比較し少ない方の額を補助所要額とする。(オ)

(3) 対象経費B

(補助期間1年目)

※1年目の補助上限額(カ) : (ア) - 対象経費Aの補助所要額(オ)

- ① 総事業費から診療収入額及び寄付金、その他収入額を控除した額を差引額(キ)とする。
- ② (キ)と対象経費の実支出額(支出予定額)を比較し少ない方の額を補助基本額(ク)とする。
- ③ (ク)の額に1/2を乗じて得た額(算定された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)を補助基本所要額(ケ)とする。
- ④ (カ)と(ケ)を比較し少ない方の額を補助所要額とする。(コ)

(補助期間2年目)

※2年目の補助上限額(サ) : (カ) - 対象経費Bの補助所要額(コ)

- ① 総事業費から診療収入額及び寄付金、その他収入額を控除した額を差引額(シ)とする。
- ② (シ)と対象経費の実支出額(支出予定額)を比較し少ない方の額を補助基本額(ス)とする。
- ③ (ス)の額に1/3を乗じて得た額(算定された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)を補助基本所要額(セ)とする。
- ④ (サ)と(セ)を比較し少ない方の額を補助所要額とする。(ソ)

(補助期間3年目)

※3年目の補助上限額(タ) : (サ) - 対象経費Bの補助所要額(ソ)

- ① 総事業費から診療収入額及び寄付金、その他収入額を控除した額を差引額(チ)とする。
- ② (チ)と対象経費の実支出額(支出予定額)を比較し少ない方の額を補助基本額(ツ)とする。
- ③ (ツ)の額に1/4を乗じて得た額(算定された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。)を補助基本所要額(テ)とする。
- ④ (タ)と(テ)を比較し少ない方の額を補助所要額とする。(ト)

9 医 第 5 5 0 号
平成 2 9 年 7 月 1 8 日

関係医療機関の長 様

京都府健康福祉部医療課長
(公 印 省 略)

病床転換に係るアンケート調査について (依頼)

平素は、京都府の医療行政の推進に御協力をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、本年 3 月、京都府において、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向け、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケア構想が策定されましたが、構想の実現に向け必要な情報収集のため、別添調査票に基づき、上記調査を実施することになりました。
つきましては、下記により貴院の状況について御回答いただきますようお願いいたします。

記

- 1 提出期限
平成 2 9 年 8 月 2 5 日 (金) ※必着
- 2 提出方法
メールにより調査票を提出願います。
(各調査票様式のデータを御希望される場合は、京都健康医療よろずネットからダウンロードしてください。)
- 3 提出・問合せ先
京都府健康福祉部医療課地域医療担当 落合
T E L : 075-414-4745
E-mail : m-ochiai31@pref.kyoto.lg.jp

病床転換に係るアンケート調査

記入例

医療機関名		TEL	
担当所属		FAX	
担当者名		Mail	

問1 病床転換の予定

<input checked="" type="checkbox"/> 転換予定有	<input type="checkbox"/> 既転換済	<input type="checkbox"/> 転換予定無
転換予定年月	転換実施年月	
平成 30 年 4 月	平成 年 月	

⇒「転換予定有」又は「既転換済」と回答した場合、問2の質問にお答えください。

※「転換済」と回答した場合、問2(3)は転換の際に取り組んだ内容を御記入ください。

⇒「転換予定無」と回答した場合、質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

問2 病床機能転換について

(1) 転換予定病床について

転換前			転換後		
高度急性期	0	床	高度急性期	0	床
急性期	50	床	急性期	25	床
回復期	25	床	回復期	50	床
慢性期	25	床	慢性期	25	床
計	100	床	計	100	床

(2) 病棟の構成について

転換前			
病棟の種類	病床数	病床機能	診療報酬上算定する入院料
一般病棟	50	高・急・回・慢	一般病棟入院基本料(7対1入院基本料)
地域包括ケア病棟	25	高・急・回・慢	地域包括ケア病棟入院料1
療養病棟(医療)	25	高・急・回・慢	療養病棟入院基本料1
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	

転換後

病棟の種類	病床数	病床機能	診療報酬上算定する入院料
一般病棟	50	高・急・回・慢	一般病棟入院基本料(7対1入院基本料)
地域包括ケア病棟	50	高・急・回・慢	地域包括ケア病棟入院料1
療養病棟(医療)	25	高・急・回・慢	療養病棟入院基本料1
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	
		高・急・回・慢	

(3) 病床転換に伴う施設・設備整備及び運営の変更について

① 施設整備の実施	
<input checked="" type="checkbox"/> 実施予定 有り	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 増改築 <input checked="" type="checkbox"/> 改修
<input type="checkbox"/> 実施予定 無し	
② 設備整備の実施	
<input checked="" type="checkbox"/> 実施予定 有り	(整備内容) リハビリ機器の整備
<input type="checkbox"/> 実施予定 無し	
③ 転換後病床の運営に係るスタッフの雇用について	
③-1 転換に伴い、新たにスタッフを確保する必要がありますか	
<input checked="" type="checkbox"/> 必要	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 (2) 人 <input type="checkbox"/> 作業療法士 () 人 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 () 人 <input type="checkbox"/> その他 () () 人
<input type="checkbox"/> 不要	内訳を記入
③-2 新たにスタッフを確保する場合の確保手段について	
<input checked="" type="checkbox"/> 病院の既職員の配置を変更等により調整予定	(1) 人
<input checked="" type="checkbox"/> 新規職員を採用予定	(1) 人
④ 病床転換に伴い、看護配置を変更する必要がありますか	
<input type="checkbox"/> 必要	現在： 対 ⇒ 転換後： 対
<input type="checkbox"/> 不要	

(4) 在宅医療提供体制充実に向けた事業の開始予定はありますか

<input type="checkbox"/> 予定無し	<input checked="" type="checkbox"/> 予定有り	開始予定事業	開始予定時期
		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	平成 31 年 4 月
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	平成 年 月
		<input type="checkbox"/> 在宅訪問診療	平成 年 月
		<input type="checkbox"/> その他 ()	平成 年 月

(5) 病床転換をするに当たって京都府地域医療機能強化特別事業補助金の活用予定はありますか

<input checked="" type="checkbox"/> 活用予定有	<input type="checkbox"/> 活用予定無
---	--------------------------------

※補助金の活用予定と御回答いただいた場合であっても、補助金の交付を保証するものではありません。

(6) 病床転換をするに当たって必要と思われるサポートを御記入ください

※ハード面、ソフト面問わず、転換にあたっての課題及び、その課題に対する必要なサポート等自由に御記入ください。

※必要に応じて、御連絡することがありますが、ご協力いただきますようお願いいたします。