

地 医 第 1 2 7 号
令和 7 年 6 月 1 6 日

奈良県病院協会会長 殿
各医療機関の長 殿

奈良県 福祉保険部 医療政策局
地域医療連携課長
(公印省略)

令和 7 年度「病床機能再編支援事業給付金」の活用意向調査について（照会）

平素より、本県の保健医療行政の推進にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
標記事業につきまして、給付金の活用を希望される場合は、下記により資料を提出してください。

記

1. 事業内容

地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的な病床削減や病院の統合による病床廃止に取り組む際の財政支援を実施します。詳細は別添 1「病床機能再編支援事業給付金支給要綱」のとおりです。

※ 支給要綱ならびに申請書類の様式は奈良県ホームページからダウンロードできます。

(奈良県トップページ>県の組織>地域医療連携課>病床機能再編支援事業)

<http://www.pref.nara.jp/60676.htm>

2. 提出資料

別添 2「支給申請額算定シート」

※ 支給要綱に基づく各種申請書類の提出は、地域医療構想調整会議ならびに奈良県医療審議会での議論を行った後にご提出いただきますので、今回は提出不要です。

3. 提出方法

メールにて、「7. 提出先及び問い合わせ先」へご提出ください。

4. 提出期限

令和 7 年 7 月 4 日（金）

※ 予算枠に空きが見込まれる場合等においては、期限を延長することがあります。その場合は、ホームページにその旨を掲載します。

5. 留意事項

- 本照会に対する回答後、地域医療構想の実現に向けた必要な取組であるかどうかを、地域医療構想調整会議ならびに奈良県医療審議会において議論いただくこととなります。
(支給要綱第4条を参照) 会議の日程については、別途調整となります。また、必要により資料作成や会議への出席をお願いします。
- 回答にあたっては、別添3「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」を参照してください。

6. 個別相談の実施

活用を検討される医療機関向けの個別相談を実施します。ご希望の場合は「7. 提出先及びお問い合わせ先」へご連絡ください。

日時：個別に調整させていただきます

場所：オンライン（zoom）もしくは奈良県庁

7. 提出先及び問い合わせ先

奈良県 地域医療連携課 担当：廣瀬

〒630-8501 奈良市登大路町 30

TEL：0742-27-8645 FAX：0742-22-2725

E-mail：iryoudenkei@office.pref.nara.lg.jp