

2023 年度 神奈川県地区病院協会等支援 実施要綱

1 事業名

病床機能分化・連携促進事業

(事業主体：神奈川県 受託：公益社団法人 神奈川県病院協会)

2 目的

(県委託仕様書「1 目的」に記載のとおり)

地域医療構想区域（以下「地域」という。）における病院等の医療機関や医療関係者等が連携しながら、地域の医療機関の役割分担等についての意見交換等を進めるほか、地域医療構想の推進に向けた地域の自主的な取り組みや連携を促すことを目的とする。

3 支援対象

地区病院協会等(法人格のない「病院会」などの団体及び神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会を含む)

4 支援対象事業

2023 年 4 月から 2024 年 3 月までの間に実施する、次の区分 A から C に示す内容で、地域医療構想（含む、新興感染症対応事業、働き方改革と地域医療の両立事業、地域看護師の普及・養成確保に資する事業等）の推進に必要とされる事業として、県が認めるもの

→ 各詳細は県委託仕様書「2 委託内容」参照

なお、支援が認められた事業については、「主催者」などの表示の下に、「神奈川県・神奈川県病院協会支援事業」等の記載をお願いします。

区分	内容
A	地域の公式調整会議の事前・事後などの情報共有・意見交換等で、地域の行政機関と調整のうえ実施するもの (全地域) → 2 (1) ア
B	構想の推進に向けて必要な、当該地域の状況を共有するための組織化・検討会・講演会・勉強会等 (全地域) → 同 イ
C	地域内でのアンケートなど調査事業

(全地域)

→ 同 ウ

5 連携（参画を呼びかける）等の範囲

上記A区分については、地域内の病院（原則として、一般・療養病床）とし、行政機関の参加も含め、詳細は、県委託仕様書のとおりとする。

A及びB区分について、区域としては、横浜・県央は地域を分割して実施できる。また、川崎は、北部、南部を一体的に実施できる。

なお、B区分の勉強会・講演会については、他地域からの参加を妨げない。

新型コロナ対応に関する事業については、原則として、行政、保健所、郡市医師会を参加者に加えること。

6 支援限度額（事業毎及び総額の上限）

各地区病院協会等の事業支援額の上限は、700,000円とする。

なお、県からの受託料総額は、2,570,000円となっており、その範囲内となるよう各支援額を調整する。したがって、事業費全額100%が支援されるとは限らず、地区病院協会等の自己負担が生じることがある。

7 支援対象経費（金額は税込み）

経費区分

①	講演等講師謝礼	・50,000円上限／1時間 程度とする
②	会場費	・会場使用料 ・光熱水費等実費弁償（@10,000円/会場） ・茶菓代（食事、お酒は不可）
③	旅費・交通費等 実費弁償	・講師に係る旅費交通費 ・協議への参画のみへの出席者旅費交通費 （3,000円を上限とする）
④	通信連絡費	・開催案内郵送料等実費
⑤	資料代	・資料等印刷費等
⑥	一般管理費	・事務局人件費及び消耗品及び④に計上されない電話代等連絡雑費等（⑥以外の所要額合計の15%で計算した額。50,000円を上限とする。）

8 支援の手続き

(1) 病床機能連携事業計画・支援申請書（様式1）

支援を受けようとする地区病院協会等は、原則として 2023年5月19日（金） までに（様式1）を県病院協会に提出。

新型コロナ対応に関する事業については、その都度で差し支えない。

(2) 病床機能連携事業支援決定・内示書（様式2）

県病院協会は、県に各申請内容を報告し、必要な調整を行いつつ、対象事業と支援額を調整・決定し、県の了解を得て、（様式2）をもって支援額を内示する。

(3) 病床機能連携事業実施結果報告書（様式3）

地区病院協会等は申請・内示の内容に基づいて事業を実施し、その結果を（様式3）にとりまとめ、（様式4）とともに県病院協会に提出。

(4) 病床機能連携事業支援負担金請求書（様式4）

地区病院協会等は、（様式3）に基づく支援負担金を、この（様式4）に請求額内訳を添付して県病院協会に請求する。支援対象経費の①、②、③については、領収証等の写しを添付する。

なお、この規定にかかわらず、県及び県病院協会が必要と認めるときは、事業の実施前であっても支援負担金の全部または一部の請求をすることができる。

県病院協会は、報告内容等を精査のうえ、必要に応じて県と調整のうえ、支援負担金額等を決定し、（様式4）により地区病院協会等が指定する口座に振込により支援負担金を支払う。

9 県病院協会独自支援

1の事業のほか、県からの委託料が不足する場合や、県支援の対象外の事業について、県病院協会が公益目的に照らして必要と認める場合は、協会の独自財源による事業として、地区病院協会等に対して一定の支援を行う。この場合の事業区分は、Dとし、申請手続きは、この要綱の2～8までの規定に準じ、申請の時期は適宜受け付けるものとする。

参考 県の委託仕様書（別添）

(様式1)

年 月 日

公益社団法人神奈川県病院協会
会長 吉田 勝明

団体名

代表者 職・氏名

印

病床機能連携事業計画・支援申請書

2023年度神奈川県病床機能分化・連携事業に係る支援を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 支援を受けようとする事業の計画

- (1) 名称
- (2) 実施年月日
- (3) 目的（めざす成果）
- (4) 場所等
- (5) 参加（参画）予定者（必要に応じて別紙）
- (6) 内容（事業区分 A B C D のいずれかを明記）
（適宜、開催通知案やチラシ案などの内容の分かるものを添付してください。）

2 支援申請額（すべて税込み）

- (1) 総所要額 円
- (2) 支援申請額 円
- (3) 所要額の見積もり内訳
別添1のとおり

（複数事業ある場合は、事業毎に、（その1）（その2…）として、この様式を作成してください。）

(様式3)

年 月 日

公益社団法人神奈川県病院協会
会長 吉田 勝明

団体名

代表者 職・氏名 印

病床機能連携事業実施結果報告書

2023年 月 日付けで支援決定・内示のあった対象事業については、次のとおり実施しましたので、支援負担金の請求書（様式4）を添えて報告します。

1 事業実施結果

(1) 参加病院数

(2) 参加者（別添 名簿を添付してください）

総人数 人

行政機関等病院以外の参加者 人

(3) 主な成果

(4) 結果概要

（別添 会議資料等概要の分かるものを適宜添付してください。）

2 経費等の状況

別添 病床機能連携事業支援負担金請求書（様式4）のとおりに

(様式4)

年 月 日

公益社団法人神奈川県病院協会
会長 吉田 勝明

団体名

代表者 職・氏名 印

病床機能連携事業支援負担金請求書

2023年 月 日付けで支援決定・内示のあった対象事業に係る 支
援につきまして、下記の口座にお振り込みください。

請求額 金 _____ 円

金融機関名	
支店名	
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

添付資料 請求額内訳 (領収書の写し等添付)

所要額の見積もり内訳

地区名

項番	経費区分	金額(円)	内容説明	備考
①	講演等講師謝礼			
②	会場費			
③	旅費・交通費等 実費弁償			
④	通信連絡費			
⑤	資料代			
⑥	一般管理費			
	合計			

請求額内訳についてもこの様式を適宜使ってください。