

各医療機関 管理者 様

千葉県健康福祉部医療整備課長
(公印省略)

令和8年度千葉県病床機能再編支援事業に関する意向調査について (依頼)

本県の医療行政の推進については、日ごろから多大なる御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、令和2年度より地域医療構想の実現を図る観点から、医療機関の病床削減や再編統合に対し給付金を支給することにより、効率的な医療提供体制の構築に向けた取組の推進を図っているところです。

この度、令和8年度事業の活用見込みを把握するための調査を実施いたしますので、本事業への申請の意向がある場合は、下記により関係資料の提出をお願いいたします。

後日、提出いただいた医療機関に対して、詳細な事業内容等についてお伺いいたします。なお、申請の意向がない場合は御回答いただく必要はありません。

記

1 提出書類

(1) 算定シート

※事業の概要については別添の国要領「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」を御確認ください。

2 提出期限・提出先

(1) 提出期限 令和7年6月11日(水)【期限厳守】

(2) 提出先 医療整備課地域医療構想推進室

(3) 提出方法 メールでの提出(アドレス: chihuku@mz.pref.chiba.lg.jp)

※ 件名は「令和8年度病床機能再編支援事業意向調査票【〇〇】」としてください(〇〇には施設名を記載してください)。本文中に御担当者名と連絡先の電話番号を記載してください。

3 注意事項

- ・本事業は地域医療構想の実現に向けた取組を支援することを目的としているため、特に医療圏内で不足している病床機能を削減する場合などは、地域医療構想調整会議や医療審議会での協議の結果、事業の対象と認められない場合があります。
- ・申請のあった医療機関におかれましては、令和7年7～8月に開催予定の地域医療構想調整会議で内容について御説明いただきます。
- ・本事業は今後県の要綱改正を行うため、事業内容に変更が生じる可能性があります。

【担当】

千葉県健康福祉部医療整備課

地域医療構想推進室 鈴木

TEL 043-223-2608