



福医事第 0401008 号
令和 2 年 4 月 1 日

各 都道府県医務主管部(局)長 様

独立行政法人福祉医療機構
福祉医療貸付部長



独立行政法人福祉医療機構の医療貸付に係る証明書の取扱いについて

当機構の業務につきましては、日頃より格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきましては、従前より御協力賜ってきたところですが、今般、取扱いを一部改正いたしましたので、別添により証明書に記載していただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、当該証明につきましては、各都道府県知事の業務委任の実情に応じ、知事又は知事の委任した者を証明者としてお願いしたいと存じますので、併せてよろしくお願い申し上げます。

また、平成 31 年 3 月 28 日付福医事第 0328001 号「独立行政法人福祉医療機構の医療貸付に係る証明の取扱いについて」は廃止します。

独立行政法人福祉医療機構医療貸付に係る証明書の記載要領

○病院

1 証明事項1について

「上記施設の開設地の属する地域の病床の現状」について

(1) 「単位区域」欄

上記施設について、次により「基準病床数」算定の基礎となる区域（医療法施行規則（以下「規則」という。）第30条の29に規定する区域による。）の名称を記載してください。

ア) 一般病床の場合

医療計画において医療圏として設定した区域名を記載してください。

イ) 精神病床及び結核病床の場合

当該都道府県名を記載してください。

(2) 「基準病床数」欄

医療計画において算定した当該区域の基準病床数を記載してください。

(3) 「既存病床数」欄

当該区域内の許可病床数により補正後の現在病床数を記載してください。

なお、病床数の補正は、規則第30条の33に定めるところにより行ってください。

2 証明事項2について

(1) 「上記施設の事業計画が、独立行政法人福祉医療機構貸付準則「別表18の1」、「別表18の2」又は「別表18の3」の規定に該当する事由」について

ア) 「別表18の1」又は「別表18の2」に該当する場合

上記病院の新設又は増床事業が、独立行政法人福祉医療機構貸付準則（以下「準則」という。）「別表18の1」又は「別表18の2」に規定する事業であって、規則第30条の32の2に定める事項の一に該当する事業であることを記載してください。

(例)

独立行政法人福祉医療機構貸付準則「別表18の1」に規定する医療法施行規則第30条の32の2第1項第1号に掲げる専らがんに関し、診断及び治療等を行う病院の新設事業に該当する事業計画である 等

イ) 「別表18の3」に該当する場合

上記病院の新設又は増床事業が、準則「別表18の3」に規定する事業であって、規則第30条の33に掲げる障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支

援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第6項に規定する療養介護を行う事業であることを記載してください。

(例)

独立行政法人福祉医療機構貸付準則「別表18の3」に規定する医療法施行規則第30条の33第1項第1号に掲げる障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第6項に規定する療養介護を行う施設である病院として開設を認める新設事業に該当する事業計画である 等

(2) 「上記施設の施設整備が、診療機能の向上又は医療計画に定める事項の達成を推進するために必要と認められる事由」について

上記病院の施設整備が、乙種増改築資金に係る増改築事業の場合で、医療計画を推進していくうえで必要な病院・病床について、通常の利率より低い利率（独立行政法人福祉医療機構貸付利率準則第7の表の備考（2）、（3）及び（4）に規定する利率）を適用するために必要とするものです。

また、病院に対する建築資金の融資については、次のとおりとなり、貸付対象事業としての適否等を判断するために必要とするものです。

【500床以上の病院】

500床以上の病院の新築及び増改築事業については、医療法（以下「法」という。）第30条の4第2項第2号に基づく5疾病5事業等に係る医療連携体制に位置づけられている政策優先度の高い地域医療等を実施する病院の当該部門の整備及びその他医療計画に定める事項の達成を推進するために必要と認められる病院の整備への融資に限定します。

【500床未満の病院】

500床未満の病院の新築及び増改築事業については、5疾病5事業等に係る医療連携体制に位置づけられている政策優先度の高い地域医療等を実施する病院及びその他医療計画に定める事項の達成を推進するために必要とされる病院への融資を優先します。

ア) ①に該当する場合

国庫補助対象事業である「医療施設近代化施設整備事業」による病院の増改築事業をいいます。

イ) ②に該当する場合

上記病院の増改築事業（減床する場合に限る。）が、規則第30条の32の2第1項各号に掲げる病床並びに当該病床と機能及び性格を同じくする病床であることを記載してください。

(例)

② 医療法施行規則第30条の32の2第1項第1号に掲げる専らがんに関し、診断及び治療等を行う病院の病床として機能の向上に係るもの 等

ウ) ③に該当する場合

法第30条の4第2項に基づき医療計画に定める事項のうち、該当するものを次のとおり記載してください（括弧欄は具体的に記入してください。）。

なお、③に該当が無い場合、500床以上の病院については、融資の対象にならないことにご留意ください。

【医療連携体制に関する事項】

法第30条の4第2項第2号に基づく5疾病5事業等の医療連携体制において、必要な医療機能を担う病院として名称が医療計画に記載されている又は必要となる医療機能を備えていると認められる場合は、該当する疾病名または事業名を記載してください。

【医療連携体制以外の事項】

法第30条の4第2項に基づき医療計画に定める事項（第2号の医療連携体制に関する事項を除く。）の達成を推進していくうえで、当該病院の役割等が必要と認められる事項を記載してください。

(3) 「上記施設が、医療計画に定める地域医療構想の達成を推進するために必要と認められる事由」について

地域医療構想支援資金（独立行政法人福祉医療機構業務方法書附則第12条）の貸付対象及び独立行政法人福祉医療機構貸付利率準則第7条の表中、備考（5）に規定する貸付利率の優遇措置としての適否を判断するために必要とするものです。

医療法第30条の4第2項第7項に基づき策定された地域医療構想の実現に向けた計画と認められる場合は、チェックを入れてください。

なお、証明書に記載のある「地域医療構想の実現に向けた取組みであるもの」とは、下記の内容も含めて考えております。

- 地域医療構想調整会議において、「平成37（2025）年に向けた対応方針」（以下「方針」という。）の協議が調った病院（診療所）の計画
- 地域医療構想調整会議における方針が未だ調べていないものの、次の①から⑦に該当する病院（診療所）の計画
 - ① 今回の病院（診療所）の計画に関して、地域医療構想調整会議において異論がなかった場合
 - ② 病床配分を受ける場合
 - ③ 全体病床数を削減する場合
 - ④ 医療計画に記載があり、必要な医療を提供する場合
 - ⑤ 地域に不足する病床機能を提供する場合
 - ⑥ 公設民営の病院の引き受けを行う場合
 - ⑦ 上記内容など、都道府県知事による要請・勧告に従って行う場合

○有床診療所

1 証明事項1について

病院と同様です。

※ 法附則（平成18年法律第84号）第3条第3項及び第4項に規定する、平成18年12月31日以前に設置された診療所の一般病床については、施行日から別途政令で定める日までの間は、基準病床数制度における既存の一般病床の数には算入しないものであります。

しかしながら、機構の有床診療所に対する融資は、平成18年12月31日以前に設置されたものを含めて、すべて基準病床数制度に基づき貸付条件を決定することから、証明願申請時点での病床数の記載をお願いします。

2 証明事項2について

(1) 「上記施設の事業計画が、独立行政法人福祉医療機構貸付準則「別表18の1」又は「別表18の4」の規定に該当する事由」について

ア) 「別表18の1」に該当する場合

上記診療所の新設事業が、準則「別表18の1」に規定する事業であって、規則第30条の32の2に定める事項の一に該当する事業であることを記載してください。（※例示は「病院」2（1）をご参照ください。）

イ) 「別表18の4」に該当する場合

上記診療所の新設事業が、準則「別表18の4」に規定する事業であって、規則第1条の14第7項に定める事項の一に該当する事業であることを記載してください。

(例)

独立行政法人福祉医療機構貸付準則「別表18の4」に規定する医療法施行規則第1条の14第7項第1号に掲げる居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載される診療所に一般病床を設けるための新設事業に該当する事業計画である 等

(2) 「上記施設が、医療計画に定める地域医療構想の達成を推進するために必要と認められる事由」について

地域医療構想支援資金（独立行政法人福祉医療機構業務方法書附則第12条）の貸付対象としての適否を判断するために必要とするものです。

医療法第30条の4第2項第7項に基づき策定された地域医療構想の実現に向けた例示のような取組みを実施するものと認められる場合に、チェックを入れてください。（※例示は、「病院」2（3）をご参照ください。）

なお、地域医療構想の実現に向けた取組みとして、有床診療所が無床診療所となる場合についても、当該証明書にチェックを入れてください。

独立行政法人福祉医療機構 病院・有床診療所融資に関する

証 明 願

病院又は有床診療所						管 理 者					
名 称						氏 名					
開設地											
計画の概要											
又設置又は整備する病床数	区 分		病床数（療養病床は再掲）					増加病床数 についての 開設許可年月日	診 療 科 目		
			総数	一般		精神	結核		感染症	現 在	
	現 在		床	床	床	床	床	床			
	計画による 増 減	増 加							年 月 日	計 画 完成後	
		減 少									
計画完成後											
証 明 事 項	1	上記病院又は有床診療所の開設地の区域における病床の現状等									
	2	上記病院又は有床診療所の設置・整備に係る診療機能等									
<p>上記施設の設置・整備等のため、独立行政法人福祉医療機構資金の融資を受けたいので、 上記の証明事項について証明してください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (開設者)</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 _____ ㊟</p>											

- (注) 1. 証明願は、両面印刷にて出力し、都道府県知事あて2部提出してください。ただし、都道府県によっては、知事が委任した者（保健所長等）が証明する場合がありますので、あらかじめ都道府県医務主管課に問い合わせてください。
2. 都道府県において1部を申請書として保管し、都道府県知事による証明がされた証明書（1部）を機構あて提出してください。
3. 計画による増加病床数について、既に開設（一部変更）許可を得ている場合は、その許可年月日を記入してください。
4. 証明事項欄は、該当の数字を○で囲んでください。

証 明 書

病院又は有床診療所	名 称	開 設 地	開設者の氏名又は名称		
証明事項1	区 分	単位区域	基準病床数	既存病床数	備 考
	上記施設の開設地の属する区域の病床の現状	一般・療養			
		精 神			
		結 核			
証明事項2	上記施設の事業計画が、独立行政法人福祉医療機構貸付準則「別表18の1」から「別表18の4」までの規定に該当する事由		独立行政法人福祉医療機構貸付準則「別表18の ___」に規定する医療法施行規則第 ___ 条の ___ 第 ___ 項第 ___ 号に掲げる _____ に該当する事業計画である。		
	上記施設の施設整備が、診療機能の向上又は医療計画に定める事項の達成を推進するために必要と認められる事由		下記記載事項のうち、該当するものの□の中に✓印を付けてください。 <input type="checkbox"/> ①医療施設近代化施設整備事業に係るもの <input type="checkbox"/> ②医療法施行規則第30条の32の2第1項第 ___ 号に掲げる _____ 病院の病床として機能の向上に係るもの <input type="checkbox"/> ③医療計画を推進するために必要なもの 医療法第30条の4第2項に基づき医療計画に定める事項 (1) 医療連携体制に関する事項 ア 5疾病5事業 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞等の心血管疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 救急医療 <input type="checkbox"/> 災害時における医療 <input type="checkbox"/> へき地の医療 <input type="checkbox"/> 周産期医療 <input type="checkbox"/> 小児医療（小児救急を含む。） イ 都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認める医療 <input type="checkbox"/> 精神保健医療対策 <input type="checkbox"/> 障害保健対策 <input type="checkbox"/> 認知症対策 <input type="checkbox"/> 結核・感染症対策 <input type="checkbox"/> 臓器移植対策 <input type="checkbox"/> 難病等対策 <input type="checkbox"/> その他 ※ 次の欄に具体的に記入してください { _____ } (2) 医療連携体制以外の事項 上記以外で医療計画を推進していくために必要と認められる事項 ※ 次の欄に具体的に記入してください { _____ }		
	上記施設が、医療計画に定める地域医療構想の達成を推進するために必要と認められる事由		<input type="checkbox"/> 地域医療構想の実現に向けた取組みであるもの		
上記のとおり証明する。 年 月 日					

(注) 証明事項1について 証明願に係る増加病床数について、医療計画公示後開設（一部変更）許可を与えている場合は、「既存病床数」は当該許可を与える直前の病床数を、未許可の場合は、証明日現在の病床数を記入してください。