

令和7年度 石川県医療施設等生産性向上・ 職場環境整備等支援事業補助金

申請書作成の手引き



令和7年7月29日 初稿

●本手引きについて

この手引きは、令和7年3月31日までに診療報酬のベースアップ評価料を届け出ており、石川県内に所在する医療施設等（※病院・有床診療所・無床診療所（医科・歯科）・訪問看護ステーション）を対象として、本補助金の制度や、申請書等の記載方法について説明しています。本補助金の申請を行う場合は、必ず、この手引きを確認してください。

●事業の概要

人材確保が喫緊の課題となっている中で、限られた人材でより効率的に業務を行う環境の整備費用に相当する金額を、補助金として交付することにより、業務の生産性を向上させ、職員の処遇改善につながることを目的に実施されるものです。

●補助金交付内容

令和6年4月1日から令和8年3月31日までの間に下記の交付対象となる取組を行った医療施設に対して補助金を交付します。

<交付対象となる取組>

取組種別（下記のいずれか（複数可）対象）	具体例
I C T 機器等の導入による業務効率化	タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入
タスクシフト／シェアによる業務効率化	医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア
補助金を活用した更なる賃上げ	処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

<補助金の上限額>

施設種別	交付額
病院・有床診療所	交付申請日時点の許可病床数×4万円 (4床以下の場合は18万円)
無床診療所（医科・歯科）	1施設×18万円
訪問看護ステーション	1施設×18万円

※消費税及び地方消費税に相当する金額は補助対象外です（税抜価格で申請願います）

※申請は1施設につき1回限り

●申請提出期日

令和8年3月13日(金)まで。 ※郵送の場合は消印有効

●申請の方法等

(1) 申請提出書類

～ 申請には下記の①・②の書類提出が必要です ～

① 交付申請書兼実績報告書

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業のホームページより、施設種別に応じた申請書類をダウンロードの上、P5以降の該当する「記載例」を参考に作成してください。

◆ホームページURL <https://ishikawa-shien.jp/seisan01/>

<病院・有床診療所>

・様式第1号

Form 1 for Hospital/Inpatient Clinic. It includes sections for facility information, financial data, and a detailed table for recording activities and costs. The table has columns for date, activity, and cost.

・別紙

Separate sheet for Hospital/Inpatient Clinic. It includes a table for recording activities and costs, similar to Form 1 but with a different layout.

<無床診療所・訪問看護ステーション>

・様式第1号

Form 1 for Outpatient Clinic/Visiting Nurse Station. It includes sections for facility information, financial data, and a detailed table for recording activities and costs. The table has columns for date, activity, and cost.

・別紙

Separate sheet for Outpatient Clinic/Visiting Nurse Station. It includes a table for recording activities and costs, similar to Form 1 but with a different layout.

② 振込先の書類の写し

「金融機関名」・「支店名」・「預金種別」・「口座番号」・「口座名義人（フリガナ）」が読み取れるもの（通帳の表紙裏側のコピーなど）を添付してください。



(2) 提出書類の申請方法

【①web申請】

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業のホームページより、申請を行ってください。※下記申請フロー参照



【②郵送による申請】

前頁の必要申請提出書類を下記の宛先まで郵送してください。

〒920-0864

石川県金沢市高岡町12-45ロイヤルシャトー南町

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業運営事務局 宛



●【webサイトからの申請フロー】

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

※申請者本人が入力ください。

※申請は1施設につき1回限りです。

※こちらの画面の「確認用ページ」をクリック後、確認画面へ移行します。次の画面で送信を押していただくと申請は完了いたします。

個人情報の取扱いについて **【必須】**

☐ 同意します

入力いただく申請者様の個人情報は、申請者様との連絡及び当該支援金支払い手続きのために利用させていただきます。

プライバシーポリシー全文は [こちら](#) からご確認ください。

申請者情報

申請区分 **【必須】**

☐ 病院・有床診療所（4床以下の有床診療所は除く）

☐ 無床診療所・訪問看護ステーション（4床以下の有床診療所を含む）

該当するものを選択してください。

申請者（開設者） **【必須】**

医療法人社団 ●●会

申請者（開設者）住所 郵便番号 **【必須】**

920 - 0000

住所検索

申請者（開設者）住所 **【必須】**

石川県 ●●市 ●●町

※番地や建物名なども正確に入力してください。

役職・代表者名 **【必須】**

理事長 石川 太郎

対象区分にチェックを入れてください。

上段：病院・有床診療所（5床以上）

下段：無床診療所・訪問看護ステーション
（4床以下の有床診療所含む）

～ 次頁に続く ～

●【webサイトからの申請フロー】

医療施設等住所 郵便番号 [必須] 920-0000 住所検索

医療施設等住所 [必須] 石川県○○市○○町
※県地や建物名なども正確に入力してください。

担当者 (所属・役職・氏名) [必須] 総務部 事務長 石川 太郎
入力例: 管理部 課長 金沢 二郎

施設 (医療機関等) 電話番号 [必須] 000-000-0000
※半角数字で入力してください。

メールアドレス [必須] XXXXX@XXXX.XX.XX (確認用) XXXXX@XXXX.XX.XX
※なるべくパソコンのメールアドレスを入力してください。
※申請受付係@mail.jtb.comからのメールを受け取れるように設定してください。

申請コード [必須] XXXXXXXXXX
※半角で入力してください。
※事前発送した事業案内に添付されている申請コードを入力してください。
※申請コードは偽造品に注意。

支給要件・支給額

対象施設の要件確認 [必須] ☒ 要件を確認しました
令和7年3月31日時点において、下記設問に開ける診療報酬のいずれかを開けている。

診療報酬の届出状況 [必須]

☐ Q100 外発・在宅ベースアップ評価料 (I)
☐ P100 歯科外発・在宅ベースアップ評価料 (I)
☐ Q102 入院ベースアップ評価料 (歯科) ※
☐ P102 入院ベースアップ評価料 (歯科) ※
☐ 訪問看護ベースアップ評価料 (I)
該当するものを選択してください (複数選択可)
※Q102 入院ベースアップ評価料 (歯科)、P102 入院ベースアップ評価料 (歯科) の2項目は【病院・歯科診療所】の方のみ選択可能。

(1)タブレット端末、離床センサー、インカム、WEら会議設備、床下ロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入
※半角数字のみ。
※入力例: 180000

(2)医師事務作業補助装置、看護補助装置の備品の新たな設置によるシステム/ソフトウェアに要する申請額 (円)
※半角数字のみ。
※入力例: 180000

(3)処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善に要する申請額 (円)
※半角数字のみ。
※入力例: 180000

(1)+(2)+(3) 要する申請額 (円) ※自動計算 0円

(病院・有床診療所の場合) 許可病床数 ※申請上乗額の算出のため [必須] 10
※半角数字のみ。

申請額 (円) ※(1)+(2)+(3)の合算額と申請上乗額の低い方が今回の申請額になります (自動計算) 0円
※申請上乗額は「(病院・有床診療所)」は40,000円×病床数、【無床診療所・訪問看護ステーション】は4床以下の病院・診療所は180,000円です。

誓約 [必須] ☒ 誓約事項を確認しました

- (1) 交付対象施設の要件を満たしていること
- (2) 交付のために提出した書類に虚偽がないこと
- (3) 補助金の申請は、1施設につき1回限りとする
- (4) この補助金と補助対象が重複する他の補助金等の交付を受けないこと
- (5) 石川県要介護保険料納付金に規定する能力要件に該当せず、かつ将来にわたつたとしても該当しないこと
- (6) 業務の滞りがなく
- (7) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じる
- (8) 個人債権の取扱いに際して、補助金の交付手続きに必要な書類を事務局と共有することに同意すること
- (9) 申請額には、消費税及び地方消費税に相当する金額は含まれていないこと
- (10) 申請額に対して、重複する他の補助金等の交付を受けないこと

私は、石川県医療施設等生産性向上・臨床現場整備等支援事業補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

事前発送した事業案内に記載の申請コードを入力

※自動計算されます

申込区分で「病院・有床診療所」を選択したときのみ表示されます

※上限額と比較して低い方が自動計算されます

振込口座情報
必ず申請書名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可)

振込先金融機関名 [必須] ○○○○
※スペース等を入力しないでください。

金融機関種別 [必須]

☐ 銀行
☐ 金庫
☐ 組合
☐ 農協
☐ 漁協

金融機関コード (4桁) [必須] △△△△
※4桁で入力してください。(例: 0001)
※半角数字のみ。
※ゆうちょ銀行の場合は 9900 と入力してください。

本店・支店名 [必須] ○○○○

本店・支店情報 [必須]

☐ 本店
☐ 支店
☐ 出張所
☐ 本所
☐ 支所

支店コード (3桁) [必須] ◇◇◇
※3桁入力してください。(例: 001)
※半角数字のみ。
※ゆうちょ銀行の場合は「店番」を入力してください。

口座種別 [必須]

☐ 普通
☐ 当座

口座番号 [必須] ××××××××
※7桁で入力してください。(例: 00000001)
※半角数字のみ。

口座名義人 (カナ) [必須] ●●ビムウイン
※半角カナで入力してください。
※口座登録簿記載通りに入力をお願いします。
例: (例) 金沢 → カナカナザワ 等

ファイルの種類はPDF、Word、Excel、JPG、ZIPで登録をお願いします。

各必要書類の添付に際しては、2枚以上のアップロードをする際にはZIPフォルダで1つにした後に添付してください。
※2件を続けて同じ部分にアップロードしてしまうと、1作目のデータが上書き消去されますのでご注意ください。
※画像は出来る限り軽くしていただき添付をお願いします。

振込先の情報の写し [必須]

☐ ファイルの選択 ファイルが選択されていません
金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人 (フリガナ) が読み取れるもの (通帳の表紙裏面の部分など) をアップロードしてください。

確認用ページへ

る情報管理システム「スパイラルバージョン1」にて安全に管理
SPARC 送信の前に
SPARC 安全確認を。

● 交付申請書兼実績報告書 記載例

< 病院・有床診療所 > 1/2

申請書様式第1号

様式第1号（病院・有床診療所（4床以下の有床診療所は除く））

交付申請日： 年 月 日

石川県知事 殿

申請者（開設者）名： 医療法人社団●●会

押印は省略可能です

申請者（開設者）住所： 石川県●●市●●町

代表者 職・氏名 理事長 石川 太郎

医療施設等名： ●●病院

医療施設等郵便番号： ●●●●-●●●●

医療施設等住所： 石川県▲▲市▲▲町

申請コード：

送付状記載の申請コードを記入ください。

申請日時点における、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床の医療法上の許可病床数の合計

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

申請することのできる上限額です

【申請額】

病床数	給付額	申請額（円）
100床	40,000円	4,000,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

□ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

□ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

	設備名	①に要する申請額（円）
導入設備	離床センサー	1,000,000
	タブレット端末	2,000,000
合 計		3,000,000

導入設備の数に合わせて適宜、行の追加をお願いします

□ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェア

②に要する申請額（円）	500,000
-------------	---------

□ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する申請額（円）	500,000
-------------	---------

①+②+③（円）	4,000,000
----------	-----------

自動計算①②③の合計申請額と一致すること

～ 次頁に続く ～

～ 前頁からの続き ～

【誓約】

- (1) 交付対象施設の要件を満たしていること
- (2) 交付のために提出した書類に虚偽がないこと
- (3) 補助金の申請は、1施設につき1回限りとする
- (4) この補助金と補助対象が重複する他の補助金等の交付を受けないこと
- (5) 石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと
また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらずかつ将来にわたっても該当しないこと
- (6) 県税の滞納がないこと
- (7) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じること
- (8) 個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること
- (9) 申請額には、消費税及び地方消費税に相当する金額は含まれていないこと
- (10) 申請額に対して、重複する他の補助金等の交付を受けていないこと

私は、石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。

なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

住所 石川県●●市●●町

施設(医療機関等)名 ●●病院

代表者職氏名 理事長 石川 太郎

誓約する場合、
以下にチェック



※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

< 病院・有床診療所 > 2/2

別紙

(別紙) (病院・有床診療所)

■ 診療報酬の届出状況

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

項目	チェック
0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☒
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☐
0102 入院ベースアップ評価料 (医科)	☒
P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)	☐
訪問看護ベースアップ評価料 (I)	☐

■ 振込口座情報

金融機関名	●●銀行						
金融機関コード (4桁)	△	△	△	△			
支店名	●●支店						
支店コード (3桁)	◇	◇	◇				
口座種別	☒ 普通 ☐ 当座						
口座番号 (7桁)	×	×	×	×	×	×	×
口座名義人 ※カタカナで記載	●●ビョウイン						

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可)

※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))を添付してください。

■ 事務担当者

氏 名	総務部 事務長 石川 太郎
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
電子メール	XXXXX@XXXXX.XX.XX

< 無床診療所・訪問看護ステーション > 1/2

申請書様式第1号

様式第1号（無床診療所・訪問看護ステーション（4床以下の有床診療所を含む））

石川県知事 殿

交付申請日： 年 月 日

申請者（開設者）名： 石川 太郎

申請者（開設者）住所： 石川県●●市●●町

代表者 職・氏名 院長 石川 太郎

医療施設等名： ●●医院

医療施設等郵便番号： ●●●-●●●●

医療施設等住所： 石川県▲▲市▲▲町

申請コード：

押印は省略可能です

送付状記載の申請コードを記入ください。

石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

生産性向上・職場環境整備等支援事業について、次のとおり申請します。

最大180,000円まで申請可能

【申請額】

申請額（円）
180,000円

【対象施設であることの申出】※該当する要件にチェックを入れること

- ☐ 令和7年3月31日時点において、別紙に掲げる診療報酬のいずれかを届け出ている。

【生産性向上・職場環境整備等の実施内容及び申請額】

- ☒ ①タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラ等の業務効率化に資する設備の導入

	設備名	①に要する申請額（円）
導入設備	タブレット端末	120,000
	合 計	120,000

導入設備の数に合わせて
適宜、行の追加をお願いします

- ☐ ②医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト/シェア

②に要する申請額（円）	0円
-------------	----

- ☐ ③処遇改善を目的とした、既に雇用している職員の賃金改善

③に要する申請額（円）	60,000円
-------------	---------

①+②+③（円）	180,000円
----------	----------

自動計算①②③の合計
申請額と一致すること

～ 次頁に続く ～

～ 前頁からの続き ～

【誓約】

- (1) 交付対象施設の要件を満たしていること
- (2) 交付のために提出した書類に虚偽がないこと
- (3) 補助金の申請は、1施設につき1回限りとする
- (4) この補助金と補助対象が重複する他の補助金等の交付を受けないこと
- (5) 石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。
また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらずかつ将来にわたっても該当しないこと
- (6) 県税の滞納がないこと
- (7) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じること
- (8) 個人情報の取扱いに関して、補助金の交付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること
- (9) 申請額には、消費税及び地方消費税に相当する金額は含まれていないこと
- (10) 申請額に対して、重複する他の補助金等の交付を受けていないこと

私は、石川県医療施設等生産性向上・職場環境整備等支援事業補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。

なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

住所 石川県●●市●●町

施設(医療機関等)名 ●●医院

代表者職氏名 院長 石川 太郎

誓約する場合、
以下にチェック



※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

< 無床診療所・訪問看護ステーション > 2/2

別紙

(別紙) (無床診療所・訪問看護ステーション)

■ 診療報酬の届出状況

チェック欄に「✓」を付すこと。(複数選択可)

項目	チェック
0100 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☒
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	☐
訪問看護ベースアップ評価料 (I)	☐

■ 振込口座情報

金融機関名	●●銀行					
金融機関コード (4桁)	△	△	△	△		
支店名	●●支店					
支店コード (3桁)	◇	◇	◇			
口座種別	☒ 普通 ☐ 当座					
口座番号 (7桁)	×	×	×	×	×	×
口座名義人 ※カタカナで記載	●●ピョウイン					

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可)

※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))を添付してください。

■ 事務担当者

氏 名	総務部 事務長 石川 太郎
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
電子メール	XXXXX@XXXXX.XX.XX

●問い合わせ窓口

ご不明な点がある場合は、下記までお問い合わせください。

— お問い合わせ先 —

**石川県医療施設等生産性向上・
職場環境整備等支援事業運営事務局**

電話番号：076-255-1744



- ・令和7年7月29日（火）より開設
- ・受付時間 9：00～17：00（土日祝を除く）

○事業概要(目的や対象施設等)について

No.	質問	回答
1	事業の目的は何か。	本事業は、人材確保が喫緊の課題となっている中で、限られた人員でより効率的に業務を行う環境の整備費用に相当する金額を、給付金として支給することにより、業務の生産性を向上させ、職員の処遇改善につなげることを目的としています。
2	補助金の交付対象施設どんな施設か。	令和7年3月31日時点で診療報酬のベースアップ評価料を届け出ており、石川県内に所在し、申請日時点において稼働している病院、有床診療所、無床診療所(医科・歯科)及び訪問看護ステーションになります。
3	令和7年4月1日以降にベースアップ評価料を届け出た施設は交付対象となるか。	令和7年3月31日までに届出を行った施設が対象となるため、交付対象とはなりません。
4	令和7年度事業として事業を実施した場合、本事業の支給対象となるためのベースアップ評価料の届出期限は延長されるか。	今のところ延長される予定はありません。
5	申請時点で休止している施設は対象となるか。	今後再開の見込みがある場合には対象となります。
6	申請時点で廃止している施設は対象となるか。	対象となりません。
7	交付申請額の算出における許可病床数には、一般病床以外の病床も含まれるか。また、病床数はいつ時点のものか。	申請日時点における、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床等、医療法上の許可病床数の合計となります。
8	いつからいつまでの経費が対象になるのか。	対象期間は令和6～7年度 of 取組(R6.4.1～R8.3.31)を対象とします。

○補助金の申請・交付について

No.	質問	回答
9	申請時に提出する書類は何か。	様式1(交付申請書兼実績報告書)に通帳の写しを添えてご提出ください。
10	機器の購入や処遇改善を行ったことを証明する書類(領収書等)の添付は必要か。	証拠書類の添付は不要です。 当該帳簿等及び証拠書類については、補助金の額の確定日の次の年度から5年間(具体的には、令和13年3月31日まで)保管してください。 なお、交付申請等の審査において内容に疑義が生じた場合等において、証拠書類の追加提出を求めることがあります。
11	開設者が複数の施設を開設している場合、施設ごとの申請になるのか、開設者ごとの申請になるのか。	開設者が同じ病院、有床診療所、無床診療所、訪問看護ステーションであっても別々に申請していただく必要があります。 事業案内の通知に記載されている申請コードごとに申請してください。
12	ネットバンクを利用しており、通帳の写しを提出することができないがどうしたらよいか。	「金融機関名」「支店名」「口座種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が分かる書類やネットの画面写真を提出してください。
13	申請後に申請内容の誤り等に気づいたが、どうしたらよいか。	申請後に申請内容の誤りが判明した場合には、速やかに運営事務局(076-255-1744)にご連絡をお願いします。
14	いつ補助金は交付されるのか。	交付申請の受理後、審査を行い、申請内容に不備がなく適正と認められれば、概ね2週間程度で補助金を交付する予定です。 ただし、申請内容について、確認事項や不備がある場合には、交付までに時間を要することがあります。 また、申請が集中した場合には、予定より交付が遅れる場合があることをご容赦ください。
15	まだ事業に取り組んでいないが、概算払いはあるか。	概算払いはできません。実績を確認の上、精算払いでお支払いをします。
16	補助対象経費に消費税額を含めてよいか。	消費税及び地方消費税に相当する金額は補助対象ではありませんので、申請時には税抜き金額で積算ください。
17	同様の趣旨の補助金を他団体(国、市町村等)から受けている、又は受ける予定があるが、この支援金を受け取ることはできるか。	他団体からの同様の趣旨の補助金の交付(予定を含む)の有無に関わらず、この補助金を受け取ることが可能です。ただし、この支援金を受け取った場合に他団体の給付金を受け取ることができるか否かは、他団体の給付金の支給要件をご確認ください。

○対象となる取組について (ICT機器等の導入による業務効率化関係)

No.	質問	回答
18	給付金の支給対象となる取組のうち、「ICT機器等の導入による業務効率化」について、具体的にどのような取組が給付対象となるのか。	例えば、タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備、床ふきロボット、監視カメラなどの機器が想定されますが、これらの機器以外にも、施設内の業務効率化に資するもの(例：マイナンバーカードのカードリーダー、業務効率化に資する医療機器やロボット等)であれば幅広く対象となり得ます。 また、ICT機器以外の機器、あるいはソフトウェアなどについても、導入により施設内の業務効率化に資することが認められるものであれば給付の対象となり得ます。
19	「ICT機器等の導入による業務効率化」について、ICT 機器等の導入に附随して導入が必要な設備(Wi-Fi、ルーターなど)や、サービスの導入に伴い発生する毎月の利用料のようなランニングコストなども給付対象となるか。	対象となりえます。 ただし、事業目的に明らかに合致しない経費や、事業の対象期間外に生じる利用料などについては対象になりません。 ※例えば、機器の導入に伴い必要となる利用料の契約期間が、事業の対象期間外にまたがっている場合には、対象期間分の金額に按分するなどして適切に算出下さい。
20	「ICT機器等の導入による業務効率化」について、ICT 機器等をリース契約で導入する場合も対象になるか。	事業の対象期間内に生じる金額については対象になり得ます。
21	令和6年度より前に既に導入したICT機器等の毎月の利用料(ランニングコスト)やシステムの更新費用も対象になるか。	新たに導入するICT 機器等を想定しているため、既存の機器のランニングコストや、システムの更新費用は対象とはなりません。ただし、既存のシステムに新たに業務効率化に資する機能を追加するなどの機能改修を行う場合の費用については対象となり得ます。
22	給付の対象となる経費について機器1台の購入価格に上限はあるか。	給付の対象となる機器・備品1台の購入価格に上限は定めていません。
23	「ICT機器等の導入による業務効率化」の取組を検討していますが、機器の導入費用が支給額(基準額)に満たない場合は、どうすればいいか。	実際の費用が支給額(基準額)を下回る場合はその差額を返還することとなりますが、事業の目的を踏まえ、「給付金を活用した更なる賃上げ」による職員への一時金の支給などにより、支給額(基準額)以上の取組となるようご検討ください。
24	ICT 機器等の導入を行う場合、いつまでに支払・納品を行っている必要があるか。	実績を確認の上、精算払いでお支払いをしますので、申請受付期間中に支払・納品を完了してください。

○対象となる取組について (タスクシフト／シェアによる業務効率化関係)

No.	質問	回答
25	給付金の支給対象となる取組のうち、「医師事務作業補助者、看護補助者等の職員の新たな配置によるタスクシフト／シェアによる業務効率化」について、具体的にどのような取組が給付対象となるのか。	既に雇用している医師や看護師等の職員の負担軽減のために、新たに医師事務作業補助者や看護補助者などの職員を雇用する際の人件費が対象となります。 また、従前から勤務している職員が、 ・新たに医師や看護師等の職員の負担軽減に資する業務に配置された場合の人件費 ・非常勤職員から常勤職員に雇用形態が変更となり、実質的に新たに職員を配置する場合と同等程度の業務効率化が図られる場合の人件費のほか、 ・人材派遣・業務委託の経費(これにより新たに人員を配置してタスクシフト／シェアを行う場合の経費) も対象となり得ますが紹介予定派遣の紹介手数料は対象となりません。

○対象となる取組について (給付金を活用した更なる賃上げ関係)

No.	質問	回答
26	給付金の支給対象となる取組のうち、「給付金を活用した更なる賃上げ」について、具体的にどういった取組が給付対象となるのか。ベースアップ評価料による賃上げは給付金を活用した更なる賃上げと見なせるのか。	対象となりません。 既に雇用している職員について、ベースアップ評価料で手当されている部分とは別にベースアップ・手当・一時金のいずれかにより賃上げを行う取組が対象となりますが、医療機関の持ち出しによって、ベースアップ評価料による収入以上にベースアップ分として支出している部分に対して充当することは可能です。 単に職員の人件費の基本給部分や定期昇給部分に充当し、上記のベースアップ・手当・一時金などの形で還元されない場合は、給付対象外です。
27	「給付金を活用した更なる賃上げ」について、対象職種の定めはあるのか。	薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医師事務作業補助者、事務職員、その他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。ただし、40歳未満の若手医師・若手歯科医師はその限りではない。)に充てることができます。
28	令和5年度にすでに賃上げをし、そのまま維持している場合、令和6年度も賃上げをしている、という判断をしてよいのか。	令和5年度の取組は対象となりません。
29	法定福利費等の事業主負担の増加分は、「給付金を活用した更なる賃上げ」の対象となるのか。また、ベースアップ評価料の取り扱い時と同様に事業主負担分を一律に16.5%として扱ってもよいでしょうか。	単なる法定福利費等の増額分の支払は、対象となる取組には含まれませんが、ベースアップ・手当・一時金のいずれかにより賃上げを行う取組に伴い生じる法定福利費等の事業主負担の増加分に充てることができることは可能です。 また、給付額の83.5%は「更なる賃上げ分」として充てつつ、残り16.5%を当該賃上げ分に附随する法定福利費として充てることができることは差し支えありません。
30	訪問看護STとして「みなし指定」を受けた病院・診療所は支援の対象になるのか。	「みなし指定」を受けて「訪問看護ST」のコードが交付され、「病院・診療所」と「訪問看護ST」のそれぞれで、令和7年3月31日時点でベースアップ評価料を届け出ていれば、両方で申請することが可能です。
31	訪問看護STのサテライト施設は支援の対象になるのか。	対象となりません。
32	例えば、3月31日までにベースアップ評価料を届け出ている対象施設の開設者が個人でしたが4月1日以降に開設者が法人に変更となる場合等、3月31日までにベースアップ評価料を届け出ている対象施設の開設者が4月1日以降に変更となった場合、支援の対象になるのか。	例示の場合は実質的には同じ対象施設となるため、対象になり得ます。 また、3月31日までにベースアップ評価料を届け出ている対象施設が事業譲渡等によって4月1日以降に開設者が変更となった場合も、地域で果たしている役割や機能が実質的に同じと判断できるのであれば、対象になり得ますので、運営事務局(076-255-1744)にご連絡をお願いします。