

事 務 連 絡

令和 8 年 2 月 19 日

富 山 県 医 師 会 長
富 山 県 歯 科 医 師 会 長
富 山 県 看 護 協 会 長 } 殿

富 山 県 厚 生 部 長

令和 7 年度富山県医療施設等経営強化緊急支援事業費（生産性向上・
職場環境整備等支援事業）補助金（第 2 期）について

このことについて、別添のとおり実施しますので、お知らせします。

なお、県内の対象医療機関（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る病院、診療所、訪問看護ステーション）で、第 1 期に未申請の機関には別途通知します。

（事務担当） 医務課医療政策係

〔 TEL : 076-444-3219
E-mail : aimu@pref.toyama.lg.jp 〕

高齢福祉課地域包括ケア推進係

〔 TEL : 076-444-3205
E-mail : akoreifukushi@pref.toyama.lg.jp 〕

令和7年度富山県医療施設等経営強化緊急支援事業費（生産性向上・職場環境整備等支援事業）補助金について

平素から本県医療行政の推進に格別のご協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

本県では、富山県医療施設等経営強化緊急支援事業費（生産性向上・職場環境整備等支援事業）補助金を実施しており、第2期の申請受付を開始いたしますので、ご案内いたします。

今回申請される方は、**令和8年3月19日（木）までに交付申請書兼実績報告書（様式1）**をご提出ください。なお、機器納品等が3月19日（木）以降になる場合は、3月31日（火）までに提出ください。

記

1 補助金の対象者・交付額と補助対象となる取組

(1) 対象者・交付額


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、(2)の取組を実施した病院等に対して、施設区分に応じて下記金額を上限に交付します。**（第1期の未申請者のみが対象）**

ア 病院・有床診療所	申請日時点の許可病床数×4万円	（4床以下の有床診は1施設18万円を上限に支給）
イ 無床診療所	1施設あたり18万円	
ウ 訪問看護ステーション	1施設あたり18万円	

(2) 補助対象となる取組

令和6年4月1日から令和8年3月31日までの間に実施された以下の取組のいずれか（複数可）に要した経費が支給対象となります。

- ア ICT機器等の導入による業務効率化（**令和8年3月31日までに納品完了のこと**）
タブレット端末、離床センサ、インカム、WEB会議設備、床ふきロボ、監視カメラ等の業務効率化に資する設備導入
- イ 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
- ウ 給付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

詳細は、県ホームページをご覧ください 

<https://www.pref.toyama.jp/1204/kurashi/kenkou/iryoushienkin/aaaaaaaaa.html>



2 申請方法・期間 ※申請時点で納品等が終了している必要があります。

県ホームページから様式1（交付申請書兼実績報告書）をダウンロードしてご記入のうえ、**振込先の通帳の写しを添付**して「3 書類提出・問合せ先」に**郵送にて**提出してください。**領収書等の証拠書類の添付は不要**ですが、**支払いは遅くとも令和8年5月31日まで**に行ってください。

申請期間：令和8年3月2日（月）～3月19日（木）（**必着**）

**お問い合わせは電話ではなく、
メールでご連絡お願いいたします。**

3 書類提出・問合せ先

○病院、診療所の方
医務課医療政策係
〒930-8501 富山市新総曲輪1番7号
TEL：076-444-3219
E-mail：aimu@pref.toyama.lg.jp

○訪問看護ステーションの方
高齢福祉課地域包括ケア推進係
〒930-8501 富山市新総曲輪1番7号
TEL：076-444-3205
E-mail：akoreifukushi@pref.toyama.lg.jp

記載例

施設の種別別に3種類の様式があるので、自施設の種別に応じた様式をダウンロードしてください。

- ・病院・有床診療所（5床以上）
- ・有床診療所（4床以下）・無床診療所
- ・訪問看護ステーション

下記の条件を満たす日付としてください。

- ・交付申請開始日（令和8年3月2日）以降
- ・取組の終了日（機器購入であれば納品日）以降
- ・令和8年3月31日以前

様式第1号（〇〇〇）

富山県知事 殿

交付申請日： 年 月 日

・医療機関の方は、必ず医療法上の「開設者」の情報を記載してください。（医療機関の名称、住所、管理者（院長等）ではありません。）

・訪看ステーションの方は、必ず「運営主体の法人」の情報を記載してください。（訪看ステーションの名称、住所、管理者ではありません。）

申請者（開設者）名： 医療法人社団〇〇（法人名）または〇〇太郎（個人名）

申請者（開設者）住所： 富山市〇〇町〇番〇号

代表者 職・氏名 理事長 〇〇太郎 押印は省略可能です。

保険医療機関名： 〇〇医院

富山県医療施設等経営強化緊急支援事業費（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。

必ず☑としてください

申請日時における、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。

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

5床以上

または、

1床×4万円が申請可能な最大値です。

18万円が申請可能な最大値です。

4床以下、訪看ステーション

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）
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
-------------	---------

自動計算
①②③の合計
申請額と一致すること。

必ず1つ以上☑としてください

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

2つの金額は必ず一致させてください。

左のチェック欄で☑としたものには必ず金額を記入してください。合計額が上記の【支出額】より大きくなる場合は、【支出額】と同一になるように金額を調整してください。

各施設の種類により別紙の内容が異なります。

記載例

■診療報酬の届出状況

(別紙) (病院・有床診療所 (5床以上))

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)	<input checked="" type="checkbox"/>
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	<input type="checkbox"/>
0102 入院ベースアップ評価料 (医科)	<input checked="" type="checkbox"/>
P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)	<input type="checkbox"/>
訪問看護ベースアップ評価料 (I)	<input type="checkbox"/>

必ず一つ以上
チェック
を入れてください

(別紙) (有床診療所 (4床以下)・無床診療所)

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)	<input type="checkbox"/>
P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	<input type="checkbox"/>
0102 入院ベースアップ評価料 (医科)	<input type="checkbox"/>
P102 入院ベースアップ評価料 (歯科)	<input type="checkbox"/>

必ず一つ以上
チェック
を入れてください

(別紙) (訪問看護ステーション)

チェック欄に「✓」を付すこと。

項目	チェック
訪問看護ベースアップ評価料 (I)	<input checked="" type="checkbox"/>

必ずチェック
を入れてください

■消費税及び地方消費税に相当する金額

チェック欄のいずれかに「✓」を付すこと。

項目	チェック
交付申請額に含んでいません。	<input type="checkbox"/>
交付申請額に含んでいます。次の事項について誓約し、報告を行いません。 ・事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額が確定した場合は、速やかに知事に報告します。 ・報告に基づき、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の全部又は一部を県に納付します。	<input type="checkbox"/>

必ず何れかに
チェック
を入れてください

■振込口座情報

金融機関名	〇〇銀行						
金融機関コード (4桁)	1	2	3	4			
支店名	〇〇支店						
支店コード (3桁)	1	2	3				
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通			<input type="checkbox"/> 当座			
口座番号 (7桁)	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 <small>※カタカナで記載</small>	イ) 〇〇会、カ) 〇〇社、〇〇タロウ等						

※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。

・申請者が法人の場合は、必ずその法人名を含む口座名義を記載してください。
・申請者が個人の場合は、必ずその方のお名前を記載してください

※必ず銀行口座の通帳の写しを添付してください。
※領収書等の証拠書類の添付は不要ですが、当該帳簿等及び証拠書類については、補助金の額の確定の日(事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日)の属する年度の終了後5年間保管してください。

■事務担当者

氏名	経理部 主任 富山 太郎
電話番号	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
電子メール	xxxxx@xxxxx.xx.xx