

京都府医療機関処遇改善等推進事業補助金交付要領

(趣旨)

第1条 知事は、医療機関等が実施する職員の処遇改善につながる職場環境の整備等に係る経費に対し、医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱（令和7年4月1日付け医政発0401第5号厚生労働省医政局長通知）、補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号。以下「規則」という。）及びこの要領の定めるところにより、予算の範囲内において補助金を交付する。

(定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 病院 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院をいう。
- (2) 診療所 医療法第1条の5第2項に規定する診療所をいう。
- (3) 訪問看護ステーション 指定訪問看護事業者（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）が当該指定に係る訪問看護事業（同項に規定する訪問看護事業をいう。）を行う事業所をいう。

(補助対象事業等)

第3条 補助金の交付の対象となる事業（以下「補助対象事業」という。）、補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）、補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）及び基準額は、別表により定めるとおりとする。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、補助対象経費の実支出額及び基準額を比較していずれか少ない額を限度とする。

2 補助金の額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(交付申請)

第5条 規則第5条に規定する申請書は、別記第1号様式によるものとし、知事が別に定める期日までに知事に提出するものとする。

(実績報告)

第6条 規則第13条に規定する実績報告については、別記第2号様式によるものとし、知事が別に定める期日までに、知事に提出しなければならない。

(補助金の返還)

第7条 知事は、次の各号に掲げる事項に該当する場合は、既に支給した補助金の全部又は一部を返還させることができる。

- (1) 補助対象者から報告のあった申請内容が明らかに事業の目的に合致していないと認められる場合
- (2) 申請内容を偽り、その他不正の手段により補助金の支給を受けたと認める場合

(書類の整備)

第8条 補助対象者は、補助金に係る収支を記載した帳簿を備え付けるとともに、その証拠となる書類を整理し、かつ、これらの書類を当該事業の完了の日の属する年度の翌年度から10年間保存しなければならない。

(財産の管理及び処分)

第9条 補助対象者は、補助事業が完了した後も補助事業により取得し、又は効用が増加した財産(以下「取得財産」という。)について、別記第3号様式による取得財産管理台帳を備え、その保管状況を明らかにし、善良なる管理者の注意をもって管理するとともに、補助金交付の目的に従ってその効率的運用を図らなければならない。

2 規則第19条ただし書に規定する知事が定める期間は、減価償却資産の耐用年数等に関する省令(昭和40年大蔵省令第15号)に定める耐用年数とし、同条第2号に規定する知事が定める取得財産は、取得価格又は効用の増加価格が50万円以上のものとする。

3 補助対象者は、前項に定める期間を経過する以前に、処分を制限された取得財産を処分しようとするときは、あらかじめ別記第4号様式による申請書を知事に提出し、その承認を受けなければならない。

4 知事は、前項の承認を受けた補助対象者に対し、当該承認に係る取得財産の処分により収入があったときは、その収入の全部又は一部を府に納付させることができる。

(その他)

第10条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から施行する。

別表（第3条関係）

| | | | |
|----------------------|--|-------|-------------|
| 補助対象事業 | <p>令和6年4月1日から令和8年3月31日までの間に実施する次に掲げる取組。ただし、複数の取組を実施した場合も交付対象とする。</p> <p>1 ICT機器等の導入による業務の効率化 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</p> <p>2 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</p> <p>3 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</p> | | |
| 補助対象者 | 区 分 | 要 件 | |
| 1 病院又は診療所 (医科・歯科) | <p>令和7年3月31日までに近畿厚生局に以下のいずれかのベースアップ評価料の届出を行っており、京都府内に所在し、保険医療機関として指定を受けている病院又は診療所を運営する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） | | |
| 2 訪問看護ステーション | <p>令和7年3月31日までに近畿厚生局に下記のベースアップ評価料の届出を行っており、京都府内に所在し、訪問看護ステーションを運営する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ベースアップ評価料（I） | | |
| 補助対象経費 | 補助対象事業の実施に要する経費（消費税及び地方消費税相当額を除く。） | | |
| 基準額 | 区 分 | 細 区 分 | 基 準 額 |
| 1 病院又は診療所 (医科・歯科) | 病院・有床診療所（5床以上） | | 40,000円/床 |
| | 有床診療所（1～4床） | | 180,000円/施設 |
| | 無床診療所 | | 180,000円/施設 |
| 2 訪問看護ステーション | | | 180,000円/施設 |

※病床数は許可病床数とする。

京都府医療機関処遇改善等推進事業申請書

京都府知事 殿

年 月 日

京都府医療機関処遇改善等推進事業について、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|------------|------------------------------------|-------------|----|--------------|-------|
| 申請に関する情報 | 法人 | フリガナ | | | |
| | | 法人名 | | | |
| | | 代表者役職(理事長等) | | | |
| | 個人 | フリガナ | | | |
| | | 氏名 | | | |
| | 保険医療機関名 | | | | |
| | 医療機関コード | | | | |
| | 法人所在地又は事業主住所 ※番地や建物名まで記載してください。 | | 〒 | | 都道府県名 |
| | | | 住所 | | |
| | 担当者名 | | | 担当者電話番号(内線等) | |
| 連絡先メールアドレス | | | | | |

※該当する要件にチェックを入れること

【基準額】

<病院・有床診療所(5床以上)>

病床数 × 給付額 = 基準額
 40,000円

<有床診療所(1~4床)>

基準額 = 180,000円

【対象施設であることの申出】

- 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経費】

- 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に要する経費(税抜) |
|------|-----|-------------|
| 導入設備 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 合計 | | |

- 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に要する経費 | |
|---------|--|

- 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に要する経費 | |
|---------|--|

| | |
|-------|--|
| ①+②+③ | |
|-------|--|

【補助金申請額】

【収支予算】

| 収入 | | 支出 | |
|-------|--|--------|--|
| 補助金収入 | | 設備等購入費 | |
| | | 人件費等 | |
| 計 | | 計 | |

【添付資料】

- ・(別紙)口座振替依頼書
- ・振込先口座の通帳の写し(表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ)

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- 当該補助金の全額を設備等購入費、人件費等に支出し、目的外には使用しません。
- 本補助金における業種区分において、他の業種区分と重複の申請を行っていません。
- 上記申請内容に相違ありません。

(別紙) (病院・有床診療所)

保険医療機関名

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"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料 (I) | <input type="checkbox"/> |

京都府医療機関処遇改善等推進事業申請書

京都府知事 殿

年 月 日

京都府医療機関処遇改善等推進事業について、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|------------|------------------------------------|-------------|--------------|--|-------|
| 申請に関する情報 | 法人 | フリガナ | | | |
| | | 法人名 | | | |
| | | 代表者役職(理事長等) | | | |
| | | フリガナ | | | |
| | 個人 | 代表者氏名 | | | |
| | | フリガナ | | | |
| | | 氏名 | | | |
| | 保険医療機関名 | | | | |
| | 医療機関コード・ステーションコード | | | | |
| | 法人所在地又は事業主住所 ※番地や建物名まで記載してください。 | | 〒 | | 都道府県名 |
| | | 住所 | | | |
| 担当者名 | | | 担当者電話番号(内線等) | | |
| 連絡先メールアドレス | | | | | |

※該当する要件にチェックを入れること

【基準額】

| |
|----------|
| 基準額 |
| 180,000円 |

【対象施設であることの申出】

- 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経費】

- 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に要する経費(税抜) |
|------|-----|-------------|
| 導入設備 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 合計 | | |

- 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に要する経費 | |
|---------|--|

- 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に要する経費 | |
|---------|--|

| | |
|-------|--|
| ①+②+③ | |
|-------|--|

【補助金申請額】

| |
|--|
| |
|--|

【収支予算】

| 収入 | | 支出 | |
|-------|--|--------|--|
| 補助金収入 | | 設備等購入費 | |
| | | 人件費等 | |
| 計 | | 計 | |

【添付資料】

- ・(別紙)口座振替依頼書
- ・振込先口座の通帳の写し(表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義人が記載されているページ)

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

- 当該補助金の全額を設備等購入費、人件費等に支出し、目的外には使用しません。
- 本補助金における業種区分において、他の業種区分と重複の申請を行っていません。
- 上記申請内容に相違ありません。

(別紙) (無床診療所・訪問看護事業所)

保険医療機関名

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"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料 (I) | <input type="checkbox"/> |

京都府医療機関処遇改善等推進事業実績報告書

京都府知事 殿

報告日：令和 年 月 日

京都府医療機関処遇改善等推進事業について、次のとおり報告します。

| | | | | | | |
|------------|------------------------------------|-------------|----|--------------|-------|--|
| 申請に関する情報 | 法人 | フリガナ | | | | |
| | | 法人名 | | | | |
| | | 代表者役職(理事長等) | | | | |
| | 個人 | フリガナ | | | | |
| | | 代表者氏名 | | | | |
| | 保険医療機関名 | | | | | |
| | 医療機関コード | | | | | |
| | 法人所在地又は事業主住所 ※番地や建物名まで記載してください。 | | 〒 | | 都道府県名 | |
| | | | 住所 | | | |
| | 担当者名 | | | 担当者電話番号(内線等) | | |
| 連絡先メールアドレス | | | | | | |

【支出額】

| |
|-----|
| 支出額 |
| |

【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支出額】

- 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に要する支出額（税抜） |
|------|-----|--------------|
| 導入設備 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 合計 | | |

- 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に要する支出額 | |
|----------|--|

- 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に要する支出額 | |
|----------|--|

| | |
|-------|--|
| ①+②+③ | |
|-------|--|

【収支決算】

| 収入 | | 支出 | |
|-------|--|-------|--|
| 補助金収入 | | 設備等購入 | |
| | | 人件費等 | |
| 計 | | 計 | |

(別紙) (病院・有床診療所)

保険医療機関名

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"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料 (I) | <input type="checkbox"/> |

京都府医療機関処遇改善等推進事業実績報告書

京都府知事 殿

報告日：令和 年 月 日

京都府医療機関処遇改善等推進事業について、次のとおり報告します。

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------|-------------|--|--------------|--|
| 申請に関する情報 | 法人 | フリガナ | | | |
| | | 法人名 | | | |
| | 個人 | 代表者役職(理事長等) | | | |
| | | フリガナ | | | |
| | 個人 | 代表者氏名 | | | |
| | | フリガナ | | | |
| | 個人 | 氏名 | | | |
| | | フリガナ | | | |
| | 保険医療機関名 | | | | |
| | 医療機関コード・ステーションコード | | | | |
| 法人所在地又は事業主住所 ※番地や建物名まで記載してください。 | | 〒 | | 都道府県名 | |
| 担当者名 | | | | 担当者電話番号(内線等) | |
| 連絡先メールアドレス | | | | | |

【支出額】

| |
|-----|
| 支出額 |
| |

【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支出額】

- 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に要する支出額（税抜） |
|------|-----|--------------|
| 導入設備 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 合計 | | |

- 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に要する支出額 | |
|----------|--|

- 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に要する支出額 | |
|----------|--|

| | |
|-------|--|
| ①+②+③ | |
|-------|--|

【収支決算】

| 収入 | | 支出 | |
|-------|--|------|--|
| 補助金収入 | | 設備等購 | |
| | | 人件費等 | |
| 計 | | 計 | |

(別紙) (無床診療所・訪問看護事業所)

保険医療機関名

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"/> |
| 訪問看護ベースアップ評価料 (I) | <input type="checkbox"/> |

別記第3号様式(第9条関係)

取得財産管理台帳

| 区分 財産名 | 規格 | 数量 | 単価 | 金額 | 取得 年月日 | 保管 場所 | 備考 |
|-----------|----|----|----|----|-----------|----------|----|
| | | | 円 | 円 | | | |

注 数量は、同一規格であれば一括して記載して差し支えありません。ただし、単価が異なる場合には区分して記載してください。

別記第4号様式(第9条関係)

年 月 日

京都府知事 様

法人名又は個人名
代表者氏名
保健医療機関名
住所又は所在地

京都府医療機関処遇改善等推進事業に係る取得財産処分承認申請書

年 月 日付け京都府指令 第 号で交付決定のあった補助事業に関し、下記の財産を処分したいので、京都府医療機関処遇改善等推進事業補助金交付要領に基づき承認を申請します。

記

- 1 取得財産の品目及び取得年月日
- 2 取得価格及び時価
- 3 処分の方法
- 4 処分の理由