

## 尼崎市介護サービス等確保支援事業実施要綱

## (目的)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症の発生・流行による影響下において、介護サービス事業所等が感染機会を減らしつつ要介護・要支援高齢者（以下「高齢者等」という。）に必要なサービス等を継続して提供できるよう、緊急時のサービス提供に必要な介護人材を確保し、職場環境の復旧・改善を支援するとともに、平時から緊急時に備えた応援派遣体制を構築することを目的とする。

## (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該の各号に定めるところによる。

- (1) 介護サービス事業所等 別表第1に掲げる事業所及び施設をいう。

## (補助事業)

第3条 この要綱に基づいて実施するサービス等の確保支援事業（以下「補助事業」という。）は、次の各号に掲げる事業とする。

- (1) サービス等の継続支援事業
- (2) サービス等の継続に係る連携支援事業

## (補助対象経費)

第4条 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。）は、前条各号に掲げる補助事業の実施にかかる費用であって、別表第2の①欄に掲げる費用とする。

## (実施対象者)

第5条 補助事業の実施の対象となる者（以下「実施対象者」という。）は、市から指定を受けた介護サービス事業所等の事業者であって、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 第3条第1号に掲げる補助事業の実施対象者は、以下のいずれかに該当する介護サービス事業所等の事業者等とする。

(令和4年4月1日から令和5年5月7日まで)

ア 令和4年4月1日以降に、都道府県又は保健所から休業要請を受けた通所系サービス事業所及び短期入所系サービス事業所

イ 令和4年4月1日以降に、利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所、介護施設等（職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む。）

ウ 令和4年4月1日以降に、濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等

エ 令和4年4月1日以降に、アからウ以外の通所系サービス事業所（小規模多機能型居宅介護事業所（通いサービスに限る）を除く）であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りの支援（利用者の居宅への訪問によるサービス等に限る。）を行った事業所

オ 施設内療養を行った高齢者施設等  
（令和5年5月8日以降）

ア 新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者（感染者と同居している場合に限る。以下同じ）に対応した介護サービス事業所・施設等（別表第1）

- ① 利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・介護施設等（職員に感染者と接触があった者が複数発生し、職員が不足した場合を含む）
- ② 感染者と接触があった者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等
- ③ 感染等の疑いがある者に対して、一定の要件のもと自費で検査を実施した介護保険施設等（①、②の場合を除く）
- ④ 施設内療養を行った高齢者施設等

イ 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所

（ア）①以外の通所系サービス事業所（小規模多機能型居宅介護事業所（通いサービスに限る）を除く）であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りの支援（利用者の居宅への訪問によるサービス等に限る。）を行った事業所（通常形態での通所サービス提供が困難であり、休業を行った場合であって、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合（近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合（感染者が一定数継続して発生している状況等）に限る）

- (2) 第3条第2号の補助事業の実施対象者は、以下のいずれかに該当する介護サービス事業所等の事業者とする。

ア 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等（以下のいずれかに該当）の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行う事業所・施設等

（補助対象者）

第6条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、前条各号に掲げる実施対象者であって、別表第2の②欄に掲げる介護サービス事業所等の事業者等とする。

（補助の基準及び金額）

第7条 市長は、別表第3に規定する基準により補助金の額を算定し、予算の範囲内において、交付するものとする。

（補助金の申請）

第8条 補助金の交付を受けようとする補助対象者（以下「申請者」という。）は、介護サービス等確保支援補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）に必要な書類を添えて、別に定める日までに市長に提出しなければならない。

（補助金の交付）

第9条 市長は、前条の申請を受けたときは、その内容を審査し、補助金の交付を行うことを決定したときは、介護サービス等確保支援補助金交付決定通知書（様式第2号）により申請者へ通知し、補助金を交付することとし、補助金の交付を行わないことを決定したときは、介護サービス等確保支援補助金却下決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（交付の取消し等）

第10条 市長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、当該交付の決定を取り消し、又は交付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) 偽りその他不正な行為により補助金の交付を受けたとき。
- (2) 他の法令等に基づく国、都道府県、市町村又はその他団体等の同様の補助金を受けたとき。
- (3) その他市長が補助金を交付することが適当でないと認めるとき。

2 市長は、前項の規定により取消しを行ったときは、介護サービス等確保支援補助金交付取消通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（補助金の返還）

第11条 市長は、前条の規定により補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消した場合において、当該取消しに係る補助金が既に支給されているときは、介護サービス等確保支援補助金返還命令書（様式第5号）により、当該交付を受けた者に対

し、その返還を命じるものとする。

(補則)

第12条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、局長が別に定める。

附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和2年6月1日から施行する。

(補助対象者の適用について)

2 要綱第6条に規定する補助対象者は、令和2年1月15日以降に補助事業を実施した介護サービス事業所等の事業者等に適用する。

附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和3年7月19日から施行する。

(補助対象経費の適用について)

2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄の「自費検査費用」および「施設内療養費用」を対象経費として令和3年4月1日より適用する。

附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和3年10月27日から施行する。

(補助対象経費の適用について)

2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄のサービス継続に必要な費用について、「感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用」を対象経費として令和3年10月27日より改め適用とする。

附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和4年3月7日から施行する。

(補助対象経費の適用について)

2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄のサービス継続に必要な費用について定める、「施設内療養費用」を令和4年1月27日以降において、対象事業所・施設が所在する区域が、緊急事態宣言措置又はまん延防止等重点措置が適用されている期間において追加補助も含め適用する。

附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和4年5月12日から施行し、令和4年4月1日より適用する。

(補助対象者の適用について)

- 2 要綱第6条に規定する補助対象者は、令和3年4月1日以降に補助事業を実施した介護サービス事業所等の事業者等に適用する。

附 則

(施行の期日)

- 1 この要綱は、令和4年6月1日から施行し、令和4年4月1日より適用する。

(補助対象経費の適用期間)

- 2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄のサービス継続に必要な費用について定める、「施設内療養費用」を令和4年1月27日から令和4年7月末日迄の期間において追加補助も含め適用する。

附 則

(施行の期日)

- 1 この要綱は、令和4年7月27日から施行し、令和4年8月1日より適用する。

(補助対象経費の適用期間)

- 2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄のサービス継続に必要な費用について定める、「施設内療養費用」を令和4年1月27日から令和4年9月末日迄の期間において追加補助も含め適用する。

附 則

(施行の期日)

- 1 この要綱は、令和4年10月3日から施行し、令和4年10月1日より適用する。

(補助対象経費の適用期間)

- 2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄のサービス継続に必要な費用について定める、「施設内療養費用」を令和4年1月27日から令和4年12月末日迄の期間において追加補助も含め適用する。

附 則

(施行の期日)

- 1 この要綱は、令和5年1月4日から施行し、令和5年1月1日より適用する。

(補助対象経費の適用期間)

- 2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄のサービス継続に必要な費用について定める、「施設内療養費用」を令和4年1月27日から令和5年3月末日迄の期間において追加補助も含め適用する。

附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和5年3月31日から施行し、令和5年4月1日より適用する。  
(補助対象経費の適用期間)

2 要綱第4条に規定する補助対象経費の別表第2の①欄のサービス継続に必要な費用について定める、「施設内療養費用」を令和4年4月1日から令和6年3月末日迄の期間において追加補助も含め適用する。

#### 附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和5年5月22日から施行し、令和5年5月8日より適用する。  
(実施対象者)

2 要綱第5条に規定する実施対象者を令和4年4月1日から令和5年5月7日までならびに令和5年5月8日以降の取扱いを定める。

#### 附 則

(施行の期日)

1 この要綱は、令和5年10月 日から施行し、令和5年10月1日より適用する。  
(補助対象経費)

2 別表第2(第4条及び第6条関係)に規定する補助対象経費①に定める「施設内療養費用」および、別添「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業」に定める助成額にかかる業務手当等の上限額について、令和5年10月1日以降の取扱いを定める。

別表第1 (第2条第1号関係)

介護サービス事業所等

事業所及び施設の種別		提供するサービス等の種別
介護サービス事業所	通所系 サービス事業所	通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（通いサービスに限る）
	短期入所系 サービス事業所	短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（宿泊サービスに限る）並びに認知症対応型共同生活介護（短期利用認知症対応型共同生活介護に限る）
	訪問系 サービス事業所	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問サービスに限る）居宅介護支援、居宅療養管理指導、福祉用具貸与（新型コロナウイルス感染者等に対応した事業を除き、休業要請等を受けた場合を含む）
介護施設等		介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所（短期利用認知症対応型共同生活介護を除く）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅
高齢者施設等		介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所

別表第2 (第4条及び第6条関係)

補助対象経費及び補助対象者

補助事業	補助対象経費 ①		補助対象者 ②
<p>サービス等の継続支援事業</p> <p>(関係者との緊急かつ密接な連携の下、感染機会を減らしつつ、必要な介護サービスを継続して提供するために必要な経費)</p>	<p>サービス継続に必要な費用</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業継続に必要な人員確保のための職業紹介料、(割増)賃金・手当、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等</li> <li>○ 事業所・施設等の消毒・清掃費用</li> <li>○ 感染性廃棄物の処理費用</li> <li>○ 感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用</li> <li>※目的が感染を防ぎ又は消毒するために使用する衛生用品であり、体温計、パルスオキシメーター、パーテーション、ポータブルトイレ、ブラシ、バケツ、ごみ箱等の器具や備品、おむつなどは対象外になります。</li> <li>○ 連携先事業所への利用者の引き継ぎ等の際に生じる、報酬では評価されない費用</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自費検査費用 一人1回あたり 2万円を限度</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 感染者と同居する職員</li> <li>② 面会後に面会に来た家族が感染者と判明し、入所者などが施設側として感染疑いがあるとするが、保健所等より行政検査対象とされず、以下のアおよびイの要件に該当する場合。</li> <li>ア 近隣自治体・施設等で感染者が発生した場合、又は感染拡大地域における施設であること。</li> <li>イ 保健所等に行政検査を依頼したが、対象とならず自費検査を実施した場合。</li> <li>※自費検査を行った施設は行政検査対象外となった経緯を「理由書」を付し提出し、尼崎市へ提出すること。尼崎市は必要に応じ保健所等に理由書の確認を行う。</li> <li>※感染者が確認された施設は、行政検査として扱われる場合は、本事業の対象とならない。</li> </ul> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設内療養費用</li> </ul> <p>(1) 助成対象</p> <p>高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症に罹患し、施設内療養することとなり、施設内療養時の対応の手引きを参考に、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保を実施した高齢者施設等を対象とする。(令和5年5月8日以降は兵庫県への届出済事業所とする。)</p> <p>(2) 助成の内容及び要件</p> <p>施設内療養を行う場合に発生する、通常のサ</p>	<p>介護サービス事業所等</p> <hr/> <p>別表第1(介護施設等)</p>



		<p>ービス提供では想定されない、</p> <p>① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供</p> <p>② ゾーンニング（区域をわける）の実施</p> <p>③ コホーティング（隔離）の実施</p> <p>④ 担当職員を分ける等の勤務調整</p> <p>⑤ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察</p> <p>⑥ 症状に変化があった場合等の医療機関・医師等への連絡・相談フローの確認等を、必要な体制を確保しつつ行うことに伴う追加的な手間について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、助成する。</p> <p>また、上記(1)(2)①～⑥の事業所・施設であって、令和5年5月8日以降に発生した場合の兵庫県への事前登録を済ませている対象事業所・高齢者施設等であること。</p> <p>さらに、①～⑥に加え、以下の⑦⑧のいずれも満たす日は、療養者毎に要するかかり増し費用を追加補助する。</p> <p>⑦ 令和4年1月27日以降に兵庫県で適用された、まん延防止等重点措置期間（今後、まん延防止等救援措置および緊急事態宣言に適用）ならびに令和5年3月28日老発0328第3号厚生労働省老健局長通知に基づき、令和6年3月末日までは⑥の要件を満たすものとする。</p> <p>⑧ 令和5年9月30日までの小規模施設等（定員29人以下）にあつては施設内療養者が同一日に2人以上、大規模施設等（定員30人以上）にあつては施設内療養者が同一日に5人以上いること。</p> <p>令和5年10月1日以降の小規模施設等（定員29人以下）にあつては施設内療養者が同一日に4人以上、大規模施設等（定員30人以上）にあつては施設内療養者が同一日に10人以上いること。</p> <div data-bbox="603 1664 1158 2036" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>施設内療養者とは</p> <p>ア 令和4年9月30日までに発症した者 ・発症後15日以内の者とする。</p> <p>イ 令和4年10月1日以降に発症した者 ・発症日より起算し10日以内の者（発症を含めて10日間） ・発症から10日経過後も、症状軽快後72時間経過していないために、基本療養基準日を満たさない者については、当該基準を満たす日までとし、15日目までを上</p> </div>	
--	--	---	--

		<p>限とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・途中で入院した場合は発症日から入院日までの間を施設内療養者とする。</li> </ul> <p>ウ 無症状患者（無症状病原体保有者）について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・陽性確定に係る検体採取日が令和5年1月1日以降の場合は、当該検体採取日から起算して7日以内の者（当該検体採取日を含めて7日間）を「施設内療養者」とする。</li> <li>・陽性確定に係る検体採取日が令和4年12月末日までの場合は、当該検体採取日を発症日として取り扱って差し支えない。</li> </ul>	
		<p>(3) 助成の上限額</p> <p>ア 令和4年9月30日までに発症した者</p> <p>施設内療養者一人あたり15万円とする。ただし、15日以内に入院した場合は、発症日から入院までの施設内での療養日数に応じ、一人あたり一日1万円を補助する。また、(2)の⑦⑧の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日1万円を追加補助する（一人あたり最大15万円を追加補助）。</p> <p>イ 令和4年10月1日から令和5年9月30日までに発症した者</p> <p>⑦ 施設内療養者一人あたり一日1万円を補助する（一人あたり最大15万円を補助。）。 また、(2)の⑦⑧の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日1万円を追加補助する（一人あたり最大15万円を追加補助）。</p> <p>① 無症状患者（無症状病原体保有者）について</p> <p>施設内療養者一人あたり一日1万円を補助する（一人あたり最大7万円を補助）。 また、(2)の⑦⑧の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日1万円を追加補助する（一人あたり最大7万円を追加補助）。</p> <p>ウ 令和5年10月1日以降に発症した者</p> <p>⑦ 施設内療養者一人あたり一日5千円を補助する（一人あたり最大7万5千円を補助）。 また、(2)の⑦⑧の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日5千円を補助する（一人あたり最大7万5千円を補助）。</p> <p>① 無症状患者（無症状病原体保有者）について</p> <p>施設内療養者一人あたり一日5千円を補助する（一人あたり最大3万5千円を補助）。</p>	

		<p>また、(2)の⑦⑧の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日 5 千円を追加補助する（一人あたり最大 3 万 5 千円を追加補助）。</p> <p>なお、補助額は、別表第 3（第 7 条関係）の補助単価の範囲内（ただし、令和 5 年 4 月 1 日以降に生じた助成額については、令和 5 年度に適用する基準単価の範囲外とする。）とし、追加補助については、1 施設当たり小規模施設 200 万円、大規模施設 500 万円を限度額とする。</p> <p>また、申請にあたり、感染症法上の 2 類取扱い期間の場合、別表第 4「チェックリスト」を、5 類取扱い期間の場合、別表第 5「チェックリスト」を提出すること。</p>	
	人数制限してサービス等を提供する際の費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 通所しない利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要な車のリース等の費用</li> <li>○ ICTを活用し、通所しない利用者に対して健康管理や相談援助等を行うための利用者用タブレットのリース等費用（通信費用は除く。）</li> </ul>	通所系サービス事業所
	代替の場所にて行うサービス実施に係る費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス提供場所の賃料、物品の使用料等</li> <li>○ 職員の交通費、利用者の送迎に係る費用</li> <li>○ 訪問介護員同行指導への謝金</li> </ul>	通所系サービス事業所 短期入所サービス事業所
	訪問サービスの実施に係る費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問サービス実施に伴う人員確保のための職業紹介料、(割増)賃金・手当</li> <li>○ 訪問介護事業所に所属する訪問介護員による同行指導への謝金</li> <li>○ 訪問サービス実施に必要な車や自転車のリース費用等</li> <li>○ 訪問サービスの実施に伴う損害賠償保険の加入費用</li> <li>○ 感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用</li> </ul> <p>※目的が感染を防ぎ又は消毒するために使用する衛生用品であり、体温計、パルスオキシメーター、パーテーション、ポータブルトイレ、ブラシ、バケツ、ごみ箱等の器具や備品、おむつなどは対象外になります。</p>	通所系サービス事業所
	上記以外、その他、特に市長が認めたもの		
サービス等の継続に係る連携支援事業	利用者受入に係る連絡調整・職員確保費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 追加で必要な人員確保のための職業紹介料、(割増)賃金・手当、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等</li> <li>○ 利用者引き継ぎ等の際に生じる、介護報酬上で</li> </ul>	介護サービス事業所等

(利用者の積極的な受け入れや職員が不足した場合に応援職員の派遣を行った連携先の介護サービス事業所・介護施設等に対して、緊急かつ密接な連携を実施することに伴い必要となる経費)		は評価されない費用	
	職員の応援派遣に係る費用	○ 職員を応援派遣するための諸経費(職業紹介料、(割増)賃金・手当、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等)	介護サービス事業所等
上記以外、その他、特に市長が認めたもの			

別表第3 (第7条関係)

補助の基準及び金額

補助対象者 (サービス種別)	補助事業 実施対象者 補助対象経費 の区分	サービス等の継続支援事業			サービス等の 継続に係る 連携支援事業
		第5条第1号ア～ウに該当する 事業者等	第5条第1号 エに該当する 事業者等	第5条第2号 ア～ウに該当 する事業者等	第5条第2号 ア～ウに該当 する事業者等
通所系サ ービス事 業所	通所介護 (通常規模型)	537千円	左記に加えて 537千円	537千円	268千円
	通所介護 (通常規模型)	684千円	左記に加えて 684千円	684千円	342千円
	通所介護 (大規模型Ⅱ)	889千円	左記に加えて 889千円	889千円	445千円
	地域密着型通所介護	231千円	左記に加えて 231千円	231千円	115千円
	認知症対応型 (機能訓練)	226千円	左記に加えて 226千円	226千円	113千円
	通所リハビリテ ーション (通常規模)	564千円	左記に加えて 564千円	564千円	282千円
	通常リハビリテ ーション (大規模Ⅰ)	710千円	左記に加えて 710千円	710千円	355千円
	通常リハビリテ ーション (大規模Ⅱ)	1,133千円	左記に加えて、 1,133千円	1,133千円	567千円
短期入所サービス	27千円/定員				13千円
訪問系サ ービス事 業所	訪問介護	320千円			160千円
	訪問入浴介護	339千円			169千円
	訪問看護	311千円			156千円
	訪問リハビリテ ーション	137千円			68千円
	定期巡回・随時対 応型	508千円			254千円
	夜間対応型訪問	204千円			102千円
	居宅介護支援	148千円			74千円

	福祉用具貸与	-		282 千円
	居宅療養管理指導	33 千円		16 千円
多機能型事業所	小規模多機能型	475 千円		237 千円
	看護小規模多機能型	638 千円		319 千円
介護施設等	介護老人福祉施設	38 千円/定員		19 千円/定員
	地域密着型介護老人福祉施設	40 千円/定員		20 千円/定員
	介護老人保健施設	38 千円/定員		19 千円/定員
	介護医療院	48 千円/定員		24 千円/定員
	介護療養型医療施設	43 千円/定員		21 千円/定員
	認知症対応型共同生活介護	36 千円/定員		18 千円/定員
	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（定員 30 人以上）	37 千円/定員		19 千円/定員
	養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（定員 29 人以下）	35 千円/定員		18 千円/定員
補助金の算定にあたっての留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記の基準単価は、1 事業所又は 1 施設における補助上限額とする。</li> <li>・事業所又は施設ごとに、基準単価と対象経費の実支出（見込）額とを比較して少ない方の額を助成額とする。なお、1,000 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。</li> <li>・介護予防・日常生活支援総合事業（指定サービス・介護予防ケアマネジメント）を実施する事業所は、通所型は通所介護事業所（通常規模型）と、訪問型は訪問介護事業所と、介護予防ケアマネジメントは居宅介護支援事業所と同じとするが、介護サービスと総合事業の両方の指定を受けている場合は、1 つの事業所として取扱うものとする。</li> <li>・1 事業所又は 1 施設当たり 1 回まで助成することができる。</li> <li>・1 事業所又は 1 施設に対して、第 3 条各号に掲げる補助事業の両方を助成することができる。</li> </ul>			

別表第4【感染症法上2類取扱期間】

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト

1 施設内療養を実施することとなった経緯（複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能）

例) 保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

2 チェックリスト

確認項目	
<input type="checkbox"/>	必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。
<input type="checkbox"/>	ゾーニング（区域をわける）を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング（隔離）を実施した。
<input type="checkbox"/>	担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。
<input type="checkbox"/>	状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。」
<input type="checkbox"/>	症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローを確認した。
<input type="checkbox"/>	常時（夜間、深夜、早朝を含む。）、1人以上の職員を配置した。 ※やむを得ない事情により、本要件を満たすことが難しい状況があった場合は、「その他」に事情を記載すること。

※各項目は施設内療養時の手引を参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出すること。

3 その他

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助の返還や指定取り消しとなる場合がある。

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 事業所名

代表者 職名

氏名

別表第5【感染症法上5類取扱期間】

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助の要件に関するチェックリスト

施設種別	
①-1	<p>施設の入所者に新型コロナの感染者(疑い含む)が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保済みですか。(自施設の医師が対応を行う場合も含まれます。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設からの電話等による相談への対応</li> <li>・施設への往診(オンライン診療含む)</li> <li>・入院の可否の判断や入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)</li> </ul> <p>※上記3項目全て必須です。                  ※協力医療機関や配置医が所属する医療機関が想定されますが、上記の対応が困難な場合は、それ以外の医療機関を確保してください。                  ※自ら確保しようとするもの、確保することが困難な場合には、貴施設所在の自治体にご相談した上で、医療機関を確保することを検討してください。                  ※入所者により対応する医療機関が異なっても差し支えありませんが、全入所者について、対応する医療機関を確保済みであることが必要です。                  ※入所者全員が普段は通院している者のみである場合であっても、必要に応じて往診できる体制が必要です。</p>
①-2	<p>【①-1が○の場合のみ回答】                  ①-1の医療機関名を右欄に記入してください。                  (自施設の医師が対応を行う場合は、自施設の名称を記入してください。また、協力医療機関・配置医師が所属する医療機関等以外の医療機関でも可能です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、主な医療機関をひとつ記入してください。</p>
①-3	<p>【①-1が○の場合のみ回答】                  ①-1の医療機関に対し、上記の対応を行うことについて、事前の相談を行った年月を右欄に記入してください。(自施設の医師が対応を行う場合は記入不要です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、①-2に記入した医療機関と事前の相談を行った年月を記入してください。                  ※新型コロナウイルス感染症が生じた当初から事前の相談を行っていた場合等で、明確な相談時期を記載できない場合は、「2020年1月」と記入してください。</p>
②-1	<p>全職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施済みですか。                  (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含まれます。)</p> <p>※当該研修の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています(令和6年度から完全義務化)。</p>
②-2	<p>【②-1が○の場合のみ回答】                  直近での研修の実施年月日を右欄に記入してください。(本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>
②-3	<p>感染症の予防及びまん延防止のための訓練を実施していますか。                  (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含まれます。)</p> <p>※当該訓練の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています(令和6年度から完全義務化)</p>
②-4	<p>【②-3が○の場合のみ回答】                  直近での訓練の実施年月日を右欄に記入してください。                  (本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>
③-1	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン(1回目)の施設単位での接種は実施済みですか。</p> <p>※住民接種により対応した場合には、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>
③-2	<p>【③-1が○の場合のみ回答】                  直近で、入所者に対して接種の機会を設けた年月日を記載してください。</p>
③-3	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン(2回目)の施設単位での接種を実施する予定がありますか。</p> <p>※住民接種により対応する場合においては、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>
③-4	<p>【③-3が○の場合のみ回答】                  接種を実施する予定年月日を記載してください。(予定日が確定していない場合は、概ねの時期を記載)</p>

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助の返還となる場合があります。

施設名	
代表者名	
記入日	令和 年 月 日