

新型コロナウイルス感染確認施設代替要員確保等事業における経費の請求について

本事業は、「新型コロナウイルスに係る社会福祉施設等への派遣職員の協力について（依頼）」（令和2年5月12日付け通知 地福第1118号）の別紙にある「【事業2】感染施設の直接雇用職員及び派遣元施設の代替職員の経費負担」についての案内となります。

1 請求の対象

本事業の対象は、次の場合とする。

- （1）新型コロナウイルスの感染者が確認された、もしくは軽度の感染者等を受け入れた民間社会福祉施設等（以下「感染施設」という。）において、感染者支援や感染した職員の代わりとして、新たに職員を雇用した場合【別添図のA】
- （2）感染施設へ職員を派遣する施設等（以下「派遣元施設」という。）において、職員を派遣（または同一法人内での職員応援）することにより、派遣元施設等での利用者支援を継続するため、新たに職員を雇用した場合【別添図のB】
- （3）派遣元施設において、新たに職員を雇用はしなかったが、法人内での職員応援や派遣元施設職員の超過勤務等により対応した場合【別添図のC】
- （4）感染施設において、感染施設に所属し、感染者の処遇に当たる職員が、自宅に帰れずホテル等で宿泊した場合【別添図のDの職員】

2 対象の詳細

≪上記1（1）、（2）、（3）及び（4）の共通事項≫

① 感染施設について

神奈川県内に所在する入所施設及びグループホームなど高齢者及び障害者が生活の場としている施設等を対象とする。

【対象種別一覧】

種別	対象となる施設等
高齢者関係	特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
障害関係	障害者支援施設、障害児入所施設、共同生活援助（グループホーム）

② 派遣元施設について

施設等に限らず、神奈川県内に所在する高齢者及び障害者に係る次の事業を対象とする。

【対象種別一覧】

種別	対象となる施設等
高齢者関係	<p>【施設・居住系サービス】</p> <p>特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）</p> <p>【訪問系サービス】訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、通所介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅介護支援、短期入所生活介護</p> <p>その他地域密着型サービス、介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスを含む。</p>
障害関係	<p>障害者支援施設、共同生活援助（グループホーム）、居宅介護、重度訪問介護、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援、児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援</p>

③ 職員の職種について

本事業が対象とする、派遣職員及び感染施設又は派遣元施設で雇用される職員の職種については、介護職等の直接支援職員を基本とする。

ただし、その他の職種についても状況^(※)に応じて対象とする。

※ 利用者サービスを継続する上で、他の代替手段への変更や支援の縮小等により対応が困難な場合

[その他の種別の例]

送迎職員、事務職員、調理職員

《上記（２）の場合》

感染施設と派遣元施設が別法人の場合だけでなく、同一法人内での職員応援の場合も含む。

《上記（３）の場合》

感染施設と派遣元施設が別法人の場合のみ対象とする。

《上記（４）の場合》

感染施設に所属し、原則、感染者の処遇にあたる職員が自宅に帰れずホテル等で宿泊した場合のみ対象とする。

※ 派遣職員の旅費及び宿泊費等の経費負担については、別途案内します。

3 対象とする経費について

○ 上記１（１）の場合【別添図のＡ】

新たに雇用した職員の人件費等（交通費・福利厚生費等含む）の実費

ただし、感染施設での雇用については、感染した職員が復帰するまで、あるいは感染した利用者の隔離等の対応を終了するまでの期間とする。

○ 上記１（２）の場合【別添図のＢ】

新たに雇用した職員の人件費等（交通費・福利厚生費等含む）の実費

ただし、派遣元施設での雇用については、派遣職員（又は応援職員）が感染施設に勤務した日から派遣元施設に復帰するまでの期間とする。

※ 派遣職員の人件費等の経費は、派遣元施設が負担することを条件とする。

○ 上記１（３）の場合【別添図のＣ】

派遣職員が感染施設に勤務した日から派遣元施設に復帰するまでの期間で、派遣職員一人につき１日 8,400 円

※ 派遣職員の人件費等の経費は、派遣元施設が負担することを条件とする。

○ 上記１（４）の場合【別添図のＤ】

職員一人につき１泊 3,000 円

4 対象の期間

令和２年４月１日から令和３年３月３１日にかかった経費

5 費用の請求等

（１）請求者及び請求書類

請求の対象	請求書類	請求者
１（１）の場合	様式１、別紙１及び添付書類	感染施設の法人
１（２）の場合	様式２、別紙２及び添付書類	派遣元施設の法人
１（３）の場合	様式３、別紙３及び添付書類	派遣元施設の法人
１（４）の場合	様式４、別紙４及び添付書類	感染施設の法人

(2) 提出方法

郵送

〒231-8588

横浜市中区日本大通 1

神奈川県 ○○課 ○○グループ(下記の該当課・グループ名を記載ください)

(3) 提出先(問合せ先)

○ 高齢者関係

県高齢福祉課 企画グループ

TEL : 045-210-4835

県高齢福祉課 福祉施設グループ

TEL : 045-210-1111 内 4852

県高齢福祉課 保健・居住施設グループ

TEL : 045-210-4856

県高齢福祉課 在宅サービスグループ

TEL : 045-210-4824

いずれのグループもファクシミリ : 045-210-8874

○ 障害関係

県障害サービス課 福祉施設グループ

TEL : 045-285-0738

ファクシミリ : 045-201-2051

(4) 提出期限

令和3年3月31日(水)

※ ただし、年度末は予算の関係上お支払いできない可能性がありますので、送付先各課へ事前に連絡いただき、職員雇用等が終了した後、速やかに請求に係る書類等を提出してください。

6 その他

本事業の活用を検討されている施設・法人は必ず送付先各課へ事前に連絡をしてください。