

新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等の
サービス提供体制確保事業費補助金実施要領

第1 趣旨

この要領は、神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金交付要綱(以下「交付要綱」という。)第14条の規定に基づき、新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業(以下「本事業」という。)の実施について、必要な事項を定めるものとする。

第2 目的

介護サービスは、要介護高齢者等やその家族の日常生活の維持にとって必要不可欠なものであるため、新型コロナウイルスの感染等によりサービス提供に必要な職員が不足した場合でもサービスの継続が求められること等から、本事業により、新型コロナウイルスの感染等による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・改善を支援すること等を目的とする。

第3 事業実施主体

本事業の実施主体は、県、指定都市及び中核市とする。

県は指定都市、中核市又は事業者へ、指定都市及び中核市は事業者への補助又は助成等により事業を実施することができるものとする。

なお、指定都市及び中核市は、当該補助金の交付を受けて、取得し又は効用の増加した財産(以下「補助対象財産」という。)の処分(補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供する等)の把握に努めること。

補助対象財産の処分の事実を把握した際には、速やかに県へ報告を行い、必要な手続きを行うこと。

第4 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づく市町村計画の作成

- 1 市町村は「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」(平成元年法律第64号)第6条に基づき、地域医療介護総合確保基金を本事業で活用するにあたっては、同法第5条第1項に規定する市町村計画(以下「市町村計画」という。)を作成すること。
- 2 市町村計画の計画期間は、原則1年間とする。
- 3 市町村は、市町村計画における目標を達成すること等を目的として、必要に応じて、当該市町村計画の計画期間内に市町村計画の変更を行うことができるものとする。市町村計画は、原則、市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図らなければならない。
- 4 市町村計画を変更する場合には、あらかじめ地域の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講じるよう努めること。

なお、市町村計画を変更した場合には、遅滞なく知事へ報告を行うこと。

第5 補助金の交付

1 補助金の額

この補助金の額は、交付要綱第3条より算出された額を県の予算の範囲内で交付するものとする。

2 交付の時期

この補助金の交付は原則として精算払いとする。ただし、知事が特に必要と認めた場合は、概算払いができる。

第6 補助事業の内容

1 補助事業の条件

本事業は原則単年度事業とする。

ただし、予算成立後の事由に基づき、補助対象事業が当該年度内に完了することができないと見込まれる場合又は補助対象事業の遂行が困難となった場合における、翌年度への繰越を妨げるものではない。

2 補助対象経費

交付要綱別表5 新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業の補助対象経費欄で定めるものであって、介護サービス事業所・施設等が、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を対象とする。

ただし、同表(1)アの補助対象経費中、「一定の要件に該当する自費検査費用」及び「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱いは、別添1及び2のとおりとする。

3 次に掲げる事業又は経費は、本事業の対象としない。

(1) 緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業

ア 介護報酬、他の国庫負担（補助）制度等により、現に当該事業の経費の一部を負担し、又は補助している場合。

イ その他本事業として適当とは認められない場合。

4 次の各号に該当し、かつ、適正な施設サービスを提供することができないと認められるときは、本事業の対象としない。

(1) 本事業の事業者について、財政基盤の明確性又は経理処理若しくは財務管理の適正性が欠けていると認められるとき。

(2) 本事業の事業者となる法人が、社会福祉法、老人福祉法、医療法又は介護保険法に違反し、これらの法令に基づく処罰又は命令その他不利益処分を受け、当該処分期間中であるとき。

(3) その他、上記各号に相当するものと認められるとき。

5 交付対象者

(1) 緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業

交付対象者は、補助対象事業所・施設等が政令指定都市又は中核市に所在する場合には、県から市を通じて補助を行う間接事業とし、それ以外の場合には、県から事業者へ直接補助を行う直接補助事業とする。なお、複数の補助対象事業所・施設等が同一の政令指定都市又は中核市に所在する場合及び複数の補助対象事業所・施設等がすべてそれ以外の県内市町村に所在する場合には、法人単位で取りまとめて申請することができる。

6 補助対象施設

補助対象とする施設は、交付要綱別表 5 新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業の「施設種別等」で掲げる施設をいう。

なお、事業所・施設等について、補助の申請時点で指定等を受けているものを対象とし、休業中のものを含む。

第 7 提出書類

1 交付要綱第 4 条及び第 10 条に規定する様式は次に掲げるとおりとし、介護サービス事業者等にあつては、交付申請と実績報告を兼ねることとする。

(1) 緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業

ア 介護サービス事業者等

(ア) 新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業補助金申請書兼実績報告書（第 1 号様式）

(イ) 補助金所要額調書（第 2 号様式）

(ウ) 事業実施内容（第 3 号様式）

(エ) 補助金所要額内訳（第 4 号様式）

イ 政令指定都市、中核市

(ア) 交付要綱（様式 1）～（様式 3）

(イ) 積算額調書（第 5 号様式）

2 政令指定都市及び中核市が本補助金の実績を報告するにあたっては、次に掲げる書類を提出するものとする。

(1) 緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業

ア 交付要綱（様式 7）～（様式 9）

イ 精算額調書（第 6 号様式）

附 則

この要領は、令和 3 年 7 月 28 日から施行し、令和 3 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 3 年12月17日から施行し、令和 3 年10月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 4 年 3 月 7 日から施行し、令和 4 年 1 月 9 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 4 年 3 月25日から施行し、令和 4 年 1 月 9 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 4 年 6 月21日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 4 年 8 月 5 日から施行し、令和 4 年 7 月22日から適用する。

附 則

この要領は、令和 4 年12月22日から施行し、令和 4 年10月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 4 年12月28日から施行し、令和 4 年12月23日から適用する。

交付要綱別表 5 (1) アの補助対象経費に記載する経費のうち、「一定の要件に該当する自費検査費用」の取扱は、以下のとおりとする。

1 補助対象

高齢者は、症状が重症化しやすい者が多く、クラスターが発生した場合の影響が極めて大きいため、行政検査により、感染者が多数発覚している地域やクラスターが発生している地域において、特に高齢者施設（施設系・居住系）については、感染者が一人も発生していない施設であっても、職員・入所者全員を対象に、いわば一斉・定期的な検査を実施することとされていることを踏まえて、以下の介護施設等を対象とする。

（対象施設等）

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、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、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

2 補助の内容及び要件

以下の要件に該当する自費での検査費用を補助対象とする。

1 の対象施設等において、

- ・濃厚接触者と同居する職員
- ・発熱等の症状（※）を呈するが保健所等により経過観察を指示された職員
- ・面会後に面会に来た家族が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所者などの者に対して施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関の判断では行政検査の対象とはされず、個別に検査を実施する場合であって、以下の①及び②の要件に該当する場合とする。

※「症状」とは、新型コロナウイルス感染症の症状として見られる発熱、呼吸器症状、頭痛、全身倦怠感などの症状を指す。

①近隣自治体や近隣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等であること

②保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関に行政検査としての検査を依頼したが対象にならないと判断された場合に、施設等の判断で実施した自費検査であること。

※②については、別添資料 1（第 4 号様式関係）に記載し、本事業の申請書等と併せて提出してください。ご提出いただいた資料の内容は、保健所等に確認することがあります。

※なお、感染者が確認された場合には、その後の検査は行政検査で行われることから、本事業の対象とはなりません。

3 補助の上限額

一人 1 回あたりの補助上限額は 2 万円を限度とする。（ただし、交付要綱別表 5（1）の補助単価の範囲内）

4 その他

職員や利用者の個別の状況、事情にかかわらず、事業者の判断で実施される定期的な検査や一斉検査は対象外とする。

交付要綱別表 5 (1) アの補助対象経費に記載する経費のうち、「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱は、以下のとおりとする。

1 補助対象

- 高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症に利用者が罹患した場合に、
 - ・ 病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養することとなり、
 - ・ 保健所の指示等に基づき、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等を実施した、高齢者施設等を対象とする。

(対象事業所・施設)

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、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及び短期入所療養介護事業所

2 補助の内容及び要件

施設内療養を行う場合に発生する、通常のサービス提供では想定されない、

- ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供
- ② ゾーニング（区域をわける）の実施
- ③ コホーティング（隔離）の実施、担当職員を分ける等の勤務調整
- ④ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察
- ⑤ 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、補助対象とする。

1 の対象事業所・施設であって、以下の(1)及び(2)の要件に該当する場合とする。

- (1) 保健所に入所者の入院を依頼したが、病床ひっ迫等により、保健所等から入所継続の指示があった場合など、やむを得ず施設内療養することとなった高齢者施設等であること。
- (2) 保健所の指示等に基づき、必要な体制を確保しつつ、施設内療養時の対応の手引きを参考に、①～⑤を実施した高齢者施設等であること。

※(1)及び(2)については、別添資料 2（第 4 号様式関係）に記載し、本事業の申請書等と併せて提出してください。ご提出いただいた資料の内容は、保健所等に確認することがあります。

また、上記①～⑤に加え、以下の⑥⑦いずれも満たす日は、療養者毎に要するかかり増し費用について追加で補助を行う。

- ⑥ 令和 4 年 1 月 9 日以降において、1 の対象事業所・施設が所在する区域が、緊急事態措置又はまん延防止等重点措置（以下「緊急事態措置等」という。）を実施すべき区域とされていること（※）。

※ 令和 4 年 3 月 21 日時点で緊急事態措置等を実施すべき区域とされている都道府県については、緊急事態措置等を実施すべき区域から除外された場合であっても、令和 5 年 3 月末日までは⑥の要件を満たすものとする。

- ⑦ 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。

※ 別添2でいう「施設内療養者」は、令和4年9月30日までに発症した者については、発症後15日以内の者とする。

令和4年10月1日以降に発症した者については、発症日から起算して10日以内の者（発症日を含めて10日間）とする。ただし、発症日から10日間経過しても、症状軽快*後72時間経過していないために、基本となる療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快*後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日まで「施設内療養者」であるものとする（ただし、発症日から起算して15日目までを上限とする）。なお、いずれの場合も、途中で入院した場合は、発症日から入院日までの間に限り「施設内療養者」とする。

* 無症状患者（無症状病原体保有者）について、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。なお、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。

* 症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。

3 補助の上限額

○ 令和4年9月30日までに施設内療養者となった者

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⑥⑦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。）。

○ 令和4年10月1日以降に施設内療養者となった者

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⑥⑦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。）。

なお、交付要綱別表5（1）の補助単価の範囲内とし、追加補助については、小規模施設等は1施設あたり200万円、大規模施設等は1施設あたり500万円を限度額とする。

4 その他

本補助は、交付要綱別表5（1）アの対象経費の【緊急時の介護人材確保に係る費用】①・②及び【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】への対象経費と併せての補助が可能である。

(第1号様式)

年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者 住所
法人名
代表者職・氏名

年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等の
サービス提供体制確保事業補助金交付申請書兼実績報告書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請及び実績報告します。

- 1 交付申請額 金 円
- 2 補助金所要額調書 (第2号様式)
- 3 事業実施内容 (第3号様式)
申請に係る施設・事業所数 か所
- 4 補助金所要額内訳 (第4号様式)
- 5 添付書類
 - (1) 役員等氏名一覧表 (第1号様式 付表)
 - (2) 経費の根拠書類
 - (3) 口座申出書及び口座確認書類

【本件責任者及び担当者】

責任者職・氏名

電話

電子メール

担当者職・氏名

電話

電子メール

(第1号様式 付表)

役員等氏名一覧表

年 月 日 現在

役職名	氏名	氏名のカナ	生年月日	性別	住所
代表者					

記載された全ての者は、代表者または役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しております。

団体名
代表者氏名

- 注 (1) 補助事業者が個人の場合、申請者について記載
(2) 補助事業者が法人の場合、代表者およびすべての役員について記載
(3) 補助事業者が法人格を持たない団体の場合、当該団体の代表者について記載

(第2号様式)

補助金所要額調書

申請者名(法人名)	
-----------	--

(単位:円)												
No.	施設名・事業所名	介護保険事業所番号	所在市町村	サービス種別	定員 ※短期入所系、 入所施設・居住 系のみ記載	申請区分	基準単価 A	所要額 B	補助金額 C (AとBを比較し て小さい額)	既交付決定額 D	差引額 E(C-D)	備考
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
合 計												

(第3号様式)

新型コロナウイルス感染症流行下における
介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業事業実施内容

申請者名（法人名）	
-----------	--

事業所No.

施設・事業所名 （サービス種別）	
1 新型コロナウイルス感染症の発生状況	
2 1の状況下でサービス提供を継続するために対応した内容	
事業の着手日	
事業の完了日	

(第4号様式) 補助金所要額内訳

か所

人

ア 感染者・濃厚接触者が発生し、サービス提供体制確保に必要なかかり増し経費
イ 通所系事業所が臨時的取扱いに基づき訪問でサービス提供するためのかかり増し経費
ウ 感染者・濃厚接触者が発生又は感染拡大防止のため自主休業した施設・事業所を
支援するためのかかり増し経費

千円

千円

用途・品目・単価・数量	金額（円）	根拠書類
計		

自費検査費用の補助に係るチェックリスト

1 行政検査の対象とならなかった経緯

2 自費検査の概要

区分	人数	単価	費用
濃厚接触者と同居する職員			
発熱等の症状を呈するが保健所等により経過観察を指示された職員			
面会後に面会に来た家族が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所者			
施設等としては感染疑いがあると判断する者（以下に理由を記載）			

3 感染発生状況の確認

☐ 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した、又は感染拡大地域における施設等である

※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消となる場合がある。

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

別添資料 2（第 4 号様式関係）

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）の実施や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「施設内療養時の対応の手引き」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 施設内療養者数及び期間

別紙のとおり

4 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消となる場合がある。

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

別紙 施設内療養者数及び期間

申請者

施設名

定員 名

[illegible]

陽性が判明した日のうちに入院できた者は記載しない。

陽性判明日から10日間（ただし、発症日から10日間経過しても、症状軽快後72時間経過していないために、療養解除基準を満たさない者については、当該基準を満たす日まで最大15日。入院、退所、療養解除等があった場合はその日まで）1を入力する。

無症状患者(無症状病原体保有者)について、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(当該検体採取日を含めて7日間)1を入力する。

令和4年1月21日以降令和5年3月31日までの期間については、施設内療養者数が定員30名以上の施設にあっては5名以上、定員29名以下の施設にあっては2名以上の日については、1万円/日を追加補助する。

(第5号様式) 積算額調書

指定都市・中核市名	
-----------	--

ア 新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・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

支援実施予定事業所等の数	事業所
対象経費支出予定額 (※)	千円

ウ 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等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

支援実施予定事業所等の数	事業所
対象経費支出予定額 (※)	千円

対象経費積算額 (1)・(2)計 (※)	千円
----------------------	----

政令・中核市名

(単位:千円)

No.	法人名	介護保険事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	要綱別表5 (1) ア または イ に該当する場合 <div>ア 新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・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</div>			要綱別表5 (1) ウ に該当する場合 <div>ウ 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等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</div>			助成額計(g)	個別協議有無(h)	備考
					基準単価(a)	実支出額(b)	助成額(c)	基準単価(d)	実支出額(e)	助成額(f)			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
合計													

(注)

1

行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。

2

「基準単価(a)」及び「基準単価(d)」は、「神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金交付要綱」の別表第5に記載された基準単価を記入すること。
ただし、「神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金交付要綱」の別表第5に基づく個別協議を実施し、基準単価が変更になった場合には、変更後の基準単価を記載すること。
(基準額の変更を行った場合には、「個別協議有無(h)」に○を記入すること。)

3

「実支出額(b)」及び「実支出額(e)」は助成先の事業所で実際に要した経費(千円未満切り捨て)を記入すること。

4

「助成額(c)」は、「基準単価(a)」と「実支出額(b)」を比較して低い方の額を、「助成額(f)」は、「基準単価(d)」と「実支出額(e)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。

5

「助成額計(g)」は、「助成額(c)」と「助成額(f)」の合計額を記入すること。