

事務連絡  
令和5年9月21日

高齢者関係施設等 施設長 様  
管理者 様

神戸市福祉局監査指導部  
介護保険サービス・法人指導監査担当

令和5年度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ついて(ご案内)

見出しの事業については、令和5年6月26日付事務連絡(※下記参照)でご案内していますが、一部対象につきましてはエントリー期間(提出期限)が近づいてきましたので、再度ご連絡いたします。また、県より新たな見解(通知)が示されましたので、併せてご連絡します。

該当される介護サービス事業所・介護施設等につきましては、早期のエントリーをお願いします。

記

### 1. エントリー期間(提出期限)

| 新型コロナウイルスの感染状況             | 事前エントリーシート提出期限  |
|----------------------------|-----------------|
| 令和4年度収束分                   | 令和5年7月31日17時まで  |
| 令和5年4月～6月収束分               | 令和5年7月31日17時まで  |
| 令和5年7月収束分                  | 令和5年8月31日17時まで  |
| 令和5年8月収束分                  | 令和5年9月30日17時まで  |
| 令和5年9月収束分                  | 令和5年10月31日17時まで |
| ※以下、県で本事業の予算が確保された場合に限りです。 |                 |
| 令和5年10月収束分                 | 令和5年11月30日17時まで |
| 令和5年11月収束分                 | 令和5年12月31日17時まで |
| 令和5年12月収束分                 | 令和6年1月31日17時まで  |
| 令和6年1月収束分                  | 令和6年2月29日17時まで  |
| 令和6年2月収束分                  | 令和6年3月10日17時まで  |
| 令和6年3月収束分                  | 令和6年3月31日10時まで  |

※ 既にエントリーいただいている事業所・施設等、及び、質問に対する当方からの回答待ちの事業所・施設等におかれましては、行き違いにつきご容赦願います。

### 2. 補足事項(県通知より)

(1) 施設内療養と県「高齢者施設等での施設内療養の体制に関する調査(3月28日付事務連絡)」との関係

- ・上記調査に回答していることが必要です。
- ・回答内容に誤りがあった場合、異なる回答でも可。
- ・判定基準は、エントリーシート「別紙3-4」を参照願います。

- (2) 施設内療養の日数
- ・チェックリストの要件を満たした上で施設内療養した日数が該当します。
  - ・詳細はエントリーシート「別紙 3-2」を参照願います。
  - ・療養日数が 11 日以上の場合は、症状の詳細も記載が必要です。
- (3) 令和 5 年 5 月 8 日以降の手当に関する取り扱いについて
- ・危険手当、休日出勤手当や超過勤務手当などの手当に関する支給については、助成対象事由の発生日（当該施設の最初の療養者の発生日）までに給与規定に定められている場合が補助対象です。
  - ・事務連絡等に基づく支給については補助対象外となります。
- (4) 県「高齢者施設等での施設内療養の体制に関する調査（3 月 28 日付事務連絡）」実施後に新たに指定された施設の取扱い
- ・助成対象事由の発生日（当該施設の最初の施設内療養者の発生日）までに要件を満たしていることが確認できた場合、補助対象となります。

神戸市福祉局監査指導部  
（「サービス継続支援事業」担当）  
kaigoshidou\_chosa@office.city.kobe.lg.jp  
（居宅通所指導） 078-322-6326  
（施設指導） 078-322-6242

事務連絡  
令和5年6月26日

高齢者関係施設等 施設長 様  
管理者 様

神戸市福祉局監査指導部  
介護保険サービス・法人指導監査担当

令和5年度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ついて(ご案内)

見出しの事業につき、下記のとおり実施します。  
該当される介護サービス事業所・介護施設等につきましては、早期のエントリーをお願いします。

## 記

### 1. 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を目的とします。

### 2. 対象事業所等・対象経費・補助基準額(上限額)

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として、新型コロナウイルス感染症への対応において通常の介護サービスの提供では想定されないかかり増し費用を助成します。

※詳細は、下記資料参照。

- ・【別添1】「一定の要件に該当する自費検査費用」の取扱
- ・【別添2-1】「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(令和5年5月7日まで)、【別添2-2】「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(令和5年5月8日以降)
- ・【別添3】「補助基準額表」

(1) 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

- |  |
|--|
| ①職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保   |
| 〔※緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用〕 |
| ②通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材確保   |
| 〔※緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用〕   |
| ③介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用   |
| ④感染性廃棄物の処理費用   |
| ⑤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(備品は除く)                                      |
| ⑥通所系サービスの代替サービス提供のための費用  |

※代替場所確保使用料、ヘルパー同行指導謝金、代替場所や利用者宅への旅費、訪問サービス提供に必要な自転車のリース費用、通所できない利用者の安否確認用のタブレットのリース費用(通信費用は除く)

※②、⑥については、代替サービス提供期間の分に限る

⑦一定の要件に該当する自費検査費用

⑧感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用

## (2) 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

①通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保

※緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用

②通所系サービスの代替サービス提供のための費用

※代替場所の確保(使用料)、ヘルパー同行指導への謝金、代替場所や利用者宅への旅費、訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用、通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)

※①、②については、代替サービス提供期間の分に限る

## (3) 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介護サービス事業所・施設等

①感染が発生した事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護人材確保

②感染が発生した事業所・施設等への介護人材の応援派遣のための、緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、職員派遣に係る旅費・宿泊費

### 3. 補助金額

- ・補助金額は、予算の範囲内で補助基準額(基準単価)及びその他の条件を基準とします。
- ・1介護サービス事業所・施設等につき、上記「2. 対象事業所等」(1)、(2)、(3)それぞれを基準単価まで助成することができます。
- ・介護サービス事業所・施設等ごとに、基準単価と対象経費の実支出額を比較して少ない方の額を補助額とします。なお、助成額に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します。

### 4. エントリーシート(作成方法)

(1) 事業所・施設における、かかり増し経費の支払が確定してから、実績の内容に基づくエントリーを行ってください(実績報告書の作成は不要)。

※(「 」内はシート名)下記を参考に該当する箇所を入力してください。

■黒色シート(「基本情報シート」): 必須入力

■黄色シート: 該当する箇所を入力

■水色シート: 該当があれば下記 4施設内療養した入所者分の申請について を参照に入力

■桃色シート: 応援を実施された場合は、該当する箇所を入力

■無着色シート: 自動転記されるため入力不要(内容のみ確認すること)

(2) 計算式が入っているセルにも関わらず自動転記されなかった箇所は漏れなく直接入

力する。

(3) 計算式が壊れる恐れがあるので、列の挿入等の加工を行わないでください。

## 5. エントリーシート (提出資料)

スムーズな補助金支出のため、早期に下記①・②・③を提出してください。

### ① 「エントリーシート」【R4 度発生分】

「エントリーシート」【R5 度発生分】

※エントリーシートの様式が変更のうえ、発生年度ごとになっています。変更後の様式を使用、提出してください。

### ② 「対象経費の詳細」

※①「エントリーシート」で経費が書ききれない場合に使用します。

### ③ 「通帳」(表紙、表紙の裏面)等

※振込先の口座情報が確認できる資料。

### ④ その他

※「エントリーシート」を補足する資料(感染者発生、濃厚接触者対応、サービス提供、利用者受入、応援職員派遣等)が別途ある場合は、併せて提出してください。

## 6. エントリー方法 (提出方法)

下記「問い合わせ先・エントリーシート等提出先」記載のメールアドレス宛に、作成された上記エントリーシートその他をメール送信してください。

※送信される1件のメールに含まれる資料(データ)は、①1施設・事業所分、かつ、

②1感染期間分、としてください。【1施設・事業所、1感染期間、1件のメール】

※複数の施設・事業所、複数の感染期間のエントリーをされる場合は、複数のエントリーシートを等の作成のうえ、複数回メール送信いただくことになります。

【問い合わせ先・エントリーシート等提出先】

神戸市福祉局監査指導部(「サービス継続支援事業」担当者)

kaigoshidou\_chosa@office.city.kobe.lg.jp

## 7. エントリー関連留意事項

### (1) 【1施設・事業所、1感染期間、1件のメール】

#### ① 1施設・事業所

・1施設・事業所ごとに、エントリーを行ってください。

#### ② 1感染期間

・1つの感染期間(※)ごとに、エントリーを行ってください。

※療養解除日・待機解除日(感染収束日)の翌日から起算して7日間以内に新たに感染者・濃厚接触者が発生した場合は、1つの感染期間扱いとなります。

※療養解除日・待機解除日(感染収束日)の翌日から起算して7日間以内に新たに感染者・濃厚接触者が発生していない場合(=7日超で新たに感染者・濃厚接触者が発生した場合は、複数の感染期間扱いとなります。

※療養解除日・待機解除日(感染収束日)は、施設・事業所で感染の収束した日です。

| (介護) サービス継続支援事業 感染期間の考え方 |             |       |       |       |       |       |       |          |          |                     |
|--------------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|----------|---------------------|
| 月日                       | 7月10日       | 7月11日 | 7月12日 | 7月13日 | 7月14日 | 7月15日 | 7月16日 | 7月17日    | 7月18日    | 考え方                 |
| 日数                       | 療養解除日・待機解除日 | 1     | 2     | 3     | 4     | 5     | 6     | 7        | 8        |                     |
| 事例1                      | 療養解除日・待機解除日 |       |       |       |       |       |       | 新たな陽性者発生 |          | 1つの感染期間=1件の申請・エントリー |
| 事例2                      | 療養解除日・待機解除日 |       |       |       |       |       |       |          | 新たな陽性者発生 | 2つの感染期間=2件の申請・エントリー |

### ③ 1件のメール

- ・送信される1件のメールに含まれる資料(データ)は、①1施設・事業所分、かつ、②1感染期間分、としてください。

## (2) エントリー期間(提出期限)

| 新型コロナウイルスの感染状況 | 事前エントリーシート提出期限       |
|----------------|----------------------|
| 令和4年度収束分       | 令和5年7月31日17時まで       |
| 令和5年4月～6月収束分   | 令和5年7月31日17時まで       |
| 令和5年7月収束分      | 令和5年8月31日17時まで       |
| 令和5年8月収束分      | 令和5年9月30日17時まで       |
| 令和5年9月収束分      | 令和5年10月31日17時まで(予定)  |
| 令和5年10月以降収束分   | 県の動向を踏まえてあらためて周知します。 |

## (3) 管理番号

- ・(初回)質問時、又は、(初回)エントリー時、本市より管理番号をメールでご連絡します。  
※ご連絡内容「管理番号 (サービス種別) 事業所名 (回数)」  
(例)「R5 介護 XXX (認知症対応型共同生活介護) グループホーム XX (X回目)」
- ・(初回)質問時、又は、(初回)エントリー時、1週間以内に市から管理番号等のメール連絡なき場合は、その旨ご連絡願います。
- ・(修正)エントリー・申請の際は、①メールの件名、及び、②エントリーシートまたは申請書兼請求書(右肩)に、管理番号((例) R5 介護 XXX)を記入してください。

## 8. 対象経費について(補足)

- (1) 地域医療介護総合確保基金を財源としていることから、診療報酬、介護報酬及び他の補助金等(例: ICT補助金)で措置されているものは、本事業の対象外となります。
- (2) 感染症の発生期間に生じた、かかり増し経費であることから、工事を伴う経費や、期間終了後も使用可能な感染対策関連物品(空気清浄機等)は、対象外経費となります。
- (3) 「衛生用品の購入」については、感染を防ぎ又は消毒するために使用する衛生用品が対象であり、体温計や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、バケツなどといった器具や備品、おむつなどは対象外経費となります。
- (4) 感染症の発生期間内に生じた、かかり増し経費の支払等については、期間外になっても補助対象となります。
- (5) 法人内で職員の応援を実施された場合は、「感染者が発生した介護サービス事業所・

施設等に応援職員の派遣を行った場合」の経費についても申請可能ですので、別紙2（その2）及び別紙3（その2）を作成ください。

※派遣元の事業所所在地が神戸市内の場合。

（6）消費税抜きの額で申請してください。

## 9. 対象経費算定期間について

対象経費の算定期間は、以下のとおりです。

| 区分          | 算定基準日の考え方  |
|-------------|--|
| 交付申請書の着手年月日 | 事業所等で感染者が判明した日   |
| 交付申請書の完了年月日 | 事業所等で感染の収束した日又は算定期間内に生じた、かかり増し経費の最終支払日（ただし、いずれも最終日は令和5年9月30日※） |

※10月以降の取り扱いは別途周知予定。

## 10. 施設内療養した入所者分の申請について

- （1）施設内療養の取扱いは、別添2-1（令和5年5月7日以前）、2-2（令和5年5月8日以降）の定めに基づいています。
- （2）申請に際しては、別紙3-2、3-3（自動転記されるため、内容確認のみ）、3-4を作成してください。

## 11. 主な令和4年度からの変更点

- （1）令和5年度発生にかかる施設内療養の追加補助額は、年度内の上限額が500万円（定員30人以上）または200万円（定員29人以下）のため、以前（令和5年度発生に限る）の追加補助額を控除する必要がありますので、別紙3-3に既に補助済みの追加補助所要額を記入ください。
- （2）令和5年5月8日以降の施設内療養に対する補助は、申請様式別紙3-2（施設内療養費の補助）において、医療機関名と医師名の診断が必要です。
- （3）令和5年5月8日以降の施設内療養に対する補助は、申請様式別紙3-4「チェックリスト2」において、令和5年3月28日付け県から依頼した調査に「未回答」または、「調査時点で1つの項目でも『該当しない（×）』と回答した施設」は、施設内療養費の補助対象外となりますので、ご注意ください。
- （4）令和5年5月8日以降の特別手当に対する補助は、給与規定に定められている場合に限り、（必要に応じて給与規定の提出を求める場合がありますので、ご承知おきください。）
- （5）上記施設内療養等以外の国県による制度改正（令和5年5月8日以降適用）
  - ①「濃厚接触者」を「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）」に変更する。
  - ②休業要請を受けた事業所・施設等を補助対象外とする。
  - ③居宅でサービス提供する通所系サービス事業所への補助要件を、休業した場合に限定する。
  - ④自費検査について以下の改正を行う。
    - ・「濃厚接触者と同居する職員」を「感染者と同居する職員」に変更する。
    - ・保健所等から経過観察を指示された職員を対象外とする。

- ・行政検査として扱われる場合は対象外とする（明確化）。

## 12. 申請書類の保存について

証拠書類（手当等支払明細書、納品書・領収書等）については、申請書に添付して提出する必要はありませんが、会計検査院の検査等において、提出を求められる場合があります。当該書類は必ず5年間（令和11年3月31日まで）保存してください。

## 13. 問い合わせ（質問）様式

質問等ある場合は、質問様式に入力のうえ、下記「問い合わせ先・エントリーシート等提出先」記載のメールアドレスまで送信願います。

## 14. （再掲）問い合わせ先・エントリーシート等提出先

神戸市福祉局監査指導部（「サービス継続支援事業」担当者）  
kaigoshidou\_chosa@office.city.kobe.lg.jp

## 15. 神戸市ホームページ（URL）

エントリーシート様式等については神戸市ホームページ（URL）を参照してください。

<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/servicekeizokushienjigyo.html>

（6月26日（月）17時以降に令和5年度のホームページはアップされます）

神戸市福祉局監査指導部  
（「サービス継続支援事業」担当）  
kaigoshidou\_chosa@office.city.kobe.lg.jp  
（居宅通所指導） 078-322-6326  
（施設指導） 078-322-6242