

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。

施設内で1名の陽性が判明。保健所に入院調整の依頼を行ったが、病床ひっ迫により入院できず施設内療養を行った。
合計11名の入居者が陽性となり、施設内療養を行った。
施設内療養期間：別紙2-11～別紙2-14のとおり

2 チェックリスト

確認項目 (以下の項目のいずれにも○がある場合のみ交付の対象となります。)

- 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。
- ゾーニング(区域をわけ)を実施した。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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 令和4年12月26日以降に施設内療養者がいる場合は、以下の項目を確認してください。

令和4年12月26日から令和5年1月31日までの期間の追加補助(府独自)は、以下に○がついている場合のみ、交付の対象となります。

- 新型コロナウイルス感染症の治療ができる協力医療機関を確保している。

人数は自動で反映されます。

4 令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者がいる場合は、以下の項目を確認してください。

令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者数

5人

- 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)が補助対象であるが、10日を超える場合は、下記の要件を満たしていること(○がついている場合のみ、交付の対象となります)。

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)を満たしていないことから、当該基準を満たす日までの者である(ただし、発症日から起算して15日目までを上限とする)。

5 その他

※本資料への虚偽記載があった場合は、補助金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 5 年 1 月 〇〇 日

法人名 社会福祉法人 〇〇会

代表者 職名 理事長 氏名 大阪 太郎

事業所名 特別養護老人ホーム 〇〇

サービス種別 介護老人福祉施設

施設規模(定員) 小規模施設等(定員29人以下)

別紙2-11（令和4年11月1日～令和4年11月30日）

事業所名	特別養護老人ホーム ○○	別紙1の入力内容が自動で転記されます。
サービス種別	介護老人福祉施設	

申請額		
ア	施設内療養費	1,180,000 円
イ	追加補助（国制度）	540,000 円
ウ	追加補助（府独自）	490,000 円
合計額		2,210,000 円

(1) 施設規模（定員）の選択

施設規模（定員）	小規模施設等（定員29人以下）	←別紙1の選択内容が自動で反映されます。
----------	-----------------	----------------------

イの条件	上限額	200	万円	同一日	2	人	以上
------	-----	-----	----	-----	---	---	----

別紙2-11から2-15の合計金額が反映されます。こちらの金額を、それぞれ交付申請書(個票)の「所要額」欄へ転記してください。

①施設内療養を行った月日を確認してください↓

月	日																														計
	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	
11																															

②施設内療養を行った利用者ごとに、療養をした日に「1」を記載（発症日から最大15日間のみ）してください。↓（利用者名はこのシートに記入してください。）

計	利用者名	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	30	
1	大阪 花子										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1												10	
2	介護 太郎													1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		15	
3	高輪 二郎																										1	1	1	1	1		5
4	浪速 三郎																																0
5	大手前 四郎																																0
6	咲洲 五郎																																0
7	天満 六郎																																0
8	谷町 七郎																																0
9	上町 八郎																																0
10	台地 九郎																																0
11	摂州 十郎																																0
12																																	0
13																																	0
14																																	0
15																																	0
16																																	0
17																																	0
18																																	0
19																																	0
20																																	0
21																																	0
22																																	0
23																																	0
24																																	0
25																																	0
26																																	0
27																																	0
28																																	0
29																																	0
30																																	0
31																																	0
32																																	0
33																																	0
34																																	0
35																																	0
36																																	0
37																																	0
38																																	0
39																																	0
40																																	0
41																																	0
42																																	0
43																																	0
44																																	0
45																																	0
46																																	0
47																																	0
48																																	0
49																																	0
50																																	0

施設内療養対象者の氏名は、こちらにすべて記載してください。

施設内療養を行った日に「1」を入力してください。（発症日から最大15日間まで）

令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者がある場合は、別紙1「4 令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者がある場合は、以下の項目を確認してください。」のチェックが必要です。

事業所名	特別養護老人ホーム ○○
サービス種別	介護老人福祉施設

(1) 施設規模（定員）の選択

施設規模（定員）	小規模施設等（定員29人以下）	←別紙1の選択内容が自動で反映されます。
----------	-----------------	----------------------

この条件	上限額	200	万円	同一日	2	人	以上
------	-----	-----	----	-----	---	---	----

①施設内療養を行った月日を確認してください↓

月	日																															計
	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	

②施設内療養を行った利用者ごとに、療養をした日に「1」を記載（発症日から最大15日間のみ）してください。↓（利用者は別紙2-11に記入してください。）

計	利用者名	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	39	
1	大阪 花子																															10	
2	介護 太郎																																15
3	高野 二郎	1	1	1	1	1																										10	
4	浪速 三郎				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																	12	
5	大手前 四郎													1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						10	
6	咲洲 五郎																																8
7	天満 六郎																																4
8	谷町 七郎																																0
9	上町 八郎																																0
10	台地 九郎																																0
11	摂州 十郎																																0
12																																	0
13																																	0
14																																	0
15																																	0
16																																	0
17																																	0
18																																	0
19																																	0
20																																	0
21																																	0
22																																	0
23																																	0
24																																	0
25																																	0
26																																	0
27																																	0
28																																	0
29																																	0
30																																	0
31																																	0
32																																	0
33																																	0
34																																	0
35																																	0
36																																	0
37																																	0
38																																	0
39																																	0
40																																	0
41																																	0
42																																	0
43																																	0
44																																	0
45																																	0
46																																	0
47																																	0
48																																	0
49																																	0
50																																	0

施設内療養を行った日に「1」を入力してください。
(発症日から最大15日間まで)

別紙2-11の内容が自動で反映されます。

令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者がある場合は、別紙114「令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者がある場合は、以下の項目を確認してください。」のチェックが必要です。

事業所名	特別養護老人ホーム ○○
サービス種別	介護老人福祉施設

(1) 施設規模 (定員) の選択

施設規模 (定員)	小規模施設等 (定員29人以下)	←別紙1の選択内容が自動で反映されます。
-----------	------------------	----------------------

この条件	上限額	200	万円	同一日	2	人	以上
------	-----	-----	----	-----	---	---	----

①施設内療養を行った月日を確認してください↓

月	日																															計
	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	

②施設内療養を行った利用者ごとに、療養をした日に「1」を記載 (発症日から最大15日間のみ) してください。↓ (利用者名は別紙2-11に記入してください。) ※無症状者はプルダウンより○を選択してください。

計	利用者名	無症状者	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	41	
1	大阪 花子																																			10	
2	介護 太郎																																				15
3	高野 二郎																																				10
4	浪速 三郎																																				12
5	大手前 四郎																																				10
6	咲洲 五郎																																				8
7	天満 六郎		1	1	1	1	1	1	1	1	1																									12	
8	谷町 七郎																																				13
9	上町 八郎																																				10
10	台地 九郎																																				7
11	摂州 十郎																																				3
12																																					0
13																																					0
14																																					0
15																																					0
16																																					0
17																																					0
18																																					0
19																																					0
20																																					0
21																																					0
22																																					0
23																																					0
24																																					0
25																																					0
26																																					0
27																																					0
28																																					0
29																																					0
30																																					0
31																																					0
32																																					0
33																																					0
34																																					0
35																																					0
36																																					0
37																																					0
38																																					0
39																																					0
40																																					0
41																																					0
42																																					0
43																																					0
44																																					0
45																																					0
46																																					0
47																																					0
48																																					0
49																																					0
50																																					0

別紙2-11の内容が自動で反映されます。

令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者がいる場合は、別紙14 令和4年10月1日以降に施設内療養期間が10日を超える施設内療養者がいる場合は、以下の項目を確認してください。のチェックが必要です。

施設内療養を行った日に「1」を入力してください。(発症日から最大15日間まで)

陽性確定に係る検体採取日が令和5年1月1日以降の無症状患者(無症状病原体保有者)の施設内療養者がいる場合は、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)が交付の対象となります。(プルダウンより○を選択してください。)

