

1 | 施設内療養費について

陽性者が入院できず施設内で療養した場合、施設内療養費が補助されます。

■ 補助対象施設

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、短期入所療養介護事業所

■ 補助要件

施設内療養にあたって、以下の事項を実施していること

- 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

2 | 「基本補助」と「追加補助」

施設内療養費には、療養人数や期間に関わらず補助される「基本補助」と、一定の要件を満たした場合に補助される「追加補助」があります。

基本補助

<要件>

療養人数や期間に関わらず、施設内療養を行った場合補助

<補助額>

一人あたり一日1万円



追加補助

<要件>

- ・ 療養日が特定の期間内であること
※令和4年1月27日～令和5年3月31日
- ・ 同一日に一定以上の人数が療養していること
※小規模施設(定員29人以下)の場合2名以上
大規模施設(定員30人以上)の場合5名以上

<補助額>

- ・ 要件を満たす日に限り、一人あたり一日1万円
- ・ 1施設あたりの上限額は小規模施設で200万円、大規模施設で500万円

施設内療養チェックリスト、対象者リスト
(別表4参考1)を提出

追加補助確認シート
(別表4参考2)を提出

3 | 補助対象日数について

■ 施設内療養の補助対象日数の考え方

発症日によって補助対象日数の基準が異なります。

- ① 令和4年9月30日以前 の場合
- ② 令和4年10月1日以降 の場合
- ③ 令和5年1月1日以降 の場合

■ 発症日とは

発症日は患者の症状が出始めた日とします。

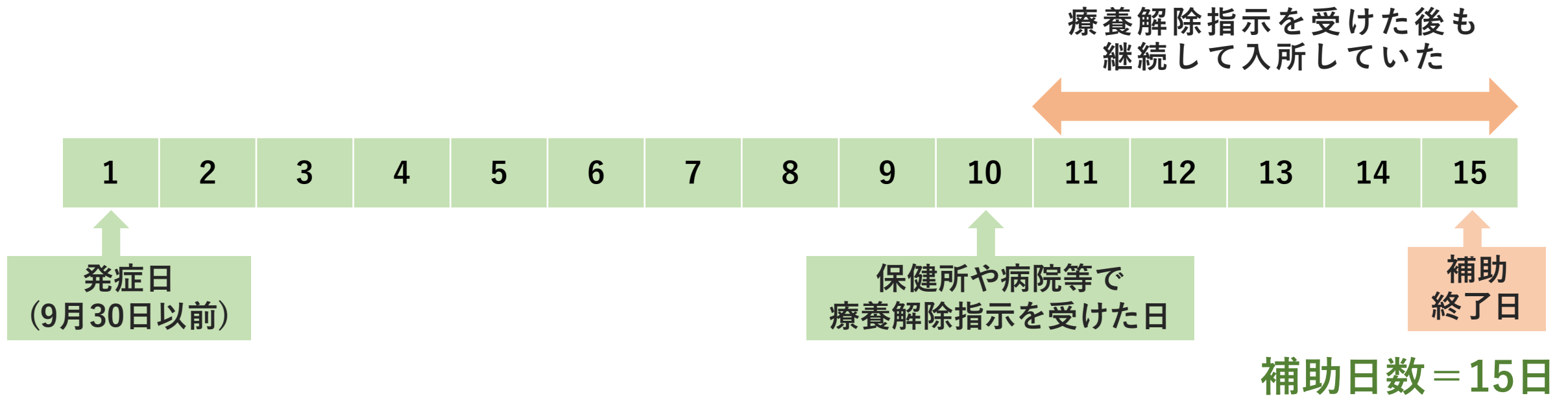
ただし、無症状または発症日が明らかでない場合は、陽性判定となった検査の検体採取日とします。

例1) 4月2日に症状が出始め、3日に検査を行い、4日に陽性判定が出た → 4月2日が発症日

例2) 無症状だったが、4月4日に検査を行い、5日に陽性判定が出た → 4月4日が発症日

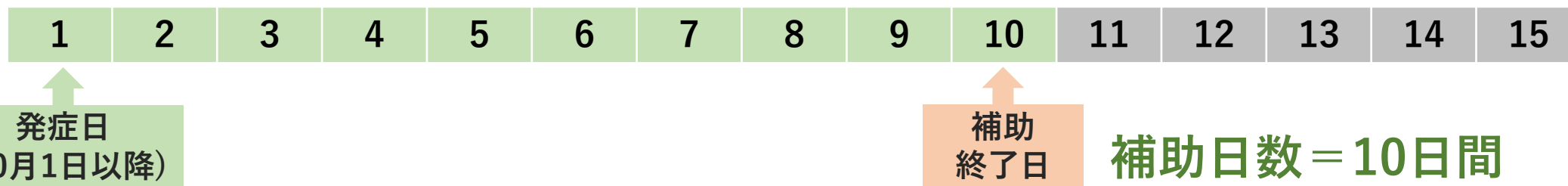
4 | 補助対象日数について ※発症日：①令和4年9月30日以前

途中で保健所が指示する療養期間が終わったとしても
入院や退所等せず施設に入所していた場合は、
補助対象日数は **原則15日間** です。

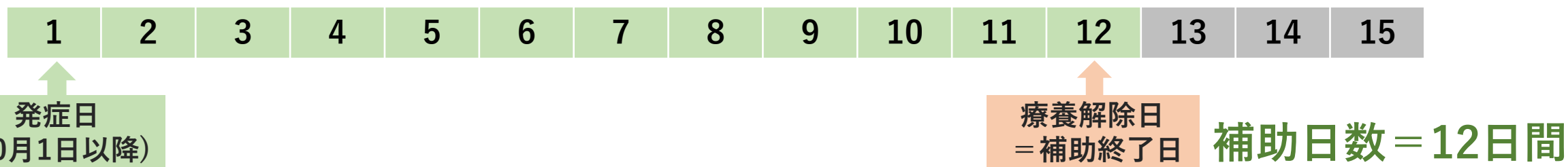


5 | 補助対象日数について ※発症日：②令和4年10月1日以降

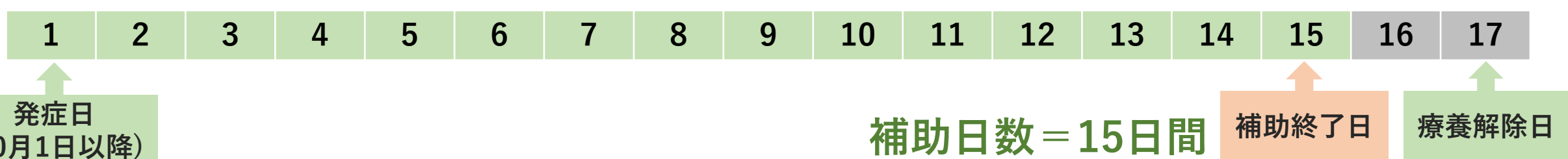
■ 補助対象日数は 原則10日間



■ 11日目以降も療養解除とならない場合は 療養解除日までが補助対象



■ 療養解除日が16日目以降の場合は 最大補助日数の15日目までが補助対象



6 | 補助対象日数について ※発症日：③令和5年1月1日以降

- **無症状**で陽性になり施設内療養した者は、補助対象日数は **7日間**



発症日
(検体採取日)
(1月1日以降)

補助
終了日

補助日数 = 7日間

- **有症状**の場合は、令和4年10月1日以降の取り扱い（前ページ）と同様

- ・ 補助対象日数は、原則10日間
- ・ 11日目以降も療養解除とならない場合は、療養解除日までが補助対象
- ・ 療養解除日が16日目以降の場合は、最大補助日数の15日目までが補助対象

7 | 補助対象日数について ※途中で入院・退所した場合

■ 療養途中で入院・退所した場合

発症日が令和4年9月30日以前、令和4年10月1日以降のいずれの場合でも、療養途中で入院または退所等をした場合は、**入院・退所日までが補助対象。**



発症日

入院日・退所日
= 補助終了日

補助日数 = 8日間

※一度入院したあと退院して療養を再開した場合は、次ページ以降の記載例の注釈をご参照ください。

■ 療養解除の基準

「発症日から10日経過し、かつ、症状軽快後72時間経過していること」です。

※「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。

(別表4 参考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補助に係るチェックリスト
【令和3年度・4年度共通】

事業所名	特別養護老人ホーム ○○	・法人名ではなく事業所名をご記入ください。 ・サービス種別がリストにない施設は対象外です。
サービス種別	介護老人福祉施設	

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）

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、合計6名の入居者が施設内療養を行った。	・色が付いているセルのみご記入ください。 ・複数施設で施設内療養を行った場合は、施設ごとに作成してください。
---	---

2 チェックリスト

確認項目	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	ゾーニング（区域をわける）を実施した。
<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。

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 4 年 6 月 23 日 事業所名 特別養護老人ホーム ○○
代表者 職名 施設長 氏名 茨城 太郎

(別表4 参考1)

施設内療養（基本補助額）の対象者リスト【令和3年度・4年度共通】

※9月30日以前に発症した場合

- ・色が付いているセルのみご記入ください。
- ・複数施設で施設内療養を行った場合は、施設ごとに作成してください。

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

	基本補助対象延べ日数	基本補助額
R3年度分	10 日	100,000 円
R4年度分	75 日	750,000 円

この金額を個票（様式第1号-3,6）の積算内訳に記載してください。

No	療養者氏名	発症日	入院・退所日	療養再開日 (退院後)	補助終了日	補助日数		補助 対象	
						R3年度	R4年度		
1	茨城 一郎	R4年4月3日			R4年4月17日	0	15	○	入院・退所等をしなかった場合は、発症日から15日目が補助終了日（途中で保健所が指示する療養期間が終わった場合も同じ）
2	茨城 二郎	R4年4月3日	R4年4月11日		R4年4月11日	0	9	○	途中で入院・退所等した場合は「入院・退所日」を入力。入院した当日は補助日数に含む。
3	茨城 三郎	R4年4月4日	R4年4月9日	R4年4月13日	R4年4月18日	0	12	○	一度入院したあと施設に戻ってきて療養を再開した場合は「療養再開日」を入力。（入院2日目～再開日の前日は補助対象外）
4	茨城 四郎	R4年3月22日			R4年4月5日	10	5	○	3月から4月にかけて療養した場合は、3月31日までが令和3年度分に、4月1日から令和4年度分になる。
5	茨城 五郎	R4年4月3日	R4年4月7日		R4年4月7日	0	5	○	
6	茨城 六郎	R4年4月12日	R4年4月12日			0	0	×	発症日に入院・退所等した場合は補助対象外。
7	茨城 七郎	R4年4月12日	R4年5月20日		R4年4月26日	0	15	○	
8	茨城 一郎 (2回目)	R4年4月30日	R4年5月4日		R4年5月4日	0	5	○	療養期間が終わった後で再度感染した場合は行を分け、氏名欄に「(2回目)」などと記載してください。
9	水戸 太郎	R4年4月1日	R4年4月1日	R4年4月10日	R4年4月15日	0	6	○	発症日に入院・退所等した後、15日以内に療養を再開した場合は、療養再開日から15日目までが対象。
10	水戸 梅子	R4年4月5日	R4年4月7日	R4年4月20日	R4年4月7日	0	3	○	療養再開日が15日目より後の場合は、入院・退所日までが対象。
						0	0		
14						0	0		
15						0	0		
16						0	0		
17						0	0		
18						0	0		

全ての施設内療養者の氏名をご記入ください。

発症日は、患者の症状が出始めた日とします。
 ただし、無症状または発症日が明らかでない場合は、陽性判定となった検査の検体採取日とします。
 例1) 4月2日に症状が出始め、3日に検査を行い、4日に陽性判定が出た → 4月2日が発症日
 例2) 無症状だったが、4月4日に検査を行い、5日に陽性判定が出た → 4月4日が発症日

(別表4 参考1)

施設内療養（基本補助額）の対象者リスト【令和4年度分】

※10月1日～12月31日に発症した場合

- ・色が付いているセルのみご記入ください。
- ・複数施設で施設内療養を行った場合は、施設ごとに作成してください。

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

	基本補助対象延べ日数	基本補助額
R4年度分	63 日	630,000 円

この金額を個票（様式第1号-3）の積算内訳に記載してください。

No	療養者氏名	発症日	入院・退所日	療養再開日 (退院後)	療養解除日 (11日目を降も療養の場合)	補助終了日	補助日数	補助対象	
							R4年度		
1	茨城 一郎	R4年10月1日				R4年10月10日	10	○	入院・退所等をしなかった場合は、発症日から10日目が補助終了日（途中で保健所が指示する療養期間が終わった場合も同じ）
2	茨城 二郎	R4年10月1日			R4年10月13日	R4年10月13日	13	○	11日目を降も療養を継続した場合は「療養解除日」を入力。発症日から療養介助日までが補助対象（最大15日）
3	茨城 三郎	R4年10月1日			R4年10月20日	R4年10月15日	15	○	16日目を降も療養を継続した場合でも、補助日数は最大15日
4	茨城 四郎	R4年10月1日	R4年10月4日			R4年10月4日	4	○	途中で入院・退所等した場合は「入院・退所日」を入力。入院した当日は補助日数に含む。
5	茨城 五郎	R4年10月1日	R4年10月4日	R4年10月8日		R4年10月10日	7	○	一度入院したあと施設に戻ってきて療養を再開した場合は「療養再開日」を入力。（入院2日目～再開日の前日は補助対象外）
6	茨城 六郎	R4年10月1日	R4年10月4日	R4年10月18日	R4年10月20日	R4年10月4日	4	○	療養解除日が15日目より後の場合は、入院・退所日までが対象。
7	茨城 七郎	R4年10月1日	R4年10月1日				0	×	発症日に入院・退所等した場合は補助対象外。
8	茨城 八郎	R4年10月1日	R4年10月1日	R4年10月8日		R4年10月10日	3	○	発症日に入院・退所等した後、療養を再開した場合は、療養再開日から補助対象。
9	茨城 九郎	R4年10月1日	R4年10月1日	R4年10月12日	R4年10月20日	R4年10月15日	4	○	発症日に入院・退所等した後、療養を再開した場合は、療養再開日から補助対象（再開日が11日目を降でも同様）。
10	茨城 一郎（2回目）	R4年11月5日	R4年11月7日			R4年11月7日	3	○	療養期間が終わった後で再度感染した場合は行を分け、氏名欄に「（2回目）」などと記載してください。
全ての施設内療養者の氏名をご記入ください。							0		
14							0		<p>発症日は、患者の症状が出始めた日とします。</p> <p>ただし、無症状または発症日が明らかでない場合は、陽性判定となった検査の検体採取日とします。</p> <p>例1) 10月2日に症状が出始め、3日に検査を行い、4日に陽性判定が出た → 10月2日が発症日</p> <p>例2) 無症状だったが、10月4日に検査を行い、5日に陽性判定が出た → 10月4日が発症日</p>
15							0		
16							0		
17							0		
18							0		
19							0		
20							0		

(別表4 参考1)

施設内療養（基本補助額）の対象者リスト【令和4年度分】
 ※令和5年1月1日以降に発症した場合

- ・色が付いているセルのみご記入ください。
- ・複数施設で施設内療養を行った場合は、施設ごとに作成してください。

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

	基本補助対象延べ日数	基本補助額
R4年度分	77 日	770,000 円

この金額を個票（様式第1号-3）の積算内訳に記載してください。

※療養者の症状の有無は、必須項目です。（症状の有無によって、療養日数が変わります。）

No	療養者氏名	症状の有無	発症日	入院・退所日	療養再開日 (退院後)	療養解除日 (11日目以降も療養の場合)	補助終了日	補助日数	補助対象
								R4年度	
1	茨城 一郎	無	R5年1月1日				R5年1月7日	7	○
2	茨城 二郎	有	R5年1月1日				R5年1月10日	10	○
3	茨城 三郎	有	R5年1月1日			R5年1月13日	R5年1月13日	13	○
4	茨城 四郎	有	R5年1月1日			R5年1月20日	R5年1月15日	15	○
5	茨城 五郎	有	R5年1月1日	R5年1月4日			R5年1月4日	4	○
6	茨城 六郎	有	R5年1月1日	R5年1月4日	R5年1月8日		R5年1月10日	7	○
7	茨城 七郎	有	R5年1月1日	R5年1月4日	R5年1月18日	R5年1月20日	R5年1月4日	4	○
8	茨城 八郎	有	R5年1月1日	R5年1月1日				0	×
9	茨城 九郎	有	R5年1月1日	R5年1月1日	R5年1月8日		R5年1月10日	3	○
10	茨城 一美	有	R5年1月1日	R5年1月1日	R5年1月12日	R5年1月20日	R5年1月15日	4	○
11	茨城 一郎 (2回目)	有	R5年2月3日				R5年2月12日	10	○
全ての施設内療養者の氏名をご記入ください。								0	
15								0	
16								0	
17								0	
18								0	
19								0	
20								0	

発症日は、患者の症状が出始めた日とします。
 ただし、無症状または発症日が明らかでない場合は、陽性判定となった検査の検体採取日とします。
 例1) 1月2日に症状が出始め、3日に検査を行い、4日に陽性判定が出た → 1月2日が発症日
 例2) 無症状だったが、1月4日に検査を行い、5日に陽性判定が出た → 1月4日が発症日

無症状の利用者が入院・退所等をしなかった場合は、発症日から7日目が補助終了日（途中で保健所が指示する療養期間が終わった場合も同じ）
 有症状の利用者が入院・退所等をしなかった場合は、発症日から10日目が補助終了日（途中で保健所が指示する療養期間が終わった場合も同じ）
 11日目以降も療養を継続した場合は「療養解除日」を入力。発症日から療養介助日までが補助対象（最大15日）
 16日目以降も療養を継続した場合でも、補助日数は最大15日
 途中で入院・退所等した場合は「入院・退所日」を入力。入院した当日は補助日数に含む。
 一度入院したあと施設に戻ってきて療養を再開した場合は「療養再開日」を入力。（入院2日目～再開日の前日は補助対象外）
 療養解除日が15日目より後の場合は、入院・退所日までが対象。
 発症日に入院・退所等した場合は補助対象外。
 発症日に入院・退所等した後、療養を再開した場合は、療養再開日から補助対象。
 発症日に入院・退所等した後、療養を再開した場合は、療養再開日から補助対象（再開日が11日目以降でも同様）。
 療養期間が終わった後で再度感染した場合は行を分け、氏名欄に「(2回目)」などと記載してください。

(別表4 参考2) 施設内療養 (追加補助) 確認シート 【令和3年度・4年度共通】

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
定員	35 人

定員に応じて、対象人数や上限額が変わります。
 ・30人以上 (大規模施設) : 上限500万円
 ・29人以下 (小規模施設) : 上限200万円

※追加補助の申請が無い場合は作成不要
 対象者リストを作成すると、自動的に氏名や療養期間が入力されます。
 定員のみ入力してください。
 ※対象期間は令和4年1月27日～令和5年3月31日です。
 ! 行・列が足りない場合は、茨城県までご連絡ください。

	対象延べ日数	追加補助額 ※上限500万円
R3年度分	0 日	0 円
R4年度分	21 日	210,000 円

この金額を個票(様式第1号-3、6)の
 積算内訳に記載してください。

療養者氏名	療養期間	3月22日	3月23日	3月24日	3月25日	3月26日	3月27日	3月28日	3月29日	3月30日	3月31日	4月1日	4月2日	4月3日	4月4日	4月5日	4月6日	4月7日	4月8日	4月9日	4月10日	4月11日	4月12日	4月13日	4月14日	4月15日	4月16日	4月17日	4月18日	4月19日	4月20日	4月21日	4月22日	4月23日	4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日	4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日				
1 茨城 一郎	15													1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																								
2 茨城 二郎	9													1	1	1	1	1	1	1	1	1																												
3 茨城 三郎	12														1	1	1	1	1	1	1																													
4 茨城 四郎	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																																					
5 茨城 五郎	5														1	1	1	1	1																															
6 茨城 七郎	15																																																	
7 茨城 一郎 (2回目)	5																																																	
8 水戸 太郎	6																																																	
9 水戸 梅子	3																																																	
10	0																																																	
療養者数		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	6	5	5	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0				
追加補助対象者																																																		
追加補助 計	210,000														50000	60000	50000	50000																																

対象者リストを作成すると、自動的に氏名や療養期間が入力されます。

計算式は絶対に変更しないでください。

- ・色が付いているセルのみご記入ください。
 - ・複数施設で施設内療養を行った場合は、施設ごとに作成してください。
 - ・追加補助の申請が無い場合はこのシートは作成不要です。
- 【追加補助要件】
- ①療養期間が、令和4年1月27日～令和5年3月31日であること。
 - ②療養者が同一日に、大規模施設(定員30人以上)の場合は5名以上、小規模施設(定員29人以下)の場合は2名以上いること。