

院内感染対策設備整備費補助事業の概要

1 目的

この事業は、都内の病院が行う院内感染症に対する設備整備に要する経費について東京都が助成することにより、自動手指消毒器の整備を促進し、手指を媒体としたMRSA等による院内感染症の拡大の防止を目的とするものです。

2 補助対象者

補助の対象者は、知事が適当と認める者です（ただし、普通地方公共団体、特別地方公共団体、地方独立行政法人及び特定地方独立行政法人を除きます。）。

3 補助条件

補助を受けるには、次の(1)に掲げるアからクのいずれかに該当する病院であり、かつ、(2)の対象条件全てに適合することが必要です。

(1) 対象病院

- ア 厚生省通知「救急医療対策の整備事業について」に基づく病院群輪番制に参加している病院、共同利用型病院、救命救急センター又は救命救急センターを設置している病院
- イ 厚生省通知「共同利用施設整備事業について」に基づく共同利用施設
- ウ 厚生省通知「へき地保健医療対策事業について」にへき地医療拠点病院
- エ 厚生省通知「院内感染対策施設整備事業の実施について」に基づく院内感染対策施設整備事業実施病院
- オ 厚生省通知「医療施設近代化施設整備事業について」医療施設近代化施設整備事業実施病院
- カ 厚生省通知「公的病院等特殊診療部門運営事業について」に基づく在宅医療施設
- キ 厚労省通知「周産期医療対策事業等の実施について」に基づく小児医療施設、周産期医療施設
- ク 厚労省通知「医療提供体制施設整備交付金の交付について」に基づくがん診療施設、医学的リハビリテーション施設

(2) 対象条件

- ア 厚生労働省の実施する院内感染対策講習会に医師又は看護師等を参加させるなど積極的な取り組みを行っていること。
- イ 院内感染の拡大防止を目的とした自動手指消毒器(強酸性水生成装置は補助対象外)の初度設備整備であり、施設整備と同時期に行うものであること。
- ウ 1台の購入価格がおおむね10万円(税込み)を超える自動手指消毒器であること。

4 補助対象経費

補助対象経費は、院内感染の拡大防止を目的とした自動手指消毒器の整備費です。

【基準額】（令和4年度※参考単価）

病院の総病床	1か所当たり基準額	補助限度額	補助金下限額
50床未満	1,047千円	698千円	1品につき 66,000円
50床以上100床未満	1,361千円	907千円	
100床以上200床未満	2,202千円	1,468千円	
200床以上300床未満	3,354千円	2,236千円	
300床以上	4,507千円	3,004千円	

※自動手指消毒器の購入金額（消費税込）が上記の限度額を下回る場合には、購入金額を基準額とし、その額に補助率を乗じたものを補助所要額とします。

また、補助金額が上記の下限額に満たないものについては、補助の対象とはなりません。

5 補助率

2 / 3

6 補助所要額の計算式

〔基準額〕 × 〔補助率〕 = 補助所要額（千円未満切り捨て）

7 留意事項

（1）財産処分の制限

補助を受けて整備した設備には、財産処分の制限がかかります。

本補助事業の補助目的から外れた変更を行うことは原則できません。やむを得ず変更する場合には、所定の手続き（場合によっては補助金の返還も含む）を行っていただく必要がありますので、事業計画の検討は慎重にお願いします。

（2）重複補助の禁止

当該事業での補助金と、対象経費を同じくして他の事業での補助金等を受けることはできません。

（3）補助事業スケジュール

別紙「補助事業スケジュール（院内感染・施設、設備共通）」参照

（4）契約締結方法

補助事業に係る備品購入契約については、当方で定めた契約手続基準の遵守（原則として入札）が必要です。

（5）契約手続時期

補助事業に係る備品購入契約については、内示後に入札による業者選定を行った上で、締結することが必要です。

（6）補助額

補助金は、あくまでも都の予算の範囲内で支出することになります。算出された補助額を保障するものではありませんのでご注意ください。正式な補助金額は事業完了後に交付される、額の確定通知をもって決定します。

(9) 補助事業者の承認

本補助事業については、今回の事業計画の提出を持って実施が決定するものではありません。「補助事業者審査会」にて、事業計画の審査を行い、その結果をもって補助事業者として承認され、補助事業を実施することができます。

(10) その他

この事業概要は、令和5年度事業に関するものです。都財政の状況等から、今後内容（補助条件、単価、補助率等）を変更する可能性もありますので、あらかじめご了承ください。

8 提出方法

電話連絡の上、下記の組織アドレス宛に資料一式を御提出ください。件名は以下のとおりとしてください。

- ・組織アドレス S0000298@section.metro.tokyo.jp
- ・件名 【病院名】【補助事業名】令和6年度の事業計画調査票の提出について

9 担当部署

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課地域医療対策担当
〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎28階南側
電話 03-5320-4417