

(別添2)

本実施要綱3の(1)のアの④に規定する「発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所」に対する助成の取扱いは、以下のとおりとする。

1 障害者支援施設又は共同生活援助事業所への自費検査費用の助成の考え方

障害者支援施設又は共同生活援助事業所(以下「障害者支援施設等」という。)の入所(居)者には、高齢者や基礎疾患を有する者等の重症化リスクの高い者が含まれており、特に障害者支援施設等においては、クラスター発生の未然防止に取り組む必要があるため、障害者支援施設等において、保健所による行政検査の対象とならないと判断された場合であっても、クラスター発生の防止のために障害者支援施設等の判断により自費で検査を実施することが想定されることを踏まえて、2に掲げる要件のもと、助成の対象とする。

2 助成要件

(1) 対象サービス種別

障害者支援施設、共同生活援助事業所

(2) 対象者及び要件

- ・ 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
※ 「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。
- ・ 面会后、面会に来た家族等が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所(居)者

など、感染が疑われる理由がある者で、以下の①及び②の要件に該当する場合。

- ①近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生している、又は感染拡大地域に所在する障害者支援施設等
- 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、障害者支援施設等の判断で実施した自費検査

(3) 上限額

一人1回当たりの補助上限額は2万円を限度とする。

(ただし、別添1の補助単価の範囲内)

(4) その他

ア 個別の職員や利用者の状況や事情を考慮しない、障害者支援施設等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。

イ 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、対象外と判断されたことについて、障害者支援施設等において理由書を作成し、県知事に提出することとし、県においては、理由書の内容を確認し、必要に応じて保健所等にも問合せの上で適否を判断する。

ウ 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らない。