

別添 2

本交付要領別添 1 の（１）③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。なお、本交付要領別添 1 の（１）①、②に該当する障害者支援施設又は共同生活援助事業所が自費で検査を実施した場合の費用に対する助成についても、同様に取り扱う。

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、クラスターが発生した場合の影響が極めて大きいため、重症化リスクの高い者が多く入所（居）する障害者支援施設等における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や、従事者への集中的検査を地方自治体を実施する場合には行政検査として取り扱う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

- ・ 感染者と同居する職員
 - ・ 面会后、面会に来た家族等が感染者又は感染者と接触があった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
- ※ 感染者が確認された場合には、その後の検査が行政検査で行われることを想定しているため、保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関から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、本事業の対象とはならない。

（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、本事業の申請書と併せて障害者支援施設等の所在地の都道府県知事等に提出することとし、都道府県等においては、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こと。