

補助条件

第5条（1）のエに規定する「ア又はイ以外の事業所であって、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」に対する補助の取扱いは、以下のとおりとする。

なお、本交付要綱第5条（1）のアからウの区分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、各該当区分においてその費用を申請した場合の補助についても、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補助の考え方

障害者支援施設又は共同生活援助事業所の入所（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、特にクラスター発生の未然防止に取り組む必要がある。そのため、障害者支援施設又は共同生活援助事業所については、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施設・事業所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、補助の対象とする。

2 補助要件

(1) 補助対象サービス

障害者支援施設、共同生活援助事業所

(2) 対象者及び要件

ア 対象者

以下の（ア）から（ウ）のように、感染が疑われる理由がある者。

（ア）濃厚接触者と同居する職員

（イ）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。

（ウ）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

イ 要件

以下の（ア）及び（イ）の要件に該当する場合。

（ア）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施設・事業所

（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にならないと判断された場合に、施設・事業所の判断で実施した自費検査

※ 感染者が確認された場合は、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) 補助額

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、別表4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、施設・事業所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、施設・事業所において理由書を作成し、本事業の交付申請書と併せて知事に提出しなければならない。