

(別表2)

別表1の対象経費に記載する経費のうち、(1)④に該当する施設等の「一定の要件に該当する自費検査費用」の取扱いは、次のとおりとする。

1 交付対象

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に掲げる要件に該当する自費での検査費用を補助対象経費とする。

2 交付要件等

(1) 対象者及び要件

障害者支援施設等において、

- ・ 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に対して実施した検査であって以下の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が実施した検査であること
- 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であること

(2) 交付の上限額

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、別表1の基準単価の範囲内)

(3) 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、知事に提出すること。

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。