

別添1

本交付要綱第3条(1)③に規定する「感染等の疑いのあ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(以下「障害者支援施設等」という。)」に対する交付の取扱いは、以下のとおりとする。

(1) 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 地域の医療機関等を受診し、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は、その後の周囲の者への検査や従業者への集中的検査は行政検査で行われることを想定しているため、本事業の対象とはならない。

(2) 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、地域の医療機関等において、行政検査の対象外と判断されたが、障害者支援施設等の判断で自費検査を実施するに至る経緯及び理由書を作成し、医療機関等の受診時の領収証など経緯が確認できる書類等を添付して提出すること。