

別添1

本交付要綱第3条(1)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(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

- ・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示す。
- ・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 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、施設等でのクラスター発生の未然防止の観点から、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。

(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。