

別表中(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」に対する補助の取扱いは、以下のとおりとする。

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（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に掲げる要件のもと、補助の対象とする。

2 補助要件

(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

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

(3) 要件

(2)に掲げる感染が疑われる理由がある者について，保健所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

(4) 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，別表の基準単価の範囲内）

(5) その他

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。