

本要綱第3条第1号の③に記載する経費のうち、「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」に対する助成の取扱いは、以下のとおりとする。

なお、本実施要綱第3条第1号の①、②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た場合の費用に対する助成についても、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助成の考え方

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いる障害者支援施設又は共同生活援助事業所における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や、従事者への集中的検査を地方自治体を実施する場合には行政検査として取扱う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、助成の対象とする。

2 助成要件

(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た場合、又は感染拡大地域における施設等であること

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、施設等の判断で実施した自費検査であること。

※なお、②については、自費検査を行った施設等において行政検査の対象とならなかった経緯を記載した理由書を作成し本事業の申請書と併せて神戸市に提出すること。神戸市は必要に応じて保健所等にも確認して理由書の確認を行う。

※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) 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、別添1の補助単価の範囲内）

(4) その他

職員や利用者の個別の状況、事情にかかわらず、事業者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。