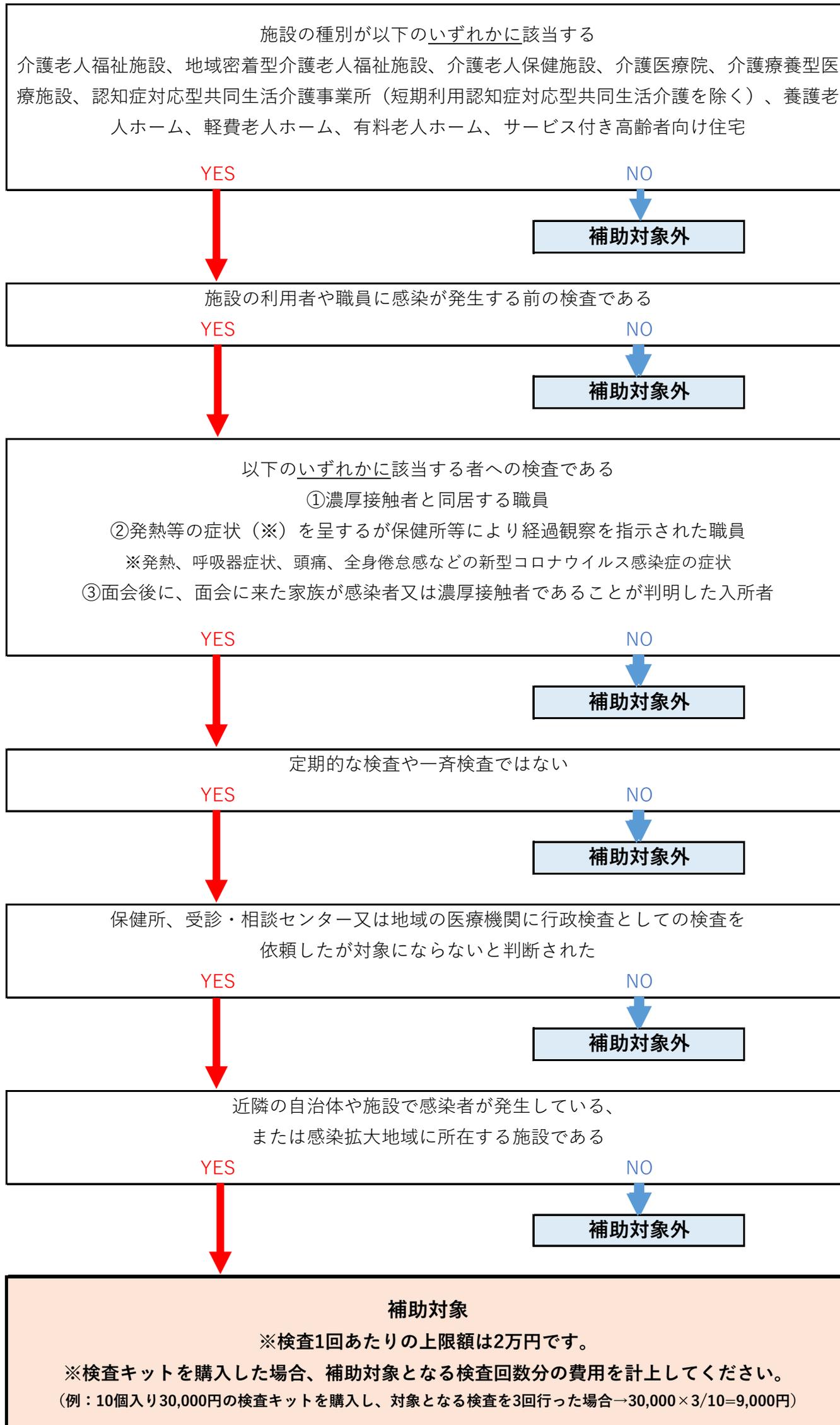


## 「一定の要件に該当する自費検査」について

一定の要件を満たした自費検査（PCR検査、抗原検査）の費用は補助対象となります。  
補助対象となるかは、以下のフローにより判断します。



「一定の要件に該当する自費検査」事例集

No	事例	補助 対象	備考
1	<u>施設利用者が感染したため、他の利用者に対して自費検査を実施した。</u>	×	施設内で感染者が発生した後の検査は対象外
2	<u>職員1名が感染したため、同じ施設に勤務するその他の職員の自費検査を実施した。</u>	×	施設内で感染者が発生した後の検査は対象外 (他の職員が濃厚接触者に該当しない場合でも対象外)
3	<u>職員Aの同居家族が濃厚接触者に認定された。保健所に検査を依頼したが、職員Aは行政検査の対象にならないと判断されたため、自費検査を実施した。</u>	○	
4	<u>職員Bの同居家族が感染者となった。職員Bは濃厚接触者の疑いがあるものの、保健所の助言により濃厚接触者には認定されなかった。念のため職員Bの自費検査を実施した。</u>	○	
5	<u>職員Cの同居家族が感染者となった。職員Cは濃厚接触者の疑いがあるが保健所から指示を得られなかった。また、医療機関でも検査を受診できなかったため、自費検査を実施した。</u>	○	
6	<u>職員Dの同居家族が感染し、職員Dは保健所から濃厚接触者に認定された。職員Dを自宅待機とし、勤務再開前に自費検査を実施した。</u>	×	職員本人が濃厚接触者に認定された場合は対象外
7	<u>通所系サービス事業所に勤務する職員Eの同居家族が濃厚接触者に認定された。職員Eを自宅待機とし、勤務再開前に自費検査を実施した。</u>	×	補助対象の施設ではないため対象外
8	<u>職員Fの同居家族の職場で感染者が発生したが、同居家族は濃厚接触者に認定されなかった。念のため職員Fを自宅待機とし、勤務再開前に自費検査を実施した。</u>	×	職員の同居家族が濃厚接触者ではないため、対象外
9	<u>職員Gの親戚が感染した。感染した親戚と同居はしていないが、数時間同じ場所にいたため職員Gを自宅待機とし、勤務再開前に自費検査を実施した。</u>	×	感染者が職員の同居家族ではないため、対象外

10	<p>3/1 に職員Hの同居家族が濃厚接触者に認定されたため、職員Hを自宅待機とした。</p> <p>3/5 に<u>同じ施設に勤務する職員Iの感染が確認された。</u>(職員Hは自宅待機中)</p> <p>3/10、職員Hの勤務再開前に自費検査を実施した。</p>	×	感染者が発生した後に実施した検査であるため対象外
11	<p>2/1 に施設利用者が1名感染し、その後は感染拡大せず、<u>2/15に終息した。</u></p> <p>2/25に職員Iの同居家族が濃厚接触者に認定されたため、職員Iを自宅待機とし、勤務再開前に自費検査を実施した。</p>	○	施設内で感染者が発生した後ではあるが、職員Iに感染疑いが持たれた時点では終息しているため、対象外とならない。
12	<p>職員Jが発熱したため医療機関に検査を依頼したが、<u>検査の対象とならず、経過観察を指示された。</u>その後、職員Jの自費検査を実施した。</p>	○	
13	<p>職員Kに発熱の症状があり、<u>検査で陽性となった。</u>職員Kは保健所の指示で自宅療養を行い、勤務再開前に自費検査を実施した。</p>	×	本人が感染した後の検査は対象外
14	<p>面会に来た入所者Lの家族が、<u>面会後の検査で陽性となった。</u>保健所に入所者Lの検査を依頼したが、<u>濃厚接触者に該当せず検査の対象とならなかったため、入所者Lに対して自費検査を実施した。</u></p>	○	

(別表3参考)

一定の要件に該当する自費検査費用に係るチェックリスト【令和4年度分】

事業所名	特別養護老人ホーム〇〇	・法人名ではなく事業所名をご記入ください。 ・サービス種別がリストにない施設は対象外です。
サービス種別	介護老人福祉施設	

0 注意事項 (必ずお読みください)

- ・色が付いているセルのみご記入ください。
- ・複数施設で自費検査を行った場合は、施設ごとに作成してください。

■当補助金のメニューの多くは「感染者が

補助は「感染が発生していない事業所に、感染を持ち込まないようにすること」を目的にしています。そのため、感染者が発生した後に実施した検査はすべて対象外となります。

■下記の確認項目(2)の該当者に対する検査のみが対象となります。

そのため、感染者発生前に購入した検査キットの費用がすべて対象になるわけではありません。

また、定期的に行う検査や、利用者・職員に一齐に行う検査はすべて対象外となります。

1 全ての項目に  
チェックしてください (該当する施設が補助対象になります)

確認項目	
<input checked="" type="checkbox"/>	(1) <u>施設の利用者や職員に感染が発生する前の検査である</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	(2) <u>以下のいずれかの者に行った検査である</u> ・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 ・面会後に面会に来た家族が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所者
<input checked="" type="checkbox"/>	(3) 上記の者に対して施設等としては感染疑いがあると判断するが、 <u>保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関の判断では行政検査の対象とされず、個別に検査を実施した。</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	(4) <u>以下の①及び②のいずれの要件にも該当する</u> 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。 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と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。

2 自費検査を行った経緯 (行政検査の対象とならな

別紙「自費検査を行った経緯」に記載してください

「【別紙】自費検査を行った経緯 (共通)」のシートに記載してください。

3 補助対象となる検査回数・費用

3 回 30,000 円

この金額を個票(様式第1号-3,6)の積算内訳に記載してください。

※費用の根拠書類(領収書等)を提出してください。

※検査1回あたりの上限額は2万円です。

※検査キットを購入した場合、補助対象となる検査回数分の費用を計上してください。

(例:10個入り30,000円の検査キットを購入し、対象となる検査を3回行った場合→30,000×3/10=9,000円)

※本資料への虚偽記載があった場合は、補助金の返還や指定取消となる場合がある。

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 4 年 6 月 23 日 事業所名 特別養護老人ホーム〇〇

代表者 職名 施設長 氏名 茨城 太郎

(別表3参考別紙)

自費検査を行った経緯【令和3年度・4年度共通】

事業所名	特別養護老人ホーム〇〇
サービス種別	介護老人福祉施設

	検査日	自費検査を行った経緯（行政検査の対象とならなかった経緯）
1回目	4月2日	4月1日に職員の同居家族が濃厚接触者となったが、保健所の判断では行政検査の対象とされなかったため、4月2日に当該職員に対し自費検査を実施した。
2回目	4月5日	4月4日に職員が発熱したが、医師から経過観察を指示され行政検査の対象とされなかったため、4月5日に当該職員に対し検査を実施した。
3回目	4月7日	4月5日に入所者が家族と面会した。その家族が感染したことが4月6日に判明したが、保健所の判断では行政検査の対象とならなかったため、4月7日に当該入所者に対し検査を実施した。
4回目		<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;">自費検査を行った理由、誰に検査を行ったのか、経緯の日付は必ず記入してください。</div>
5回目		
6回目		
7回目		
8回目		
9回目		
10回目		