

サービス継続支援事業 確認フローチャート

<定義>

○ 障害福祉サービス事業所等のサービス継続支援事業

・・・ 障害福祉サービス事業所等において、新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が発生した場合などに、施設・事業所の消毒や清掃に要するかかり増し費用など、サービス提供の継続に必要な経費を補助する。

○ 障害福祉サービス事業所等との協力支援事業

・・・ 新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が発生した障害福祉サービス事業所等の利用者を受け入れるために必要な経費や応援職員派遣に必要な費用を補助する。

<最初に確認すること>

○ 対象となる障害福祉サービス事業所等の所在市町村を確認し、神奈川県所管域（神奈川県内の政令市・中核市を除く市町村のこと）に事業所等が所在していることを確認した上で、サービス種別ごとに回答してください。

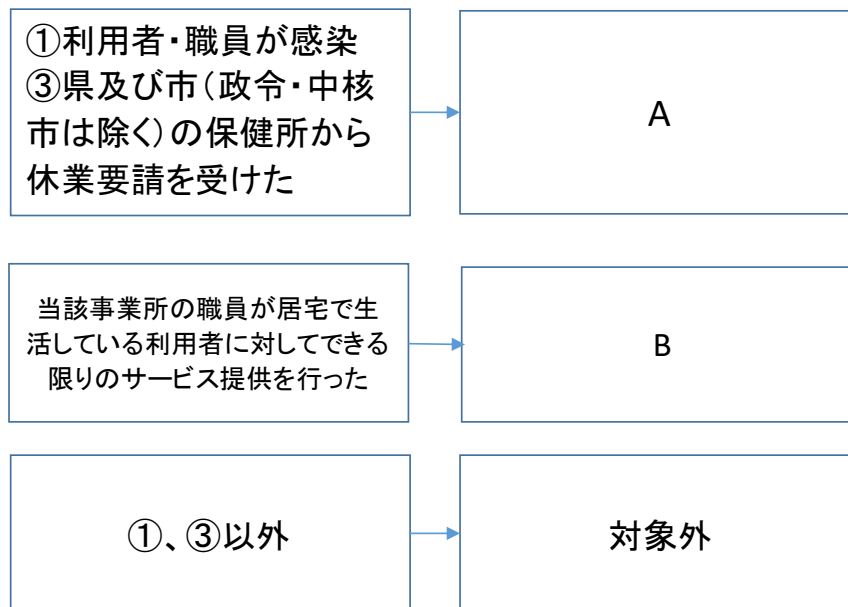
※ 神奈川県所管域外または県外の障害福祉サービス事業所等である場合は、事業所等が所在する政令市、中核市又は都道府県庁にお問い合わせください。

※ 同一法人内で複数の事業所が該当する場合は、大変お手数ですが、ご法人で取りまとめの上ご提出ください。

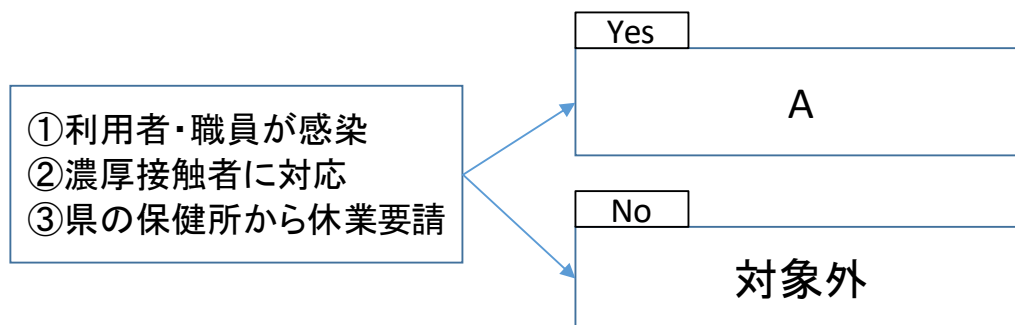
1 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業

※ A・B・Cは、別表に対応しています。

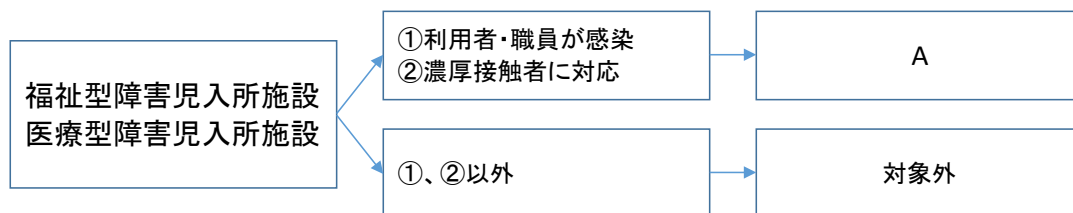
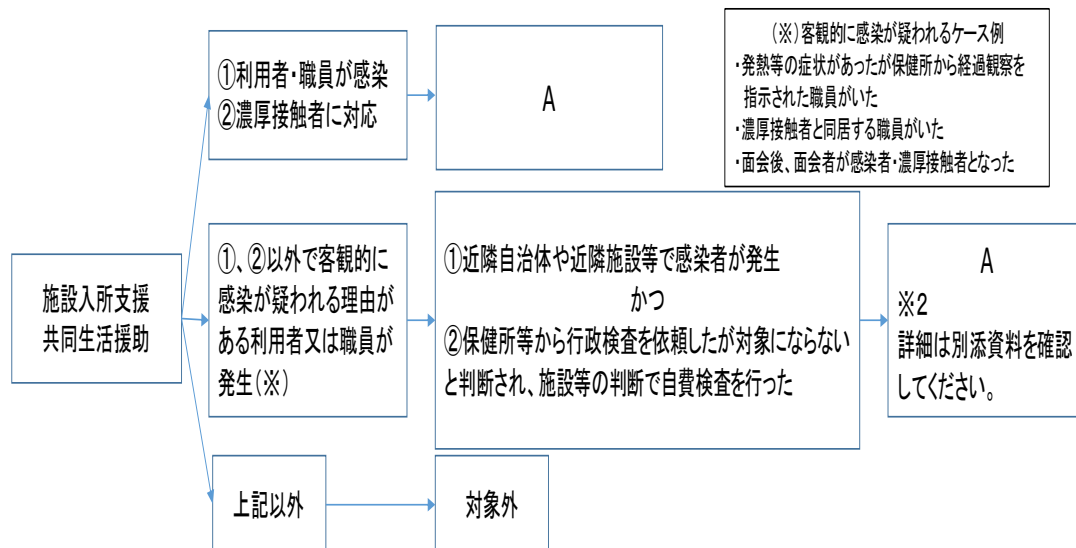
<通所系>



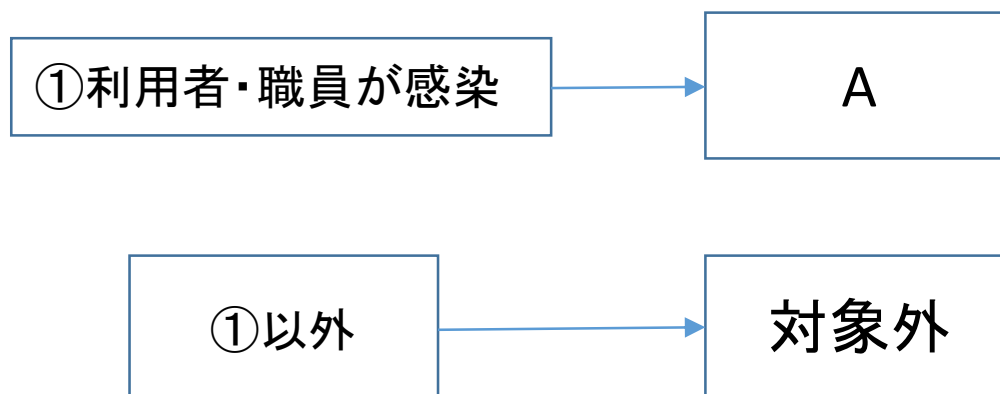
<短期入所>



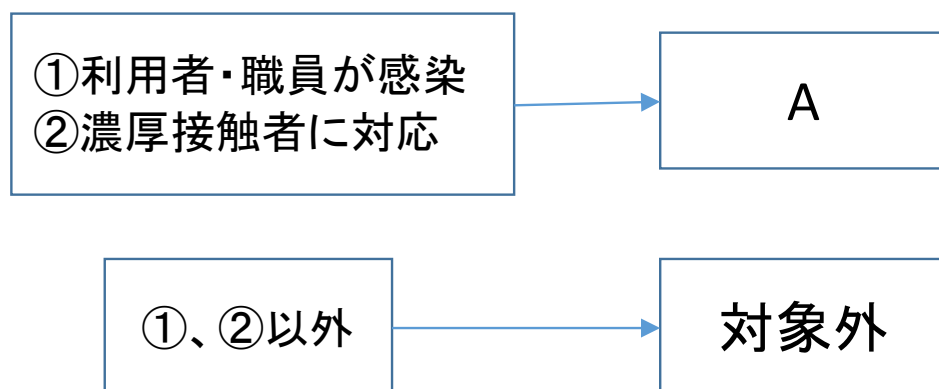
<入所・居住系>



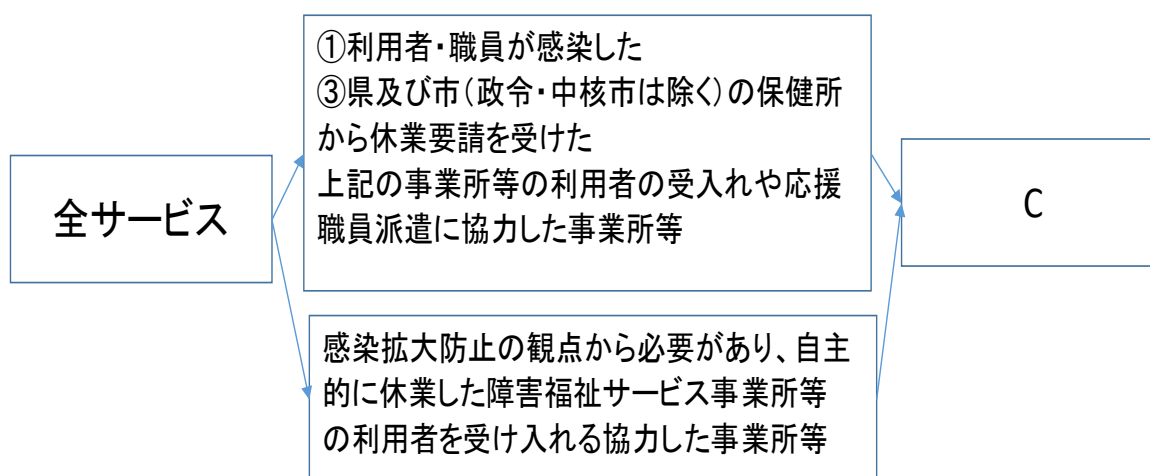
<相談系>



<訪問系>



2 協力支援事業



<サービス種別>

「通所系」

療養介護、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、
就労継続支援A型、就労継続支援B型、児童発達支援、医療型児童発達支援、
放課後等デイサービス

「短期入所」

短期入所サービス

「入所・居住系」

施設入所支援、共同生活援助（介護サービス包括型）、共同生活援助（日中サービス支援型）、共同生活援助（外部サービス利用型）、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設

「訪問系」

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、就労定着支援、自立生活援助、
居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援

「相談支援」

計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援、障害児相談支援

基準単価一覧

事業名		サービス継続支援		協力支援
区分		A	B	C
実施要綱		第3条(1)ア ①②③④	第3条(1)ア ⑤	第3条(2)ア ①②
通所系	1 療養介護	1,978,000	1,978,000	989,000
	2 生活介護	631,000	631,000	316,000
	3 自立訓練（機能訓練）	288,000	288,000	144,000
	4 自立訓練（生活訓練）	228,000	228,000	114,000
	5 就労移行支援	221,000	221,000	110,000
	6 就労継続支援A型	279,000	279,000	140,000
	7 就労継続支援B型	294,000	294,000	147,000
	8 児童発達支援	271,000	271,000	136,000
	9 医療型児童発達支援	172,000	172,000	86,000
	10 放課後等デイサービス	257,000	257,000	128,000
短期入所	11 短期入所	146,000		73,000
入所・ 居住系	12 施設入所支援	1,013,000		506,000
	13 共同生活援助 （介護サービス包括型）	335,000		167,000
	14 共同生活援助 （日中サービス支援型）	259,000		129,000
	15 共同生活援助 （外部サービス利用型）	150,000		75,000
	16 福祉型障害児入所施設	985,000		493,000
	17 医療型障害児入所施設	529,000		264,000
訪問系	18 居宅介護	107,000		41,000
	19 重度訪問介護	175,000		67,000
	20 同行援護	60,000		23,000
	21 行動援護	106,000		41,000
	22 就労定着支援	35,000		17,000
	23 自立生活援助	19,000		9,000
	24 居宅訪問型児童発達支援	30,000		11,000
	25 保育所等訪問支援	35,000		13,000
相談系	26 計画相談支援	50,000		25,000
	27 地域移行支援	36,000		18,000
	28 地域定着支援	38,000		19,000
	29 障害児相談支援	37,000		18,000

※ 「基準単価」と「対象経費の実支出額」とを比較して少ない方の額を補助額とします。

なお、1,000 円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとします。

		対象経費一覧
A	第3条(1)ア ①、②、③に 該当する場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時の雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費用 ○ 連携機関との連携に係る旅費 ○ 施設・事業所の消毒費用 ○ 感染症廃棄物の処理費用 ○ 感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入 ○ 一定の要件に該当する自費検査費用 （※ 別添資料のとおり対象となるサービス種別は、障害者支援施設・共同生活援助のみ） ○ 代替サービスを提供する場合に必要な経費（※ 代替サービス提供期間のみ対象） <ul style="list-style-type: none"> ・代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用 ・代替場所の確保（使用料） ・居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝礼 ・代替場所や利用者宅への旅費 ・利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため、緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用 ・通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用（通信費用は除く）
	第3条(1)ア ④に該当 する場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一定の要件に該当する自費検査費用 （別添資料のとおり対象となるサービス種別は、障害者支援施設・共同生活援助のみ）
B	第3条(1)ア ⑤に該当 する場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅を訪問してサービスを提供する場合に必要な費用 <ul style="list-style-type: none"> ・代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用 ・代替場所の確保（使用料） ・居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝礼 ・代替場所や利用者宅への旅費 ・利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため、緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用 ・通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用（通信費用は除く）
C	第3条(2)ア ①、②に該当 する場合	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者受入や職員の応援派遣に係る費用 <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 追加に必要な人員確保のための緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用

※ 自費検査費用は、一定の要件の下、一人1回2万円が補助上限額となります。

※ 自費検査費用は、要件を満たしている場合でも、上記補助単価の範囲内を超えて補助することはできません。

「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」に対する助成の取扱いについて

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(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、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

- ・ 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、全身倦怠感などの症状を指す。

- ・ 面会后、面会にき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と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で業務に従事した者

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、障害者支援施設等の判断で実施した自費検査を受検した者

(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、別表の補助単価の範囲内)

(4) 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 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、対象外と判断されたことについて、障害者支援施設等において理由書を作成し、障害者支援施設等の所在地の都道府県知事等に提出することとし、都道府県等においては、理由書の内容を確認し、必要に応じて保健所等にも問合せの上で適否を判断すること。