

堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金受給に係るチェックリスト

チェックリスト	チェック ボックス
① 施設の入所者に新型コロナの感染者(疑い含む)が発生した際に、主に以下の対応の全てを行う医療機関を確保済みです。(自施設の医師が対応を行う場合も含みます。) ・施設からの電話等による相談への対応 ・施設への往診（オンライン診療含む） ・入院の要否の判断や入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む) ※協力医療機関や配置医が所属する医療機関が想定されますが、上記の対応が困難な場合は、それ以外の医療機関を確保してください。 ※入所者により対応する医療機関が異なっても差し支えありませんが、全入所者について、対応する医療機関を確保済みであることが必要です。 ※入所者全員が普段は通院している者のみである場合であっても、必要に応じて往診できる体制が必要です。	□
② 全職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施済みです。 ※当該研修の実施については、令和3年障害福祉サービス等報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています（令和6年度から完全義務化）。	□
③ 感染症の予防及びまん延防止のための訓練を実施しています。 ※当該訓練の実施については、令和3年障害福祉サービス等報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています（令和6年度から完全義務化）	□
④ 希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチンの施設単位での接種は実施済みです。 ※住民接種により対応した場合には、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、チェックをしてください。	□

チェックリストの内容を確認し、チェックボックスにチェックを入れてください。

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。

※本資料への虚偽記載があった場合は、支援金について返還となる場合があります。

年 月 日

堺市長 殿

法人の所在地 _____

法人名 _____

代表者名（役職及び氏名） _____ 印