参考

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト

1　施設内療養を実施することとなった経緯（複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能）

例）保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

2　チェックリスト

	確認項目
□	必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。
□	ゾーニング（区域をわける）を実施した。
□	コホーティング（隔離）の実施や担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。
□	状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。
□	症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローを確認した。
□	常時（夜間、深夜、早朝を含む。）、１人以上の職員を配置した。 ※やむを得ない事情により、本要件を満たすことが難しい状況があった場合は、「その他」に事情を記載すること。

※各項目は施設内療養時の手引きを参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出すること。

その他

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助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　　年　　月　　日　　事業所名

代表者　職名　　氏名