**様式第４号**

**院内感染の発生要件確認書（R5.10.1～R6.3.31）**

　令和　　　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

＜申請者＞

　住　　所

　病院名

　代表者名

**１　補助対象病床**

（１）院内感染の発生により、陽性患者が入院した病床であり、当該患者の退院後（療養解除後に当該医療機関

の一般病床に転床した場合も含む）に病室の閉鎖などの事情により一定期間、空床にする必要がある病床

※なお、陽性患者のまま当該医療機関内で転床・転棟した場合は含まない

（２）院内感染の発生により、病室の閉鎖などの事情により休止せざるを得ない病床

※補助上限は（１）１床に対して１床（ただし、（１）がICU/HCU病床の場合２床）とし、（１）に陽性患

者が入院中から算定可能）

**２　申請要件・施設要件**　**（※下記すべての要件を満たさないと申請の要件は満たさない。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設基準 | 該当の有無（○、×で回答） |
| ①院内感染による陽性患者が入院していること※なお、明らかに院内で罹患したとは言えない場合（例：入院時は新型コロナ感染症が陰性でしたが、同感染症に類似の症状があり、後日、同感染症に罹患していることが分かった日まで新型コロナ患者（職員含む。）に接触する機会がなかった場合や、入院時の検査結果が偽陰性であると認められる場合等）は「院内感染」に該当しません。 |  |
| ②院内感染による陽性患者が入院している病室等をゾーニング（閉鎖）していること |  |
| ③当該病室等で陽性患者の入院治療を行っていること |  |
| ④検査判明後に陽性患者のまま転院させていないこと |  |
| ⑤これまでに陽性患者の入院受け入れ実績があること※実績が無い場合は、今後積極的に陽性患者を受け入れること |  |

**３　院内感染発生期間、ゾーニング**

**（１）院内感染発生病床**

ア　院内感染による最初の陽性患者発生日

|  |  |
| --- | --- |
| 院内感染発生日 | 令和　年　　月　　日 |

　　イ　院内感染による最後の陽性患者が療養期間を解除した日

|  |  |
| --- | --- |
| 療養期間解除日 | 令和　　年　　月　　日 |

　　ウ　院内感染に係る補助対象期間

|  |  |
| --- | --- |
| 初日　＝３（１）アと同日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 末日　＝３（１）イと同日 | 令和　　年　　月　　日 |

**（２）ゾーニング**

　・補助申請をした病棟の平面図（病室、病床の数や番号が明らかなもの）を提出してください。

　・図面には陽性患者専用病棟として稼働した病床のほか、休止した病床も併せてそれらの配置をマーカ等で

明示（陽性患者用の病床と休止病床が目視で分かるように）

　・ゾーニングの方法、境界線等も明示

**４　新型コロナウイルス感染症の院内感染の状況**

院内感染の発生から終息するまでの経過概要

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 概要 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※①院内感染の発生日，②病棟又は病室等の陽性患者専用とした日，③病棟、病室等のゾーニングの変更状況，④院内感染（クラスター）終息日，⑤対象病床のある病棟又は病室等のゾーニング（閉鎖）解除、⑥最後の陽性患者の療養解除日等を確認することができるよう時系列で記載。欄が不足する場合は，適宜行を追加して記載願います。

※上記の内容が確認できれば既存の資料を提出いただいて構いません。

　**５　院内感染の状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①対象病棟 | ②対象病床 | ③院内感染発生日 | ④退院日もしくは療養解除後転床日 | ⑤④後空床としていた期間（上限は３（１）ウまでの期間） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**６　担当者連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職・氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |

**（添付資料）**

①対象病床のある病棟、病室等を閉鎖していた期間が分かる資料

②対象病床を確認できる平面図（任意様式。ゾーニングを図示）

③ゾーニング，陽性患者専用化の対応状況等が確認できる資料

④ベッドマップ（対象病床すべての院内感染期間の患者の入退院状況が確認できる資料）

⑤上記のほか，県が必要と認める資料