

茨城県知事 殿

茨城法人県庁病院
病院長 茨城二郎令和5年度第3期 新型コロナウイルス感染症院内感染発生
医療機関支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

標記補助金の交付について、令和5年度第3期新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業補助金交付要項第5条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金申請額

令和5年10月1日 ~ 令和5年10月10日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	合 計
500,000円	円	円	500,000円

2 添付書類

- ア 補助金所要額調書（様式第2号）
イ 入院患者名簿（様式第3号）
ウ 院内感染の発生要件確認書（様式第4号）
エ 対象病床の配置等が確認できる図面（様式任意）
オ その他参考となる書類

3 補助金を受領するための口座

振込先金融機関	銀行	支店
口座名義 (カナ)	茨城法人県庁病院 (イバラキホウジンケンチュウビョウイン)	
口座の種類 口座番号	普通 当座 (いずれかを で囲む。) 1234567	

区分	一般病院
医療機関名	
対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和5年度第3期新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業 補助金所要額調書



1 稼働病床

	病床の種類別	補助対象日数 (A)	病床確保料 (B)	補助金所要額 (A) × (B)
1	ICU内の病床	0日	121,000円	
2	HCU内の病床	0日	85,000円	0円
3	1、2以外の病床で(注)の要件を満たす病床	0日	29,000円	0円
4	1～3以外の病床(療養病床を含む)	3日	16,000円	48,000円
合計		0日		48,000円

このシートで入力するのは基本的にここだけ。
他の項目は他のシートの入力結果から自動計算。

2 休止病床

	病床の種類別	補助対象日数 (A)	病床確保料 (D)	補助金所要額 (C) × (D)
1	ICU内の病床	0日	121,000円	0円
2	HCU内の病床	0日	85,000円	0円
3	1、2以外の病床で(注)の要件を満たす病床	0日	29,000円	0円
4	1～3以外の病床(療養病床を含む)	11日	16,000円	176,000円
合計		11日		176,000円

(注)「新型コロナウイルス感染症の令和5年10月以降の医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について(令和5年9月15日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策本部事務連絡)」に基づく、中等症・重症患者、特別な配慮が必要な患者(1)及び医師の判断で特に高いリスクが認められる患者(2)を受け入れる病床。
 (1)妊産婦、小児、障害児者、認知症患者、がん患者・透析患者、精神疾患を有す患者、外国人等
 (2)呼吸困難で肺炎像がみられ、食事や水分の摂取ができず、点滴治療を要する患者であって、中等症への悪化が懸念される緊急性が高い患者等

総計 +	11日		224,000円
------	-----	--	----------

区分	一般病院
医療機関名	
対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和5年度第3期新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業 入院患者名簿

1 院内感染発生期間

院内感染による最初の陽性患者発生かつ当該病室等をゾーニング(閉鎖)した日	10月1日
院内感染による最後の陽性患者が療養期間解除となった日	10月8日

2 稼働病床

No.	病棟名 病室名	対象病床	患者番号	年齢	性別	病床の種類	コロナ陽性判明日 (療養期間開始日)	療養解除日	退院日もしくは 転床日の前日	当該病床での 受入再開日の前日	補助対象日数
1	A 201室	201室-	100	30	男	1~3以外の 病床(療養病 床を含む)	10月1日	10月5日	10月5日	10月7日	2日
2	A 202室	202室-	103	40	女	1~3以外の 病床(療養病 床を含む)	10月3日	10月8日	10月8日	10月8日	0日
3	A 101室	101室-	104	50	女	1~3以外の 病床(療養病 床を含む)	10月1日	10月7日	10月1日	10月1日	0日
3	A 202室	202室-	104	50	女	1~3以外の 病床(療養病 床を含む)	10月1日	10月7日	10月7日	10月8日	1日
											0日
(記載内容) 【No.】: 患者に対し、上から順に(1から順に)番号を入力(患者情報を2行に分けて入力する場合は、同じナンバーを入力) 【病棟名病室名】: 院内感染が発生した病棟名及び病室名を入力 【対象病床】: 院内感染が発生した病床について入力(添付図面と対応するよう記載) 【患者番号】: 患者番号を入力 【年齢】: 患者の年齢を入力 【性別】: 患者の性別を入力 【病床種別】: 対象病床の病床種別をプルダウンより選択 【コロナ陽性判明日】: 院内感染により陽性となった日を入力 【療養解除日】: 院内感染により陽性となった患者が療養解除となった日を入力 【退院日もしくは転床日の前日】: 当該患者の退院日もしくは転床日の前日を入力(院内感染発生期間中に退院しなかった場合は上記1 と同日を入力) 【当該病床での受入再開日の前日】(上限は上記1 の日まで) 当該患者が退所後、当該病床のある病室の閉鎖を解除した日の前日、当該病床での患者の受け入れを再開した日の前日等、空床とする必要が無くなった日を入力(院内感染発生期間中に退院しなかった場合は上記1 と同日を入力)											0日
											0日
											0日
											0日
										合計	3日
										ICU内の病床	0日
										HCU内の病床	0日
										1、2以外の病床で(注)の要件を満たす病床	0日
										1~3以外の病床(療養病床を含む)	3日

区分	一般病院
医療機関名	
対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和5年度第3期新型コロナウイルス感染症院内感染発生医療機関支援事業 入院患者名簿

3 休止病床

No.	病棟名 病室名	対象病床	病床の種類	休床開始日	休床終了日	補助対象日数
1	A 201室	201室-	1～3以外の病床(療養病床を含む)	10月1日	10月5日	5日
2	A202室	202室-	1～3以外の病床(療養病床を含む)	10月3日	10月8日	6日

(記載内容)
 [No.] : 上記2に入力したNo.と連動した番号を入力(上記2の病床1床に対し、1床(上記2の病床がICU/HCUの場合は2床)が補助対象の病床となるため、上記2の病床と連動するよう入力)
 [病棟名病室名] : 上記により、休止した病床のある病棟名病室名を入力
 [対象病床] : 院内感染発生により、休止した病床について入力(添付図面と対応するよう記載)
 [病床種類] : 対象病床の病床種別をプルダウンより選択
 [休床開始日] : 院内感染により病床休止を開始した日を入力
 [休床終了日] : 当該休止病床に連動する上記2の病床の陽性患者の療養解除日、当該休止病床での患者の受け入れを再開した日の前日等、当該病床の休止終了となる日を入力
 [補助対象日数] : 自動計算されるため、入力しないでください

合計						11日
【内 訳】						
ICU内の病床						0日
HCU内の病床						0日
1、2以外の病床で(注)の要件を満たす病床						0日
1～3以外の病床(療養病床を含む)						11日

総計 +	14日
------	-----

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6年2月1日

茨城県知事 大井川 和彦 殿

<申請者>

住 所 茨城県水戸市笠原町 -

病 院 名 県庁病院

代表者名 病院長 茨城二郎

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)
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ウイルス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。	
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	
当該病室等で陽性患者の入院治療を行っていること	
検査判明後に陽性患者のまま転院させていないこと	
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5年10月1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5年10月10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5年10月1日
末日 = 3(1)イと同日	令和5年10月10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
10/1	・院内感染による陽性患者が2名発生 ・ 号室をゾーニングで隔離
10/2	・さらなる院内感染により、陽性患者が4名発生（この時点で陽性患者6名） ・ 号室にゾーニング拡大
10/10	・最後の感染患者の療養期間解除 ・ 号室、 号室のゾーニング解除

院内感染の発生日， 病棟又は病室等の陽性患者専用とした日， 病棟、病室等のゾーニングの変更状況， 院内感染終息日， 対象病床のある病棟又は病室等のゾーニング（閉鎖）解除、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

対象病棟	対象病床	院内感染発生日	退院日もしくは療養解除後転床日	後空床としていた期間（上限は3（1）ウまでの期間）
A	号室 病床	10/1	10/6	4日間 (10/7～10/10)
A	号室 病床	10/1	10/10	0日間
A	号室 病床	10/2	10/8	2日間 (10/9～10/10)
A	号室 病床	10/2	10/7	3日間 (10/8～10/10)
A	号室 病床	10/2	10/10	0日間
A	号室 病床	10/2	10/9	1日間 (10/10)

6 担当者連絡先

担当者職・氏名	事務部長 茨城小次郎
所属部署	事務部
電話番号	029-301-3124

電子メール	@
-------	---

(添付資料)

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

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）

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

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）

上記のほか、県が必要と認める資料