

千葉県院内感染対策地域支援ネットワーク

感染対策実地支援事業実施要領

1. 本要領は、千葉県院内感染対策地域支援ネットワーク（以下「千葉ネット」という。）に参加する医療機関が、自機関における感染対策に係る支援を千葉ネットに対し要請した場合の事務等を定めるものである。
2. 本事業でいう実地支援とは、アウトブレイク時における第3者機関あるいは外部検査機関による監視等と異なり、千葉ネット参加機関による支援であり、以下のものとする。
 - 1) アウトブレイク時の改善支援
 - 2) アウトブレイク等終息後における実施対策評価等支援（サイトビジット）
 - 3) 平常時の相互チェック
3. 医療機関から千葉ネットへの支援要請等の手順は以下のとおりとする。
 - 1) 支援を求める医療機関は、事前に千葉ネットに連絡し、実施の了解を得る。
 - 2) 要請医療機関は、支援要請書（別紙1）に必要事項を記載し、千葉ネットへ申し込む。（メールを利用することも可）
 - 3) 千葉ネットは状況に応じた支援スタッフの人選を行い、日程等の調整をしたうえで要請医療機関へ支援受諾書（別紙2）により回答する。
 - 4) 要請医療機関は報告された支援スタッフ及び当該者の所属長あて別紙3-1及び別紙3-2により協力要請を行う。
 - 5) 支援スタッフは支援終了後、実施報告書を作成し千葉ネットに提出する。
 - 6) 千葉ネットは「実地支援実施報告書」により当該要請医療機関へ報告する。
4. 報告書は当該要請医療機関に属し、公表等に関しては当該医療機関の判断によるものとし、公表する場合は事前に千葉ネットの了解を得るものとする。
5. 費用等については以下のとおりとする。
 - 1) 報酬費はこれを求めない。
 - 2) 交通費等は各支援スタッフにかかる実費を、当該要請医療機関が支援スタッフに対し支払う。

附則

- 1 この実施要領は平成25年5月10日から施行する。

感染対策実地支援要請書

千葉県院内感染対策地域支援ネットワーク

〇〇会 〇〇〇〇〇〇病院
院長 〇〇 〇〇

当院における感染対策の改善に対し、千葉県院内感染対策地域支援ネットワークのご支援を受けたくお願いいたします。

平成〇〇年 〇〇月〇〇日

記

医療機関名			
住所		TEL	
管理者名(院長)			
感染対策委員会委員長	氏名：	職名：	職種：
連絡先	担当者氏名：		
	TEL		FAX
	e-mail		
事案概要			
支援を求める内容	(特に支援を求めたい内容があればお書きください。)		
その他・備考			

感染対策実地支援受諾書

〇〇会 〇〇〇〇〇〇病院
院長 〇 〇 〇 〇 様

千葉県院内感染対策地域支援ネットワーク

平成〇〇年〇〇月〇〇日付けで要請のあった感染対策改善支援について下記のとおり受諾いたします。

つきましては、支援スタッフ及び当該スタッフの所属長あて協力要請を行ってくださるようお願いいたします。

記

支援実施日時：平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇時より

支援スタッフ：

	氏名	所属	職	備考
1				
2				
3				
4				
⋮				

平成〇年〇月〇日

〇〇病院 〇〇部 〇〇〇〇様

〇〇会 〇〇病院
〇〇 〇〇

この度、感染対策に係る実地支援を千葉県院内感染対策地域支援ネットワークに要請したところ、〇〇〇〇様を支援スタッフとして御紹介いただきました。つきましては業務ご多忙の折、誠に恐縮ですが、下記によりご支援を賜りたく、お願い申し上げます。

記

支援医療機関：

支援日時：

平成〇年〇月〇日

〇〇病院長様

〇〇会 〇〇病院
〇〇 〇〇

この度、感染対策に係る実地支援を千葉県院内感染対策地域支援ネットワークに要請したところ、貴院所属の下記職員を支援スタッフとして御紹介いただきました。

つきましては業務ご多忙の折、誠に恐縮ですが、下記によりご支援を賜りたく、御配慮方宜しくお願い申し上げます。

なお、当該職員の方には、あらかじめご了承を得ていますことを申し添えます。

記

支援医療機関：

支援日時：

支援スタッフ：① 〇〇部 〇〇科 〇〇 〇〇様

② 〇〇部 〇〇科 〇〇 〇〇様

：