

## 感染防止対策加算〔 〕に係る届出書添付書類

## 1 感染制御チーム（□には適合する場合「V」を記入すること。）

| 区分                                | 氏 名 | 専従・専任 | 経験年数 | 勤務形態   | 研修                       |
|-----------------------------------|-----|-------|------|--|--------------------------|
| ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師        |     |       | 年    | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 常勤換算 |                          |
|                                   |     |       | 年    | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 常勤換算 |                          |
| イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師          |     |       | 年    |  | <input type="checkbox"/> |
|                                   |     |       | 年    |  | <input type="checkbox"/> |
| 区分                                | 氏 名 |       | 勤務年数 |  |                          |
| ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師 |     |       |      |  | 年                        |
|                                   |     |       |      |  | 年                        |
| エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師         |     |       |      |  | 年                        |
|                                   |     |       |      |  | 年                        |

## 2 院内感染管理者

| 氏 名 | 職 種 |
|-----|-----|
|     |     |

## 3 抗菌薬適正使用のための方策

|  |
|--|
|  |
|--|

## 4 連携保険医療機関名

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
|       |      |     |

## 5 サーベイランス事業の参加状況

|         |
|---------|
| 事業名：（ ） |
|---------|

## 〔記載上の注意〕

- 1 感染防止対策加算1を届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。）
- 3 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに感染制御チームの業務内容が明記された文書を添付すること。（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。）

- 4 「3」は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。
- 5 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 6 「4」は、感染防止対策加算1を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算2を算定する医療機関名を記載し、感染防止対策加算2を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算1の医療機関名を記載すること。
- 7 「5」は、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。