

感染対策向上加算〔 〕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「✓」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 専任の常勤医師		□専従 □専任	年	□常勤 □常勤換算	
		□専従 □専任	年	□常勤 □常勤換算	
イ 専任の看護師		□専従 □専任	年		□
		□専従 □専任	年		□
区分	氏 名		勤務年数	研修	
ウ 専任の薬剤師			年	□	
			年	□	
エ 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 新興感染症の発生・まん延時の体制

感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている 第一種協定指定医療機関である	□
感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている 第二種協定指定医療機関（第 36 条の 2 第 1 項の規定による通知（同項第 2 号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第 36 条の 3 第 1	□

項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）である	
上記のいずれかについて公表されている自治体のホームページ：（ ）	

6 サーベイランス事業の参加状況

事業名：（ ）

7 届出保険医療機関が評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

8 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

9 抗菌薬適正使用支援チーム

区分	氏 名	勤務形態	専従・専任	経験年数	研修
ア 感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算		年	
		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算		年	
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"/>
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療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微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師				年	
				年	

〔記載上の注意〕

- 1 感染対策向上加算1を届け出る場合は、「1」から「9」を、感染対策向上加算2又は3を届け出る場合は「1」から「5」を記載すること。
- 2 感染対策向上加算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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。感染対策向上加算2を届け出る場合であって、ウ及びエに掲げる薬剤師及び臨床検査技師が適切な研修を修了している場合には、そのことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 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。)

- 4 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。)
- 5 「3」は、感染対策向上加算1及び2を届け出る場合は、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。感染対策向上加算3を届け出る場合は、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 6 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。
- 7 「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又は3を算定する医療機関名を記載し、感染防止対策加算2又は3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。
- 8 「6」は、感染対策向上加算1を届け出ている場合のみ記載し、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。
- 9 「7」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 10 「8」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 11 「7」、「8」は、届出保険医療機関について予定されているものを記載することよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。
- 12 「9」は、抗菌薬適正使用支援チームの業務内容が明記された文書を添付すること。