

A234-2

(疑義解釈その1～14更新済)

感染防止対策加算

2012年度診療報酬改定



A234-2 感染防止対策加算

入院初日

1	感染防止対策加算	1	新設	400点
---	----------	---	----	------

2	感染防止対策加算	2		100点
---	----------	---	--	------



入院初日に算定

感染防止対策加算は、第2部「通則7」
（次頁説明）に規定する
院内感染防止対策を行ったうえで、

更に、感染制御チームを設置し
院内感染状況の把握抗菌薬の適正使用
職員の感染防止等を
行うことを評価するもの。



第2部「通則7」ってなあ～に？ （次ページ）

第2部「通則7」ってなあ～に？

第2部は「入院料」

つまり感染対策は、
入院基本料を算定する際の
基準（通則7）に
入っています。



通則7と関連事項

院内感染防止対策についての対策基準
(1)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の
感染を防止するにつき十分な設備を
有していること。

(2)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の
感染を防止するにつき、十分な体制が
取れていること。

- ・ 院内感染防止対策委員会を設置
すること。

つまり
MRSA対策と
委員会の設置
だね。



医療法上の院内感染対策があります！

医療法第6条の10

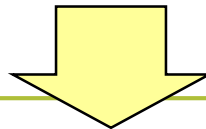
病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

医療法施行規則第1条の11第2項

病院等の管理者は(中略)次に掲げる措置を講じなければならない

1 院内感染対策のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの

- イ 院内感染対策のための**指針の策定**
- ロ 院内感染対策のための**委員会の開催**(ベッドを有する施設に限る)
- ハ 従業者に対する院内感染対策のための**研修の実施**
- ニ 当該病院等における感染症の発生状況の報告その他の**院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策**の実施



入院基本料

院内感染防止対策委員会(1回/月)、感染情報レポート(1回/週)
手洗い励行、各病室に水道又は消毒液を設置
MRSA対策

出典:厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第211回 12/7)

整理すると・・・

感染対策委員会の設置はこちら

入院基本料関連
第2部通則7

- MRSA対策
- 院内感染対策委員会の設置

感染対策チームの設置はこちら

感染防止対策加算

- 感染制御チームの設置
- 他院との連携評価の実施



▶ 施設基準 (感染防止対策部門)

部門の設置について



感染防止に係る部門を

(感染防止対策部門)

設置していることが必要です



この場合・・・

医療安全対策加算に係る

医療安全管理部門をもって

感染防止対策部門として

差支えありません。



▶ 施設基準（構成員）

感染制御チーム

専従と専任の要件



下記の構成員からなる
感染制御チームを組織すること。

感染防止対策加算 1

経験	職種
3年以上	専任の医師
5年以上	専任の看護師
3年以上	専任の薬剤師
3年以上	専任の臨床検査技士

※上記の医師または看護師が
専従であること。

感染防止対策加算 2

経験	職種
3年以上	専任の医師
5年以上	専任の看護師
3年以上	専任の薬剤師
3年以上	専任の臨床検査技士

※上記の全てが
専任で構わない。

※専従とは、業務のうち該当業務の割合が8割以上。※専任は5割以上であること。

日本ヘルスケアプランニング株式会社

◆医師

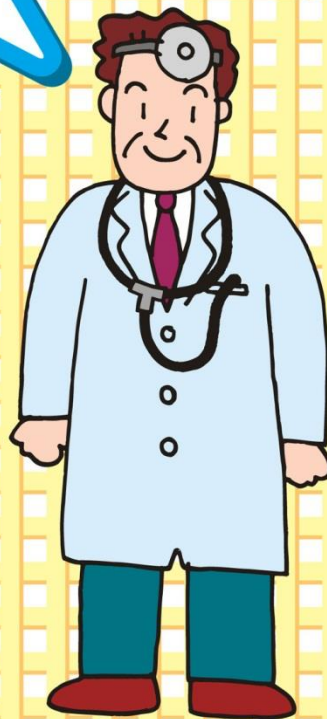
・感染症対策に3年以上の
経験を有する

専任の常勤医師

歯科病院では
経験を有する

専任の

常勤歯科医



基準

医師に関する施設基準

ICD * 資格が無くても
3年の経験があればOKだよ。



* ICDとは、Infection Control Doctorの略
(感染防止対策専門医)

◆ICD認定制度

やっぱり

認定医がいる方が
望ましいよね！



※ICD制度協議会による認定

資格はICD制度協議会	◆ICD制度協議会の認定	⇒ 日本感染症学会に事務局がある
	・以下の学会等に所属し、医師歴5年以上または博士号所得後のPh.D.取得者で所属学会から推薦されたもの ・日本感染症学会 ・日本環境感染学会 ・日本細菌学会 ・日本ウィルス学会 ・日本医真菌学会 ・日本寄生虫学会 ・日本化学療法学会 ・日本外科感染症学会 ・日本骨・関節感染症研究会 ・日本小児感染症学会	・日本臨床寄生虫学会 ・日本臨床微生物学会 ・日本眼感染症学会 ・日本救急医学会 ・日本歯科薬物療法学会 ・日本口腔感染症学会 ・日本呼吸器学会 ・日本耳鼻咽喉科感染症研究会 ・日本集中治療学会 ・日本性感染症学会 ・日本産婦人科感染症研究会

・5年毎に資格更新を行う。
(感染関係の学会報告、論文、講習会で更新)

*ICDとは、**I**nfection **C**ontrol **D**octorの略
(感染防止対策専門医)

適切な研修って!?

◆看護師

5年以上感染症対策に
従事した経験を有し、

感染管理に
係る適切な
研修を
終了した
専任の看護師



国及び医療関係団体の
主催する研修

- 6ヶ月以上かつ600時間以上の研修期間
- 修了証が交付される研修 のことですよ。



* ICNとは、**I**nfection **C**ontrol **N**urseの略
(感染管理看護師、感染制御看護師)

感染管理に係る適切な研修

研修は、
必須だよ



感染管理に係る適切な研修

◆感染管理に係る適切な研修

◆国及び医療関係団体等が主催する適切な研修とは、次の事項に該当する研修のこと。

⇒ 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。

（6ヶ月以上かつ600時間以上の研修期間で修了証が交付されるもの。）

- ・日本看護協会認定看護師教育課程「感染管理」の研修
- ・日本看護協会が認定している看護系大学院の「感染症看護」
- ・東京医療保健大学
- ・上記3つの他、感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であることとして、大学院、感染制御学等の学科を修めている場合については下記の研修内容を満たしているか確認が必要。

〔講義及び演習について以下を満たしていること〕

- | | |
|-----------------|---------------------------|
| イ 感染予防・管理システム | ホ 感染管理指導 |
| ロ 医療関連感染サーベイランス | ヘ 感染管理相談 |
| ハ 感染防止技術 | ト 洗浄・消毒・滅菌とファシリティーマネジメント等 |
| ニ 職業感染管理 | について |

* ICNとは、**I**nfection **C**ontrol **N**urseの略
（感染管理看護師、感染制御看護師）

◆看護師

5年以上感染管理に
従事した経験を有する、

専任の看護師

であればOK!



加算2の看護師の基準は、

研修要件は無く、

5年以上の感染管理を行っていれば

大丈夫よ!



基準

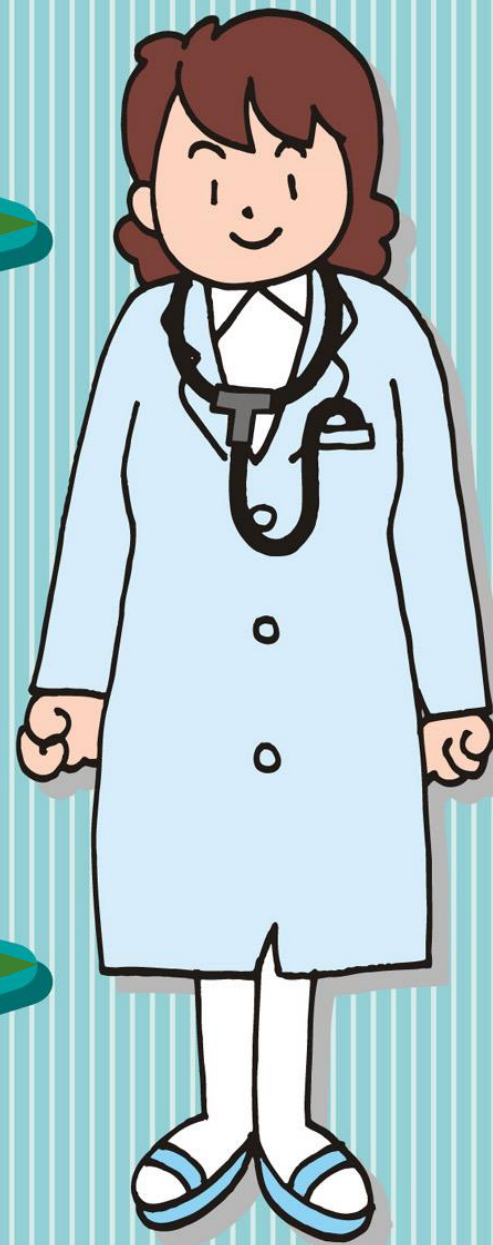
薬剤師・臨床検査技師の要件は？

◆薬剤師

- ・ 3年以上の病院勤務経験を持つ
感染防止対策に係る専任の薬剤師

◆臨床検査技師

- ・ 3年以上の病院勤務経験を持つ
感染防止対策に係る専任の臨床検査技師



▶ 算定要件

感染防止対策加算は、

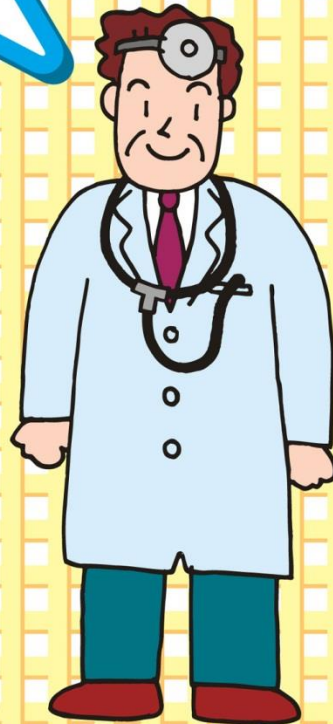
注意!

点数が高い分

かなり厳しい要件となっております！

加算1（入院初日）	400点
連携加算（入院初日）	100点
加算2（入院初日）	100点

点数が高いので、
しっかり基準を
守らないと。



どのぐらいの
増収になるのか
仮計算で
見てみよう。



◆感染防止対策加算1(400点) + 連携加算(100点) = (500点)

(専従要件有り。感染2施設との年四回のカンファレンス+加算1施設同士のカンファレンス(年1回以上)必須)

項目	計算数値	(単位)
病床数	410	(床)
平均在院日数	16.1	(日)
月稼働日数	30.4	(日) 数値は経営シミュレーション数値(固定)
病床稼働率	85.0%	(%)
月実患者数	658	(人): 平均入院実患者数
感染対策加算1	500	(点): 入院初日に算定(固定)
月加算収入	329,019	(点)
月加算収入	3,290,186	(円)
年間加算収入	39,482,236	(円): (A)
専従人件費	7,000,000	(年収): 看護師にて仮入力
経費	400,000	カンファレンス経費・サーベイランス他
経費合計	7,400,000	(B)
収支計算	32,082,236	(A) - (B)

◆感染防止対策加算1(400点)

(専従要件有り。感染2施設との年四回のカンファレンス必須)

項目	計算数値	(単位)
病床数	410	(床)
平均在院日数	16.1	(日)
月稼働日数	30.4	(日) 数値は経営シミュレーション数値(固定)
病床稼働率	85.0%	(%)
月実患者数	658	(人): 平均入院実患者数
感染対策加算1	400	(点): 入院初日に算定(固定)
月加算収入	263,215	(点)
月加算収入	2,632,149	(円)
年間加算収入	31,585,789	(円): (A)
専従人件費	7,000,000	(年収): 看護師にて仮入力
経費	400,000	カンファレンス経費・サーベイランス他
経費合計	7,400,000	(B)
収支計算	24,185,789	(A) - (B)

◆感染防止対策加算2(100点)

(専任可)

項目	計算数値	(単位)
病床数	300	(床)
平均在院日数	18.0	(日)
月稼働日数	30.4	(日) 数値は経営シミュレーション数値(固定)
病床稼働率	90.0%	(%)
月実患者数	456	(人): 平均入院実患者数
感染対策加算1	100	(点): 入院初日に算定(固定)
月加算収入	45,600	(点)
月加算収入	456,000	(円)
年間加算収入	5,472,000	(円): (A)
人件費	0	(年収): 専任要件のため空欄
経費	100,000	カンファレンス経費・サーベイランス他
経費合計	100,000	(B)
収支計算	5,372,000	(A) - (B)

次を整備しなければならないよ！

感染防止対策 の

業務指針

院内感染管理者
又は、
感染制御チーム
の具体的な業務内容



算定要件（加算1・2共通）

- 下記の マニュアルを作成 し、配布していること。

チームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせ作成すること。

以下の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し配布すること。

- 標準予防策
- 感染経路別予防策
- 職業感染予防策
- 疾患別感染対策
- 洗浄・消毒・滅菌・抗菌薬適正使用等

※手順書は定期的に新しい知見を入れて改訂すること。

算定要件（加算1）

チームにより、以下の項目を実施していること。

感染防止対策加算1の実施項目

項目	対象	備考
・職員を対象として年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。	職員	・安全管理の体制確保の職員研修とは別に行うこと。
・感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。	加2 施設	・記録を残すこと。
・院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制を取る。	-	・抗菌薬の種類 ・届け出書類・届け出率 ・長期間投与監査、TDM実施
当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。	指針 等	・目的、考え方、基本方針、対応（個室対応を含む） 他
公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。	-	望ましい要件
地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。	-	望ましい要件。

算定要件（加算2）

チームにより、以下の項目を実施していること。

感染防止対策加算2の実施項目

項目	対象	備考
・職員を対象として年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。	職員	・安全管理の体制確保の職員研修とは別に行うこと。
・少なくとも、年4回程度、感染防止対策加算1に係る届け出を行った施設が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。	加1施設	なお、感染防止対策加算1に係る届け出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。
・院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制を取る。	-	・抗菌薬の種類 ・届け出書類・届け出率 ・長期間投与監査、TDM実施
当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。	指針等	・目的、考え方、基本方針、対応（個室対応を含む）他
公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。	-	望ましい要件
地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。	-	望ましい要件。

▶ 算定要件

感染防止対策地域連携加算
評価表に基づく相互評価

注意!

A234 感染防止対策地域連携加算

入院初日

感染防止地域連携加算

新設

100点



算定要件 & 施設基準

- ・ 感染防止対策加算 1 の届出を行っていること。
- ・ 加算 1 の届出を行っている保険医療機関と連携して、少なくとも年1回程度 連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて、別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づき感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告する。
- ・ 年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの医療機関から評価を受けていること。



別添6の別紙24は、次ページだよ。

感染防止対策地域連携加算チェック項目表

評価基準	A:適切に行われている、あるいは十分である B:適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C:不適切である、あるいは行われていない X:判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)
------	---

実施評価日： 年 月 日 評価対象医療機関名：

A. 感染対策の組織		評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	1) 委員会が定期的開催されている		
	2) 病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3) 議事録が適切である		
2. 感染制御を実際に行う組織(ICT) ※ 医師または看護師のうち1人は専従であること	1) 専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している		
	2) 感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3) 感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を終了した専任看護師がいる		
	4) 3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師がいる		
	5) 3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の検査技師がいる		
B. ICT活動		評価	コメント
1. 感染対策マニュアル	1) 感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2) 必要に応じて改定がなされている		
2. 教育	1) 定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2) 講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3) 必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4) 全職員に対し院内感染について広報を行う手段が確保されている		
	5) 外部委託職員に教育を実施している(または適切に指導している)		

3. サーベイランスとインターベンション	1) 部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2) サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3) サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		
	4) アウトブレイクに介入している		
	5) 検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている。		
4. 抗菌薬適正使用	1) 抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている		
	2) 抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている		
	3) 抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている		
	4) 抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5. コンサルテーション	1) 病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2) コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている		
	3) 迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		
6. 職業感染曝露の防止	1) 職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2) HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3) 結核接触者検診にQFTを活用している		
	4) 麻疹風疹ムンプス、水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している		
	5) 針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている		
	6) 安全装置付きの機材を導入している		
7. ICTラウンド	1) 定期的なICTラウンドを実施している		
	2) 感染対策の実施状況についてチェックを行う		
	3) 病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		

C. 外来		評価	コメント
1. 外来患者の感染隔離	1) 感染性の患者を早期に検出できる(ポスターなど)		
	2) 感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3) 感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる		
2. 外来診察室	1) 診察室に手洗いの設備がある		
	2) 各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある		
	3) 各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		
3. 外来処置室	1) 鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている(廃棄容器の蓋が開いていない、など)		
	2) 鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3) 検査検体が適切に保管してある		
4. 抗がん化学療法外来	1) 薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
	2) 咳エチケットが確実に実施されている		
	3) 患者および職員の手指衛生が適切に行われている		
D. 病棟		評価	コメント
1. 病室	1) 部屋ごとに手洗い場がある		
	2) 床や廊下に物品が放置されていない		
	3) 必要なコホーティングが行われている		
	4) 隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5) 隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6) 空調のメンテナンスが行われ、HEPAfilterが定期的に交換されている		
2. スタッフステーション	1) 水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2) 鋭利機材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3) 鋭利機材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4) 臨床検体の保存場所が整備されている		
3. 処置室	1) 清潔区域と不潔区域を区別している		
	2) 滅菌機材が適切に保管され、使用期限のチェックが行われている		
	3) 包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4) 包交車に不要な滅菌機材が積まれていない		

4. 薬剤の管理	1) 清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2) 希釈調製したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3) 薬品保管庫の中が整理されている		
	4) 薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5) 薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている		
	6) 保冷庫の温度管理が適切になされている		
E. ICU		評価	コメント
1. 着衣および環境	1) 入室時に手指衛生を実施している		
	2) 処置者は半そでの着衣である		
	3) 処置者は腕時計をはずしている		
	4) ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5) 手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		
F. 標準予防策		評価	コメント
1. 手洗い	1) 職員の手指消毒が適切である		
	2) 職員の手洗いの方法が適切である		
	3) 手袋を着用する前後で手洗いを行っている		
	4) 手指消毒実施の向上のための教育を継続的に 行っている		
2. 手袋	1) 手袋を適切に使用している		
	2) 手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある		
3. 個人防御具(PPE)	1) 必要なときにすぐ使えるように個人防御具(PPE) が整っている		
	2) マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウン などのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3) 個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している		
G. 感染経路別予防策		評価	コメント
1. 空気感染予防策	1) 結核発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2) 陰圧個室が整備されている		
	3) 麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4) 水痘発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	5) N95マスクが常備してある		

2. 飛沫感染予防対策	1) インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2) 風疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	3) 流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4) 可能ならば個室隔離としている		
	5) 個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6) ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7) サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8) 飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている		
3. 接触感染予防策	1) MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている*		
	2) 手袋が適切に使用されている		
	3) 必要なPPEが病室ごとに用意されている		
	4) 処置時にはディスポのエプロンを用いている		
	5) 処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6) 必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている		
	7) シーツやリネン類の処理が適切である		
	*マニュアルの評価項目:連絡体制。感受性者サーベイランスの期間、範囲が明瞭である。ワクチンやγグロブリンの接種対象者が明確である。消毒薬の選択と実施方法、接触感受性職員の就業制限が規定してある、などを確認する		
H. 術後創感染予防		評価	コメント
	1) 除毛は術直前に行っている		
	2) 周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている		
	3) 必要な場合、抗菌薬の術中追加投与が行われている		
	4) バンコマイシンをルーチンに使用していない (日本ヘルスケアブラッシング株式会社 または使用基準がある)		

I. 医療器材の管理		評価	コメント
1. 尿道カテーテル	1) 集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についていない		
	2) 閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的 に交換しない		
	3) 集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触 させない		
	4) 尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している		
	5) 日常的に膀胱洗浄を施行していない		
	6) 膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所 に用いることはない		
2. 人工呼吸器	1) 加湿器には滅菌水を使用している		
	2) 気管内吸引チューブはディスポのシングルユース 又は閉鎖式である		
	3) 定期的に口腔内清拭を行っている		
3. 血管内留置カテーテル	1) 中心静脈カテーテル管理についてのマニュアル がある		
	2) 中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアプリコーション (滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布)が行われている		
	3) 高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーン ベンチ内で行っている		
	4) 輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には 消毒用エタノールを用いている		
	5) ラインを確保した日付が確実に記載されている		
	6) ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる 状態で固定されている		
	7) 末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブル センサーを使用している		

J. 洗浄・消毒・滅菌		評価	コメント
1. 1医療器具	1) 病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている (計画がある)		
	2) 生物学的滅菌保証・化学的滅菌保証が適切に行われている		
	3) 消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		
	4) 乾燥が適切に行われている		
2. 2内視鏡	1) 内視鏡洗浄・管理が中央化されている (計画がある)		
	2) 専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
	3) 用手洗浄が適切に行われている		
	4) 管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
	5) 消毒薬のバリデーションが定期的に行われている		
	6) 自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
	7) 自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		
	8) 自動洗浄・消毒機のメンテナンスの期日が記録されている		
	9) 内視鏡の保管が適切である		
	10) 内視鏡の表面に損傷がない		
K. 医療廃棄物		評価	コメント
	1) 廃棄物の分別、梱包、表示が適切である		
	2) 感染性廃棄物の収納袋に適切なバイオハザードマークが付いている		
	3) 最終保管場所が整備されている		
	4) 廃棄物の処理過程が適切である		

L. 微生物検査室		評価	コメント
1. 設備・機器	1) 安全キャビネット(クラスH以上)を備えている		
	2) 安全キャビネットは定期点検(HEPAフィルターのチェック・交換等)が行われている		
	3) 菌株保存庫(冷凍庫等)は、カギを掛けている		
	4) 検査材料の一時保管場所が定められている		
2. 検査業務	1) 安全対策マニュアル等が整備されている		
	2) 業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		
	3) 抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている		
	4) 遠心操作は、安全装置付き遠心機を使用している		
	5) 感染性検査材料用輸送容器が準備されている		
	6) 廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている		
	7) 感染防止のための手洗い対策が適正である		
	8) 感染性廃棄物が適正に処理されている		
	9) 関係者以外の立ち入りを制限している		

[記載上の注意]

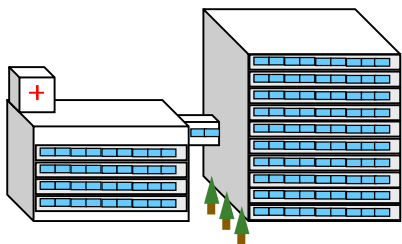
- 1) チェック項目について、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。
- 2) 評価を受ける医療機関は、当日までに根拠となる書類等を準備しておくこと。
- 3) 評価を実施する医療機関は、コメント欄で内容を説明すること。特にB、C判定については、その理由を説明すること。
- 4) 評価を実施した医療機関は、できるだけ早期に本チェック項目表を完成させ、報告書として評価を受けた医療機関へ送付すること。また、評価医療機関は、報告書の写しを保管しておくこと。

連携・カンファレンス関連

▶ 連携・カンファレンス

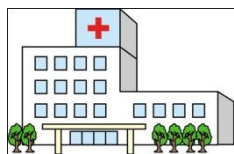
ややこしい！？ 連携パターン





感染防止対策加算1の病院

カンファレンスを「主催」する側

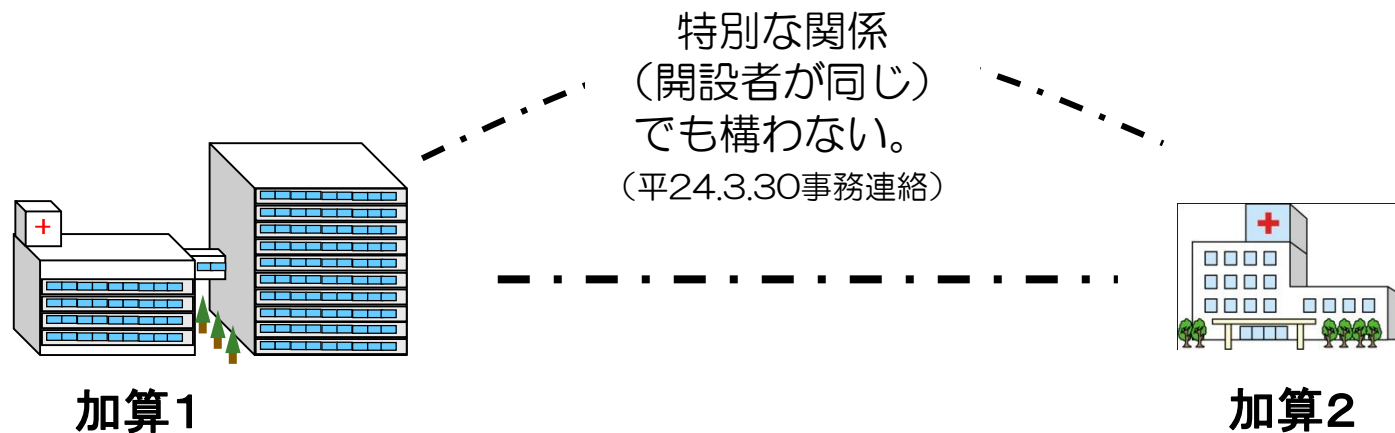


感染防止対策加算2の病院

カンファレンスに「参加」する側



基本的な連携パターン



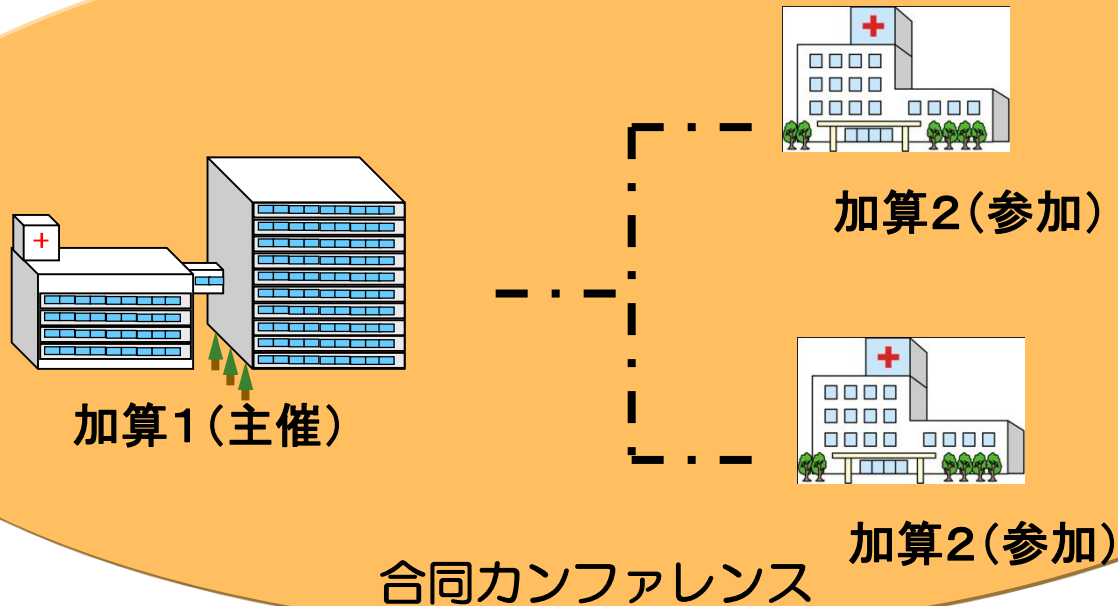
加算2の施設と年4回程度のカンファレンスを実施しその内容を記録すること

加算1の施設と年4回程度のカンファレンスを実施しその内容を記録すること



パターン2

- 連携する複数の加算2の施設がある場合

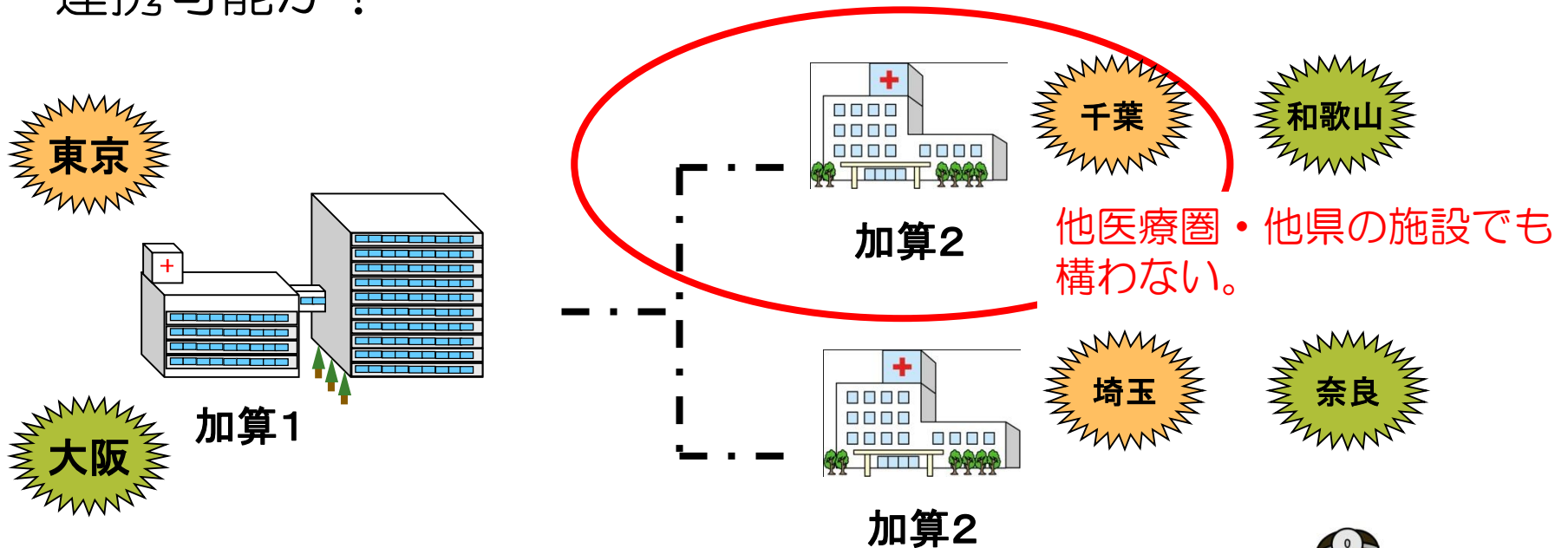


カンファレンスは個別ではなく
合同カンファレンスでも良い



パターン3

- ・加算1と加算2の連携は、医療圏、都道府県を越えて連携可能か？

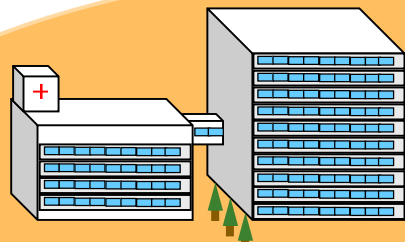


医療圏、都道府県を越えて連携して構わないが
適切に連携すること。
(アウトブレイク等に対応可能か？)



パターン4

・加算1と加算2のカンファレンスの際は、感染制御チームのメンバー全員で参加する必要があるか？



加算1(主催) カンファレンス

...



加算2(参加)

届け出を行った
専従・専任のメンバー
でなくても良いが

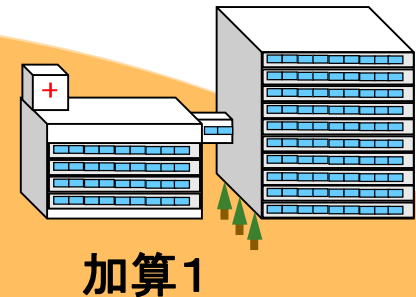
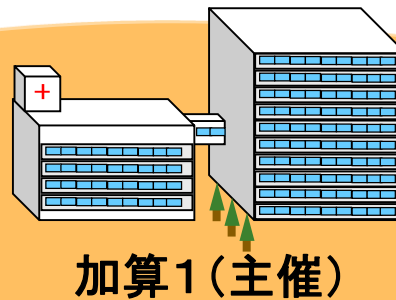
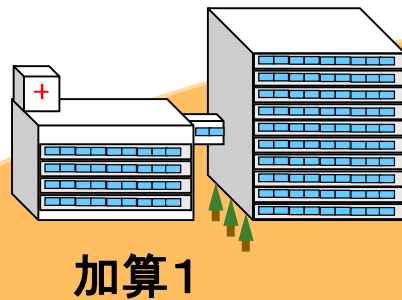
各職種それぞれ
1名参加が必要だよ。

原則、感染制御を構成する各職種（医師・看護・薬剤・検査）が
少なくともそれぞれ1名ずつ参加すること。



パターン5

- 複数の加算1と連携している加算2が合同でカンファレンスを行った場合、加算1の「主催」と加算2の参加回数に含めて良いか？

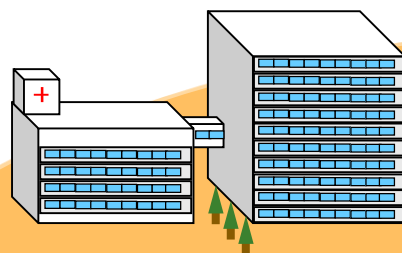


加算1の「**主催**」は1箇所に限られるよ。

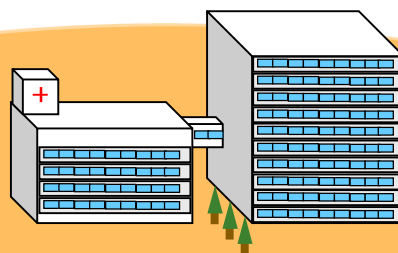


パターン6-1

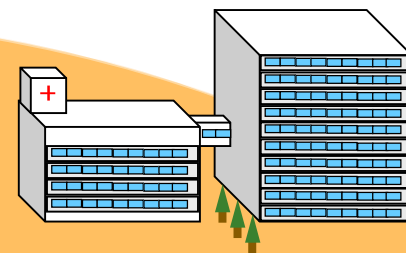
- 複数の加算1と連携している加算2が合同でカンファレンスを行った場合、加算1の「主催」と加算2の参加回数に含めて良いか？



加算1



加算1 (主催)



加算1

加算1の「**主催**」は1箇所に限られるよ。

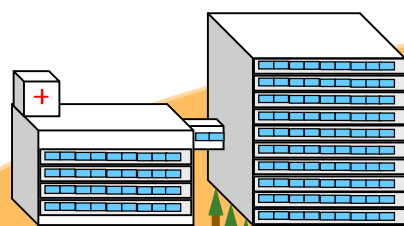


加算2 (参加)

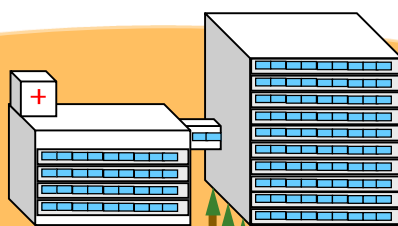


パターン6-2（感染症情報の共有の場合）

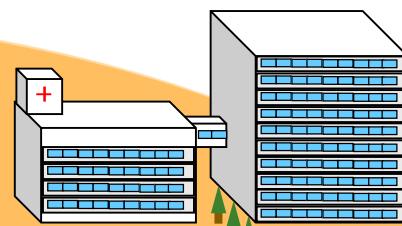
- 複数の加算1と連携している加算2が合同でカンファレンスを行った場合、加算1の「主催」と加算2の参加回数に含めて良いか？



加算1（主催）



加算1（主催）



加算1（主催）

「感染症情報の共有」に関するカンファレンス

この場合、加算1は年2回まで「主催」としてカウント可能となる



加算2

同じ、市町村、保健所圏域、二次医療圏、都道府県単位



感染症情報とは？

感染症情報とは？

- 薬剤耐性菌等の検出状況
- 感染症患者の発生状況
- 院内感染対策の実施状況
(アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等)
- 抗菌薬の使用状況 など

単なる「勉強会」「講習会」は不可！

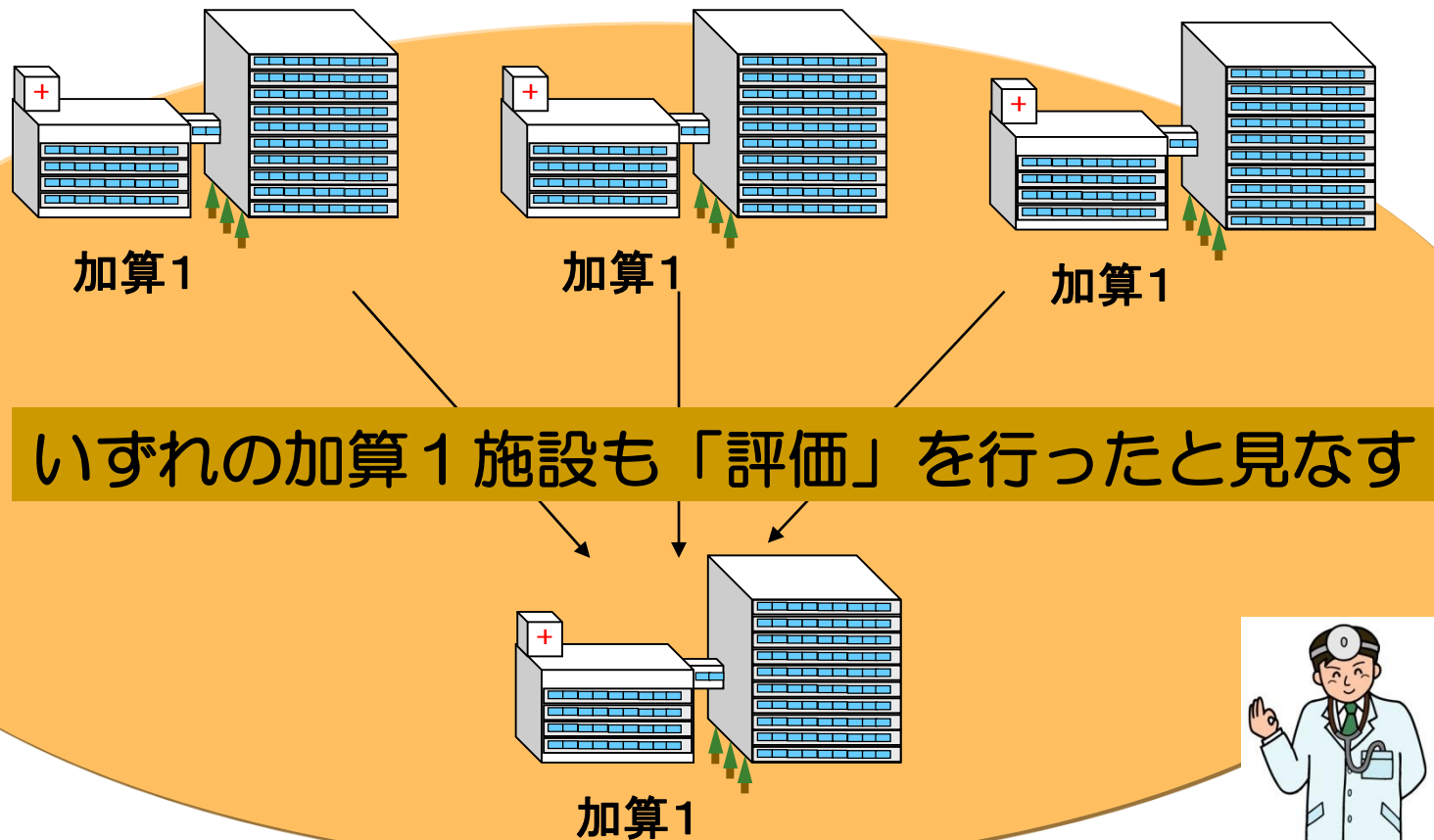
記録について

- 参加医療機関
- 参加者一覧
- カンファレンス内容を記載したもの



パターン7 加算1 同士の連携加算

- 複数の加算1 が連携の届け出を行っている加算1 1 施設に対して複数で評価を行った場合は、回数に入れて良いのか？



疑義解釈

疑義解釈		回答
その1	A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算について、特別の関係にある医療機関が連携した場合も届出可能か。	可能である。
その1	A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算 1 の届出医療機関と 2 の届出医療機関の連携は、医療圏や都道府県を越えて連携している場合でも届出可能か。	医療圏や都道府県を越えている場合であっても、適切に連携することが可能であれば届出可能。
その1	A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算 2 は「当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床以下を標準とする」とあるが、300 床以下とは、医療法の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。	許可病床数をいう。なお、300 床以上であっても、A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算 2 の基準を満たしている場合、加算 2 の届出を行うことができる
その1	300 床未満の医療機関であっても A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算 1 を届け出ることはできるのか。	届出可能。
その1	感染防止対策加算 1 の届出医療機関と 2 の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、感染制御チームのメンバー全員が参加する必要があるか。	原則、感染制御チームを構成する各々の職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）が少なくともそれぞれ 1 名ずつ参加すること。
その1	A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算の施設基準にあるカンファレンスについては、インターネット、TV 会議システムや電話によるものでもよいか。	原則、直接対面で行う。

疑義解釈

疑義解釈		回答
その5	A 234- 2 感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算の施設基準にある「当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添 6 の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告する。」について、「感染防止対策に関する評価」は、当該加算に係る感染制御チームが行う必要があるか。	感染制御チームを構成する各々の職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）のうち、医師及び看護師を含む 2 名以上が評価を行うこと。
その 5	A 234- 2 感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算の様式（別添 6 別紙24）について、「これに準じた様式」とは、別添 6 別紙24の要素はすべて含まないといけないのか。	その通り。ただし、チェック項目については、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。

疑義解釈

疑義解釈	回答
その1 2 A 234- 2「感染防止対策加算」について、「感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。」とあるが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行う必要があるのか。	感染制御チームが当該研修を主催している場合は、必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。ただし、当該研修は、 ・院内感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について、当該病院等の従業者に周知徹底を行うことで、個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること ・当該病院等の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること ・当該研修は、病院等全体に共通する院内感染に関する内容について、年2回程度定期的に行うほか、必要に応じて開催すること ・また、研修の実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目)について記録することが必要になり、最新の知見を共有することも求められるが、単なる勉強会は認められないことに留意すること。

感染防止対策加算は
以上です。

お疲れ様でした。