**感染対策向上加算に係る実地指導等申請書**

令和６年度診療報酬改定に伴い、感染対策向上加算1を算定する医療機関は介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、直接赴ての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、院内感染対策に関する研修を合同で実施することが望ましいとして、「感染対策向上加算」の要件の見直しが行われました。

当院（感染対策向上加算1の届出施設）の実地指導や院内感染対策に関する研修を希望される場合は、下記の留意点をご確認いただいた上で、実地指導等申請書を記載していただき、下記のメールアドレスにお送りください。

※ご質問等もメールでお伺いいたします。

**※ご申請いただく際の留意点※**以下お目通しのうえ、同意欄にチェックをお願いします。

Ⅰ. 感染対策向上加算の施設基準にある要件について

介護保険施設等又は指定障害者支援施設等である

介護保険施設等又は指定障害者支援施設等ではない

申請内容

①希望される事項をご選択ください。

直接赴いての実地指導、感染対策に関する助言

　　　希望する理由（感染症の発生等）について、できるだけ詳しくご記入ください。

院内感染対策に関する研修

　②現在または過去に感染対策向上加算1の医療機関の実地指導等を受けた場合は医療機関名をご記入ください。

③貴施設の情報をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 代表者氏名(職種) |  |
| 電話番号 |  |
| 連絡担当者氏名(職種) |  |
| メールアドレス |  |

上記内容にて、連携医療機関として申込みいたします。

お問い合わせ先

日本医科大学武蔵小杉病院　感染制御部

メールアドレス： [kosugi-kansen@nms.ac.jp](mailto:kosugi-kansen@nms.ac.jp)