

健感発 0517 第 2 号
平成 30 年 5 月 17 日

一般社団法人 日本病院会会長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長



「院内感染対策サーベイランス」に係る参加医療機関の追加募集について

標記について、別添のとおり各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部（局）長あて通知しましたので、その趣旨をご了知いただき、傘下会員に対する周知方よろしく願います。

【別添】

【参考】健感発0517第2号
平成30年5月17日

各

都道府県
保健所設置市
特別区

 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長
(公印省略)

院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に係る
参加医療機関の追加募集について

平素より、医療機関における院内感染対策の推進につきましては、御高配をいただき、ありがとうございます。

さて、平成12年度より実施している院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）は平成30年1月現在、約2,150医療機関に参加いただいております。

院内感染対策は、医療従事者間での情報共有が重要であり、JANISが提供する定期的な還元情報により、院内での情報共有が図られることで、院内感染対策を推進することが期待されます。今般、医療機関からの参加希望もあり、平成31年1月から参加する医療機関について、追加募集を行うことといたしました。

つきましては、医療機関から提出される別紙様式1-1～1-5を衛生主管部局ごとにとりまとめの上、平成30年10月5日（金）までに当職あてにご提出いただきますようお願いいたします。

また、本サーベイランス事業の実施に当たり、説明会を7月17日（火）、7月18日（水）および9月15日（土）に開催いたします。説明会への参加申込は、定員に達した時点で締め切りとさせていただきます。詳細は別添をご参照ください。

あわせて参加希望医療機関への周知方よろしくお願いいたします。

(様式 1-1 検査部門)

平成 30 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名
病院長名 印

院内感染対策サーベイランス 検査部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス検査部門へ平成 31 年 1 月からの参加を希望し、
下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名：
(医療機関コード：)
2. 病床数：
3. 所在地：(〒 —)
4. 検査部門サーベイランス 責任者
氏名
所属
職名
連絡先：E-mail
電話
5. 検査部門サーベイランス 実務担当者
氏名
所属
職名
連絡先：E-mail
電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
 公表を希望しない

(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6)を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-2 全入院患者部門)

平成 30 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名
病院長名 印

院内感染対策サーベイランス 全入院患者部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス全入院患者部門へ平成 31 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :
(医療機関コード :)
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 —)
4. 全入院患者部門サーベイランス 責任者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
5. 全入院患者部門サーベイランス 実務担当者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
 公表を希望しない

(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6)を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-3 手術部位感染部門)

平成 30 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名
病院長名 印

院内感染対策サーベイランス 手術部位感染 (SSI) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス手術部位感染 (SSI) 部門へ平成 31 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :
(医療機関コード :)
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 —)
4. SSI 部門サーベイランス 責任者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
5. SSI 部門サーベイランス 実務担当者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
 公表を希望しない

(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6) を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受付けしていません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-4 集中治療室部門)

平成 30 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名
病院長名 印

院内感染対策サーベイランス 集中治療室 (ICU) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス集中治療室 (ICU) 部門へ平成 31 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :
(医療機関コード :)
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 —)
4. ICU 部門サーベイランス 責任者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
5. ICU 部門サーベイランス 実務担当者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
 公表を希望しない

(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6) を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-5 新生児集中治療室部門)

平成 30 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名
病院長名 印

院内感染対策サーベイランス 新生児集中治療室 (NICU) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス新生児集中治療室 (NICU) 部門へ平成 31 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :
(医療機関コード :)
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 —)
4. **NICU 部門**サーベイランス 責任者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
5. **NICU 部門**サーベイランス 実務担当者
氏名
所属
職名
連絡先 : E-mail
電話
6. 医療機関名・参加部門の公表
 公表を希望しない

(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は口内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6) を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1—6)

平成 30 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス事業

医療機関名非公表にかかわる理由書

院内感染対策サーベイランス事業へ平成 31 年 1 月からの参加に際し、下記の理由より医療機関名を非公表にて参加登録を希望いたします。

部門 (○をつけて下さい)

検査

全入院患者

SSI

ICU

NICU

理由

厚生労働省 院内感染対策サーベイランス事業 (JANIS)

新規参加医療機関募集に伴う

「JANIS のデータ提出・活用のための説明会」のご案内

日時：平成30年7月17日(火) 13時30分～17時15分

場所：国立感染症研究所 戸山庁舎(2階 共用第一会議室)

東京都新宿区戸山1-23-1

定員：120名

13:00～	受付開始		
13:30～	「開会の挨拶」	厚生労働省健康局結核感染症課 国立感染症研究所 JANIS 事務局長	高倉 俊二 柴山 恵吾
13:40～	JANIS システム全体の説明		JANIS 事務局
14:10～	検査部門の概要と還元情報の見方		JANIS 事務局
15:00～	SSI 部門の概要と還元情報の見方 入力支援ソフトについて		JANIS 事務局
15:25～15:40	休憩		
15:40～	全入院患者部門の概要と還元情報の見方 入力支援ソフトについて		JANIS 事務局
16:00～	ICU 部門の概要と還元情報の見方 入力支援ソフトについて		JANIS 事務局
16:15～	NICU 部門の概要と還元情報の見方		JANIS 事務局
16:25～	講演 「よく分かる！薬剤感受性結果の読み方と活用方法」	順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床検査部	三澤 成毅 先生
17:15	閉会		

説明会への参加申し込みは、JANIS ホームページ「参加・脱退について」

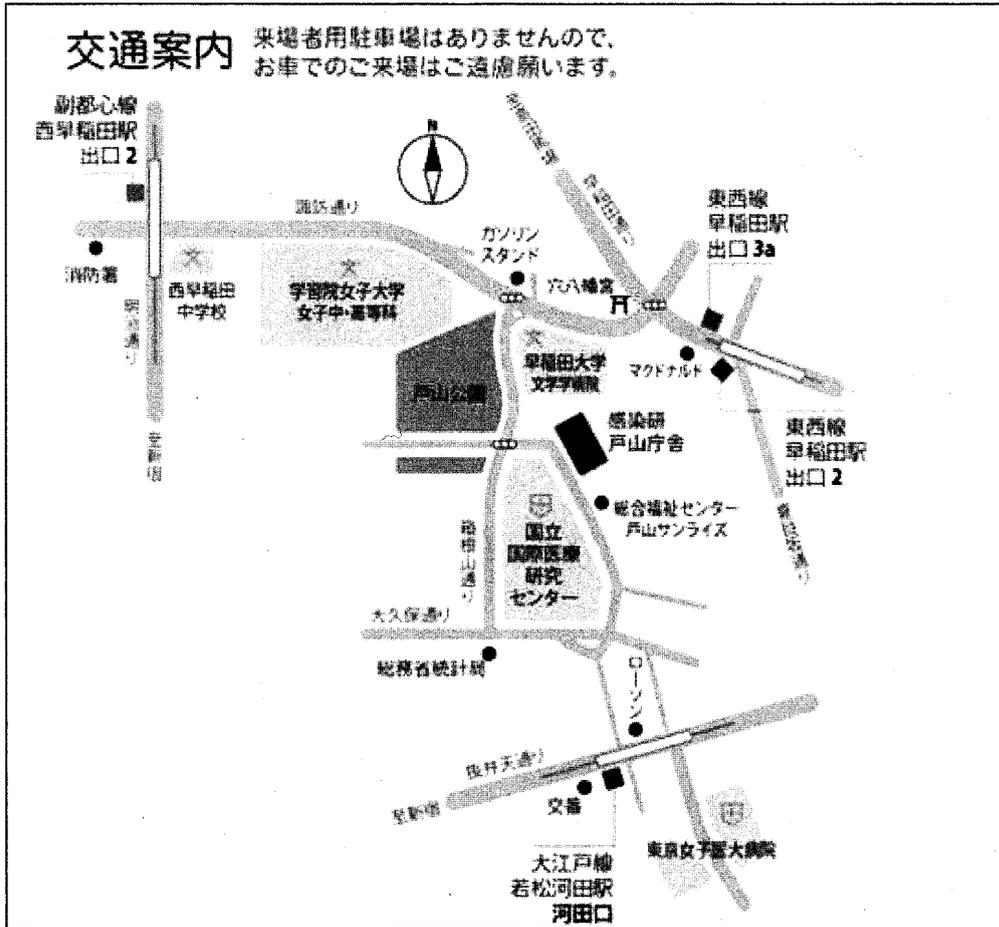
<https://janis.mhlw.go.jp/participation/index.html> 内、

「JANIS のデータ提出・活用のために説明会」参加申込フォームより
お願いいたします。

申し込みは先着順とし、定員に達した時点で締め切りとさせていただきます。

<周辺案内図>

- 東西線 早稲田駅 (出口 2 または 3a) 徒歩 10 分
- 副都心線 西早稲田駅 (出口 2) 徒歩 10 分
- 大江戸線 若松河田駅 (河田口) 徒歩 15 分



厚生労働省 院内感染対策サーベイランス事業 (JANIS)
新規参加医療機関募集に伴う

「JANIS のデータ提出・活用のための説明会」のご案内

日時：平成 30 年 7 月 18 日 (水) 13 時 30 分～17 時 15 分
場所：国立感染症研究所 戸山庁舎 (2 階 共用第一会議室)
東京都新宿区戸山 1-23-1
定員：120 名

13:00～	受付開始	
13:30～	「開会の挨拶」	厚生労働省健康局結核感染症課 高倉 俊二 国立感染症研究所 JANIS 事務局長 柴山 恵吾
13:40～	JANIS システム全体の説明	JANIS 事務局
14:10～	検査部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
15:00～	SSI 部門の概要と還元情報の見方 入力支援ソフトについて	JANIS 事務局
15:25～15:40	休憩	
15:40～	全入院患者部門の概要と還元情報の見方 入力支援ソフトについて	JANIS 事務局
16:00～	ICU 部門の概要と還元情報の見方 入力支援ソフトについて	JANIS 事務局
16:15～	NICU 部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
16:25～	講演 「Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology (J-SIPHE) の今後の展開」 国立国際医療研究センター AMR 臨床リファレンスセンター臨床疫学室 田島 太一 先生	
17:15	閉会	

説明会への参加申し込みは、JANIS ホームページ「参加・脱退について」
<https://janis.mhlw.go.jp/participation/index.html> 内、
「JANIS のデータ提出・活用のために説明会」参加申込フォーム より
お願いいたします。

申し込みは先着順とし、定員に達した時点で締め切りとさせていただきます。

<周辺案内図>

- 東西線 早稲田駅 (出口2または3a) 徒歩 10分
- 副都心線 西早稲田駅 (出口2) 徒歩 10分
- 大江戸線 若松河田駅 (河田口) 徒歩 15分



厚生労働省 院内感染対策サーベイランス事業 (JANIS)
新規参加医療機関募集に伴う

「JANIS のデータ提出・活用のための説明会」のご案内

日時：平成 30 年 9 月 15 日 (土) 13 時 15 分～17 時 30 分

場所：CIVI 研修センター新大阪東

大阪市東淀川区東中島 1 丁目 19 番 4 号

新大阪 NLC ビル 5F (E5 Hall)

定員：200 名

- | | | |
|-------------|---|---|
| 12:45～ | 受付開始 | |
| 13:15～ | 「開会の挨拶」 | 厚生労働省健康局結核感染症課 高倉 俊二
国立感染症研究所 JANIS 事務局長 柴山 恵吾 |
| 13:25～ | JANIS システム全体の説明 | JANIS 事務局 |
| 13:55～ | 検査部門の概要と還元情報の見方 | JANIS 事務局 |
| 14:45～ | SSI 部門の概要と還元情報の見方
入力支援ソフトについて | JANIS 事務局 |
| 15:10～15:25 | 休憩 | |
| 15:25～ | 全入院患者部門の概要と還元情報の見方
入力支援ソフトについて | JANIS 事務局 |
| 15:45～ | ICU 部門の概要と還元情報の見方
入力支援ソフトについて | JANIS 事務局 |
| 16:00～ | NICU 部門の概要と還元情報の見方 | JANIS 事務局 |
| 16:10～ | 講演
「中小規模病院における JANIS 検査部門還元情報の活用方法」
高千穂町国民健康保険病院 医療安全管理部感染管理室 興梠 裕樹 先生 | |
| 16:40～ | 講演
「抗菌薬の適正使用を支援するには ー早期モニタリングとフィードバックの方法ー」
京都薬科大学 医療薬科学系臨床薬剤疫学分野 村木 優一 先生 | |
| 17:30 | 閉会 | |

説明会への参加申し込みは、JANIS ホームページ「参加・脱退について」
<https://janis.mhlw.go.jp/participation/index.html> 内、
「JANIS のデータ提出・活用のために説明会」参加申込フォーム より
お願いいたします。

申し込みは先着順とし、定員に達した時点で締め切りとさせていただきます。

<周辺案内図>

JR「新大阪」駅下車

東口から 50m

地下鉄御堂筋線「新大阪」駅下車

徒歩 5分

※駐車場は用意しておりません。混雑が予想されるため公共交通機関をご利用ください。



作成フォームを使用した参加申込書作成方法

- ① JANIS ホームページの左側にある「参加・脱退するには」をクリック
- ② 「参加するには」に表示されている「参加医療機関の案内」をクリック
- ③ 「参加医療機関募集のお知らせ」の「院内感染対策サーベイランス参加申込書」作成フォームをクリック

参加医療機関募集のお知らせ

平成31年からの院内感染対策サーベイランス（JANIS）の参加医療機関を追加募集いたします。

☞ [院内感染対策サーベイランス募集（JANIS）に係る
参加医療機関の追加募集について（健康発0517第2号）（PDF：1.35MB）](#)

- ・通知
- ・資料
 - ① 非公表理由書
 - ② 説明会案内
 - ③ 実施要綱
 - ④ 各部門説明

JANISへの参加を希望する医療機関は、「院内感染対策サーベイランス 参加申込書」作成フォームで参加申込書を作成し、所属自治体担当者へ提出してください。
 締切直前等、配達の確認をできる方法で郵送することをお勧めいたします。
 また、すでにJANISに参加している医療機関であっても、参加部門を追加する場合には、あらかじめ参加申込書をご提出ください。

サーベイランスの参加申込書（通知の様式1-1~1-5）は、下記の作成フォームで作成してください。
 なお、手書きでは受理できませんのでご注意ください。

▶ [「院内感染対策サーベイランス 参加申込書」作成フォーム](#)

- ④ 参加申込書作成フォームの入力画面に移りますので各種項目を入力してください。

* 必須は必ず入力してください。

□ 参加申込書作成フォーム

下記のフォームにご入力の上、【確認】ボタンをクリックしてください。
 データ確認のため、一時的にセンターのサーバー内に記録が保持されます。
 これらのデータは参加登録以外の用途には用いることはありません。

医療機関コード	JANISに既に参加している場合は、医療機関コード(数字5桁)を入力してください。
医療機関名 *必須	
病院名 *必須	
参加部門 *必須	複数部門の参加の申込みされる場合は、参加部門毎に申込書を作成してください。 <input type="checkbox"/> 検査部門 <input type="checkbox"/> 全入院患者部門 <input type="checkbox"/> 手術部位感染（SSI）部門 <input type="checkbox"/> 集中治療室（ICU）部門 <input type="checkbox"/> 新生児集中治療室（NICU）部門
病床数 *必須	病院内のすべての病床の合計数を入力してください。 床
所在地 *必須	〒 住所
サーベイランス 責任者 *必須	氏名 氏名(フリガナ) 所属 職名
	連絡先：E-mail

JANISへ参加履歴のある医療機関は、JANISから付与された医療機関コードを入力してください。
 不明の場合は空欄のままにしてください。

責任者・担当者のメールアドレスは間違いのないように正確に入力してください。
 全角文字や「.」の連続など、不適切な場合にはエラーとなります。

原則医療機関の名称と参加部門は公開ですが、非公開を希望する場合にはその理由を記載した「医療機関名非公表にかかわる理由書（様式1-6）」の提出が必要になります。下記の手順で作成、提出してください。

- (1) 「公表を希望しない」を選択
 - (2) 「医療機関名非公表にかかわる理由書（様式1-6）」をクリックするとPDFの理由書がダウンロードできますので、印刷し必要事項を記載してください。
 - (3) 印刷した参加申込書と合わせて各都道府県の担当者に提出してください。
- ⑤ 入力し終えたら「確認」ボタンをクリックし内容を確認してください。

医療機関 参加部門の公表 *必須	<p>・参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表します。 ・万が一公表を希望しない場合にのみ、「公表を希望しない」を選択し、「<u>医療機関名非公表にかかわる理由書</u>」(様式1-6)も合わせて送付してください。</p> <p><input checked="" type="radio"/> 公表を希望する ④- (2)</p> <p><input type="radio"/> 公表を希望しない</p>
ホームページURL	<p>ホームページをお持ちの医療機関は入力してください。</p> <input type="text"/>

入力内容をクリアする場合は【リセット】ボタンをクリックしてください。

確認	リセット
-----------	-------------

⑤

- ⑥ 内容が正しければ「印刷」をクリックしてください。

6. 医療機関名・参加部門の公表
<input type="checkbox"/> 公表を希望しない
(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は口内をチェックし、「医療機関名非公表にかかわる理由書」(様式1-6)を添付してください。)
7. ホームページURL http://*****@*****
管理番号:20140804174901
入力内容を修正する場合 戻る ボタンをクリックしてください。
<input type="button" value="印刷"/> <input type="button" value="戻る"/>

!!! 印刷しただけでは、参加登録されません!!!

※印刷ダイアログが出たら、プリンターを選択し、「印刷」ボタンをクリックしてください

- ⑦ 印刷された参加申込書をご確認の上、病院長印を押印し各都道府県の担当者に提出してください。
簡易書留等、配達の確認をできる方法で郵送することをお勧めいたします。