（地Ⅲ49F）
平成２９年５月２５日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事　殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
釜　萢　　敏

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

厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業（ＪＡＮＩＳ）は、参加医療機関における院内感染の発生状況や、薬剤耐性菌の分離状況および薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査し、我が国の院内感染の概況を把握し医療現場への院内感染対策に有用な情報の還元等を行うことを目的とするものであります。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ています。

今般、標記の件につきまして、厚生労働省健康局結核感染症課長より各都道府県等衛生主管部（局）長宛に通知がなされ、本会に対しても周知方依頼がありました。

本通知は、同事業について平成３０年１月から参加する医療機関の追加募集を行うこととするものであります。なお、各衛生主管部（局）から厚生労働省への参加希望医療機関の申込書提出期限は、本年９月２９日までとしています。

また、同事業の実施にあたり、第１回説明会を７月２２日に大阪大学会館で開催することとしており（第２回は９月予定、日時決定次第、ＪＡＮＩＳホームページで案内）、参加申込はＪＡＮＩＳホームページにて受け付けております（先着順、定員に達した時点で締切）。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会、関係医療機関等に対する周知方について、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

健感発 0523 第 1 号
平成 29 年 5 月 23 日

公益社団法人　日本医師会会長　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

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お願いします。

【別添】

【参考】健感発 0523 第 1 号
平成 29 年 5 月 23 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 29 年 1 月現在、約 1,990 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 30 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 29 年 9 月 29 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。

なお、本サーベイランス事業の実施に当たり、今年度第 1 回目の説明会を 7 月 22 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。第 2 回目の説明会は 9 月に予定しております。日時が決定次第ホームページ等でご案内いたします。

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 29 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 30 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、手書きでは受付けしておりません。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、都道府県担当者宛てにご郵送ください。
https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp

（様式１－２　全入院患者部門）

平成 29 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 30 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、手書きでは受付けしておりません。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、都道府県担当者宛てにご郵送ください。
https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp

（様式 1－3　手術部位感染部門）

平成 29 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 30 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、都道府県担当者宛てにご郵送ください。
https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp

（様式１－４　集中治療室部門）

平成 29 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 30 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、手書きでは受付けしておりません。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、都道府県担当者宛てにご郵送ください。
https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp

（様式１－５　新生児集中治療室部門）

平成 29 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 30 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□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、都道府県担当者宛てにご郵送ください。
https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp

（様式 1―6）

平成 29 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関わる理由書

院内感染対策サーベイランス事業への平成 30 年 1 月からの参加に際し、以下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

印

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 29 年 7 月 22 日（土）　13 時 30 分～17 時 40 分
場所：大阪大学会館　2F、3F 講堂（大阪大学豊中キャンパス内）
大阪府豊中市待兼山町 1-13
定員：400 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
	国立感染症研究所薬剤耐性研究センター長	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
「JANIS 検査部門 CSV ファイルを用いたサーベイランスシステムの構築」
鳥取大学医学部附属病院感染制御部　千酌浩樹　先生

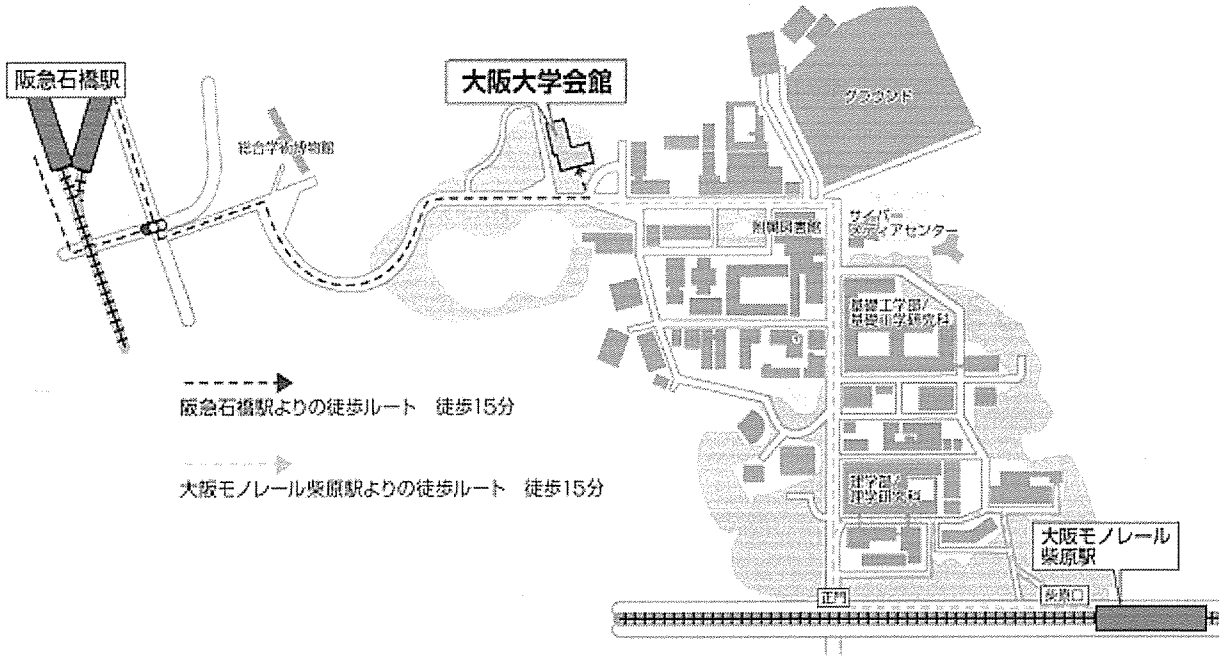
16:55～　講演
「カルバペネム腸内細菌科細菌（CRE）と院内感染対策について」
大阪大学医学部附属病院感染制御部　朝野和典　先生

17:40　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」
http://www.nih-janis.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＞



阪急宝塚線　　石橋駅下車　徒歩 15 分

大阪モノレール　柴原駅下車　徒歩 15 分