



医政地発 0603 第 4 号

平成 28 年 6 月 3 日

公益社団法人 全日本病院協会会長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長



「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)

医政地発 0603 第 2 号

平成 28 年 6 月 3 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長

(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 28 年 1 月現在、約 1,860 医療機関に参加いただいております。

医療機関における院内感染対策は、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。医療機関からの参加希望もあり、平成 29 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様式 1-1~1-5 を都道府県毎にとりまとめの上、平成 28 年 9 月 30 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ついての説明会を別添のとおり、7 月 9 日 (土)、7 月 14 日 (木)、9 月 8 日 (木)、9 月 9 日 (金) に開催いたします。詳細は別添の通りですが、説明会への参加申込は各回の定員に達した時点で締め切りとさせていただきます。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 28 年 月 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 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 29 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

以上

参加申込書は、手書きでは受付けておりません。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、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 28 年 月 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 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 29 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

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、都道府県担当者宛てにご郵送ください。

<http://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-3 手術部位感染部門)

平成 28 年 月 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 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 29 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

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、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 28 年 月 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 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 29 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

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 28 年 月 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 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 29 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

以上

参加申込書は、手書きでは受付けておりません。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、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 28 年 月 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 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 29 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

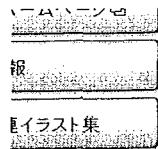
ICU

NICU

理由

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・脱退について」をクリック
- ② 「参加医療機関募集のお知らせ」に記されている「参加医療機関の案内」をクリック
- ③ サイト内の「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



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

④ 「院内感染対策サーベイランス 参加申込書」作成フォーム

☞ [作成フォームを使用した参加申込書作成方法\(PDF:193KB\)](#)

参加申込書の提出手順

- ・上記参加申込書作成フォームより、必要事項を入力し参加申込書を印刷します。
- ・印刷した参加申込書の内容を確認し、病院長印を押印します。
- ・参加申込書を所属自治体担当者宛てに提出します。
- ・締め切りは自治体により異なりますので、所属自治体の担当者までご確認ください。

- ④ 参加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。 <input type="text"/>
医療機関名 *必須	<input type="text"/>
病院長名 *必須	<input type="text"/>
参加部門 *必須	複数部門の参加の申込みをされる場合は、参加部門毎に申込書を作成してください。 <input type="radio"/> 検査部門 <input type="radio"/> 全入院患者部門 <input type="radio"/> 手術部位感染(SSD)部門 <input type="radio"/> 集中治療室(ICU)部門 <input type="radio"/> 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。 <input type="text"/> 床
所在地 *必須	〒 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/>
サーベイランス 責任者 *必須	氏名 <input type="text"/> 氏名(ふりがな) <input type="text"/> 所属 <input type="text"/> 職名 <input type="text"/> 連絡先:E-mail <input type="text"/> 連絡先:電話 <input type="text"/>

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 入力し終わったら「確認」ボタンをクリックし内容を確認してください。

<p>医療機関 参加部門の公表 *必須</p>	<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、「医療機関名非公表にかかわる理由書」(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</p> <p><input type="radio"/> 公表を希望しない</p>
<p>ホームページURL</p>	<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。 <input type="text" value="https://****@**.*"/></p>

入力内容をクリアする場合「リセット」ボタンをクリックしてください。

確認	リセット
----	------

- 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
<small>(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。)</small>	
7. ホームページURL	<input type="text" value="http://*****@*****"/>
管理番号:20140804174901	
入力内容を修正する場合は「戻る」ボタンをクリックしてください。	
印刷	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。

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

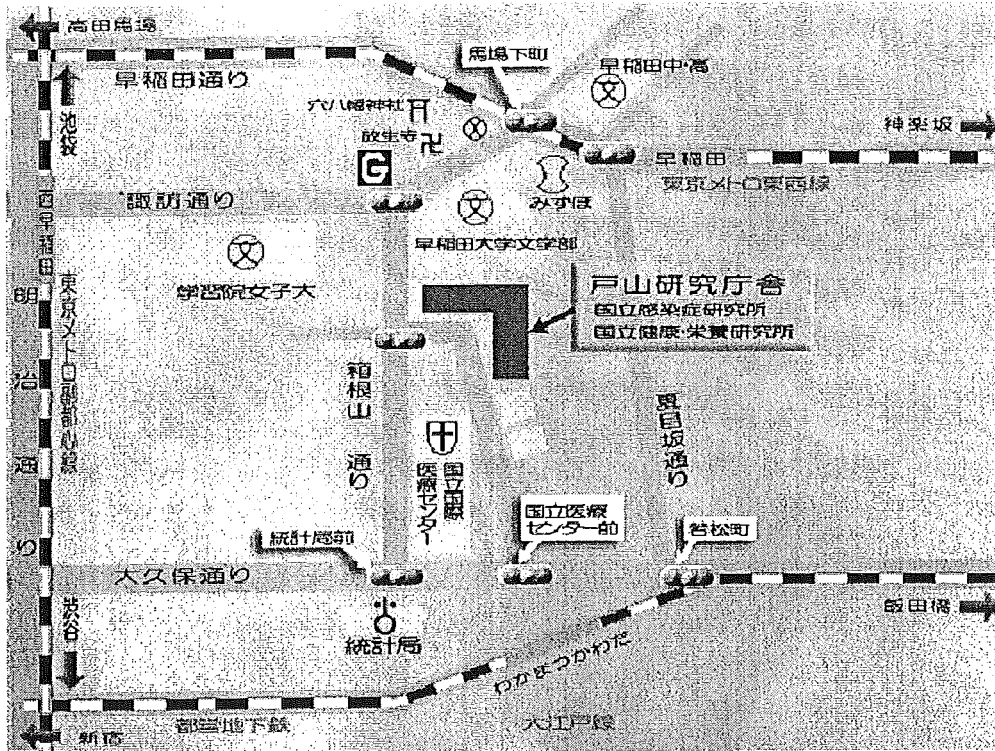
日時：平成 28 年 7 月 9 日 (土) 11 時～15 時 15 分
場所：国立感染症研究所 戸山庁舎 (2 階 共用第一会議室)
東京都新宿区戸山 1-23-1
定員：120 名

10:00～	受付開始	
11:00～	「開会の挨拶」	厚生労働省医政局地域医療計画課 国立感染症研究所細菌第二部部长 柴山 恵吾
11:10～	JANIS システム全体の説明	JANIS 事務局
11:45～	検査部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
12:30～13:30	休憩	(周辺に食堂等はありません。お手数ですが昼食は各自でご準備ください。)
13:30～	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
14:00～	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
14:30～	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
15:00～	NICU 部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
15:15	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」
<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>



- 地下鉄東西線、早稲田駅下車 (徒歩 10分)
- 地下鉄大江戸線、若松河田駅下車 (徒歩 10分)
- 地下鉄副都心線、西早稲田駅下車 (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 28 年 7 月 14 日 (木) 14 時～17 時 25 分
場所：厚生労働省 中央合同庁舎第 5 号館 (低層棟 2 階 講堂)
東京都千代田区霞が関 1 - 2 - 2
定員：400 名

13:00～	受付開始	
14:00～	「開会の挨拶」	厚生労働省医政局地域医療計画課 国立感染症研究所細菌第二部部长 柴山 恵吾
14:10～	JANIS システム全体の説明	JANIS 事務局
14:45～	検査部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
15:30～	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
16:00～16:10	休憩	
16:10～	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
16:40～	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
17:10～	NICU 部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
17:25	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。

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

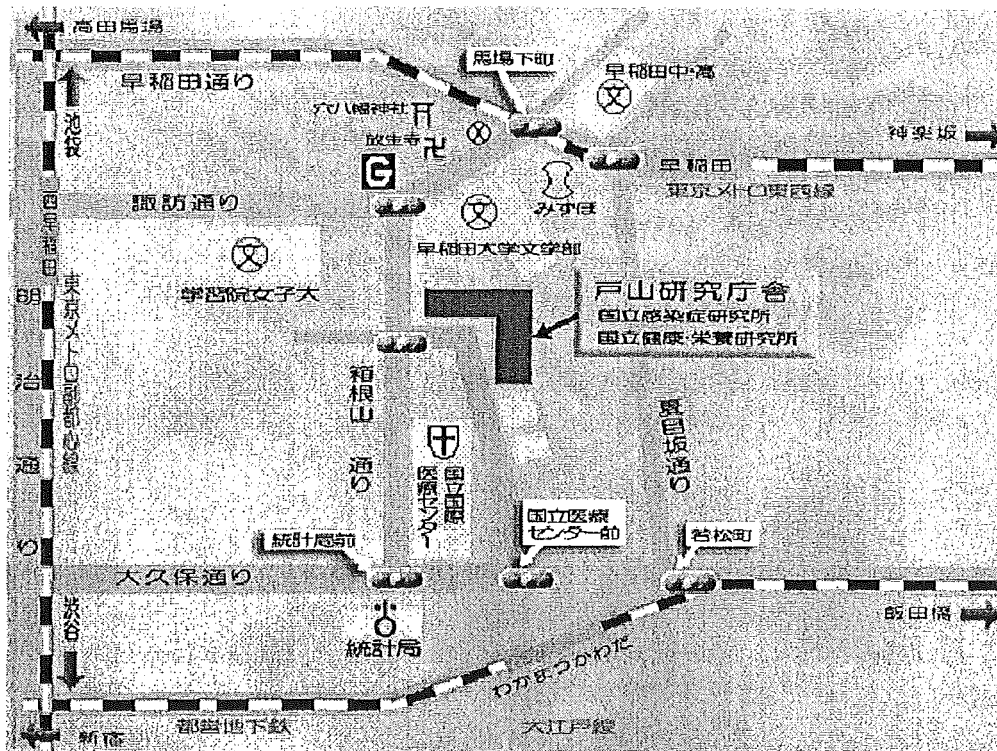
日時：平成 28 年 9 月 8 日 (木) 11 時～15 時 15 分
場所：国立感染症研究所 戸山庁舎 (2 階 共用第一会議室)
東京都新宿区戸山 1-23-1
定員：120 名

10:00～	受付開始	
11:00～	「開会の挨拶」	厚生労働省医政局地域医療計画課 国立感染症研究所細菌第二部部长 柴山 恵吾
11:10～	JANIS システム全体の説明	JANIS 事務局
11:45～	検査部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
12:30～13:30	休憩	
	(周辺に食堂等はありません。お手数ですが昼食は各自でご準備ください。)	
13:30～	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
14:00～	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
14:30～	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
15:00～	NICU 部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
15:15	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」
<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>



- 地下鉄東西線、早稲田駅下車 (徒歩 10分)
- 地下鉄大江戸線、若松河田駅下車 (徒歩 10分)
- 地下鉄副都心線、西早稲田駅下車 (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

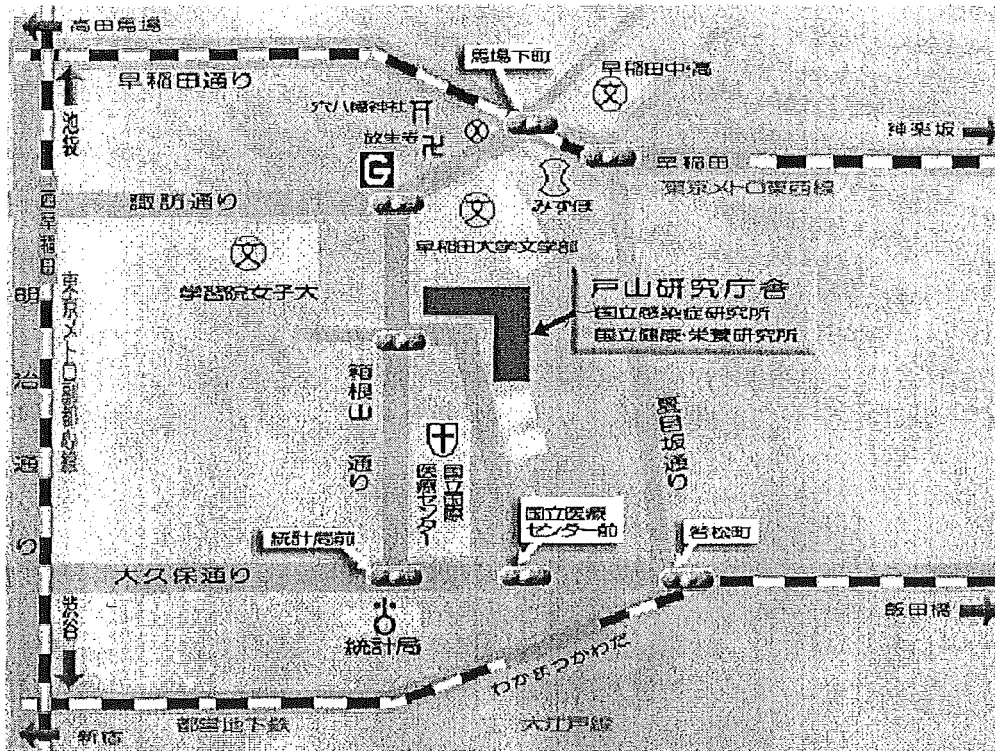
日時：平成 28 年 9 月 9 日 (金) 11 時～15 時 15 分
場所：国立感染症研究所 戸山庁舎 (2 階 共用第一会議室)
東京都新宿区戸山 1-23-1
定員：120 名

10:00～	受付開始	
11:00～	「開会の挨拶」	厚生労働省医政局地域医療計画課 国立感染症研究所細菌第二部部长 柴山 恵吾
11:10～	JANIS システム全体の説明	JANIS 事務局
11:45～	検査部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
12:30～13:30	休憩	
	(周辺に食堂等はありません。お手数ですが昼食は各自でご準備ください。)	
13:30～	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
14:00～	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
14:30～	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
15:00～	NICU 部門の概要と還元情報の見方	JANIS 事務局
15:15	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」
<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>



- 地下鉄東西線、早稲田駅下車 (徒歩 10 分)
- 地下鉄大江戸線、若松河田駅下車 (徒歩 10 分)
- 地下鉄副都心線、西早稲田駅下車 (徒歩 15 分)