

(健Ⅱ147F)

令和2年5月27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 菡 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2021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10月2日（金）までとしています。

なお、同事業の実施にあたり例年開催している説明会については、新型コロナウイルス感染症に係る状況に鑑み原則中止としています。開催できる見通しが立った場合はJANISホームページ等でお知らせするとしております。

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 0522 第 1 号  
令和 2 年 5 月 22 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 2020 年 1 月現在、2,358 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、2021 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 2020 年 10 月 2 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。

あわせて参加希望医療機関への周知方よろしくをお願いいたします。

なお、新型コロナウイルス感染症に係る状況を鑑み、今年度の説明会は原則中止としますが、開催できる見通しが立った場合は、JANIS ホームページ等でお知らせします。

(様式 1-1 検査部門)

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 2021 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)

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2021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、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)

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 2021 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 1-4 集中治療室部門)

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 2021 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、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)

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 2021 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>