

(健Ⅱ27F)

令和元年5月28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 菫 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2020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4日（金）までとしています。

また、同事業の実施にあたり、説明会を7月24日（水）、7月25日（木）および9月7日（土）に開催することとしており、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 0521 第 1 号  
令和元年 5 月 21 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 2019 年 1 月現在、2,261 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踏まえ、2020 年 1 月からの参加医療機関について、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、2019 年 10 月 4 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、参加希望医療機関向けの説明会を 7 月 24 日 (水)、7 月 25 日 (木) および 9 月 7 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。詳細は別添説明会開催案内をご参照ください。本通知につきましては、広く管内の参加希望医療機関へ周知いただきますようよろしくお願いいたします。

(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 2020 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2020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 1-3 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 2020 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、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 2020 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)

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 2020 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—6)

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2020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：2019年7月24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 嶋田 聡<br>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<br>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<br>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<br>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<br>「薬剤耐性菌と精度管理の現状 ～精度の確保を中心に～」<br>国際医療福祉大学 成田保健医療学部 医学検査学科 長沢 光章 先生 |  |
| 17:15       | 閉会   |  |

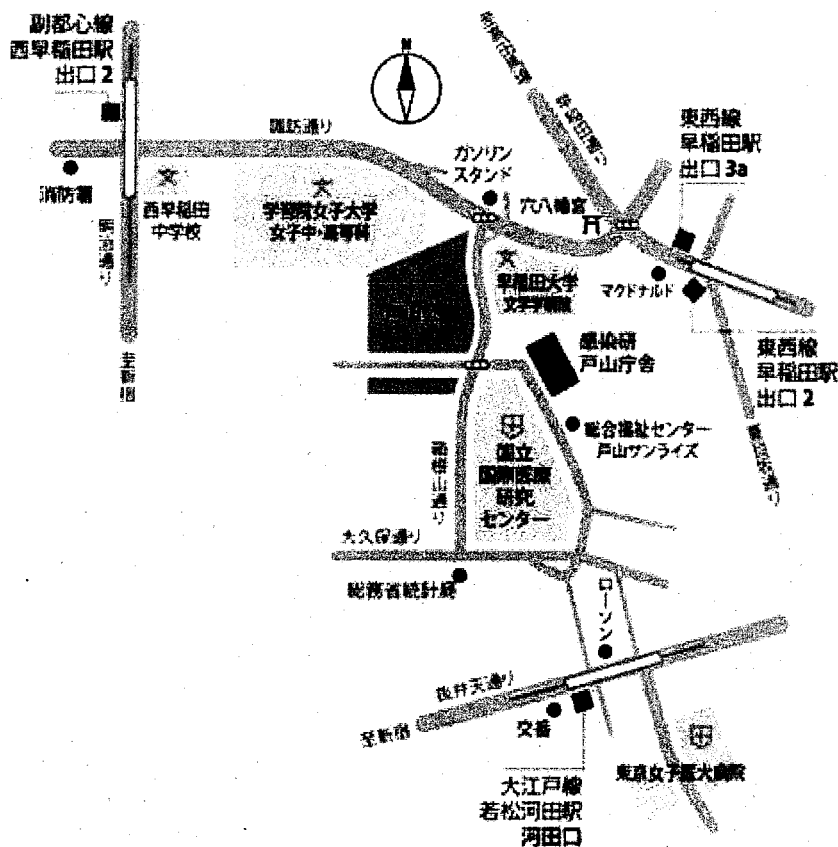
説明会への参加申し込みは、JANIS ホームページ「参加・脱退について」  
<https://janis.mhlw.go.jp/participation/index.html> 内、  
「JANIS のデータ提出・活用のために説明会」参加申込フォーム より  
お願いいたします。

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

**交通案内** 来場者用駐車場はありませんので、お車でのご来場はご遠慮願います。



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：2019年7月25日(木) 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 嶋田 聡<br>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<br>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<br>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<br>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<br>「臨床微生物の基礎 ～検体採取から報告まで～」<br>株式会社マイクロスカイラボ 柳沢 英二 先生 |  |
| 17:15       | 閉会  |  |

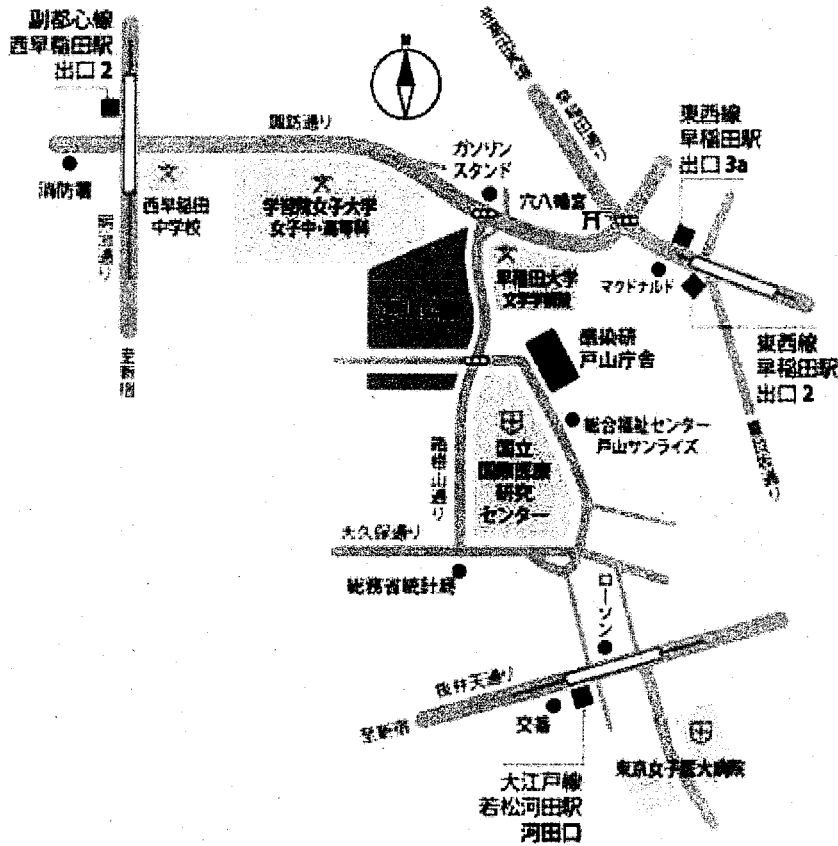
説明会への参加申し込みは、JANIS ホームページ「参加・脱退について」  
<https://janis.mhlw.go.jp/participation/index.html> 内、  
「JANIS のデータ提出・活用のために説明会」参加申込フォーム より  
お願いいたします。

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

**交通案内** 来場者用駐車場はありませんので、お車でのご来場はご遠慮願います。



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：2019年9月7日(土) 12時15分～16時30分

場所：アクロス福岡 4階 国際会議場

福岡県福岡市中央区天神1丁目1番1号

定員：200名

- 11:45～ 受付開始
- 12:15～ 「開会の挨拶」 厚生労働省健康局結核感染症課 上戸 賢  
国立感染症研究所薬剤耐性研究センター センター長 菅井 基行
- 12:25～ JANIS システム全体の説明 JANIS 事務局
- 12:55～ 検査部門の概要と還元情報の見方 JANIS 事務局
- 13:45～ 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
- 14:10～14:25 休憩
- 14:25～ 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
- 14:45～ 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
- 15:00～ NICU 部門の概要と還元情報の見方 JANIS 事務局
- 15:10～ 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
- 15:40～ 講演  
「院内感染・薬剤耐性対策に携わる人に今伝えたいこと」  
久留米大学病院 副院長  
久留米大学医学部 感染制御学講座 主任教授 渡邊 浩 先生
- 16:30 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>

西鉄「福岡天神駅」駅下車

徒歩 10分

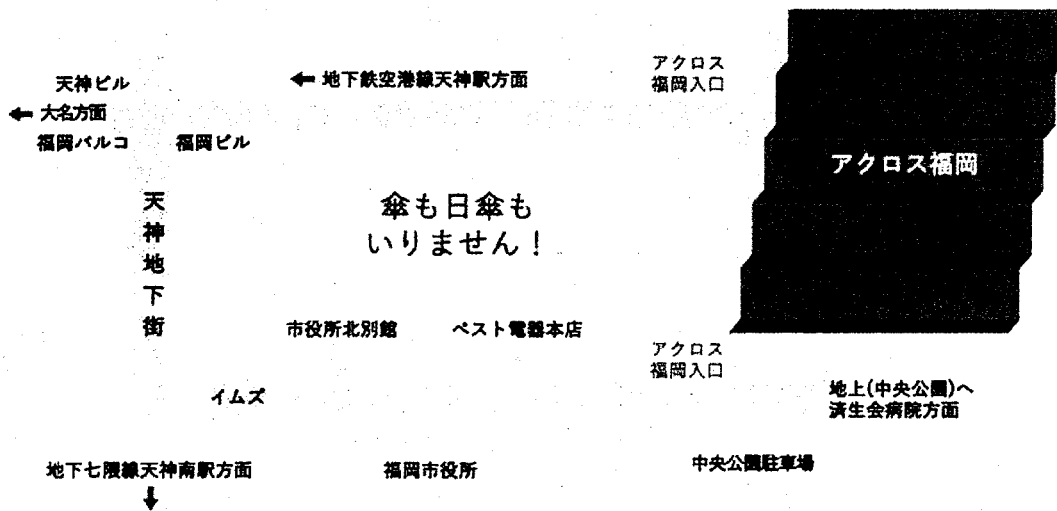
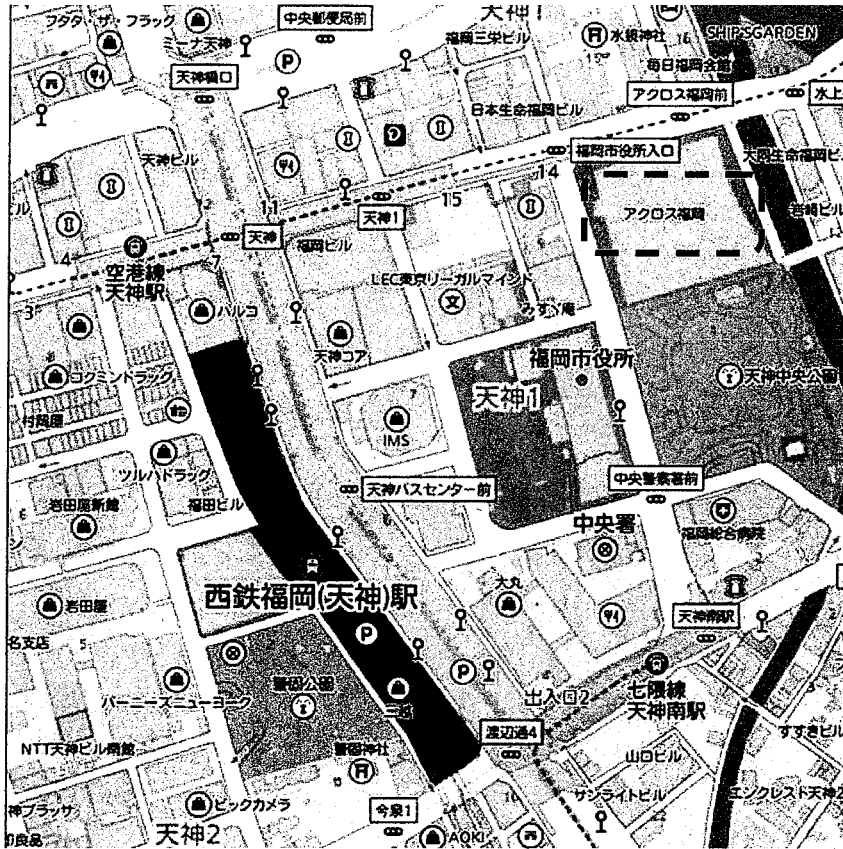
地下鉄空港線「天神」駅下車 (16番出口)

徒歩 5分

地下鉄七隈線「天神南」駅下車 (5番出口)

徒歩 7分

※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 ホームページの上部「参加・脱退」より「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「参加医療機関募集の案内」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 \(壁紙発0517第2号\) \(PDF: 1.35MB\)](#)

- ・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。  
 随時随時、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、あらためて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 *必須	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"/>
病院名称 *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 (SSI) 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	前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"/> <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衛生主管部局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。

<b>医療機関 参加部門の公表</b> *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      <b>④- (2)</b></p> <p><input type="radio"/> 公表を希望しない</p>
<b>ホームページURL</b>	<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。

<b>確認</b>	<b>リセット</b>
-----------	-------------

**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
<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	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。	
<b>印刷</b>	<b>戻る</b>

**!!! 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、病院長印を押印し衛生主管部局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。