

郡市医師会長様

一般社団法人静岡県医師会
会長 紀平幸一

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）長宛て標記通知が発出され、日本医師会感染症危機管理対策室長及び静岡県健康福祉部長より別添のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

本通知は、今般、薬剤耐性（AMR）対策アクションプランに基づき、医療機関の外来部門の薬剤耐性の動向を正確に把握する観点から、診療所が対象であることを明確化し、従来、毎年1月から参加募集を行っていたところ、毎月追加募集を行うこととなったものです。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本事業に新たに参加を希望する医療機関におかれましては、JANISホームページ内の実施要綱等をご参照の上、静岡県へ参加申込書を郵送（簡易書留）にてご提出ください。

記

1 提出書類

○様式1-1～1-5の参加申込書のうち該当様式 1部

※ JANISホームページの作成フォームで作成したものを提出してください。

【参加申込作成フォーム】 <https://janis.mhlw.go.jp/participation/additional.html>

- 様式1-1 検査部門
- 様式1-2 全入院患者部門
- 様式1-3 手術部位感染（SSI）部門
- 様式1-4 集中治療室（ICU）部門
- 様式1-5 新生児集中治療室（NICU）部門

○様式1-6（本事業の参加に当たり医療機関名非公表を希望する場合）（別添様式）1部

2 提出先

〒420-8601静岡県葵区追手町9番6号
静岡県健康福祉部医療局医療政策課 医務班 宛て
Tel 054-221-2417



医 政 第 89 号 - 2
令 和 4 年 4 月 8 日

一般社団法人静岡県医師会長 様

静岡県健康福祉部長

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 (通知)

本県の健康福祉行政につきましては、日頃から格別の御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、別添写しのとおり厚生労働省健康局結核感染症課長から通知がありましたのでお知らせします。

今般、薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプランに基づき、医療機関の外来部門の薬剤耐性の動向を正確に把握する観点から、診療所が対象であることを明確し、従来、毎年1月から参加募集を行っていたところ、毎月追加募集を行うこととなりました。つきましては、貴会会員の皆様に御周知願います。

なお、本事業に**新たに**参加を希望する医療機関におかれましては、J A N I S のホームページ (<https://janis.mhlw.go.jp/>) 内の実施要綱、各部門の概要等を参照の上、下記により、参加申込書を提出してください。

記

1 提出書類

- 様式1-1～1-5の参加申込書のうち該当様式 1部

※ J A N I S ホームページの作成フォームで作成したものを提出してください。

【参加申込作成フォーム】 <https://janis.mhlw.go.jp/participation/additional.html>

〔 様式1-1 検査部門 / 様式1-2 全入院患者部門
様式1-3 手術部位感染 (SSI) 部門 / 様式1-4 集中治療室 (ICU) 部門
様式1-5 新生児集中治療室 (NICU) 部門 〕

- 様式1-6 (本事業の参加に当たり医療機関名非公表を希望する場合) (別添様式) 1部

2 提出先

〒420-8601 静岡市葵区追手町9番6号
静岡県健康福祉部医療局医療政策課 医務班 宛て

担 当 医療局医療政策課 森田
電話番号 054-221-2417

健感発 0322 第 3 号
令和 4 年 3 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

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）は令和 4 年 1 月現在、2473 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、薬剤耐性(AMR)対策アクションプランに基づき、医療機関の外来部門の薬剤耐性の動向を正確に把握する観点から、診療所が対象であることを明確化。また従来、毎年 1 月から参加募集を行っていたところ、毎月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、自治体から各月の 15 日までに当職宛てにご提出いただいた医療機関について、翌月 15 日までにログイン情報通知書が届くように手配します（翌月 15 日までにログイン情報通知書が医療機関に届かない場合には、自治体と当該医療機関の間で、参加申込の状況の確認をお願い致します。そのため、参加申込書の郵送には記録の残る方法を推奨致します）。参加申し込みの翌々月から、医療機関にはサーベイランスデータを御提出頂きます。

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。

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事業（JANIS）に係る参加医療機関の追加募集について（健感発0517第2号）（PDF：1.35MB）](#)

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。
 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。
 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	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	
病院長名 *必須	
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	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"/> - <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。

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。</p> <p>・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>
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		
<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			
<p>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。</p> <table border="1"><tr><td>印刷</td><td>戻る</td></tr></table>		印刷	戻る
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、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。