

大阪府内医師会 御中

大阪府医師会
(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(依頼)

平素は、本会事業の推進に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

標記につきまして、このたび日本医師会と大阪府より通知がありました。

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。

今般の大阪府通知では、標記事業の参加方法等が記載されておりますことから、別添のとおりご案内いたします。

貴会におかれましてもご了解いただき、会員医療機関へのご周知をお願い申し上げます。

記

1 募集等掲載アドレス(保健医療企画課ホームページ 病院・診療所への通知等)

<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/tuuchi/r3-kunituuchi.html>

2 提出書類

(1) 院内感染対策サーベイランス各部門の参加申込書(様式1-1~1-5)

(2) 医療機関名非公表にかかわる理由書(様式1-6)

※この様式(1-6)は医療機関名の公表を希望しない場合にご提出ください。

(下記の注意事項3(2)をご参照ください。)

3 注意事項

(1) 参加申込書の記載について

①手書きの参加申込書は受付できません。

下記厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業参加申込書作成フォームで必要事項を入力し印刷してください。

②印刷した参加申込書を当課あて簡易書留等で郵送してください。

③押印は不要です

(2) 医療機関名非公表にかかわる理由書(様式1-6)の記載について
参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表されます。公表を希望しない場合にのみ、本様式「医療機関名非公表にかかわる理由書(様式1-6)」を参加申込書とあわせてお送りください。(医療機関名称、参加部門が公表されても支障のない場合は、本様式の提出は不要です。)

- 4 提出期限 毎月10日までに提出
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提出頂きます。
- 5 提出方法 必ず簡易書留等の郵送で提出してください。(FAXは不可)
- 6 提出先 〒540-8570(所在地の記入は不要)
大阪府健康医療部保健医療室
保健医療企画課医事グループ 担当:小田あて
- 7 問い合わせ先(政令中核市の場合は所管保健所まで)
連絡先:大阪府健康医療部保健医療室
保健医療企画課 医事グループ
TEL:06-6941-0351(内線2520)

◎JANISホームページ

<https://janis.mhlw.go.jp/index.asp>

【担当】 大阪府医師会 地域医療1課 (TEL:06-6763-7012)
