

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をお願いいたします。

(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 1-2 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 1-3 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 1-4 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

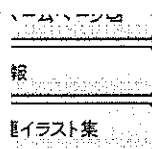
ICU

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。

■「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をお願いします。

- 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に参加している場合は、医療機関コード(数字7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	参加部門の追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。 ☐ 検査部門 ☐ 全入院患者部門 ☐ 手術部位感染(SSD)部門 ☐ 集中治療室(ICU)部門 ☐ 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。 _____ 床
所在地 *必須	〒 _____ 住所 _____
サーベイランス 責任者 *必須	氏名 _____ 氏名(フリガナ) _____ 所属 _____ 氏名 _____ 連絡先:E-mail _____ 連絡先:電話 _____

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。

The screenshot shows a web form with two main sections. The first section is titled '医療機関 参加部門の公表 *必須' (Medical Institution Participation Department Publicity *Required). It contains two radio buttons: '● 公表を希望する' (I want to publicize) and '○ 公表を希望しない' (I do not want to publicize). An arrow labeled '④- (2)' points to the 'I do not want to publicize' option. To the right of this section, there is explanatory text: '・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。' The second section is titled 'ホームページURL' (Homepage URL) and contains the text 'ホームページをお持ちの医療機関は入力してください。' followed by a text input field containing 'https://****@***.***'. Below the form, there are two buttons: '確認' (Confirm) and 'リセット' (Reset). An arrow labeled '⑤' points to the '確認' button. Below the buttons, there is a note: '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。' (When clearing input content, click the [Reset] button.)

- ⑥ 内容が正しければ「印刷」をクリックしてください。

The screenshot shows a confirmation screen. At the top, it says '6. 医療機関名・参加部門の公表' (6. Medical Institution Name・Participation Department Publicity). Below this, there is a checkbox labeled '□ 公表を希望しない' (Do not want to publicize). A note in parentheses explains: '(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。)' (We will publicize the name of the participating medical institution and the participation department in principle. If you do not want to publicize due to unavoidable circumstances, please check the oral statement and attach the 'Reason for Non-Publication of Medical Institution Name' (Form 1-6).). Below this, it says '7. ホームページURL' (7. Homepage URL) followed by a text input field containing 'http://*****@*****'. At the bottom right, there is a management number: '管理番号:20140804174901'. At the bottom, there is a note: '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。' (If you need to correct the input content, click the [Back] button.) Below this note are two buttons: '印刷' (Print) and '戻る' (Back).

!!! 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

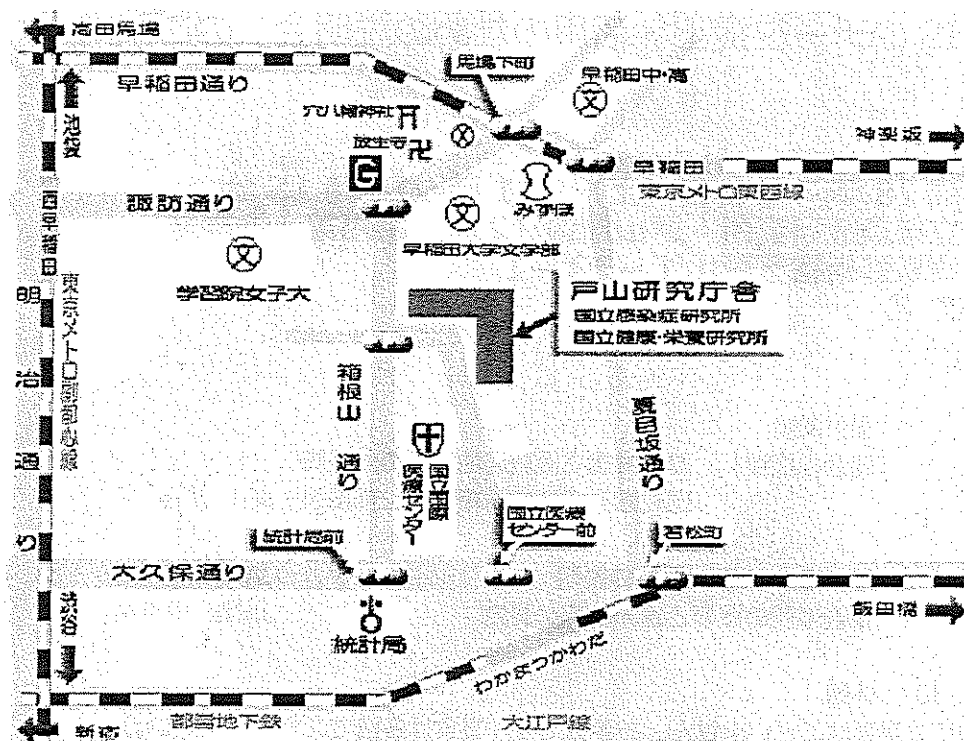
日時：平成 28 年 7 月 9 日 (土) 11 時～15 時 15 分
場所：国立感染症研究所 戸山庁舎 (2 階 共用第一会議室)
東京都新宿区戸山 1-23-1
定員：120 名

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	
	(周辺に食堂等はございません。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。

<周辺案内図>



地下鉄丸ノ内線、千代田線、日比谷線「霞ヶ関」駅下車
 出口 B3a、B3b（中央合同庁舎第5号館直通地下通路）、C1

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

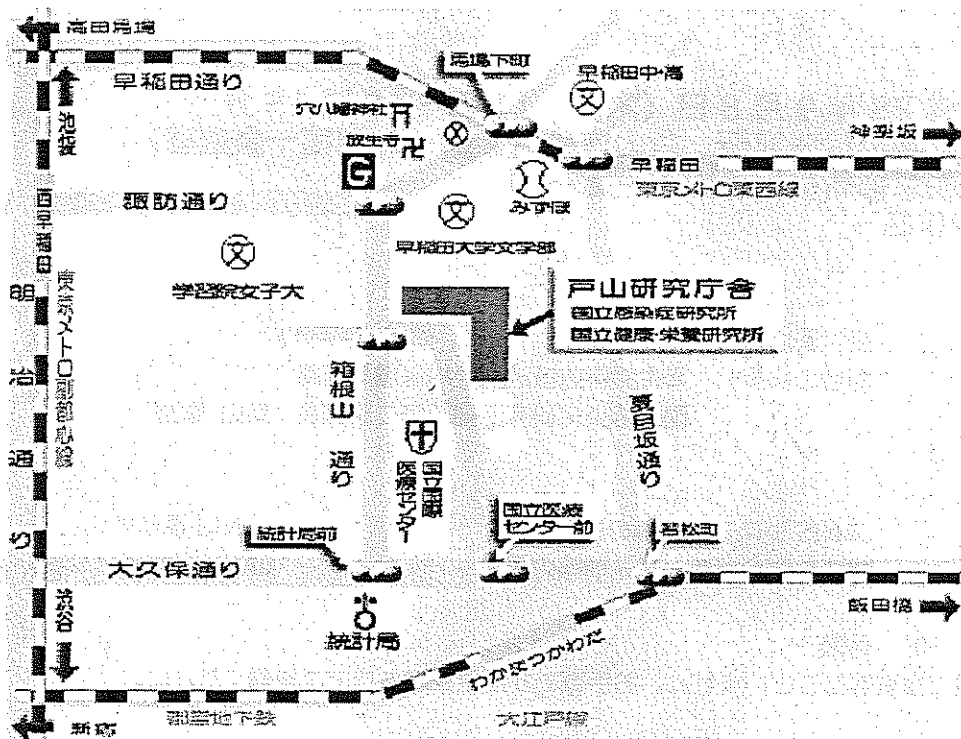
日時：平成 28 年 9 月 8 日 (木) 11 時～15 時 15 分
場所：国立感染症研究所 戸山庁舎 (2 階 共用第一会議室)
東京都新宿区戸山 1-23-1
定員：120 名

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	
	(周辺に食堂等はございません。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

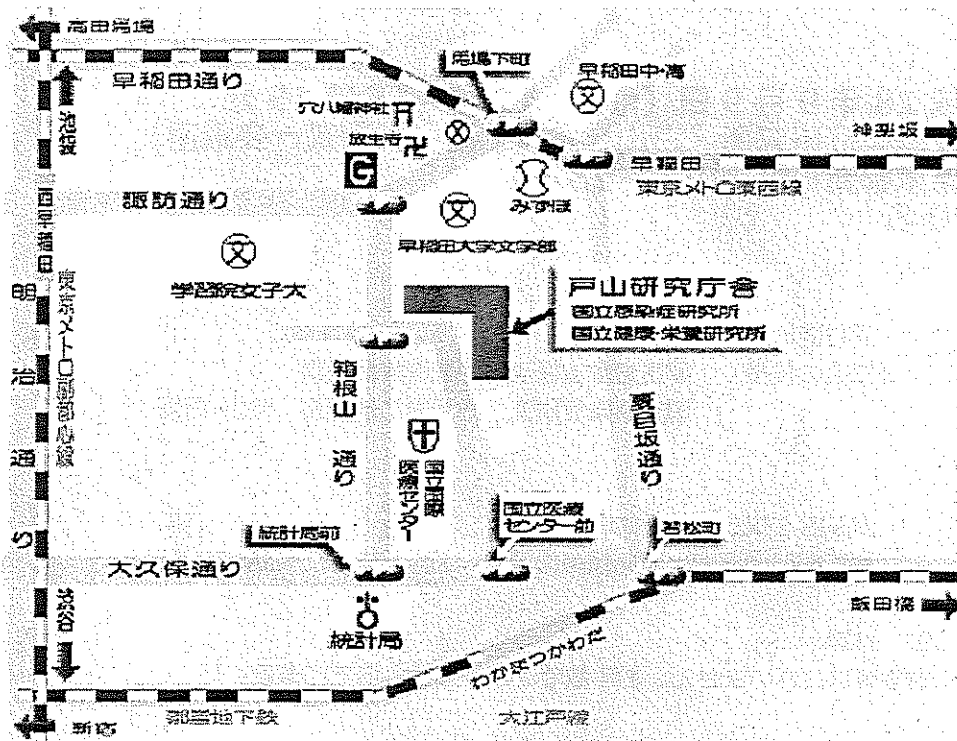
日時：平成 28 年 9 月 9 日 (金) 11 時～15 時 15 分
場所：国立感染症研究所 戸山庁舎 (2 階 共用第一会議室)
東京都新宿区戸山 1-23-1
定員：120 名

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	
(周辺に食堂等はございません。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)

検査部門

目的：細菌検査により各種検体から検出される主要な細菌の分離頻度およびその抗菌薬感受性を継続的に収集・解析し、医療機関における主要菌種・主要薬剤耐性菌の分離状況を明らかにする。

提出データ：細菌検査に関わる全データ

データ収集方法：細菌検査装置・細菌検査システムからのデータの抽出

提出方法：共通フォーマットに変換された抽出データの Web 送信

提出頻度：月 1 回

還元情報：Web 上で随時閲覧可能

- 月報、四半期報（4 回/年）並びに年報（1 回/年）
- 主な内容
 - 主要な菌および耐性菌の分離患者数推移
 - 主要な菌および耐性菌の分離率の昨年度全体データとの比較
 - 主要な菌および耐性菌の病棟別、検査材料別分離患者数
 - 主要な菌の薬剤感受性推移
 - （自施設における分離率と全参加医療機関の分離率との比較が可能）

参加要件：

1. データ抽出と提出の実務担当者を指名、配置できること。
2. 原則として自動検査機器装置による同定および微量液体希釈法による薬剤感受性結果を提出できること。
3. 提出する細菌検査データの精度管理ができる体制が適切に構築されていること。
4. 定期的にサーベイランスデータを提出し、原則として毎月 1 件以上の検体提出患者数を有すること。

全入院患者部門

目的：全入院患者を対象とし、主要な薬剤耐性菌*による感染症患者の発生率に関するデータを継続的に収集・解析し、医療機関における薬剤耐性菌による感染症の発生状況を明らかにする。これらの情報に基づいて全国の医療機関が実施する院内感染対策を支援する。

*対象とする薬剤耐性菌

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）
バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）
多剤耐性緑膿菌（MDRP）
ペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP）
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）
多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）
カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）

提出データ：

- ① 入院患者数：新規入院患者数、前月繰越入院患者数
- ② 感染症患者：患者識別番号、生年月日、性別、薬剤耐性菌名、感染症名、検体名、新規・継続の区別、報告日、入院日、検査日、診療科、病棟

データ収集方法：担当者が定期的に細菌検査室からの薬剤耐性菌検出者リストに基づいてサーベイランスシートを作成し、感染症と判定された患者のデータを診療録等から収集する。

提出方法：入力支援ソフト等を用い上記データを入力後、Web 送信する。

提出頻度：月 1 回

還元情報：Web 上で随時閲覧可能

- ・月報、並びに年報（1 回/年）
- ・主要内容：
 - 薬剤耐性菌による感染症患者数及び発生率（感染率・罹患率）
 - 診療科・病棟別感染症患者数
 - （自施設における発生率と全参加医療機関の発生率との比較が可能）

参加要件：

1. データ入力と提出の実務担当者を指名、配置できること。
2. 細菌検査室からの薬剤耐性菌検出者リスト提出や医師による判定基準に基づく感染症の診断など関連部署の協力による提出データの精度管理体制が適切に構築されていること。
3. 定期的にサーベイランスデータを提出すること。

手術部位感染 (SSI) 部門

目的：術後に発生する手術部位感染 (SSI) のリスク因子ごとの発生率やその原因菌に関するデータを継続的に収集・解析し、医療機関における SSI の発生状況を明らかにする。

提出データ：

- ① 選定した手術手技に該当する全手術症例：患者 ID、年齢、性別、手術手技、手術年月日、手術時間、創分類、ASA（アメリカ麻酔科医学会）スコア、緊急手術・埋入物・内視鏡使用・人工肛門造設、手術部位感染 (SSI) 発生の有無
- ② 選定した手術手技の SSI 症例：SSI 診断年月日、感染特定部位、検体、分離病原体

データ収集方法：上記①に関するデータは、診療録、手術記録等から収集する。
SSI ありと判定された症例に対して、上記②に関するデータを患者診察や診療録等から収集する。
収集する項目には必須と任意があり、必須項目を充たさないデータの提出は受け付けない。

提出方法：入力支援ソフトウェア等を用い上記データを入力後、Web 送信する。

提出頻度：年 2 回（2 月、8 月）

還元情報：Web 上で随時閲覧可能

- 半期報（2 回/年）、並びに年報（1 回/年）
 - 主な内容（すべての情報は手術の種類別に表示）
 - SSI 発生率
 - リスク因子群別 SSI 発生率
 - 原因菌分類
- （自施設における SSI 発生率と全参加医療機関の発生率との比較が可能）

参加要件：

1. データ入力と提出の実務担当者を指名、配置できること。
2. SSI 基準に沿った判定のできる医師または看護師等が、対象の手術患者の術後の継続的な SSI 発生の監視を実施する体制が構築されていること。
3. 定期的にサーベイランスデータを提出し、原則として毎月 1 件以上の対象手術手技件数を有すること。

集中治療室（ICU）部門

目的：集中治療室（ICU）で発生する３種類の院内感染症（人工呼吸器関連肺炎、カテーテル関連血流感染症、尿路感染症）の発生率やその原因菌に関するデータを継続的に収集・解析し、ICUにおける院内感染症の発生状況等を明らかにする。

提出データ：

- ①熱傷患者を除く全入室患者：患者識別番号、入室日時、退室日
- ②熱傷患者を除く感染症発症患者：①に加えて感染症発症日、感染症の種類、感染症の原因菌、感受性試験結果
（＊ デバイス日は収集せず）

データ収集方法：担当者（ICUの医療従事者または事務職員）が、各々の施設の状況に応じて作成した全入室患者のサーベイランスシートに基づいて必要な患者データを収集する。

提出方法：入力支援ソフト等を用い上記データを入力後、Web 送信する

提出頻度：年２回（２月、８月）

還元情報：Web 上で随時閲覧可能

- ・半期報（２回/年）、並びに年報（１回/年）
- ・主な内容

人工呼吸器関連肺炎発生率

カテーテル関連血流感染症発生率

尿路感染症発生率

感染症別原因菌分類

（感染症発生率はすべて在室日数によるリスク調整を行う。自施設における発生率と全参加医療機関の発生率との比較が可能）

参加要件：

- １．データ入力と提出の実務担当者を指名、配置できること。
- ２．ICUの管理責任者が内容の最終確認を行うなど、提出データの精度管理体制が適切に構築されていること。
- ３．定期的にサーベイランスデータを提出すること。

新生児集中治療室 (NICU) 部門

目的：新生児集中治療室 (NICU) で発生する院内感染症の発生率とその原因菌に関するデータを継続的に収集・解析し、NICU における院内感染症の発生状況等を明らかにする。

提出データ：

- ①入室患児数：出生体重群別入室患児数
- ②感染症発症患児：出生体重群・原因菌・感染症分類名
(出生体重群：1000g 未満、1000g-1499g、1500g 以上)
(原因菌：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌・メチシリン感性黄色ブドウ球菌・コアグラエゼ陰性ブドウ球菌・緑膿菌・カンジダ属・その他・菌不明)
(感染症分類：敗血症・肺炎・髄膜炎・腸炎・皮膚炎・その他)

データ収集方法：担当者が所定のサーベイランスシート等を用いて感染症患児のデータを随時収集する。

提出方法：上記データを Web 上で入力後、送信する。

提出頻度：年 1 回

還元情報：Web 上で随時閲覧可能

- ・年報 (1 回/年)
- ・主要内容

出生体重群別入院患児数

菌種別出生体重群別発症数および発生率

菌種別感染症別発症数および発生率

(自施設における発生率と全参加医療機関の発生率との比較が可能)

参加要件：

1. データ入力と提出の実務担当者を指名、配置できること。
2. 判定基準に基づく感染症の診断がなされ、提出データの精度管理体制が適切に構築されていること。
3. 定期的にサーベイランスデータを提出すること。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....