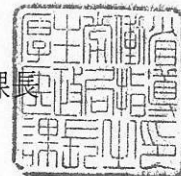




医政指発第0222001号
平成19年2月22日

各都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局指導課長



「院内感染対策サーベイランス」に係る参加医療機関の
募集について

医療機関における院内感染対策の推進については、かねてよりご高配をお願いしているところです。

厚生労働省では、平成12年度より「院内感染対策サーベイランス」を実施し、院内感染対策に係る情報を参加医療機関はもとより、広く一般に提供し、各医療機関における院内感染対策を支援してきたところです。

今般、本サーベイランスについて、先般の医療法改正を踏まえ、各医療機関内において実施される院内感染対策の推進を目的とした改善方策を支援する観点から、医療機関等への還元情報の見直しを行うこととし、平成19年7月からの参加医療機関の募集を行うこととしました。

つきましては、対象となりうる各医療機関に本事業の趣旨を周知いただき、別添様式により各医療機関から参加希望の提出を受けるとともに、とりまとめを行い平成19年3月23日(金)までに当局指導課長あてに提出願います。

なお、本サーベイランスの概要については、別添の「院内感染対策サーベイランス事業実施要綱」のとおりですが、対象医療機関につきましては、実施要綱の記載にあるとおり、当面の間は原則として200床以上の病院に限っております。また、これまで本サーベイランスに参加をしていた医療機関に関しましても、再度の登録をお願いいたします。

(別添様式)

平成19年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 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19年7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：
2. 病床数：
3. 所在地：(〒 ー)
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
 医療機関名・参加部門は公表しない

(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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなくこれを公開いたしません。)

以上

(別添様式)

平成19年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 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19年7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：
2. 所在地：(〒 —)
3. 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
4. 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
5. 医療機関名・参加部門の公表
 医療機関名・参加部門は公表しない

(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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなくこれを公開いたしません。)

以上

(別添様式)

平成 19 年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 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 19 年 7 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 :
2. 所在地 : (〒 —)
3. 手術部位感染 (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
4. 手術部位感染 (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
5. 医療機関名・参加部門の公表
 医療機関名・参加部門は公表しない

(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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなくこれを公開いたしません。)

以上

(別添様式)

平成19年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 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19年7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 :
2. 所在地 : (〒 ー)
3. 集中治療室 (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
4. 集中治療室 (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
5. 医療機関名・参加部門の公表
 医療機関名・参加部門は公表しない

(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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなくこれを公開いたしません。)

以上

(別添様式)

平成 19 年 月 日

厚生労働省医政局指導課長 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 19 年 7 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 :
2. 所在地 : (〒 —)
3. 新生児集中治療室 (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
4. 新生児集中治療室 (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
5. 医療機関名・参加部門の公表
 医療機関名・参加部門は公表しない

(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。公表を希望しない時のみ□内に✓印を記入してください。参加医療機関の名称及び参加部門以外の個別の医療機関等の同定を可能とするデータは、参加医療機関の了承を得ることなくこれを公開いたしません。)

以上

院内感染対策サーベイランス事業実施要綱

制定：平成19年2月22日

第1 趣旨及び目的

院内感染対策サーベイランス事業（以下「本サーベイランス」という。）については、平成12年から本サーベイランスの趣旨に賛同して参加を希望した医療機関（以下「参加医療機関」という。）の協力を得て、医療機関における院内感染対策を支援するため実施されてきたところである。

平成18年6月に「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、平成19年4月より医療法第6条の10に基づき、安全管理や院内感染対策のための体制整備がすべての医療機関に義務づけられることとなる。

本サーベイランスは、各医療機関内において実施される感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善方策を支援するため、全国の医療機関における院内感染の発生状況、薬剤耐性菌の分離状況及び薬剤耐性菌による感染症の発生状況等に関する情報を提供することを目的として実施するものである。

第2 実施主体

実施主体は、国とする。ただし、その業務の一部を適当な者に委託することができる。

第3 実施体制の整備

1 厚生労働省医政局指導課

厚生労働省医政局指導課は、参加医療機関より提出されたデータを集計し、解析評価を加えた情報を参加医療機関に定期的に還元する。また、院内感染対策に関する学識経験者からなる院内感染対策サーベイランス運営委員会を組織する。

2 院内感染対策サーベイランス運営委員会

本サーベイランスの適切な運営を図るため、参加医療機関より提出されたデータの精査等を行う。