

医 第1909号  
令和3年8月5日

各保健所設置市衛生主管部（局）長 殿

神奈川県健康医療局保健医療部長  
（公 印 省 略）

令和3年度院内感染対策講習会について（依頼）

本県の保健医療行政の推進につきましては、日頃からご理解、ご協力をいただきお礼申し上げます。

標記のことについて、別添のとおり令和3年7月30日付け医政発0730第20号により厚生労働省医政局長から依頼がありましたので、貴市所管の**病院、診療所及び助産所**に本講習会の趣旨をお知らせいただき、受講希望をとりまとめて、**令和3年8月31日（火）（必着）**までに講習会①～③に係る受講申込書（別紙1）を当部医療課あてご提出ください。

昨年度と同様、今年度も講習会の開催形式が集合形式からオンデマンド形式の動画配信となっていますが、講習会①～③については、令和元年度までと同様、各対象医療機関からの申込みを基に本県で選考のうえ推薦を行います。講習会④については、昨年度と同様、医療機関等に勤務するすべての医療従事者が受講できることとされています。

周知の際は、県において推薦が必要な講習会が次の①～③であること及び**医療機関から厚生労働省又は県医療課への受講申込書の直接提出は受け付けないこと**について、注意喚起をお願いします。

種類	配信予定期間	内 容	対象者の勤務する施設
①	令和3年11月頃～ 令和4年2月頃	特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会（詳細は別紙1参照）	特定機能病院
②	令和3年11月頃～ 令和4年2月頃	院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会（詳細は別紙2参照）	地域において指導的立場を担うことが期待される病院等
③	配令和3年11月頃～ 令和4年2月頃	②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機	地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、

		関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会（詳細は別紙3参照）	無床）、助産所等
④	令和3年7月30日 ～	医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会（詳細は別紙4参照）	すべての医療機関

※ 毎年、受講申込書については各医療機関からの記載に誤りや不明瞭な点（メールアドレスの英数字が判別不能など）が散見されることから、貴部署における取りまとめの際に提出元の医療機関に確認される等、ご配慮いただくようお願いします。

※ また、受講申込書における医療機関の名称については、「正式名称（冒頭に法人名が入るかなど）」を記載する点もあわせて注意喚起をお願いします。

問合せ先  
医療課法人指導グループ 田中  
電話 045-210-1111 内線 4869

## (別紙1)

- ① 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

項目	内容
配信予定期間	令和3年11月頃 ～ 令和4年2月頃
方法	オンデマンド形式の動画配信によるオンライン研修(eラーニングシステム)
対象者	特定機能病院において院内感染対策を実施する医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師であって、施設長の推薦する者
本県の推薦枠	8名
申込上の留意点	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 受講申込書は必ず受講者本人が記入してください。</li><li>・ eラーニングシステムのURL、ID・パスワードは本講習会事務局から受講対象者に連絡する予定です。</li><li>・ 受講申込書を基に受講証書を発行(eラーニングシステムより電子交付)するので、誤字・脱字がないように記載してください。</li><li>・ 受講申込書における医療機関様の名称は「正式名称(冒頭に法人名称を記載するかなど)」で記載してください。</li><li>・ 受講申込書の様式は、【特定機能病院】用を使用してください。</li><li>・ 受講決定通知は、本年10月以降を目途に予定しています。</li><li>・ <u>受講者決定後の受講者の変更は、原則として認めません。</u></li><li>・ <u>代理受講については一切認めません。</u></li></ul>

## (別紙2)

- ② 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

項目	内容
配信予定期間	令和3年11月頃～令和4年2月頃
方法	オンデマンド形式の動画配信によるオンライン研修（eラーニングシステム）
対象者	院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者 ・ <u>施設内感染について指導的立場を担う者</u> （又は指導的立場を担う予定の者） ・ <u>院内感染対策委員会やインфекション・コントロール・チーム等の感染制御に関する施設内組織に所属する者</u> （又は感染制御に関する施設内組織に所属する予定の者）
本県の推薦枠	74名
申込上の留意点	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 受講申込書は必ず受講者本人が記入してください。</li><li>・ eラーニングシステムのURL、ID・パスワードは本講習会事務局から受講対象者に連絡する予定です。</li><li>・ 受講申込書を基に受講証書を発行（eラーニングシステムより電子交付）するので、誤字・脱字がないように記載してください。</li><li>・ 受講申込書における医療機関様の名称は「正式名称（冒頭に法人名称を記載するかなど）」で記載してください。</li><li>・ 受講申込書の様式の一番下の欄については、②にしるしを付して提出してください（ただし、②、③両方希望しても差し支えありません。その場合は、<u>受講希望順位を必ず記載してください。</u>）。</li><li>・ 受講決定通知は、本年10月以降を目途に予定しています。</li><li>・ <u>受講者決定後の受講者の変更は、原則として認めません。</u></li><li>・ <u>代理受講については一切認めません。</u></li></ul>

## (別紙3)

③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

項目	内容
配信予定期間	令和3年11月頃 ～ 令和4年2月頃
方法	オンデマンド形式の動画配信によるオンライン研修（eラーニングシステム）
対象者	地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、無床の別に関わらず）又は助産所に勤務する者であって、施設長の推薦する者
本県の推薦枠	112名
申込上の留意点	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 受講申込書は必ず受講者本人が記入してください。</li><li>・ eラーニングシステムのURL、ID・パスワードは本講習会事務局から受講対象者に連絡する予定です。</li><li>・ 受講申込書を基に受講証書を発行（eラーニングシステムより電子交付）するので、誤字・脱字がないように記載してください。</li><li>・ 受講申込書における医療機関様の名称は「正式名称（冒頭に法人名称を記載するかなど）」で記載してください。</li><li>・ 受講申込書の様式の一番下の欄については、③にしるしを付して提出してください（ただし、②、③両方希望しても差し支えありません。その場合は、<u>受講希望順位を必ず記載してください。</u>）。</li><li>・ 受講決定通知は、本年10月以降を目途に予定しています。</li><li>・ <u>受講者決定後の受講者の変更は、原則として認めません。</u></li><li>・ <u>代理受講については一切認めません。</u></li></ul>

(別紙4)

④ 医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会

項目	内容
配信予定期間	令和3年7月30日～
方法	オンデマンド形式の動画配信によるオンライン研修 (YouTube)
対象者	医療機関等に勤務するすべての医療従事者
本県の推薦枠	なし (希望者は全員視聴可能)
申込上の留意点	<ul style="list-style-type: none"><li>厚生労働省ホームページの医療機関向け情報 (治療ガイドライン、臨床研究など) 「2. 感染拡大防止に関する事項」 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00111.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00111.html</a>) に掲載しているので、ホームページ上の講義資料 (講義スライドやテキスト) を適宜印刷した上で受講してください。</li></ul>

医政発0730第20号  
令和3年7月30日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長  
( 公 印 省 略 )

令和3年度院内感染対策講習会について（依頼）

院内感染対策の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申しあげます。

今般、院内感染対策の一環として、医療従事者を対象に、院内感染対策について理解を深めることを目的とした講習会を別添1「令和3年度院内感染対策講習会実施要領」によりオンデマンド形式の動画配信で実施することとしたので通知します。

令和2年度に引き続いて令和3年度も「新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会」を実施しており、厚生労働省ホームページ（※）に掲載していますので、各医療機関等に周知いただくようよろしくお願いいたします。

その他の講習会については別添1の要領の通り都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定して実施します。貴職におかれましては、各医療機関等に本講習会の趣旨を周知するとともに、受講希望者の推薦について、別添2「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」を参考に各医療機関等の受講申込書を取りまとめの上、下記の通り提出をお願いします。

なお、厚生労働省所管の国立ハンセン病療養所に対しては貴職より周知いただく必要はありません。

（※）医療機関向け情報（治療ガイドライン、臨床研究など）「2. 感染拡大防止に関する事項」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00111.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00111.html)

## 記

1. 提出内容：別紙1、別紙3-1、別紙3-2
2. 提出期限：令和3年9月17日（金）
3. 提出方法：電子メール（別紙3-1、別紙3-2）
4. 提出先：厚生労働省医政局地域医療計画課  
院内感染講習会担当  
住所：東京都千代田区霞が関1-2-2  
E-mail: innai-kansen@mhlw.go.jp

### 照会先

厚生労働省医政局地域医療計画課  
院内感染対策講習会担当  
電話：03-3595-2185（直通）  
メール：innai-kansen@mhlw.go.jp



## 令和3年度院内感染対策講習会実施要領

### <講習会の目的について>

- 近年、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、多剤耐性緑膿菌、多剤耐性アシネトバクター及びノロウイルスをはじめとした各種の病原体に起因する院内感染や、医療技術の高度化による感染症に対する抵抗力が比較的低い患者の増加などが発生しています。
- また、中華人民共和国湖北省武漢市で最初に報告された新型コロナウイルス感染症は、令和2年1月31日に世界保健機関（WHO）の緊急事態宣言が発出され、それ以降も新型コロナウイルスによる感染症は世界的に拡大し、日本国内においては、令和2年4月7日に新型インフルエンザ等対策特別措置法第32条に基づく「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」が発令される事態となり、医療機関においても、新型コロナウイルス感染症の院内感染が疑われる事例が多数報告されたところです。
- 本講習会は、こうした状況の中、最新の科学的知見に基づいた適切な知識を医療従事者へ伝達することで、院内感染対策の更なる徹底を図ることを目的として実施するものです。

### <講習会の内容について>

- 本講習会は、例年実施している講習会（対象者が担う役割に応じて①～③の3つに区分して実施）に加えて、令和2年度から④新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会を継続しています。
- 本講習会は、集合研修ではなく、オンデマンド形式の動画配信によるオンライン研修（①②③はeラーニングシステム、④はYouTube）として実施します。
- 各講習会の配信開始時期については、随時ご案内します。

### ○講習会①（特定機能病院向け）

※ 特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

配信予定：11月頃～翌年2月頃

講義内容（予定）：

- (1) デバイス関連感染防止対策
- (2) 手術部位感染防止対策
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 院内感染関連微生物とその国内外の疫学
- (5) 微生物検査法とその活用
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク：対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政（特に保健所）との連携
- (8) 院内感染対策における特定機能病院の役割
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動
- (11) AMR 対策アクションプラン

### ○講習会②（地域において指導的立場を担うことが期待される病院向け）

※ 院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

配信予定：11月頃～翌年2月頃

講義内容（予定）：

- (1) デバイス関連感染防止対策とサーベイランス
- (2) 手術部位感染防止対策とサーベイランス
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 洗浄・消毒・滅菌
- (5) 院内感染関連微生物とその検査法
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク：対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政（特に保健所）との連携
- (8) 院内感染対策における中核的医療機関の役割
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動
- (11) AMR 対策アクションプラン

### ○講習会③（地域の医療連携体制が求められる病院、診療所、助産所等向け）

※ 講習会②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

配信予定：11月頃～翌年2月頃

講義内容（予定）：

- (1) 標準予防策と経路別予防策
- (2) 院内感染サーベイランス（デバイス関連感染・症候群）
- (3) 洗浄・消毒・滅菌
- (4) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (5) 血液体液曝露対策とワクチンプログラム
- (6) 院内感染関連微生物とその検査法
- (7) インフルエンザやノロウイルス感染症などのアウトブレイク対策
- (8) 院内感染対策における行政（特に保健所）との連携
- (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用

#### ○講習会④（新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会）

※ 医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会

配信予定：7月30日～

講義内容：

- COVID-19：臨床像、画像、経過
- 感染対策
  - ・ COVID-19 の環境整備・个人防护具の適正使用
  - ・ 環境消毒
  - ・ 発熱外来、専用病床・疑似症病床における新型コロナウイルス感染症対策
  - ・ 非 COVID 病床/病院における感染対策
  - ・ 院内感染発生時の初期対応

#### <講習会の対象について>

##### ○講習会①：

特定機能病院において院内感染対策を実施する医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師であって、当該施設長の推薦する者。

##### ○講習会②：

院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として当該施設長の推薦する者。

##### ○講習会③：

地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、無床の別に関わらず）又は助産所に勤務する者であって、当該施設長の推薦する者。

○ 講習会④：医療機関等に勤務するすべての医療従事者。

#### <講習会①、②、③の受講者の推薦及び決定について>

都道府県及び厚生労働省医政局医療経営支援課（以下「都道府県等」という。医療経営支援課については、国立ハンセン病療養所に勤務する者の推薦のみ行う。）は、「2. 対象」で定める対象のうちから院内感染対策の推進に当たって効果の期待できる者を推薦者として選考し、厚生労働省医政局長に推薦するものとします。厚生労働省医政局長は、都道府県等から推薦のあった者の中から受講者を決定し、都道府県等に通知します。

#### <講習会①、②、③の受講者数について>

① 174人、② 800人、③ 1,500人を予定しています。

※ 講習会④は厚生労働省ホームページ上に掲載しており受講者数の制限はありません。

#### <実施者について>

○ 本講習会は、厚生労働省委託事業として、「一般社団法人日本環境感染学会」が実施します。

#### <受講方法について>

##### ○ 講習会①、②、③

● 受講者は、eラーニングシステムより、各講習会にアクセスし、講義資料（講義スライドやテキスト）を適宜印刷した上で受講してください。

※ 受講は無料となっており、配信期間中ならいつでも何度でも受講可能です。

※ 本講習会は、講習会①、②、③については講習会ごとに、受講を修了した受講者に対し、eラーニングシステムより受講証書を電子交付します。受講の終了には講習会ごとに用意しているテストを受験し合格することが必要です。

※ eラーニングシステムのURL、IDとパスワードは受講対象者に別途ご連絡します。

● 講習会ごとにアンケートを用意していますので、回答にご協力ください。

##### ○ 講習会④

厚生労働省ホームページの医療機関向け情報（治療ガイドライン、臨床

研究など) 「2. 感染拡大防止に関する事項」 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00111.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00111.html)) に掲載しています。ホームページ上の講義資料(講義スライドやテキスト)を適宜印刷した上で受講してください。

#### <講習会①、②、③に関する質問について>

○ 講習会内容に対して講師にご質問がある場合は、専用サイトの「講師への質問」ページに記載のメールアドレス宛に、タイトルに講習会名を記載し、本文に所属の医療機関名、氏名を明記の上、送付してください。

※ 質問は、原則として、個人ではなく所属の医療機関がまとめて行ってください。

※ 質問の受付期間は動画配信日より3ヶ月以内とします。

※ 受け付けた質問については、講師が全ての質問の中から、代表的な質問を選定し、匿名化した上で、eラーニングシステムにQ&Aとして回答を掲載します。

#### <全般的な質問について>

○ 院内感染対策講習会に関する全般的な質問は以下のメールアドレスまで送付してください。

一般社団法人日本環境感染学会 事務局担当者 宛

E-mail:jsipc@kankyokansen.org

## 院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項

### 【対象施設に対する周知と受講者の推薦について】

- 本講習会は令和2年度からオンライン研修で実施している。内容に応じて以下の通り講習会①から④の4つに分けており、そのうち講習会①から③は推薦を受けた者のうちから受講者を決定してeラーニングシステムで実施する。講習会④は厚生労働省ホームページ上に掲載しており受講者の推薦は不要である。対象者の整理は以下のとおりである。

講習会①：特定機能病院の院内感染対策の推進及び近隣医療機関等への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会

<対象者>

特定機能病院において院内感染対策を実施する医師、  
歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師であって、  
当該施設長の推薦する者。

講習会②：院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会

<対象者>

院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが  
期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師又は  
臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を  
担う者として施設長の推薦する者。

講習会③：②の受講対象となる医療機関と連携し、地域における各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会

<対象者>

地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、無床  
の別に関わらず）又は助産所に勤務する者であって、施設長の  
推進する者。

講習会④：医療機関等に勤務するすべての医療従事者への新型コロナウイルス感染症に関する情報の伝達を目的とした講習会

\*本講習会は厚生労働省ホームページの医療機関向け情報（治療ガイドライン、臨床研究など）「2. 感染拡大防止に関する事項」（[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431\\_00111.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00111.html)）に掲載している。

＜対象者＞  
医療機関等に勤務するすべての医療従事者。

- 本講習会の受講者の募集に際し、都道府県内全ての対象となる医療機関に対して周知を図ること（各都道府県から管内医療機関への周知の段階で、特定の施設に対象を限定することのないようにすること）。
- 特に過去に本講習会の受講実績のない施設や小規模な施設に対して、積極的な参加が促されるよう周知を図ること。
- 厚生労働省所管の国立ハンセン病療養所の職員については、当省の担当課を通じて別途申請を受けることとしており、各都道府県の推薦枠による推薦は必要ないことについて留意すること。
- 独立行政法人国立病院機構に属する病院、独立行政法人国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人地域医療機能推進機構に属する病院の職員については、各都道府県の推薦枠による推薦を受けることとなっているので、周知の漏れ等が無いように留意すること。

#### 【対象施設における選考について】

- 講習会①、②又は③の対象となる各施設の長は推薦者（以下「施設推薦者」という）を決定し、所定の受講申込書（別紙1）により各都道府県に申請すること（職種別に様式が異なるため留意すること。）。  
ただし、講習会②については、次に掲げる要件のいずれかに該当する医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師であること。
  - ・ 施設内感染について指導的立場を担う者（又は指導的立場を担う予定の者）
  - ・ 院内感染対策委員会やインフェクション・コントロール・チーム等の感染制御に関する施設内組織に所属する者（又は感染制御に関する施設内組織に所属する予定の者）

- 受講申込書を基に受講証書を発行するので、誤字・脱字のないようにすること（原則として、受講申込書の記載ミスによる受講証書の再発行はしない。）。  
また、受講申込書の様式の一番下の欄については、対象として該当する講習会にするし（講習会②又は③の両方とも対象として該当する場合は、受講希望順位）を付して提出すること。

#### 【各都道府県における選考について】

- 各都道府県においては、講習会①、②又は③に関する施設推薦者に各々優先順位を付して取りまとめ、都道府県推薦者として決定すること。
- 都道府県推薦者の決定に当たっては、以下に掲げる事項や各都道府県の実情等を十分に考慮すること。
  - ・ 昨年度までに受講実績のない施設の職員が受講可能となるよう、都道府県推薦者の取りまとめに際して十分配慮すること。
  - ・ 都道府県推薦枠（別紙2：講習会①については各施設2名に設定し、講習会②及び③については昨年度の受講希望者数及び受講決定者数等を参考に各都道府県別に設定したもの）の範囲内で都道府県推薦者を決定すること。なお、同一人物が講習会②及び③の両方とも推薦されることが無いように決定すること（講習会②と③は講習目的、対象者を異にするが、講習内容に類似する部分があることが想定されるため。）。
  - ・ 特定の施設に推薦者が集中しないよう、都道府県において必要な調整を行うこと。例えば、より多くの施設の職員が受講可能となるよう、講習会②及び③においては、同一施設からの推薦は原則として（職種を問わず）1名（病院については、講習会②と③それぞれ1名ずつとしても良い）とし、受講希望者が少ない等の理由により推薦枠に余裕がある場合には、同一施設から複数の職員を推薦することも差し支えないこととすること。
- 都道府県、特別区、保健所設置市の衛生関係部局（感染症、医療監視担当等）の職員についても講習会②③の都道府県推薦者として差し支えないこと（講習会②については、医師、看護師、薬剤師又は臨床検査技師の資格を有する者に限る。）。この場合、本講習会の趣旨に鑑み、本来の受講対象者である管内医療機関等の職員の参加が不当に妨げられないよう十分に配慮すること。

#### 【厚生労働省への申請について】

- 各都道府県においては、決定した都道府県推薦者について、所定の都道府県推薦者一覧（別紙3-1）により厚生労働省に申請すること。



- 都道府県推薦者一覧の作成に当たっては、以下に掲げる事項に特に留意すること。
  - ・ 都道府県推薦枠を超える推薦は認めないこと。
  - ・ 都道府県推薦者一覧は、厚生労働省における受講者決定の事務処理等に使用するので、受講申込書の記載内容と一致するよう十分確認すること（原則として、都道府県推薦者一覧への転記ミス等による受講証書の再発行はしない。）。
  - ・ 講習会①、②及び③で分けて記載すること。
- 上記により作成した都道府県推薦者一覧に従い受講申込書を取りまとめ（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、その他別とし、一覧表に記載された推薦者の順番と受講申込書の順番を必ず一致）のうえ提出すること（順番が一致していない場合は、再提出を求める場合がある。）。
- 今後の参考とするため、施設推薦者数についても（別紙3-2）により併せて報告すること。
- 原則として、提出期限以降の推薦（追加・変更を含む。）は認めない。

#### 【受講者決定及び受講について】

- 原則として都道府県推薦のとおり受講者を決定する予定であり、各都道府県に対する受講者決定通知は本年10月を目途に予定している。なお、eラーニングシステムのURL、IDとパスワードは本講習会の事務局から受講対象者に連絡する。
- 本講習会はeラーニングシステムによるオンデマンド形式のオンライン研修であり、受講証書は受講修了した受講者に対し、eラーニングシステムより電子交付する。  
受講の終了には講習会ごとに用意しているテストを受験し合格することが必要である。
- 都道府県は、施設推薦者の所属する全ての施設の長に対し、受講の可否について通知すること。この際、受講者決定に漏れた施設推薦者の所属する施設の長に対しても、その旨確実に通知すること。
- 受講者決定後の受講者の変更の取り扱いについては、以下に掲げる事項に特に留意すること。

- ・ 受講者決定後における受講者の変更は、原則として認めないこと（例年、受講者決定後の受講者の辞退又は変更が相次いでおり、講習会直前まで受講者が確定しないケースが散見される。）。
  - ・ 止むを得ない事由により、受講決定者より辞退する旨の連絡が事前にあった場合、その旨を速やかに各都道府県から厚生労働省医政局地域医療計画課へ連絡すること。
- 代理受講については一切認めないので、その旨受講決定者に対し周知すること。

<照会先>

厚生労働省医政局地域医療計画課  
院内感染講習会担当  
電話：03-3595-2185（直通）  
メール：innai-kansen@mhlw.go.jp

## 院内感染対策講習会【医師】受講申込書 【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)		男・女
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
医師免許	医籍登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			診療科	
臨床経験年数	年			
感染制御に関する 学会認定等の有無	無 ・ 有 ( )			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有	備考		

## ※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。  
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

## 院内感染対策講習会【看護師】受講申込書 【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)		男・女
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
看護師免許	登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			配属診療科	
臨床経験年数	年			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有		備考	

**※受講申込者の方へ**

各都道府県で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。  
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付  
 及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

別紙 1

NO. \_\_\_\_\_

## 院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書 【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日		年月日(歳)	男・女
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
薬剤師免許	名簿登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			業務内容	
臨床経験年数	年			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有		備考	

## ※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

別紙 1

NO. \_\_\_\_\_

## 院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)	男・女	
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
歯科医師免許	歯科医籍 登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			診療科	
臨床経験年数		年		
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無		無 ・ 有	備考	

## ※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。  
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

別紙 1

NO. \_\_\_\_\_

## 院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書 【特定機能病院】

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)	男・女	
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
技師免許	登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			配属部署	
勤務年数	年			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有		備考	

**※受講申込者の方へ**

各都道府県で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定します。  
 受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付  
 及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

## 院内感染対策講習会【医師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日		年月日(歳)	男・女
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
医師免許	医籍登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			診療科	
臨床経験年数	年			
感染制御に関する 学会認定等の有無	無 ・ 有 ( )			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有	備考		
受講 講習 希望 会	<input type="checkbox"/> ② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者> 院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師 及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 <input type="checkbox"/> ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者> 地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。			

## ※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の  
 に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の  
 送付及び本講習会に係る連絡 (eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等) をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。



## 院内感染対策講習会【看護師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)	男・女	
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
看護師免許	登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			配属診療科	
臨床経験年数	年			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有		備考	
受講希望会	<p>( )② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会          &lt;対象者&gt;院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師          及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。</p> <p>( )③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会          &lt;対象者&gt;地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の          推薦する者。</p>			

## ※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の  
 ( )に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

受講の可否については、都道府県等より追って通知することになっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の  
 送付及び本講習会に係る連絡 (eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等)をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

## 院内感染対策講習会【薬剤師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)	男・女	
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
薬剤師免許	名簿登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			業務内容	
臨床経験年数	年			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有		備考	
受講希望会	<p>( )② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会          &lt;対象者&gt;院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師          及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。</p> <p>( )③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会          &lt;対象者&gt;地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の          推薦する者。</p>			

## ※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の  
 ( )に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の  
 送付及び本講習会に係る連絡 (eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等)をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

## 院内感染対策講習会【臨床検査技師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな			西暦	
申込者氏名	生年月日	年月日(歳)	男・女	
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
技師免許	登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			配属部署	
勤務年数		年		
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無		無 ・ 有	備考	
受講 講習 希望 会	<input type="checkbox"/> ② 地域において指導的立場を担うことが期待される病院の医療従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会 <対象者>院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、看護師、薬剤師 及び臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者として施設長の推薦する者。 <input type="checkbox"/> ③ ②の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会 <対象者>地域の医療連携体制が求められる病院、診療所(有床、無床)、助産所に勤務する者であって、施設長の 推薦する者。			

## ※受講申込者の方へ

表中の一番下の「受講希望講習会」欄は、それぞれに対象者が決まっているため、対象に含まれる方の  
 ( )に○を記載して下さい。なお、両方とも対象に含まれる場合は、受講希望順位を記載して下さい。

受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の  
 送付及び本講習会に係る連絡 (eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等)をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

## 院内感染対策講習会【歯科医師】受講申込書

都道府県名：

ふりがな 申込者氏名		生年月日	西暦 年月日(歳)	男・女
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
歯科医師免許	歯科医籍 登録番号	第 号	登録年月日	西暦 年 月 日
施設での役職			診療科	
臨床経験年数		年		
感染制御に関する 学会認定等の有無	有・無 ( )			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有	備考		

## ※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定し、受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなっており、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡（eラーニングシステムのURLとID、パスワードの送付等）をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。

## 院内感染対策講習会【その他】受講申込書

都道府県名：

ふりがな		西暦		男・女
申込者氏名		生年月日	年月日(歳)	
メールアドレス	@			
所属施設	施設名	(TEL )		
	所在地	(〒 - )		
	診療報酬 感染防止対策加算の有無	無 ・ 加算1 ・ 加算2		
	感染対策チーム (ICT) 設置の有無	無 ・ 有		
施設での役職 (職種)		配属部署		
施設での勤務年数	年			
厚生労働省主催 院内感染対策講習会 これまでの受講の有無	無 ・ 有		備考	

## ※受講申込者の方へ

各都道府県で定員が決まっており、「院内感染対策講習会の事務手続に係る留意事項」により受講者を決定し、受講の可否については、都道府県等より追って通知することとなり、受講可能者へは**受講決定通知書**の送付及び本講習会に係る連絡 (eラーニングシステムのURLとID, パスワードの送付等) をいたします。

この申込書に記載された個人情報は、「院内感染対策講習会」以外の目的に使用することはありません。