

日医発第 1236 号（健Ⅱ）（地域）  
令和 5 年 10 月 5 日

都道府県医師会  
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長  
釜 菫 敏

### 令和 5 年度院内感染対策講習会（講習会①）の受講者の決定について

今般、令和 5 年度院内感染対策講習会について、厚生労働省より各都道府県知事宛の通知がなされ、本会に対しても周知方依頼がありました。概要は下記のとおりです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、郡市区医師会及び関係医療機関に対する周知方ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

### 記

#### 令和 5 年度院内感染対策講習会（講習会①）の受講者の決定について

- 各施設から推薦（申し込み）された講習会①（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講習会）の受講者の決定について、受講決定者の所属施設の長又は受講決定されなかった者の所属施設の長に対して、都道府県から通知されること。
  - ・受講者決定者の所属施設の長宛・・・・・・・・別紙 2
  - ・受講決定されなかった者の所属施設の長宛・・・・別紙 3
- 講習会①はオンライン研修にて実施されるため、受講決定者は、令和 5 年 10 月 25 日までに都道府県から通知された e ラーニングシステムの URL から各自で受講者登録を行った上で、受講すること。  
※受講決定者限りで URL が提示されるため、本通知内では URL は記載されていませんのでご注意ください。

参考資料：

- ・令和 5 年度院内感染対策講習会について（[令和 5 年 8 月 29 日付日医発第 982 号（健Ⅱ）（地域）](#)）
- ・感染対策向上加算の施設基準において求める研修に該当する令和 5 年度院内感染対策講習会の周知について（[令和 5 年 9 月 8 日付日医発第 1042 号（健Ⅱ）（地域）](#)）

事 務 連 絡  
令 和 5 年 1 0 月 5 日

公益社団法人日本医師会 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

令和5年度院内感染対策講習会（講習会①）の受講者の決定について

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、厚く御礼申し上げます。

「令和5年度院内感染対策講習会について（協力依頼）」（令和5年8月25日付け事務連絡）において本講習会の周知の御協力を貴団体にもお願いしていたところですが、このたび、都道府県からの推薦に基づき受講者を決定し、都道府県知事あてに別添のとおり通知しておりますので、お知らせいたします。

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：03-5253-1111（内線4480）

E-mail：[innai-kansen@mhlw.go.jp](mailto:innai-kansen@mhlw.go.jp)



医政発1004第31号  
令和5年10月4日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長  
(公印省略)

令和5年度院内感染対策講習会の受講者の決定について

令和5年度院内感染対策講習会について、貴都道府県による推薦に基づき別紙1のとおり講習会①の受講者を決定しました。

つきましては、別紙2を参考に、受講決定者の所属する施設の長に対して通知するとともに、貴都道府県において、受講決定されなかった者がいる場合には、所属する施設の長に対して、別紙3を参考の上、別途その旨通知をお願いします。

なお、本講習会はeラーニングシステムを活用したオンライン研修にて実施いたしますので、受講決定者に対しては、所属する施設の長からeラーニングシステムのURLをお知らせし、令和5年10月25日(水)までに各自で受講者登録を行った上で、受講するよう併せて通知をお願いします。

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

住所：東京都千代田区霞が関1-2-2

電話：03-5253-1111（内線4480）

E-mail: [innai-kansen@mhlw.go.jp](mailto:innai-kansen@mhlw.go.jp)

令和5年度 院内感染対策講習会（講習会①） 受講決定者一覧

（都道府県名） ●●県

通 番	職 種	氏 名	生 年 月 日	施 設 名
1	医師	〇〇 〇〇	yyyy/mm/dd	△△△△
2	医師	〇〇 〇〇	yyyy/mm/dd	△△△△
3	歯科医師	〇〇 〇〇	yyyy/mm/dd	△△△△
4	看護師	〇〇 〇〇	yyyy/mm/dd	△△△△
5	看護師	〇〇 〇〇	yyyy/mm/dd	△△△△
6	薬剤師	〇〇 〇〇	yyyy/mm/dd	△△△△
7	臨床検査技師	〇〇 〇〇	yyyy/mm/dd	△△△△

(文 書 番 号)  
令和〇〇年〇〇月〇〇日

(各施設の長) 殿

〇〇県〇〇部〇〇課長

令和5年度院内感染対策講習会受講者の決定について

貴施設より推薦（申込み）のありました者について、厚生労働省主催の「令和5年度院内感染対策講習会（講習会①）」の受講者として決定された旨、通知がありましたので下記のとおりお知らせします。

なお、本講習会はeラーニングシステムを活用したオンライン研修にて実施されますので、受講決定者に対しては、下記の注意事項とともにeラーニングシステムのURLをお知らせし、令和5年10月25日(水)までに各自で受講者登録を行った上で、受講するよう御連絡をお願いします。

## 記

### 1 受講決定者

講習会①「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講習会」

受講決定者氏名（敬称略）

医 師 ○○ ○○

受講決定者氏名（敬称略）

看 護 師 ○○ ○○

受講決定者氏名（敬称略）

薬 剤 師 ○○ ○○

### 2 注意事項（重要）

- ・受講決定者は、令和5年10月25日(水)までに、以下のURLから各自でeラーニングシステムへの受講者登録を行い、本講習会の事務局からIDとパスワードの発行を受けて受講してください。

(URL) <https://.....>

※ 本URLの取扱いは、受講決定者限り（厳守）としてください。

- ・受講者登録にあたっては、受講者毎にメールアドレスをご用意ください。（メールアドレス1つにつき、登録できるのは受講者1名となります。）
- ・受講決定者以外による受講は、代理受講を含めて一切認められません。
- ・受講を修了した者に対し、eラーニングシステムより受講証書を電子交付します。受講の修了には、全ての講座の動画を視聴し、各講座のテストとアンケートへの回答を終了することが必要です。
- ・受講期間（令和5年11月～令和6年2月）終了後の受講証書の発行はいたしません。
- ・講義資料は、講習会受講のためにのみ使用し、二次利用はお控えください。
- ・本講習会の受講に関しては、eラーニングシステムのサイトに詳細を掲載しています。お問い合わせ先も掲載していますので、ご確認の上、受講してください。

(文 書 番 号)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(各施設の長) 殿

〇〇県〇〇部〇〇課長

令和5年度院内感染対策講習会受講申込結果について

厚生労働省主催の「令和5年度院内感染対策講習会（講習会①）」に貴施設より受講者の推薦（申込み）がありましたが、受講者として決定されなかったので、お知らせします。

受講決定に至らなかった方の氏名（敬称略）

医 師	〇〇	〇〇
看 護 師	〇〇	〇〇
薬 剤 師	〇〇	〇〇
臨床検査技師	〇〇	〇〇