

平成 25 年 12 月 26 日

関係者各位

長崎大学病院
感染制御教育センター
センター長 泉川 公一

平成 25 年度 第 5 回感染防止対策地域連携 合同カンファランスについて（ご案内）

師走の候、ますますご清栄のことお慶び申し上げます。また、日ごろより格別のご高配を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

平成 25 年度 第 5 回 感染防止対策加算合同カンファランスを下記の通り開催いたします。お忙しい時期とは存じますが、ご参集のほどよろしく願います。

出欠票や資料は、FAX かメールで、下記までご提出いただくと幸いです。

（集計のため、1月16日（木）までに、お願いできれば、助かります。）

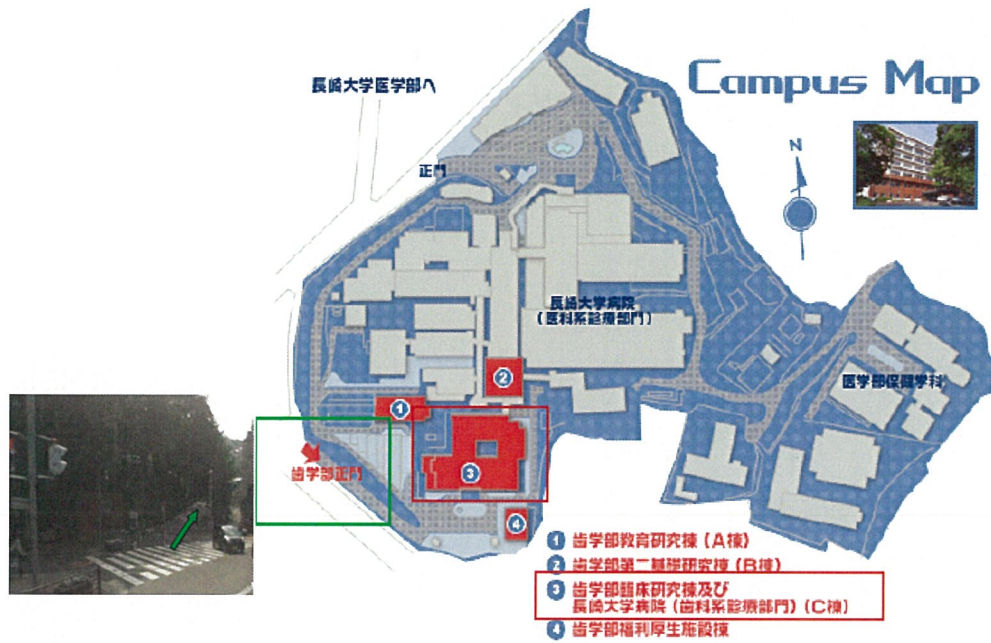
尚、資料については、今回、欠席されるご施設におきましても、ご提出いただければ、次回のご案内時に合わせて、集計した結果をお返しいたします。

敬具

日 時： 平成 26 年 1 月 24 日（金） 17：00 ～
場 所： 長崎大学歯学部 5 階 第 2 講義室（別紙地図参照）
問い合わせ先：長崎大学病院感染制御教育センター
小佐井 康介、塚本 美鈴
TEL：095-819-7731
FAX：095-819-7766
E-mail：k-kosai@nagasaki-u.ac.jp

（次回は、平成 26 年 3 月 28 日（金）の予定です。）

案内図



歯学部正門からお入りください。

歯科診療部門棟 (C棟) から入って左手のエレベーターに乗って、5階で降りて下さい (第2講義室)。

別添の書類などについて)

1) アンケートのお願い (Word 文書)

今回は「製氷機」と「調理師のノロウイルス検査」について、皆様の施設の現状をお伺いしたいと考えております。別紙アンケートに御記入いただけると幸いです。

2) サーベイランスデータに関して (Excel 票)

書式を同封しておりますので、情報を教えていただけると幸いです。

(普段、集計されていない場合は、このために、調査する必要はございません。)

3) 出席票

4) 手指衛生のアンケート

前回のカンファレンスで、当センター寺坂看護師よりご説明したアンケートです。まだ、ご提出いただいていないご施設や、前回出席されていないご施設は提出いただけると大変助かります。(率直なご意見で構いません。また、既にご提出いただいているご施設は再提出される必要はございません。)

5) 以下の御施設には、ご発表をお願いしたいと思いますので、ご準備をお願いいたします (今回欠席される場合は、次回以降に変更いたします)。

十善会病院、長崎北徳洲会病院、国立病院機構長崎病院、柴田長庚堂病院

1) 通常のアンケート、2) サーベイランスデータ、3) 出席票、4) 手指衛生アンケートは **1月16日(木)**までにご提出いただけると幸いです。

資料が多く、また、お忙しい中、大変恐縮ですが、何卒よろしく願いいたします。



「製氷機」と「調理師のノロウイルス検査」に関するアンケート

今回は「製氷機」と「調理師のノロウイルス検査」に関してアンケート調査を行いたいと思います。
お忙しい中、恐縮ですが、ご回答いただくと大変助かります。

(1) 貴施設名を教えてください。【1つのみ選択】

- 五島中央病院 十善会病院 小江原中央病院 和仁会病院 虹が丘病院
 長崎みどり病院 泉川病院 長崎北徳洲会病院 田上病院 高原中央病院
 長崎百合野病院 済生会長崎病院 柴田長庚堂病院 対馬いづはら病院 国立病院機構長崎病院
 長崎県中对馬病院 長崎県上五島病院 長崎北病院 光晴会病院 三菱病院
 長崎市立市民病院 長崎大学病院

医療現場で使用する製氷機について教えてください。

(2) 院内の製氷機の設置状況について、最も近いものを選んで下さい。【1つのみ選択】

- 概ね各病棟に設置 院内に数箇所程度 院内に製氷機はない（→質問(6)へ） その他（

(3) 製氷機のメンテナンスの頻度で最も近いものを選んで下さい。【1つのみ選択】

- 1週間に1回程度 1ヶ月に1回程度 3ヶ月に1回程度 6ヶ月に1回程度
 1年に1回程度 不定期 メンテナンスは行っていない（→質問(5)へ）

(4) 製氷機のメンテナンスを行っているのはどなたですか。【1つのみ選択】

- 専門業者 病院スタッフ その他（

(5) 製氷機で作られた氷は何に使っていますか。【複数回答可】

- 使用前薬品などの保冷（冷却） 患者（患部）のクーリング 検体の保冷（冷却）
 経口摂取用 その他（

調理師のノロウイルス検査について教えてください。

(6) 患者さんへの給食（調理施設）について教えてください。【1つのみ選択】

- 自施設の給食設備でのみ調理している 院外でのみ調理されている（→終了です）
 自施設と院外の両方で調理されている その他（

(7) 自施設の調理師の採用状況について教えてください。【1つのみ選択】

- 自施設での採用のみ 院外からの派遣（外注職員）のみ
 自施設採用と外注職員の両方 その他（

(8) 調理師の便検査としてノロウイルス検査を行っていますか。【1つのみ選択】

- 年間を通して定期的に行っている 流行期のみ定期的に行っている
 症状があるときのみ行っている いずれの場合も行っていない（→終了です）
 その他（

(9) その場合の検査法を教えてください。【1つのみ選択】

- 抗原検査 遺伝子検査（PCRなど） 状況により使い分けている その他（

(10) 調理師のノロウイルス検査の費用負担について教えてください。【1つのみ選択】

- 自施設で負担している 当事者（本人）が負担している
 状況によって異なる（具体的に： その他（

お忙しい中、ご協力いただき、誠にありがとうございました。

普段から実施されている範囲で構いません。また、**普段、集計していない場合は、このために、調査する必要はございませんので、その場合は、「なし」とご記入下さい。**

				ご施設名をご記入ください		
				()		
サーベイランスデータ		単位	2013年11月	2013年12月		
月間入院患者延べ日数		患者・日				
月間入院患者延べ日数は、標準化して比較するのに必要ですので、データを提出いただく際には、是非ご記入をお願いいたします。						
当該月の新規分離件数 (これまで既に分離されていた患者は除く)						
新規MRSA		件				
新規多剤耐性緑膿菌(MDRP)		件				
新規メタロβラクタマーゼ産生緑膿菌		件				
新規メタロβラクタマーゼ産生菌(緑膿菌以外)		件				
新規多剤耐性アシネトバクター		件				
抗MRSA薬抗菌薬使用量 (院内の月間使用グラム数のトータル)						
①バンコマイシン(VCM、バンコマイシン)		使用量(g)				
②ザイボックス(LZD、リネゾリド)		使用量(g)				
③ハベカシン(ABK、アルベカシン)		使用量(g)				
④テイコプラニン(TEIC、テイコプラニン)		使用量(g)				
⑤キュービシン(DPT、ダプトマイシン)		使用量(g)				

出欠確認返信用紙

送付先：長崎大学病院
感染制御教育センター 小佐井康介 宛

FAX：095-819-7766

e-mail：k-kosai@nagasaki-u.ac.jp (感染制御教育センター 小佐井デスク)

平成25年度 第5回感染防止加算対策地域連携合同カンファランス
平成26年1月24日(金) 17:00～

ご参加の有無： ご出席 ・ ご欠席

病院名： _____

ご出席者確認リスト

医師・ご氏名 (フリガナ)	医師・ご氏名 (フリガナ)
看護師・ご氏名 (フリガナ)	看護師・ご氏名 (フリガナ)
薬剤師・ご氏名 (フリガナ)	薬剤師・ご氏名 (フリガナ)
検査技師・ご氏名 (フリガナ)	検査技師・ご氏名 (フリガナ)

* 本合同カンファランスの出席は上記各職種より1名ずつの参加を求められております。

2013.11.29

感染防止対策地域連携カンファランス

関係者各位

長崎大学病院
感染制御教育センター長
泉川公一

感染防止対策地域連携の活動評価
手指衛生サーベイランス実施に向けて

H24年度より感染防止対策の評価として、診療報酬上、感染防止対策加算の算定が可能となり、当院を含め連携の皆様のご施設においても感染対策推進がよりよい方向に改善されていることを確信しております。今後はこれらの感染対策の活性化の結果をどのように評価し社会に示していくかが課題となっています。

当センターでは、これらの指標の1つとして手指消毒に焦点をあてたいと考えております。手指衛生は、感染対策上、重要と認識されながらも当院のみならず多くのご施設でいかにして遵守率を向上させるか、いわゆる感染対策への職員の意識をどのように向上させるかが共通の課題となっているものと思われます。

そこで、来年度よりこの連携施設において、ある一定の手指衛生サーベイランスおよびフィードバックの継続的な実施により、地域全体の手指消毒遵守率向上と感染防止を目指したいと考えておりますので、何卒、ご協力をお願いします。

実施開始にあたり、各ご施設での準備等が必要と考えられます。

今回はこの件に関する簡単なアンケートをご用意いたしました。恐縮ですが、ご回答をよろしく申し上げます。

手指衛生剤使用量（使用回数）サーベイランス実施について

ご施設名（ ） ご回答者名（ ）

1.感染制御部門あるいはチームが主導で手指衛生剤使用量（使用回数）サーベイランスを実施していますか？

実施していない⇒ P3「2」へ

定期的ではないが時々実施⇒ P3「2」へ

定期的に実施している

↓

定期的に実施していると回答されたご施設にお聞きします。

1) 実施（調査）頻度はどれくらいですか？

毎月

2 か月毎

3 か月毎

半年毎

1 年毎

その他（ ）

2) 実施対象は次のどれですか？

病棟別ではなく病院全体まとめて一括

全病棟

特定の病棟・部署のみ

その他（ ）

3) サーベイランスデータはどのような方法で提示していますか？（複数回答可）

①手洗い石鹼の使用量(ml)のみ

②アルコール手指消毒剤の使用量(ml)のみ

③手洗い石鹼とアルコール手指消毒剤の両方の使用量(ml)

④アルコール手指消毒剤使用量を述べ患者日数で割った使用量（ml/患者日）

⑤手洗い石鹼とアルコール手指消毒剤使用量を述べ患者日数で割った使用量（ml/患者日）

⑥⑤をさらに製剤の1回使用量で割った回数（回数/患者日）

その他（ ）

4) 3) のデータについて到達目標を決めていますか？

特に決めていない

決めている⇒どのような基準ですか？

基準について

5) データフィードバックの方法は次のどれですか？（複数回答可）

院内感染対策委員会で提示

ICT 会議で提示

会議等では提示しないが、実施部署へその部署のデータのみをフィードバック

会議等では提示しないが、実施部署へ他部署のデータを含めてフィードバック

その他（)

6) データフィードバックの頻度はどれくらいですか？

毎月

2 か月毎

3 か月毎

半年毎

その他（)

2. 今後の手指衛生剤使用量（使用回数）サーベイランス実施方法についてお聞きします。
 今後は、出来れば各施設で、少なくとも1～2ヶ月毎の定期的な手指衛生剤使用回数サーベイランス（目標設定および病棟別のフィードバック含む）を行い、これらデータを感染防止対策地域カンファランスで共有することで、全体の手指消毒サーベイランスの効果を評価したいと考えています。是非、ご意見をお聞かせ下さい

1) 定期的な手指衛生剤使用量（使用回数）サーベイランス実施と情報共有について

- 実施したい
- 実施したくない
- 実施が不可能（理由： _____）
- その他（ _____ ）

2) これらサーベイランスの実施にあたり、以下の**病棟別**データの入手が必要です。

貴施設の場合、現在どのような方法でデータを入手されていますか？

また、今後はどのような方法でデータ入手が可能でしょうか？

該当するものに✓を入れて下さい（複数回答可）

1 「病棟別」の「毎月」の手洗い洗剤の払出し量または使用量

	現在	今後
①事務部門からの購入履歴や払い出しデータ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②病棟 LN が使用量をチェックして報告	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他：		

2 「病棟別」の「毎月」の述べ患者日数

	現在	今後
①事務部門が作成しているデータを使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②病棟管理日誌等のデータを使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他：		

多くの質問へのご回答、誠にありがとうございました。

お手数ですが、用紙は以下の方法どちらかで送付をお願いいたします。

送付先：長崎大学病院 感染制御教育センター 寺坂 宛

FAX：095-819-7766

E-mail: y-takami@nagasaki-u.ac.jp