

平成 26 年 3 月 3 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 6 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）

早春の候、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 6 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いたします。

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、**3月19日（水）**までに、お願いできれば、助かります。）

敬具

日 時： 平成 26 年 3 月 28 日（金） 17：00 ～
場 所： **長崎大学医学部 良順会館 1F 専齋ホール**
（初めての会場です。別紙地図参照下さい。）
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

案内図



医学部正門からお入りください。入ってすぐ右の建物です。

別添の書類などについて)

1) 出席票

2) アンケートのお願い (PDF 文書)

今回は「職員の結核曝露対応に関するアンケート」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。

3) 耐性菌、抗 MRSA 薬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)。

4) 手指衛生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、こちらも情報を教えていただけると幸いです。

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)。

対馬いづはら病院、虹が丘病院

1) 出席票、2) アンケート、3) 耐性菌、抗 MRSA 薬サーベイランスデータ、4)

手指衛生サーベイランスデータは **3月19日(水)**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。

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6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3月28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。

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	2014年1月	2014年2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)		



職員の結核曝露対応に関するアンケート

今回は職員の結核曝露対応について事前アンケートをお願いしたいと思います。

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
 長崎県中対馬病院 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

新採用職員に対する対応について教えてください。

(2) 新採用時のベースラインの把握として行っているものを教えてください。【複数回答可】

- ツ反（1回法） ツ反（2回法） IGRA（QFT、T-SPOT：曝露直後に測定するものも含む）
 胸部単純レントゲン 特に行っていない その他（

(3) 上記検査の費用負担について教えてください。【1つのみ選択】

- すべて病院負担 一部、病院負担 すべて個人負担 その他（

職員が院内で結核に曝露した際の対応について教えてください。

(4) 接触者の選定はどのようにされますか。【1つのみ選択】

- 保健所が行う 保健所の指示に基づき、自施設が行う 保健所に報告の上、自施設の基準で行う
 状況による その他（

(5) 接触者健診の検査方法はどのようにされますか。【複数回答可】

- ツ反 IGRA（QFT、T-SPOT） 胸部単純レントゲン 胸部CT 血沈
 その他（

ベースラインで行っている検査について、定期的に行っているものがあれば、その検査内容と施行間隔について教えてください。（以下に記述して下さい。）

ベースラインの把握、または曝露後の検査で「ツ反」を使用している施設にお尋ねします。それぞれの結果に基づいた対応の方法について教えてください。（以下に記述して下さい。）

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。

感染防止対策加算連携施設 手指衛生サーベイランス記入用

2014	のべ患者数	手洗い洗剤				アルコール製剤				
		No	使用量(ml)	1回使用量	回/患者日	合計回数 ①+②	No	使用量(ml)	1回使用量	回/患者日
1月		①			#DIV/0!	①			#DIV/0!	#DIV/0!
		②			#DIV/0!	②			#DIV/0!	#DIV/0!
2月		①			#DIV/0!	①			#DIV/0!	#DIV/0!
		②			#DIV/0!	②			#DIV/0!	#DIV/0!

※赤枠に該当するデータをご記入下さい(のべ患者数には外来患者は含みません)

※異なる規格の製剤を使用しているケースに応じて、No2の欄を設けていますが、3種類以上の場合は、行を増やしてご記入ください

※このデータはメールに添付、用紙の場合はFAXで感染制御教育センター(095-819-7766)3月19日までに、ご返信下さい