

平成 26 年 6 月 10 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 26 年度 第 2 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 26 年度 第 2 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、7月1日（火）までに、お願いできれば、助かります。）

敬具

日 時： 平成 26 年 7 月 11 日（金） 17：00 ～  
場 所： **長崎大学医学部 良順会館 1F 専齋ホール**  
問い合わせ先：長崎大学病院感染制御教育センター  
田代 将人、塚本 美鈴  
TEL：095-819-7731  
FAX：095-819-7766  
E-mail：mtashiro@nagasaki-u.ac.jp

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

今回は「アンケートに取り上げて欲しい内容」について、皆様のご希望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っておりますので、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)。

長崎北病院、百合野病院

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 7月1日(火)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 田代 将人 宛

FAX：095-819-7766

e-mail：mtashiro@nagasaki-u.ac.jp

平成26年度 第2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7月11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。

# 院内感染対策講習会に関するアンケート

今回は、講習会に関する各施設の状況および工夫を伺いたいと思います。  
お忙しい中、大変恐縮ですが、ご回答いただけますと幸いです。

貴施設名：

1. 年に何回実施していますか？

① 2回 ② 3回 ③ それ以上（回数）

2. 1回あたりの時間はどの程度ですか？

① 20分 ② 30分 ③ 40分 ④ 60分 ⑤ それ以外（）

3. 過去5回のテーマと講師を教えてください

- テーマ（）講師（院内・院外）講師職種（）
- テーマ（）講師（院内・院外）講師職種（）
- テーマ（）講師（院内・院外）講師職種（）
- テーマ（）講師（院内・院外）講師職種（）
- テーマ（）講師（院内・院外）講師職種（）

4. 予算は、どのようなことに使用されますか？

① 外部講師招聘 ② その他（）

5. 予算はいくらぐらいまで許可されますか？

① 1万 ② 5万 ③ 10万 ④ その他（）

6. 現状の予算では不足と感じますか？

① 足りている ② 不足している（理由：）

7. 2013年度の院内感染対策研修会への出席率は、累計でどれ程でしたか？

① 100% ② 80%～99% ③ 60%～79% ④ 59%以下

8. 出席率の推移はいかがでしょう？

① 低下している ② 横ばい ③ 増加している

9. 出席率改善における工夫・取り組みを教えてください。

（）

10. 欠席者に対する再研修はどのように行っていますか？

①DVD ②その他 ( )

11. 他施設（福祉施設など）への研修・講習を行っていますか？

①していない ②している

講習を行っている施設の種類や指導者、対象など教えてください。

( )

12. 次回アンケートテーマの「手洗い」について、皆に聞いてみたいことがあるば、教えてください。

( )

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。

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5月	2014年6月		
<b>月間入院患者延べ日数</b>		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。						
<b>当該月の新規分離件数</b> (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				
<b>抗MRSA薬抗菌薬使用量</b> (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)				

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	合計回数 ①+②
5月		①			#DIV/0!	#DIV/0!	①			#DIV/0!	#DIV/0!
		②			#DIV/0!		②			#DIV/0!	
6月		①			#DIV/0!	#DIV/0!	①			#DIV/0!	#DIV/0!
		②			#DIV/0!		②			#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)へご返信下さい