

平成 26 年 8 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 26 年度 第 3 回感染防止対策地域連携 合同カンファレンスについて（ご案内）

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 3 回 感染防止対策加算合同カンファレ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、**9月17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 9 月 26 日（金） 17：00 ～  
場 所： **長崎大学歯学部（別館）福利厚生棟 3 階（別紙参照）**  
**大学へは歯学部側からお入り下さい。**  
**お車でお越しの方は、歯学部駐車場へ駐車下さい。**  
問い合わせ先：長崎大学病院感染制御教育センター  
田代 将人、塚本 美鈴  
TEL：095-819-7731  
FAX：095-819-7766  
E-mail：mtashiro@nagasaki-u.ac.jp





歯学部の坂を登ったところ



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「手指衛生」について、皆様のご意見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)。

**済生会長崎病院**

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 **9月17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 田代 将人 宛

FAX：095-819-7766

e-mail：mtashiro@nagasaki-u.ac.jp

平成26年度 第3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9月26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。

# 手指衛生に関するアンケート

今回は、手指衛生に関する各施設の状況および工夫を伺いたと思います。

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. 手指衛生の向上について貴施設で工夫していることを教えてください。(複数可)

(可能な限り、その他の部分も記入いただくと幸いです)

- ① 手指消毒薬を個人持ちにしている。
- ② 手指衛生の実習を行っている。
- ③ 入退室時手指衛生回数を観察し、フィードバックしている。
- ④ 啓蒙するために、工夫したポスターを作成している。

その他 ( )  
( )  
( )

## 2. 手指消毒薬を個人持ちにした場合、何か問題点が発生しましたか？

- ① 個人持ちにしていない      ② 個人持ちを導入したが、特に問題は発生していない。
- ③ こんな問題点が見つかった・出てきそう・心配など  
( )

## 3. 手荒れのあるスタッフに対し、手指衛生に関して、どう対処していますか。

- ① 複数の手指消毒薬を採用している。
- ② 病院として保湿剤を採用している。
- ③ 特に対処はしていない。
- ④ 皮膚科受診を勧めている。
- ⑤ その他 ( )



10. 次回アンケートテーマの「器具の消毒」について、皆に聞いてみたいことがあれば、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6月	2014年7月	2014年8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 (これまで既に分離されていた患者は除く)</b>				
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 (院内の月間使用グラム数のトータル)</b>				
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
6月		①			#DIV/0!	#DIV/0!	①			#DIV/0!	#DIV/0!
		②			#DIV/0!		②			#DIV/0!	
7月		①			#DIV/0!	#DIV/0!	①			#DIV/0!	#DIV/0!
		②			#DIV/0!		②			#DIV/0!	
8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)5月20日までに、ご返信下さい