

平成 27 年 4 月 13 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 27 年度 第 1 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 27 年度 第 1 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、**5月22日（金）**までに、お願いできれば、助かります。）

敬具

日 時： 平成 27 年 5 月 29 日（金） 17:00 ～
場 所： **長崎大学病院 第 3 臨床講義室**
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) 新入職者に対するアンケート実施に関する「研究協力依頼書」と「承諾書」

本アンケートは各施設の職員を対象にしているため、各施設に対する「研究協力依頼書」と「承諾書」を作成いたしました。アンケートにご協力頂ける場合は、お手数ですが、承諾書に各施設の長のサインと押印をお願い致します。**ご署名頂いたものを合同カンファレンスの際に、お持ちいただけると幸いです。**

念のため、第1回目のアンケートも再度お送りします。

3) 耐性菌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。内容は、抗菌薬の使用状況、微生物サーベイランスの結果、感染制御の取り組みを可能な限りご紹介下さい。

発表時間は約 20 分をお願い致します。

長崎県上五島病院、長崎みどり病院

第1回	2015/5/29	長崎県上五島病院	長崎みどり病院
第2回	2015/7/24	長崎県五島中央病院	田上病院
第3回	2015/9/25	国立病院機構長崎病院	長崎県中対馬病院
第4回	2015/11/27	十善会病院	柴田長庚堂病院
第5回	2016/1/22	長崎県対馬いづはら病院	長崎北徳洲会病院
第6回	2016/3/25	虹が丘病院	公立新小浜病院

1) 出席票、3) 耐性菌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 **5月22日(金)**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、何卒よろしくお願いいたします。

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27年度 第1回感染防止加算対策地域連携合同カンファランス

平成27年5月29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。

平成 27 年 4 月 13 日

新入職者を対象とした 感染防止対策教育アンケートへのご協力をお願い

前略

ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。平素より大変お世話になっております。

今年度より感染防止対策地域連携合同カンファレンスにおいて、新入職者を対象とした感染防止対策教育アンケートを計画いたしました。つきましては、以下に記載のアンケート計画をご覧いただき、貴施設の職員に対するアンケートの実施に関しまして、ご承諾いただけますようお願い申し上げます。

草々

【題名】

感染対策教育を目的とした新入職者アンケート

【アンケートの方法】

年 6 回の感染防止対策地域連携合同カンファレンスに合わせて、新入職者の医師、看護師、リハビリスタッフ、介護士などを対象に、アンケートを実施します。アンケートの内容は教育的内容を含み、アンケートに答えることで、感染防止対策に関する知識の向上および行動変容を促すことを意図しています。同時に、アンケートにて感染防止対策に関わる教育や環境の問題点を抽出し、それらの改善を目指します。

カンファレンスが継続する間は、本アンケートを継続していきたいと考えています。

なお、解析にあたっては個人情報および病院を特定する情報は含めません。個人名、病院名を匿名化した上で、一般的に有用な情報が得られるようであれば、学会発表や論文作成も検討いたします。

なお、本アンケートへの参加・不参加は貴施設・職員の自由意思であり、不参加であっても不利益が生じるものではありません。ご参加いただいた際は、解析内容をフィードバックすることで、貴施設の環境改善にお役立て下さい。

【責任者および連絡先】

田代 将人

長崎大学病院 感染制御教育センター

〒852-8501 長崎県長崎市坂本 1-7-1 長崎大学病院 国際医療センター3 階

TEL 095-819-7731 FAX 095-819-7766 E-mail: mtashiro@nagasaki-u.ac.jp

承諾書

長崎大学病院 感染制御教育センター
助教 田代 将人 殿

「感染対策教育を目的とした新入職者アンケート」について、十分理解しましたので、
本アンケートの実施に協力することを承諾いたします。

承諾日 平成 年 月 日

施設名 _____

承諾者 _____ 印



感染防止対策に関する教育的アンケート 2015年度 第1回 (全6回予定)

- 本アンケートは、新入職者の方々を対象に、感染防止対策に関わる教育も兼ねています。
- 知識を問う設問もありますが、回答時は答えを調べずに、思ったままを回答して下さい。
- 回答は施設の感染対策担当者にお渡し下さい。担当者より長崎大学病院感染制御教育センターへ渡されます。
- 本アンケートは長崎大学病院感染制御教育センターが取りまとめます。
- アンケートの結果は全施設から得られたものをまとめて解析します。
- 施設名・個人名は解析対象には入れません。
- 本アンケートは2ヶ月に1回、1年間で計6回実施予定です。

選択式の回答は、該当箇所のマーク○を塗りつぶしてご回答ください。

○: 空白マーク ●: 正しいぬりつぶし ◐: 不十分なぬりつぶし

記述式の回答は、回答欄からはみ出さないように記入してください。

この用紙は機械で処理します。回答欄以外に書き込みをしたり、用紙を汚したり、折り目を付けたりしないように注意してください。

- (1) お名前あるいは個人を識別できるニックネームを教えてください。(今後の本アンケートには同じ名称を御記入下さい)

(今後同じ方が年6回あるアンケートを回答していると分かるだけで良いので、名前でなくても構いません。)

- (2) あなたの職種を教えてください。

医師 看護師 看護助手 リハビリ関係 介護士 その他

- (3) あなたの年齢を教えてください。

20～29歳 30～39歳 40～49歳 50～59歳 60～69歳 70歳以上

- (4) あなたの性別を教えてください。

男性 女性

- (5) 感染症に対する興味の程度を教えてください。

興味がある あまり興味はない(考えたことがない)

- (6) あなたの所属病院を教えてください(順不同)。病院附属の施設は病院名を選択して下さい。

長崎大学病院 長崎県五島中央病院 国立病院機構長崎病院 長崎県済生会病院 三菱長崎病院

長崎県対馬いづはら病院 十善会病院 虹が丘病院 長崎北徳州会病院 高原中央病院

和仁会病院 長崎県上五島病院 田上病院 長崎百合野病院 小江原中央病院

長崎県中対馬病院 柴田長庚堂病院 長崎みどり病院 泉川病院 長崎北病院

光晴会病院 長崎みなとメディカルセンター 市民病院 公立新小浜病院 三原台病院 日浦病院

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	2015年3月	2015年4月
当該月の新規分離件数 (過去1年以内に既に分離されていた患者は除く)			
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)	件		
メチシリン感受性黄色ブドウ球菌 (MSSA)	件		
多剤耐性緑膿菌 (MDRP)	件		
多剤耐性アシネトバクター (MDRA)	件		
カルバペネム耐性腸内細菌科細菌 (CRE) 全菌種	件		
GRE-Enterobacter spp.	件		
GRE-E.coli	件		
GRE-K.pneumoniae	件		
ESBL産生E.coli	件		
ESBL産生K.oxytoca	件		
ESBL産生K.pneumoniae	件		
ESBL産生P.mirabilis	件		

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

2015	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
3月		①			#DIV/0!	#DIV/0!	①			#DIV/0!	#DIV/0!
		②			#DIV/0!		②			#DIV/0!	
4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)にご返信下さい