

施設名： _____ 受講者氏名： _____

平成 21 年度 感染対策実践セミナー 「微生物検査外部委託データの活用法」

アンケート調査 : あなたの病院の感染症検査を知ろう！！

実践セミナーのなかでアンケート調査に基づいたワークショップを行います。
以下のアンケートにご記入頂き F A X (075-251-5687) にて返送して下さい。
記入できる箇所は全てご記入下さい。また、記入結果はコピーを取り当日のセミナー
にご持参下さい。

回答期限 平成 21 年 11 月 1 日

アンケート送付先および問い合わせ先

〒602-8566 京都市上京区河原町通り広小路上ル梶井町465
京都府立医科大学附属病院 臨床検査部 小森 敏明
TEL:(075) 251-5654 FAX:(075) 251-5687

施設名 : _____

記入者氏名 : _____

記入者連絡先 e-mail : _____

記入者連絡先 TEL : _____ FAX : _____

記入年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____ 受講者氏名： _____

1. あなたは院内感染対策委員会(ICC)または院内感染対策チーム(ICT)の一員ですか？

はい • いいえ

2. ICC や ICT に集計データを提出するときのフォーマットをお持ちですか？
(外部委託先に集計を依頼している場合もフォーマット有り判断します。)

はい • いいえ

3. 微生物検査体制は？

院内検査 • 外部委託

委託先： _____

4. 1年間のすべての臨床検体からの分離菌のトップ10は？

重複あり • 重複なし

順位	菌名
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

補足) 1年間の範囲は下記のいずれでも OK です。

1) 年集計：1月～12月 2) 年度集計：4月～翌年3月

施設内の ICC や ICT での報告フォーマットがあれば、準拠した形式でご記入ください。

施設名： _____ 受講者氏名： _____

5. 薬剤感受性検査の薬剤セットを記入してください。

菌 種	薬 剤 名			
黄色ブドウ球菌				
腸球菌				
腸内細菌				
緑膿菌				

補足) 薬剤名は商品名 (製品名) ではなく、正式な抗菌薬名または略号でご記入ください。

6. 血液培養検査の割合は？

年間の微生物培養検査検体総数 (a)	件
年間の血液培養検査件数 (b)	件
検体総数に占める血液培養の割合 (bx100/a)	%
血液培養陽性率	%
施設の病床数 (c)	床
病床数あたりの血液培養の検数 (b/c)	件/床

施設名： _____ 受講者氏名： _____

7. 血液培養からの分離菌上位 5 菌種は？

重複あり • 重複なし

順位	菌名
1	
2	
3	
4	
5	

8. 血液培養陽性時の連絡（最終の結果報告は除く）はありますか？

ある • ない

a) 「ある」の場合は連絡方法を選択してください

検査報告システム 電話 ファックス 電子メール 紙の報告書

b) 「ある」の場合に、陽性報告を受けた後の次の行動を選択してください。

(複数回答可)

- 最終報告が出るまで待つ。
- 主治医に直接連絡する。
- ICT に報告して、感染症かどうかを調べる。
- 外部委託先に問い合わせて詳細を確認する。
- 採血時の箇所（血管やカテーテルなど）や汚染の可能性を確認する。
- 他の微生物検査からの分離菌を確認する。
- 関連検査（エンドトキシン、 β -D-グルカン、プロカルシトニンなど）を確認する。
- 生化学・血液検査データ（CRP や白血球数）から炎症の有無を確認する。
- その他（ _____)

施設名： _____ 受講者氏名： _____

9. グラム染色が検査できる体制ですか？

できる • できない

「できる」場合はグラム染色結果またはコメントとしてどこまで報告していますか？

項 目	報 告
グラム染色と形態からの推定菌（連鎖球菌やブドウ球菌の推定）	はい ・ いいえ
貪食像の有無	はい ・ いいえ
染色背景（白血球や上皮細胞の有無）	はい ・ いいえ
炎症の状態（白血球の形態やフィブリンの有無）	はい ・ いいえ
グラム染色所見を文章またはコメントとして報告書に記載	はい ・ いいえ

10. 自施設で実施されている微生物迅速検査の種類は？

（外部委託の項目は該当しません）

迅速検査項目名	検 査 可・不可	迅速検査項目名	検 査 可・不可
インフルエンザウイルス抗原	可・不可	CDトキシン(便)	可・不可
RSウイルス抗原	可・不可	ロタウイルス抗原(便)	可・不可
アデノウイルス抗原	可・不可	アデノウイルス抗原(便)	可・不可
A群溶連菌抗原	可・不可	ノロウイルス抗原	可・不可
クリプトコッカスネオフォルマンس抗原	可・不可	腸管出血性大腸菌 O157 抗原	可・不可
マイコプラズマニューモニエ IgM 抗体	可・不可	エンテロトキシン	可・不可
尿中レジオネラ抗原	可・不可	β-D-グルカン	可・不可
尿中肺炎球菌抗原	可・不可	プロカルシトニン	可・不可
クラミジアトラコマチス抗原	可・不可		

施設名： _____ 受講者氏名： _____

11. 過去1年間で結核菌は検出されましたか？
または入院患者に結核患者はいましたか？

はい . いいえ

12. 結核菌検査はできますか？

検査項目	検査 可・不可
喀痰直接塗抹検査（抗酸菌染色または蛍光染色）	可・不可
喀痰直接 PCR	可・不可
喀痰培養検査	可・不可

13. 院内感染対策上、施設で注目している微生物を記入してください（5つ以内）。

	微生物名
1	
2	
3	
4	
5	

14. 院内感染をいち早く察知するための工夫があればご記入下さい。

--

以上、ありがとうございました。