

内視鏡関係者各位

日本消化器内視鏡技師会
広報委員会ワーキングチーム
代表 田村 君英

消化器内視鏡洗浄・消毒実態調査（第 2 回）の協力依頼

皆様におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

内視鏡の適切な洗浄・消毒は、内視鏡医療の安全を確保するために不可欠なプロセスであることは既に周知の事実であります。各施設ではガイドラインに基づく洗浄・消毒マニュアルを策定し、人的・経済的資源を投入し実施されていることと存じますが、これらに関して診療報酬として評価されていないのが現状です。

日本消化器内視鏡技師会では、内視鏡の洗浄・消毒に関する診療報酬の適正評価を得るための活動を展開したいと考えております。つきましては、全国の施設における内視鏡の洗浄・消毒に関する実態調査を前年度に引き続き実施することとしましたのでご協力をお願いいたします。

なお、個々の施設の情報につきましては外部に漏洩することなく管理し、調査結果は上記目的以外では使用いたしません。調査票につきましては返送されたことをもって同意が得られたと判断させていただきます。

出来るだけ多くの施設の状況を把握したいと思っておりますので、本調査の主旨を理解頂き、ご多忙中のところ恐縮ではございますが調査票のご記入、ご返送をよろしくお願いいたします。

★★★ 記入についての注意事項 ★★★

- ◆この調査は各施設 1 通お願いしております。
- ◆調査票へ記入頂く方は、内視鏡室の管理者、または、自施設の洗浄・消毒の状況を最も把握されている方がご記入ください。
- ◆調査票が到着して 1 週間以内に同封した返信用封筒に入れて返送してください。
最終回答期限：平成 25 年 1 月 30 日
- ◆回答送付先：〒103-8790 郵便事業株式会社 ○○○支店 私書箱○○○号
消化器内視鏡技師会 洗浄・消毒アンケート事務局

この調査票は、日本消化器内視鏡技師会名簿の情報に基づき発送させていただきました。

消化器内視鏡洗淨・消毒実態調査票

質問・回答用紙

同封しております「消化器内視鏡洗淨・消毒実態調査の協力依頼」に調査の主旨を記載しております。ご協力いただける場合には、御施設の状況をご記入頂き同封した返信用封筒にて返送いただきますようお願いします。

ご記入いただきました内容は、主旨に記載した目的以外で使用はいたしません。また、御施設の情報は漏洩することなく管理いたします。

各質問の該当する番号に○をつけてください。（複数回答可）とある質問は複数回答して頂いて結構です。（ ）の中は自由記載です。御施設の現状を自由にご記入ください。

「消化器内視鏡洗淨・消毒調査」に必要な所要時間は約10分程度です。

【御施設の概要】

質問 1. 御施設のある都道府県をお答えください。（ ）

質問 2. 御施設はどのような医療機関ですか？ひとつ選んでお答えください。

1. 大学病院 2. 国立病院機構 3. 公立病院 4. 民間病院
5. 有床診療所 6. 無床診療所 7. 検診センター 8. その他（ ）

質問 3. 御施設の病床数はどの程度ですか？ひとつ選んでお答えください。

1. 無床 2. 100床未満 3. 100～299床 4. 300～499床 5. 500床以上

質問 4. 感染防止対策加算 1 又は 2 を申請していますか？

1. 1 を申請 2. 2 を申請 3. いずれかを準備中 4. していない 5. 知らない

質問 5. 御施設の年間内視鏡実施件数は約何件でしょうか？内訳の件数もご記入ください。

	件数／年間	外来患者検査 件数	入院患者検査 件数	健診件数
上部内視鏡検査数 (治療含む)		件	件	件
下部内視鏡検査数 (治療含む)		件	件	件

質問 6. 御施設の内視鏡検査台は何台ありますか？台数をご記入ください。

・ 上部・下部用検査台	台
・ X線透視装置付き検査台(専用)	台
・ その他	台

質問 7. 御施設で普段使用されている消化管内視鏡は何本ありますか？本数をご記入ください。

・ 上部消化管内視鏡	本
・ 下部消化管内視鏡	本
・ その他	本

【内視鏡洗浄・消毒の現状】

質問 8. 自動洗浄・消毒装置を使用する前に行うスコープの吸引洗浄、外表面の洗浄、吸引・鉗子チャンネルの洗浄に使用する洗剤の商品名と1カ月の使用量をお答えください。

(使用していなければ無記入)

商品名：_____ 容量_____ m l /本. 1カ月の使用量：_____本

商品名：_____ 容量_____ m l /本. 1カ月の使用量：_____本

質問 9. 自動洗浄・消毒装置に使用する洗剤の商品名と1カ月の使用量をお答えください。

(使用していなければ無記入)

商品名：_____ 容量_____ m l /本. 1カ月の使用量：_____本

商品名：_____ 容量_____ m l /本. 1カ月の使用量：_____本

質問 10. 症例間ではどのようにスコープの消毒を行っていますか？ひとつ選んでお答えください。

1. 全例に高水準消毒薬で行っている
2. 全例に電解酸性水などの機能水で行っている
3. 1と2が混在している
4. 一部の感染症のみ高水準消毒で行っている
5. 消毒は行っていない
6. その他 ()

質問 11. 質問 10 で1以外を回答された方にお伺いします。理由をお答えください。(複数回答可)

1. スコープの本数が不足している
2. スタッフが不足している
3. スペースがない
4. 自動洗浄・消毒装置がない
5. コストがかかる
6. その他 ()

質問 12. スコープの消毒にはどの消毒薬を使用していますか？(複数回答可)

1. グルタラール
2. フタラール
3. 過酢酸
4. 電解酸性水
5. 二酸化塩素
6. オゾン水
7. その他 ()

- | |
|---|
| ・ グルタラール (ステリハイド、ステリスコープ、サイドックスなど) |
| ・ フタラール (ディスオーパ) ・ 過酢酸 (アセサイド、エスサイド) |

質問 13. スコープの消毒には自動洗浄・消毒装置をご使用ですか？ひとつ選んでお答えください。

1. 全例に使用
2. 一部に使用
3. 使用していない

質問 14. 自動洗浄・消毒装置の所有台数を使用薬剤別にお答えください。(複数回答可)

- | | | | |
|----------|--------|---------|--------|
| ・ グルタラール | _____台 | ・ フタラール | _____台 |
| ・ 過酢酸 | _____台 | ・ 電解酸性水 | _____台 |
| ・ 二酸化塩素 | _____台 | ・ オゾン水 | _____台 |

質問 15. 1 ヶ月に使用する消毒薬の量をお答え下さい。(複数回答可)

- | | | |
|----------|--------------------|-----------|
| ・ グルタラール | 商品名：_____ | _____本 |
| ・ フタラール | 商品名：_____ | _____本 |
| ・ 過酢酸 | 商品名：_____ | _____本 |
| ・ 電解酸性水 | 商品名(電解促進剤など)：_____ | _____包 |
| ・ 二酸化塩素 | 商品名：_____ | _____リットル |
| ・ オゾン水 | 酸素ポンベ：_____リットル | _____本 |

質問 16. スコープの洗浄・消毒を担当する従事者の体制に関してお答えください。

専任の洗浄・消毒担当者がいますか？

1. 医療資格のない洗浄担当者がいる (_____ 人)
2. 医療資格を有する洗浄担当者がいる (_____ 人. 職種： _____)
3. 専任者はいない

質問 17. 質問 16 で 1 に回答された方にお伺いします。洗浄・消毒に関する指導・教育は主に誰が行っていますか？

1. 内視鏡技師
2. 医師
3. 看護師
4. その他の職種 (_____)
5. 特にしていない

質問 18. 質問 17 で 1～4 に回答された方にお伺いします。洗浄・消毒に関する教育はどのように行っていますか？(複数回答可)

1. 施設内教育
2. 院外の講習会などに参加
3. 1 と 2 併用
4. その他 (_____)

ご協力誠にありがとうございました。

お差し支えなければ、施設名と記入者のお名前をお書きください。※必須ではありません。

施設名： _____

回答者お名前： _____ 職種： _____