

日本消化器内視鏡技師会 会員各位

平成 23 年 1 月に会員各位の施設宛にお送りしました、日本消化器内視鏡技師会・広報委員会のアンケートにご協力いただきましてありがとうございました。

日本消化器内視鏡技師会では、洗浄消毒に関わる、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の一環として、会員施設における洗浄・消毒・滅菌の現状を把握したいと考えてご協力をお願いいたしました。

以降にアンケート原文及び別紙でアンケートの集計の結果を報告いたします。なお、会員各位には平成 24 年春発行の会報で広く会員にお知らせする予定です。

平成 23 年 8 月 18 日

日本消化器内視鏡技師会広報委員会ワーキングチーム

伊東百合子（機器）、岡田修一（広報）、佐藤絹子（安全管理）、高橋陽一（学術）

田村君英（広報）、深井学（編集）、堀内春美（看護）

次ページ以降にアンケート設問全文を掲載いたします。

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承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。つきましてこの度、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、調査結果は上記目的以外で使用いたしません。また、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いたします。

出来るだけ多くの施設の状況を把握したいと思いますので、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、ご返送をよろしく願いたします。

★★★ 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 23 年 2 月 10 日
- ◆回答送付先：〒103-8790 郵便事業株式会社 日本橋支店 私書箱 172 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。

消化器内視鏡洗浄・消毒実態調査票

質問・回答用紙

同封しております「消化器内視鏡洗浄・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いたします。

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。

「消化器内視鏡洗浄・消毒調査」に必要な所要時間は約15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. 御施設の年間内視鏡実施件数は約何件でしょうか?件数をご記入ください。

・ 上部消化管内視鏡検査件数	件/年間
・ 下部消化管内視鏡検査件数	件/年間
・ 治療内視鏡件数 (上・下部合計)	件/年間

質問5. 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	台
・ その他	台

質問6. 御施設の所有す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

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. 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。

1. 専任の担当者が洗浄・消毒を実施
(人数: _____人、職種: _____)
2. 複数の担当者がローテーションにて洗浄・消毒を実施
(人数: _____人、職種: _____)
3. その他 (_____)

質問 16. あなたが望ましいと考えるスコープの処理方法をお答えください。

1. 全例に高水準消毒を行う
2. 全例に電解酸性水で行う
3. 一部の感染症のみ高水準消毒を行う
4. 高水準消毒、電解酸性水以外の消毒を行う
5. その他 (_____)

【処置具の処理に関する内容】

質問 17. 処置具はどのタイプを使用していますか?ひとつ選んでお答えください。

1. リユース
2. ディスポ
3. リユースとディスポを併用

質問 18. 質問 17 で 1 または 3 と回答された方にお伺いします。リユースタイプを再使用する場合の実施している処理方法を全てお答えください。(複数回答可)

1. 超音波洗浄
2. 手洗い
3. オートクレーブ
4. ガス滅菌
5. 消毒薬
6. その他 (_____)

質問 19. 質問 17 で 2 と回答された方にお伺いします。

1. 全て症例毎に廃棄している
2. ディスポタイプを再使用している
(理由: _____)
(物品例: _____)

【洗浄・消毒記録(履歴管理)と質保証に関して】

質問 20. スコープの洗浄・消毒記録(履歴管理)を行っていますか?

1. 行っている
2. 一部について行っている
3. 行っていない
4. 現在検討中

質問 21. 質問 20 で 1 または 2 と回答された方にお伺いします。記録項目を全てお答えください。(複数回答可)

1. 患者名、ID
2. スコープ番号
3. 洗浄実施者
4. 洗浄日時
5. 洗浄装置番号
6. 消毒薬濃度
7. その他 (_____)

質問 22. 質問 20 で 1 または 2 の回答の方にお伺いします。どのようなシステムで行っていますか?

1. コンピュータと自動洗浄・消毒装置とがオンラインでつながり自動登録される。

2. 一部の項目は自動登録で、一部の項目をコンピュータに入力している
3. 全ての項目をコンピュータに入力している
4. 全ての項目を記録用紙に記入し保管している
5. その他 ()

質問 23. 洗浄・消毒後のスコープの清浄度確認を行っていますか？

1. 定期的に行っている
2. 不定期に行っている
3. 行っていない
4. 現在検討中である

質問 24. 質問 21 で 1 または 2 に回答した方にお伺いします。清浄度の確認方法と頻度をお答えください。

<確認方法> 1. 細菌培養検査 2. ATP の測定 3. その他 ()

<頻度> 1. 毎月 1 回 2. 3 ヶ月に 1 回 3. 半年に 1 回 4. 年に 1 回
5. その他 ()

質問 25. スコープの消毒に使用する消毒薬の濃度確認は行っていますか？

1. 消毒毎に行っている
2. 毎日 1 回行っている
3. 規定回数に達したら行っている
4. その他 ()

【洗浄・消毒環境】

質問 26. スコープの洗浄・消毒を実施している場所についてお伺いします。

1. 独立した洗浄室にて行っている
2. 検査室とは別であるが特に区切られていない
3. 検査室と同一空間（検査室内）で行っている
4. その他 ()

質問 27. スコープの洗浄・消毒を実施している区域の換気について

1. 換気装置が設置されている
2. 特に換気装置は設置されていない
3. 換気用の窓のみがある
4. 換気装置があるか不明である
5. その他 ()

質問 28. 洗浄担当者は、洗浄時にどの防護具を使用していますか？全てお答えください。（複数回答可）

1. 手袋
2. マスク
3. エプロン
4. 防水ガウン
5. フェイスガード・ゴーグル・アイシールド
6. 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： _____