

※ ご回答は記入要領に記載しました Web の入力画面からお願いいたします。

## 酸化エチレン滅菌の実施状況等に関する確認票

Q1: 調査対象となった病院等の所在地等をご記入ください。

※所在地は可能な限り全て(番地まで)ご入力ください。

所在地(※): \_\_\_\_\_

開設者: \_\_\_\_\_

病院名: \_\_\_\_\_

病床数: \_\_\_\_\_

Q2(◆): 調査対象となった病院等(貴院)では、酸化エチレンガス(EOG)を使った医療機器や医療材料の低温滅菌を実施していますか。

※「イ」とご回答いただいた場合、必要に応じて滅菌代行業者に状況をご確認いただいたうえで、Q3以降の設問にご回答ください。

ア 当院のスタッフが当院の【院内】で酸化エチレン滅菌を実施している。

イ 当院から滅菌代行業者に依頼し、当院の【院内】で酸化エチレン滅菌を実施している。

ウ 当院から滅菌代行業者に依頼し、当院の【院外】で酸化エチレン滅菌を実施している。

エ 当院では酸化エチレン滅菌は実施していない。

オ その他

◆ ウ、エ、オとご回答いただいた場合、Q26に進みます。

Q3: 貴院では、酸化エチレンガス(EOG)による滅菌装置を何台使用していますか。

※現在はまったく使われていないものがあるときは、その滅菌装置を除いてお答え下さい。

ア 1台のみ (→以下の設問で、これを【滅菌装置 1】とします)

イ 2台 (→これらを【滅菌装置 1】、【滅菌装置 2】とします)

ウ 3台以上 (→これらを【滅菌装置 1】、【滅菌装置 2】、【滅菌装置 3】・・・とします)

エ その他 (\_\_\_\_\_)

**Q4(★)**:前記 Q3 で記入した【滅菌装置 1】では、酸化エチレンガス(EOG)による滅菌作業は、どの程度の頻度で実施されていますか。滅菌装置の標準的な使用頻度について、「1日の使用回数」又は「1週間の使用回数」等のご記入ください。

毎日使用する場合:【滅菌装置 1】の1日の使用回数:\_\_\_\_\_回

毎日使用しない場合【滅菌装置 1】の1週間の使用回数:\_\_\_\_\_回

その他(→具体的に):\_\_\_\_\_

★ Q3で複数の装置を使用していると回答いただいた場合は、Q5:【滅菌装置 2】、Q6:【滅菌装置 3】の回答欄が表示されます。

**Q7(★)**:貴院で使用している酸化エチレンガス(EOG)滅菌装置の導入年(西暦)をご記入ください。現在使われている滅菌装置が複数あるときは、それらの装置ごとにご記入ください。

※ 正確な導入年が不明の場合、おおよその年をご記入いただいて結構です。

※ 貴院で3台以上の酸化エチレンガス(EOG)滅菌装置を使用している場合は、「3台目以降」の欄に複数行に分けてご記入ください。

※ ご記入は西暦で“2005”などと4桁の数字でご記入ください。

【滅菌装置 1】:\_\_\_\_\_年

(★)【滅菌装置 2】:\_\_\_\_\_年(※Q3でイ・ウと回答した場合のみ表示)

(★)【滅菌装置 3】以降(自由回答):\_\_\_\_\_ (※Q3でウと回答した場合のみ表示)

★ Q3で複数の装置を使用していると回答いただいた場合は、【滅菌装置 2】、【滅菌装置 3】の回答欄が表示されます。

**Q8(★)**:【滅菌装置 1】について、その滅菌装置の種類はどのようなものかご記入ください。

ア ポンベ式

イ カートリッジ式

ウ その他(自由回答):\_\_\_\_\_

**Q9(★)**:【滅菌装置 1】について、そのチャンバー容積はどのくらいかご記入ください。

【滅菌装置 1】のチャンバー容積:\_\_\_\_\_ L

★Q3で複数の装置を使用していると回答いただいた場合は、Q10~Q13:【滅菌装置 2】、【滅菌装置 3】の回答欄が表示されます。

**Q14(★)**:前記の Q3で記入した【滅菌装置 1】では、どのような種類の酸化エチレンガス(EOG)を使用していますか。酸化エチレンガス(EOG)と不燃性炭酸ガス等との混合比(EOG の占める割合)や、それを含むボンベ等の内容量(重量)をご記入ください。

【滅菌装置 1】で使用する酸化エチレンガス(EOG)の混合比(容量比): \_\_\_\_\_ vol%

【滅菌装置 1】で使用するボンベ(カートリッジ)等の内容量: \_\_\_\_\_ kg

★Q3で複数の装置を使用していると回答いただいた場合は、Q15:【滅菌装置 2】、Q16:【滅菌装置 3】の回答欄が表示されます。

**Q17**: 貴院では、酸化エチレンガス(EOG)のボンベを1年間に何本くらい購入しましたか。カートリッジ式の場合は、「1年間の購入本数」と読み替えてご記入ください。

※ 正確な購入本数が不明の場合、おおよその値をご記入いただいても結構です。

※ 複数の滅菌装置を所有している場合は全装置の合計値をご記入ください。

ボンベまたはカートリッジの年間購入本数 \_\_\_\_\_ 本

上記に回答した本数の購入年(西暦) 20\_\_\_\_\_ 年

**Q18**:前記 Q17 の購入本数等から推定される酸化エチレンガス(EOG)の年間使用量(酸化エチレンに換算した場合の重量;kg/年)をご回答ください。

※ご回答可能な年度のみご記入をお願いいたします。

※年間使用量の正確な把握が難しい場合は概算で構いません(例えば 3,000kg 等)

※計算例:10kg ボンベ(酸化エチレン 20%)を1年間に 30 本購入した場合は、 $10\text{kg}/\text{本} \times 0.2 \times 30$   
本/年=60kg/年

・令和 2 年度 \_\_\_\_\_ kg

・令和 3 年度 \_\_\_\_\_ kg

・令和 4 年度 \_\_\_\_\_ kg

**Q19(◆)**: 貴院での滅菌作業が終了した後、滅菌装置から排出される排ガスはどのように環境中へ排出されていますか。もし、貴院で複数の滅菌装置が使われ、滅菌装置ごとに状況が異なっている場合は、選択肢の「オ その他」を選んだ上で、その概要を併せてご記入ください。

ア 排ガス処理装置に通した後、大気へ排出

イ 排ガス処理装置に通した後、排水系統へ排出

ウ 排ガス処理装置に通さず、大気へ排出

エ 排ガス処理装置に通さず、排水系統へ排出

オ その他 (具体的に\_\_\_\_\_)

◆ ウ、エ、オとご回答いただいた場合、Q23に進みます。

**Q20:**滅菌ガスの処理装置を設置している場合、装置の導入時期等をご回答ください。もし、貴院で複数の滅菌装置が使われ、滅菌装置ごとに状況が異なっている場合は、選択肢の「ウ その他」を選んだ上で、その概要を併せてご記入ください。

- ア 酸化エチレンガス(EOG)の滅菌装置と同時に設置
- イ 酸化エチレンガス(EOG)の滅菌装置の導入後に設置(後付けで排ガス処理装置を設置)  
(→おおよその設置時期を“西暦”でご記入ください) \_\_\_\_\_年頃
- ウ その他 (具体的に\_\_\_\_\_)

**Q21:**貴院で設置している酸化エチレンガス(EOG)の排ガス処理装置について、その処理装置の種類(処理方式)をご記入ください。また、処理装置の製造事業者が分かる場合、可能な範囲で構いませんのでご回答ください(複数選択)

- 触媒方式
  - 燃焼方式
  - 加水分解方式
  - 触媒燃焼方式
  - その他 (具体的に\_\_\_\_\_)
- ・排ガス処理装置の製造事業者(分からない場合は空欄) \_\_\_\_\_

**Q22:**貴院が設置した酸化エチレンガス(EOG)の排ガス処理装置の除去率や濃度レベル(共にカタログ値)はどのような値になっていますか。把握されている範囲で結構ですので、それぞれご記入ください。

- ・除去率 \_\_\_\_\_ %
- ・排ガスの濃度レベルの上限 \_\_\_\_\_ ppm

**Q23:**排出実態の把握状況についてご回答ください。

- ア 排ガス中の酸化エチレン濃度を測定したことがある
- イ 排ガス中の酸化エチレン濃度を測定したことはないが、今後実施予定
- ウ 排ガス中の酸化エチレン濃度を測定したことはなく、今後も実施予定は無い

**Q24:**酸化エチレン滅菌装置を設置した滅菌室(作業環境)内の酸化エチレン濃度を監視するための警報器(酸化エチレン警報器)の設置状況についてご回答ください。

- ア 酸化エチレン警報器を設置している
- イ 酸化エチレン警報器を設置していない

**Q25:** 貴院における今後の酸化エチレンガス(EOG)の排出抑制対策の実施予定等についてご記入ください。(複数選択)

- 既に排ガス処理装置を導入しているため、これ以上の対策は予定していない
- 排ガス処理装置の導入を予定(又は検討)している。  
(→導入時期や排ガス処理装置の種類等: \_\_\_\_\_)
- 酸化エチレンガス(EOG)滅菌以外の低温滅菌の導入を予定(又は検討)している。  
(→導入時期や低温滅菌の方法等: \_\_\_\_\_)
- 滅菌代行業者への外部委託(院外での滅菌)への変更を予定(又は検討)している。  
(→変更時期やその理由等: \_\_\_\_\_)
- 国や地方公共団体の施策として酸化エチレンの排ガス抑制対策が強化された場合は、何らかの対策を検討する。
- 行政機関等による助成金や低利融資等の支援があれば、何らかの対策を検討する。
- 排出抑制対策は考えていない(実施予定なし)
- その他(具体的に \_\_\_\_\_)

**Q26:** 貴院では、酸化エチレンガス(EOG)を使った滅菌装置の他に、医療機器や医療材料の【低温滅菌】を行っていますか。貴院で行っている低温滅菌があればご記入ください。(複数選択)

※滅菌代行業者が院外で実施しているものは除外してください。

- 過酸化水素ガスプラズマ滅菌
- 低温蒸気ホルムアルデヒド滅菌
- 過酸化水素ガス滅菌
- その他 (具体的に \_\_\_\_\_)
- 酸化エチレン以外の【低温滅菌】を行っていない

**Q27:** 酸化エチレンガスについて、環境省において「事業者による酸化エチレンの自主管理促進のための指針」が策定され、日本医師会及び四病院団体協議会としても大気排出削減に向けた取組方針を示したことを知っていましたか。(※チェックボックス)

- 知っていた
- 本調査により知った

**Q28:** 本確認票での記入内容についての補足や特記事項、又は本調査に関連したご意見やご要望があれば、以下の記入欄に自由にお書きください。

(自由回答)

**Q29(◆)**:最後に、本調査の実施事業者である株式会社環境計画研究所の<個人情報の取扱いについて>の内容に同意していただける場合は、以下の同意欄に「○」を付けた上で、御回答者の連絡先を記入してください(連絡先は Q30の回答欄に記入)。(※チェックボックス)

<個人情報の取扱いについて>

<http://www.ries.co.jp/contact/protection.html>

「個人情報の取扱いについて」の内容に同意する。

「個人情報の取扱いについて」の内容に同意しない。

◆同意しないとご回答いただいた場合、**Q31**に進みます。

**Q30**:本確認票の回答者の氏名や連絡先をご記入ください。

所属(部署): \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_

**Q31**:設問は以上になります。以下の「送信」ボタンを押すと回答結果が送信され、回答終了となります。

※送信後は回答内容を修正することができませんので、ご注意ください。

「送信」 / 「戻る」

⇒「送信」を押すと回答終了になります。