

# 福祉用具の消毒工程管理認定制度 申請の手引き

令和6年4月

一般社団法人 シルバーサービス振興会

## 《目 次》

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 福祉用具の消毒工程管理認定制度の概要      | 1  |
| 福祉用具の消毒工程管理認定制度 実施要綱と解説 | 4  |
| 福祉用具の消毒工程管理認定基準         | 14 |
| 帳票                      |    |
| 福祉用具の消毒工程管理認定申請書        | 24 |
| 福祉用具消毒事業所一覧表            | 25 |
| 福祉用具消毒サービス事業概要報告書       | 26 |
| 消毒設備・装置申告書              | 28 |
| 消毒薬・洗浄剤申告書              | 29 |
| 変更等届                    | 30 |
| 倫理綱領                    | 31 |

## 福祉用具の消毒工程管理認定制度の概要

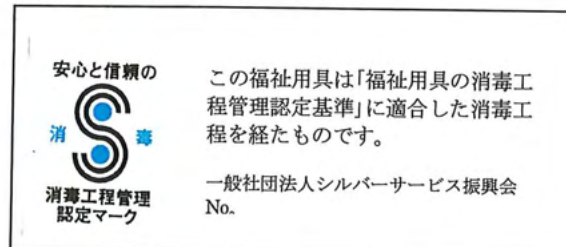
### 1. 趣旨、目的

福祉用具貸与サービスの質の確保については、商品の回収、消毒、保管、納品といった一連の作業工程の中での安全衛生管理が非常に重要ですが、介護保険制度においては具体的な基準は示されていません。このため、消毒工程管理に一定の基準を設け、これに適合した消毒事業所を認定するとともに、当該認定事業所で消毒処理された福祉用具（商品）等への適合表示を行う制度です。

### 2. 制度の概要

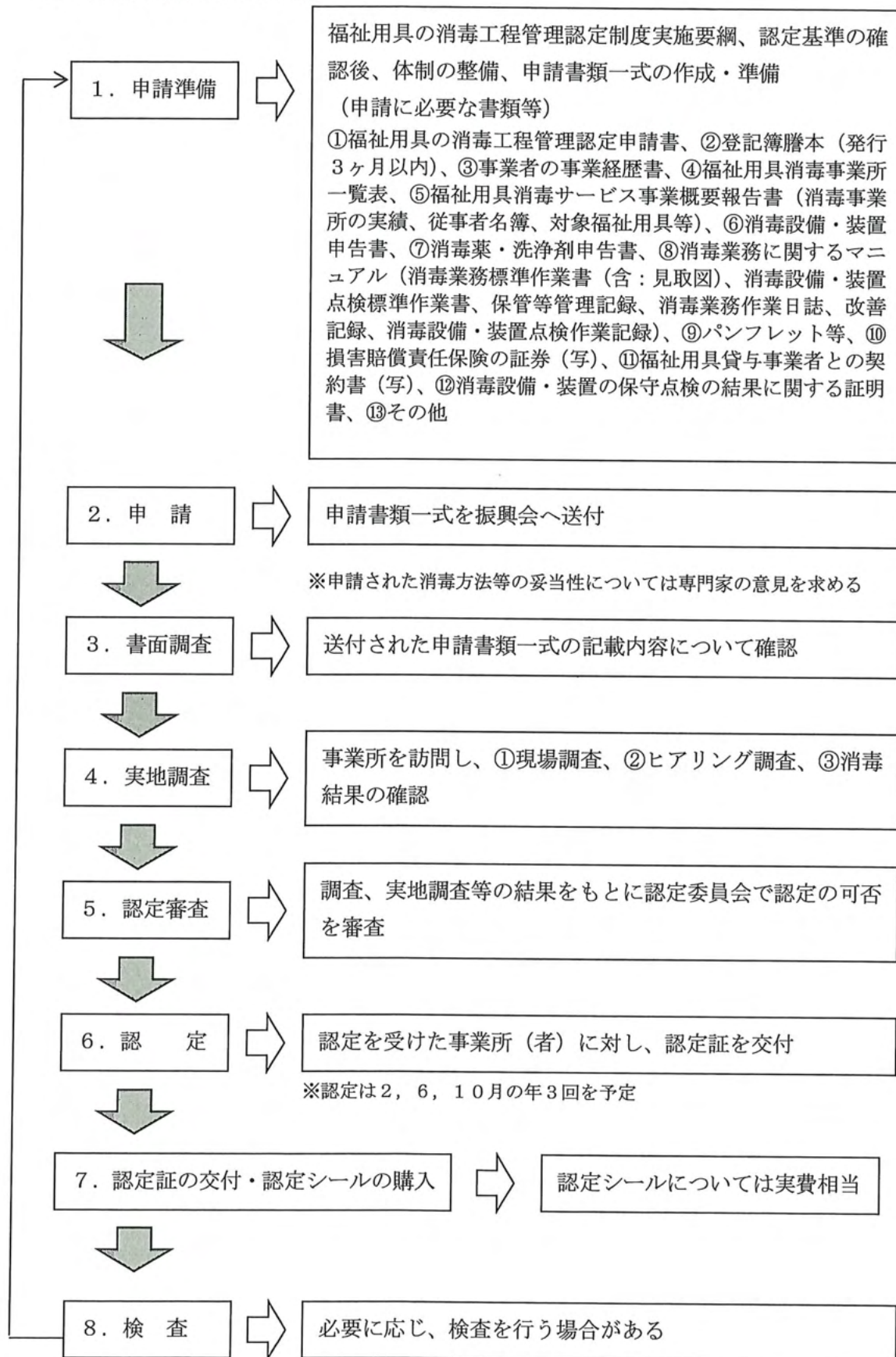
- (1) 実施主体：一般社団法人シルバーサービス振興会
- (2) 認定単位：福祉用具の消毒を行っている事業所
- (3) 認定の対象：福祉用具の消毒工程の管理体制
- (4) 認定：専門家からなる認定委員会で認定の可否を審査し、認定します。認定事業所には認定証を交付します（認定は6月、10月、2月の年3回）
- (5) 有効期間：2年間
- (6) 福祉用具への表示：認定事業所で消毒された原則全ての福祉用具（梱包材）に下記認定シールを貼付し、同制度の認定基準に適合した消毒工程を経たことを表示しなければなりません。（認定シールは原則、消毒済みの福祉用具の梱包材に貼付するため、使い捨てとなります）

#### 【認定シールのイメージ】



- (7) 申請締切：認定日の4ヶ月前の15日を申請締切日とします

### 3. 申請から認定までの手順



#### 4. 主な審査内容

- (1) 書面調査・・・申請時にご提出いただいた書類の内容について調査を行います。
  - ①マニュアルの整備状況
  - ②マニュアルや申請書類等による消毒工程の管理方法の確認
  - ③消毒機器・消毒薬等の管理状況の確認
  - ④構造・設備等、人員基準の状況の確認
  - ⑤見取図による作業動線の確認
  - ⑥認定シールの管理方法の確認（更新の場合） 等
- (2) 実地調査・・・申請のあった全ての消毒事業所を調査員が訪問し以下の調査を行います。
  - ①現場調査
    - (a) 消毒工程管理（マニュアルに基づく運用状況、記録等の管理状況等）の調査
    - (b) 消毒機器・消毒薬剤等の管理状況の調査
    - (c) 事業所の構造・設備等、人員基準の状況、作業動線の現場調査
    - (d) 各種記録、設備・装置等の点検状況の確認
    - (e) 認定シールの管理状況（更新の場合） 等
  - ②ヒアリング調査
    - (a) 消毒業務の管理責任者・・・管理・指導状況の確認
    - (b) 消毒従事者・・・運用状況、マニュアル理解、設備点検状況等の確認、研修状況 等
  - ③消毒結果の確認
    - (a) 一般生菌数、黄色ブドウ球菌について検査
- (3) 審査

前述の様々な調査結果をもとに、「福祉用具の消毒工程管理認定制度基準認定委員会」が認定可否の審査を行います。

#### 5. 認定に係る費用

- 手数料（申請手数料、実地調査費、認定費用）ならびに認定シール費用が必要です。
- ・申請手数料・・・1事業所あたり 95,200 円（税抜価格）

※請求金額合計に対し、別途 10%の消費税がかかります
  - ・実地調査費・・・実地調査に要する日数に応じた宿泊費及び日当並びに交通費実費  
(1名分の上限 78,568 円（税込価格）)
  - ・認定費用・・・過去1年間の消毒実績(件)×4.3 円(税抜価格)

※請求金額合計に対し、別途 10%の消費税がかかります
  - ・認定シール・・・認定シール枚数×6 円（税抜価格）(梱包材貼付用)

※請求金額合計に対し、別途 10%の消費税がかかります

制度の詳細につきましては、「福祉用具の消毒工程管理認定制度実施要綱と解説」および「消毒工程管理認定基準」をご覧ください。

# 福祉用具の消毒工程管理認定制度 実施要綱と解説

## 1. 消毒サービスの定義

福祉用具の消毒工程管理認定制度（以下「本制度」という）における消毒サービスとは、福祉用具が清潔かつ安全に使用されるよう適正な方法を用いて消毒を行うことをいう。

### 《解説》

- ① 「福祉用具」とは介護保険法で定める貸与福祉用具の対象種目および、同種目と同一工程によって消毒が行われている機器等（高齢者等心身に障害のある人が障害あるいはそれに伴う生活上の問題によって減少した機能を補い、より快適に生活するための機器あるいは用品（除くおむつ）で、薬事法で規定する医療用具でないもの）をいいます。
- ② 「消毒」とは病気の原因となりうる有害（病原菌）微生物を除去したり、数を少なくしたりすることで病気を起こす力を奪うことをいいます。

## 2. 認定の対象

本制度における認定の対象は、介護保険法で定める貸与福祉用具のうち少なくとも1種目以上を対象として行われる消毒の工程管理体制とする。なお、認定は事業所単位とし、認定を受けた工程管理体制において消毒された福祉用具については後述 11. により定める方法によりその事実を表示しなければならない。

### 《解説》

- ① 「1種目以上」とは、介護保険法で定める貸与福祉用具の対象種目の一部分（部品等）を対象とする消毒も含まれます。
- ② 「消毒の工程」とは、消毒サービスを行う事業所に福祉用具を搬入してから搬出するまでの一連の工程をいいます。
- ③ 「事業所」とは、消毒サービスを提供する各拠点のことをいいます。
  - ア 福祉用具貸与を行う事業所であって、同事業所内において自ら消毒サービスを行う当該福祉用具貸与事業所。あるいは、同一事業者の他の事業所において消毒サービスを行う場合は、消毒サービスを実際に行う事業所をいいます。
  - イ 福祉用具貸与事業者(所)から委託を受けて消毒サービスを行う場合は、消毒サービスを受託した事業所をいいます。
- ④ 当該事業所における対象となる消毒の工程のうち、特定の消毒の工程や消毒の工程の一部分の認定は行いません。

## 3. 事業所の資格要件

本制度について申請事業者より申請があり認定を受ける事業所は、次の要件を満たすものとする。

- ① 申請時において、1ヵ月以上の消毒サービスの実績を有していること。
- ② 認定の取消しを受けた事業所にあつては、取消し後2年以上を経過していること。

## 4. 認定の基準

本制度の認定の基準は「福祉用具の消毒工程管理認定基準」において別に定める。

## 5. 申請手続

(1) 申請事業者は、「福祉用具の消毒工程管理認定申請書」に次に定める書類を添付して理事長に提出しなければならない。

- ① 登記簿謄本
- ② 事業者の事業経歴書
- ③ 福祉用具消毒事業所一覧表
- ④ 福祉用具消毒サービス事業概要報告書
- ⑤ 消毒設備・装置申告書
- ⑥ 消毒薬・洗浄剤申告書
- ⑦ 消毒業務に関するマニュアル
  - ア 消毒業務標準作業書（含：見取図）
  - イ 消毒設備・装置点検標準作業書
  - ウ 保管等管理記録
  - エ 消毒業務作業日誌
  - オ 改善記録
  - カ 消毒設備・装置点検作業記録
- ⑧ パンフレット等
- ⑨ 損害賠償責任保険の証券（写）
- ⑩ 福祉用具貸与事業者との契約書（写）
- ⑪ 消毒設備・装置の保守点検の結果に関する証明書
- ⑫ その他

(2) 申請事業者は、別表1に定めるところに従い手数料を支払うものとし、一旦納入された手数料はいかなる場合があっても返還しない。

### 《解説》

本制度の申請にあたっては、申請事業者は、「福祉用具の消毒工程管理認定申請書」に①から⑪（⑩については、申請事業所が福祉用具貸与事業者から消毒サービスを受託している場合のみ）の書類を添えて提出してください。添付書類については、次のとおりです。

- ① 登記簿謄本（事業者が法人の場合に限る。申請時において3か月以内に発行されたもの。）
- ② 事業者の事業経歴書（事業者として消毒サービスを開始した時期及び公的サービスの受託暦を含む）
- ③ 福祉用具消毒事業所一覧表（複数の消毒サービスを行う事業所がある場合は、当該申請事業所を含めた消毒サービスを行う全事業所の一覧表であること。）
- ④ 福祉用具消毒サービス事業概要報告書（消毒事業所の実績、従事者名簿、対象福祉用具等）
- ⑤ 消毒設備・装置申告書（消毒設備・装置の性能、効果がわかる資料の添付および対象とする福祉用具を示すこと）
- ⑥ 消毒薬・洗浄剤申告書（消毒薬・洗浄剤の効能、効果がわかる資料の添付および対象とする福祉用具を示すこと）

- ⑦ 消毒業務に関するマニュアル（現在使用されているもの。マニュアルにはア～カを含んでいるもの。）
  - ⑧ パンフレット等（顧客誘因、説明の目的で作成された実際に使用されている書面。）
  - ⑨ 損害賠償責任保険の証券（写）（消毒サービスについて賠償資力を確保していることがわかるもの）
  - ⑩ 福祉用具貸与事業者との契約書（写）（申請事業所が福祉用具貸与事業者から消毒サービスを受託している場合のみ。）
  - ⑪ 消毒設備・装置の保守点検の結果に関する証明書（消毒設備・装置メーカー等で点検を受けた直近の証明書）
- ③、④、⑤、⑥については様式例を用意しています。

## 6. 認定の方法及び検証の方法

### (1) 認定の方法

- ① 認定日は、6月1日、10月1日、2月1日の年3回とする。
- ② 審査に必要な調査は、書面調査、実地調査及びその他の調査とする。
- ③ 申請事業者（所）は必要な調査に協力しなければならない。

### (2) 検証の方法

- ① 認定を受けた本サービスについて事業実態を確認する必要がある場合、認定基準違反が認められる場合等必要に応じ、随時、検証を行う。
- ② 認定を受けた事業所（以下「認定事業所」という）は、検証に協力するとともに、検証に要する費用につき別途定める実地調査費を支払わなければならない。

## 《解説》

### 申請の受付

認定日は、6月1日、10月1日、2月1日の年3回とします。申請の受付は随時行いますが、認定日の4ヶ月前の15日までに申請のあったものにつき、当該認定日の審査対象事業者とします。

### (調 査)

#### (7) 書面調査

申請手続き時に提出された書類に基づき調査します。書類不備の場合は再提出を願うほか、必要に応じ補完資料を提出願う場合があります。

#### (4) 実地調査

- ・ 申請手続等に提出された書類や、基準で記録、保管が必要とされている書類等のほか、保管施設や消毒施設等設備・装置の確認、消毒サービス実施に係る一連の業務の流れなどを確認するため実地調査を行います。申請事業者が複数の事業所を申請する場合にあっても事業所毎に実地調査を行います。
- ・ 基準適合状況確認のため、福祉用具消毒業務管理責任者に対する事業運営の管理状況、消毒業務従事者に対するマニュアル理解度等について面接を行います。
- ・ 消毒の効果および保管状況を確認するため、消毒の工程ごとに試薬による検

査を行います。検査にあたって、申請事業者は調査員が指定する消毒済みおよび保管中の福祉用具をサンプルとして提供しなければなりません。なお、検査後の福祉用具は速やかに消毒をすることが必要です。

(ウ) その他の調査

必要に応じ、福祉用具貸与事業者や自治体へのアンケート、ヒアリングを行うことがあります。

(検 証)

認定基準あるいはこの実施要綱に触れる事実が判明した場合は、随時、検証を行い、その結果によっては認定を取消す場合があります。

## 7. 変更等の届け出

認定事業者(所)は、事業の廃止のほか、次に掲げる事実が発生したときにはその日から30日以内にその旨を理事長に届け出るものとする。

- ① 法人名又は商号、代表者及び住所の変更
- ② 事業所の閉鎖
- ③ 認定の返上
- ④ その他、事業者の企業・団体再編などの場合

《解説》

- ④ 事業者の企業・団体再編は、合併、営業譲渡、分割などをいいます。

## 8. 再審査を必要とする変更等の届け出

認定事業者は、7. 変更等の届け出 以外に次の変更事項が発生したときには速やかにその旨を理事長に届け出を行うとともに、次の書類を提出し再審査を受けなければならない。

(1) 変更事項

- ① 事業所の移転
- ② 消毒の方法にかかる変更事項
- ③ 対象となる福祉用具の追加・削除

(2) 提出書類

別途当会より必要書類を依頼

(3) 手数料

認定事業者は、別表1に定めるところに従い手数料を支払うものとし、一旦納入された手数料はいかなる場合があっても返還しない。

《解説》

- (1) ①、③については、再審査の必要性の有無については届け出の内容に基づき理事長が判断することとします。

## 9. 有効期間

認定の有効期間は、2年とする。但し、期間満了の4か月前までに更新の申請手続きが行われたにもかかわらず、期間満了までに認定の可否について通知がなされなかった場合には、その通知がなされるまでの間は有効期間とみなす。

《解説》

但し書の更新の申請手続きは申請書類一式による手続きが必要です。

また、有効期間満了後認定がなされた場合には、その認定日は本来の更新認定日にさ

かのぼります。

## 10. 認定事業所における消毒工程管理認定の表示

- (1) 本制度により認定を受けている事業所であることを表示する場合には、事業者名、事業所名、福祉用具の品目数及び有効期間を明記する。あわせて、マークを表示する場合には下記のとおりとすること。

| 福祉用具の消毒工程管理認定                                                                     |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|  | この事業所は、一般社団法人シルバーサービス振興会が定めた福祉用具の消毒工程管理認定基準に合致したものです。 |
|                                                                                   | 事業者名                                                  |
|                                                                                   | 事業所名                                                  |
|                                                                                   | 品目数 介護保険法における対象福祉用具 品目                                |
|                                                                                   | 有効期限 令和 年 月 末日                                        |
|                                                                                   | 認定機関 一般社団法人シルバーサービス振興会                                |

(注) 1 色彩は、マーク中円形の部分およびマーク左右の「消毒」の文言を青色（ディック 138 番）とし、他の部分は黒色とする。

2 やむを得ない理由により単色とするときは、黒色とする。

- (2) 本制度により認定を受けていることを表示する場合は、認定を受けていない事業所および対象外の福祉用具について、認定を受けているものと誤解される表示を行ってはならない。

なお、上記と異なる方法で表示を行う場合は、事前にシルバーサービス振興会の承認を受けなければならない。

- (3) 認定事業所は、次の場合、本制度による認定を受けていることを表示するものを廃棄又は削除しなければならない。

- ① 認定の有効期間が満了したとき
- ② 認定の取消しを受けたとき
- ③ 認定を返上したとき

## 11. 認定シールの貼付

- (1) 認定シールの貼付対象

認定期間中に本制度の認定を受けた工程管理体制の下で消毒された福祉用具すべてについて振興会が発行する認定シールを貼付しなければならない。

但し、介護保険法で定める貸与福祉用具の対象種目以外の福祉用具に限り、申請時の申告により認定シールの貼付対象外とすることができる。

- (2) 認定シールの貼付方法

認定事業所は貼付対象となる福祉用具を梱包している資材に認定シールを貼付しなければならない。このとき、梱包している資材を開封した際に認定シールが確実に破棄されるように、開封口に貼付しなければならない。

但し、認定事業所が福祉用具を所有し、かつ消毒の工程および履歴管理等がコンピューターシステム等により高度に管理されていると振興会が認め、かつ、別に定める要件を満たす場合に限り福祉用具自体に認定シールを貼付することができる。

|                                                                                      |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|  | この福祉用具は「福祉用具の消毒工程管理認定基準」に適合した消毒工程を経たものです。 |
|                                                                                      | 一般社団法人シルバーサービス振興会                         |
|                                                                                      | No. □□□□□□□□□□                            |

(3) 次の場合、認定シールを廃棄又は削除しなければならない。

- ① 認定の有効期間が満了し更新をしないとき
- ② 認定の取消しを受けたとき
- ③ 認定を返上したとき
- ④ 福祉用具を廃棄、譲渡するとき
- ⑤ 利用者等から福祉用具を回収したとき

①～③の場合は、未使用の認定マークおよび保管中の福祉用具を梱包している資材または福祉用具に貼付された認定マークについても廃棄又は削除しなければならない。なお、上記(2)の但し書きに該当する場合は、⑤は適用しない。

- (4) 認定シールは、この実施要綱の定める方法以外に使用してはならず、また、適切に管理しなければならない。
- (5) 認定シールは、必要枚数を別に定める申請書で振興会に申請するものとし、別表1に定めるところに従い費用を支払う。
- (6) (3)により廃棄又は削除された認定シールの費用についてはいかなる場合であっても返還しない。

#### 《解説》

(1) の「認定期間中に本制度の認定を受けた工程管理体制の下で消毒された福祉用具」には、当該福祉用具の全部または、その一部を同事業所以外で消毒した福祉用具については含まれません。

(2) の但し書の場合、認定シールの取扱い方法は以下のとおりとします。

- ① 認定シールの取扱い等について別途協議し、予め書面により振興会の承認を得なければなりません。
- ② 認定シールの貼付方法は、車いす1台、特殊寝台1台等※、利用に供することができる状態にある福祉用具単位で貼付します。なお、車いすならびに特殊寝台の付属品についてはクッション又はパッド、マットレスを除き、認定シールを貼付しないことができます。

※福祉用具が複数の部品等からなる場合は、主要な部品等に認定シールを貼付することとします。この場合、当該認定事業所において消毒をしていない部品等と組み合わせて、利用する福祉用具については、その福祉用具全体が認定を受けた消毒の工程を経ていると利用者に誤認されることのないように適切な処置を講じなければなりません。

## 12. 損害賠償の実施の確保

認定事業所は、本サービスの過失に起因して、その利用者等に損害を与えた場合の賠償の確実な実施を図るため、別に定める損害賠償責任保険に加入しなければならない。

#### 《解説》

申請・更新時に損害賠償責任保険の証券（写）を提出するものとし、認定期間中に保険契約の更新、保険内容の変更等があった場合は速やかに変更後の証券（写）を提出しなければなりません。

なお、賠償責任保険の内容については、別表2で定める補償内容以上であることとします。

### 13. 認定事業者（所）からの協議

認定事業者（所）は、認定を受けた消毒事業所が災害や不測の事態により消毒サービス提供が困難になる等実施要綱に定めのない事項が生じた場合には、当該事業所の復旧等について理事長に協議するものとする。

#### 《解説》

本項は、認定を受けた消毒事業所について本実施要綱に定めのない事項が生じた場合の取り扱いを定めたものです。

付則 この要綱は平成16年2月1日から施行する。

付則 制度改定

本制度について、必要な事項があれば理事長決済により改定することができる。

付則 この要綱の一部改定は平成16年3月25日から施行する。

付則 この要綱及び解説の一部改定は平成21年4月1日から施行する。

付則 この要綱及び解説の一部改定は平成26年4月1日から施行する。

付則 この要綱及び解説の一部改定は平成27年4月1日から施行する。

付則 この要綱及び解説の一部改定は令和元年10月1日から施行する。

付則 この要綱及び解説の一部改定は令和5年10月1日から施行する。

付則 この要綱及び解説の一部改定は令和6年 4月1日から施行する。

# 福祉用具の消毒工程管理認定申請書（新規・更新）

一般社団法人シルバーサービス振興会理事長 殿

福祉用具の消毒工程管理認定制度による事業所の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請日 令和 年 月 日

|           |      |     |     |  |
|-----------|------|-----|-----|--|
| 申請者       | 住所   | 〒 ー |     |  |
|           | 法人名  |     |     |  |
|           | 代表者  | 印   |     |  |
|           | TEL  |     | FAX |  |
| 申請者窓口     | 住所   | 〒 ー |     |  |
|           | 担当部署 |     |     |  |
|           | 氏名   |     |     |  |
|           | TEL  |     | FAX |  |
| 電子メールアドレス |      |     |     |  |

## 1. 申請する事業所数

| 福祉用具の消毒を実施している事業所数 | 今回申請する対象事業所数 |
|--------------------|--------------|
| 事業所                | 事業所          |

## 2. 申請に必要な書類

（作成する書類）

- (1) 事業者は事業経歴書
- (2) 福祉用具消毒サービス事業概要報告書
- (3) 福祉用具消毒事業所一覧表
- (4) 消毒設備・装置申告書
- (5) 消毒薬・洗浄剤申告書
- （添付書類）
- (6) 消毒設備・装置の保守点検の結果に関する証明書
- (7) パンフレット等
- (8) 損害賠償責任保険の証券（写）
- (9) その他

下記書類は更新時において、内容に変更がない場合は、添付省略可（添付・添付省略のいずれかを○で囲む）

### (10) 登記簿謄本

|    |            |
|----|------------|
| 添付 | 添付省略（変更なし） |
|----|------------|

### (11) 消毒業務のマニュアル等一式

|    |            |
|----|------------|
| 添付 | 添付省略（変更なし） |
|----|------------|

### (12) 福祉用具貸与事業者との契約書（写）

|    |            |
|----|------------|
| 添付 | 添付省略（変更なし） |
|----|------------|

## 別表 1

### 1. 新規、更新申請に係る手数料等

| 項 目   | 金 額                                                                                                               | 納入時期                          | 備 考     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|
| 申請手数料 | 95,200 円（税抜価格）×申請事業所数<br>※請求金額合計に対し、別途 10%の消費税がかかります                                                              | 当会から送付した<br>請求書の到着後<br>10 日以内 | 注 1、注 2 |
| 実地調査費 | 実地調査を行った事業所等がある地域毎に、<br>調査に要する日数に応じた 1 名分の宿泊費<br>および日当並びに 1 名分の交通費を勘案し<br>て定めた付表 1 による金額に、実際に調査に<br>要した人員を乗じて得た金額 | 当会から送付した<br>請求書の到着後<br>10 日以内 | 付表 1    |
| 認定費用  | 過去 1 年間の消毒実績件数×4.3 円<br>（税抜価格）<br>※請求金額合計に対し、別途 10%の消<br>費税がかかります                                                 | 当会から送付した<br>請求書の到着後<br>10 日以内 | 注 3、注 4 |

### 2. 認定シールに係る費用

| 項 目     | 金 額                                                  | 納入時期                                                 | 備 考 |
|---------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----|
| 認定シール費用 | 認定シール枚数×6 円（税抜価格）<br>※請求金額合計に対し、別途 10%の消<br>費税がかかります | 認定シール購入申<br>請書提出と同時<br>当会から送付した<br>請求書の到着後<br>10 日以内 | 注 5 |

（注 1）同一事業者において複数の事業所を申請し、当該申請事業所が既に認定を受けた事業所と同じマニュアルによって運営されている場合、2 事業所目以降の 1 事業所あたりの申請手数料は 76,100 円（税抜価格）※請求金額合計に対し、別途 10%の消費税がかかります

（注 2）申請事業所における消毒の工程が 2 工程を超える場合は、調査試薬の実費を別途お支払いいただきます。

（注 3）消毒実績は、車いす 1 台、特殊用寝台 1 台等、利用に供することができる状態にある福祉用具単位で算出します。なお、車いすならびに特殊寝台の付属品については、介護保険制度の福祉用具貸与として貸与を認められている最小単位を消毒実績 1 件と計算します。

（注 4）消毒実績が 1 年未満の場合は、今後 1 年間の見込み消毒実績とします。なお、申告いただいた消毒実績が実際の消毒実績を大幅に上回った場合は、認定費用を追加してお支払いいただく場合があります。

（注 5）上記の 1 枚あたりの価格は梱包材貼付用の認定シールの場合です。福祉用具貼付の認定シールの価格については別途ご照会下さい。

#### 付表 1 実地調査費

実地調査に要する日数に応じた 1 名分の宿泊費及び日当並びに 1 名分の交通費実費に、実際に調査に要した人員を乗じて得た金額（但し、1 名分の費用の上限額は、78,568 円（税込価格）とする）

但し、消費税額の算出方法については、請求金額の合計に 10/110 を乗じて得た金額に対して端数（1 円以下端数を切捨て）処理を行い「消費税額等」を算出した上で請求書を発行します。

※シルバーマークと同時に実地調査を行う場合は、実地調査費は重複していただきません。

## 損害賠償責任保険加入基準

## 1. 保険対象

事業者の責めにより、以下のような事故が発生し、事業者が利用者等第三者に対し法律上の賠償責任を負った場合に賠償金が支払える保険内容であること。

- ① 業務の遂行中、利用者の身体・財物に被害を与える事故
- ② 業務を遂行した結果、利用者の身体・財物に被害を与える事故

## ★ 保険種類例

|            |           |
|------------|-----------|
| 福祉用具消毒サービス | 生産物賠償責任保険 |
|------------|-----------|

補償される事故例：消毒業務に過失があったため、福祉用具利用者に細菌感染が発生した。

## 2. 補償額（保険金額）

| 1 事故の補償限度額<br>（身体・財物共通） | 保険期間中の限度額<br>（身体・財物共通） |
|-------------------------|------------------------|
| 1 億円 以上                 | 1 億円 以上                |

※ 保険期間が1年を超えるものは、保険期間中を通しての補償額ではなく、1 保険年度毎の補償額（保険金額）とする。

※ 保険期間は、認定の有効期間に一致させる必要はなく、1 年契約でも差し支えないが、有効期間は契約を継続すること。

## 福祉用具の消毒工程管理認定基準

福祉用具の消毒工程管理認定基準 解釈・補足

この認定基準は一般社団法人シルバースービス振興会が定める福祉用具の消毒工程管理認定制度の認定基準について定めるものである。

### 1. 基本事項

#### 1.1 事業者の理念

##### 1.1.1 倫理綱領

1.1.1.1 シルバースービスの果たすべき社会的役割と特質を自覚し、社会の信頼の確保、教育、資質の向上、守秘義務等事業を行うに当たり守るべき事項を定めた「一般社団法人シルバースービス振興会倫理綱領」が遵守されている。

##### 1.1.2 事業者独自の理念

1.1.2.1 事業者独自の事業理念が策定されている。

1.1.2.2 策定された事業理念が、明文化され職員に周知されている。

### 1.2 法令等の遵守

#### 1.2.1 法令等の遵守

1.2.1.1 業務遂行、管理に関わる関係諸法令・通知等が遵守されている

1.2.1.2 関係諸法令、通知に違反する行為により行政からの勧告・起訴処分等を受けた場合には、その事実、改善予定及び改善結果が速やかにシルバースービス振興会に書面で報告されている。

### 2. サービス提供体制等

#### 2.1 人員体制

##### 2.1.1 福祉用具消毒業務管理責任者

2.1.1.1 事業所毎に消毒工程全般について総合的な指揮・監督を行う管理責任者（以下「福祉用具消毒業務管理責任者」という）が1名配置されている。

2.1.1.2 消毒業務の遂行状況は、福祉用具消毒業務管理責任者によって日常的に管理されている。

1.1.1.1 マニュアルへの記載、事務所内の掲示、研修での講義等を通じ、消毒業務に携わる従事者に徹底され、遵守されていること。

1.1.2.1 事業者の基本的な姿勢等を示した理念が策定されている。

1.1.2.2 マニュアルへの記載、事務所内の掲示、研修での講義等を通じ、当該業務に関わる従事者に徹底され、遵守されていること。

1.2.1.1 従事者に対し、研修等を通じて認識されること。

2.1.1.1 福祉用具消毒業務管理責任者は、対外的な責任者となりうる所長や店長が望ましい。なお、福祉用具消毒業務管理責任者は現場従事者を指揮・監督する立場から、現場従事者と兼務することはできないが、2.1.1.2の業務の遂行に支障がなくシルバースービス振興会が認めた場合はこの限りではない。

2.1.1.2 「消毒業務の遂行状況」とは日常的に消毒現場を管理（消毒装置や消毒薬の管理、整理・整頓の状況、保管状況、清掃の状況等）するとともに、必要がある場合の改善・是正の指示等がある。

## 2.1.2 消毒業務従事者の研修・教育

2.1.2.1 福祉用具消毒業務管理責任者および消毒業務従事者については、採用時福祉用具消毒業務に関する十分な知識を得るための研修が行われている。

2.1.2.2 研修記録が適切に保管されている。

## 2.2 消毒事業所の構造・設備等

### 2.2.1 構造

2.2.1.1 安全かつ衛生的であり、消毒済みの福祉用具等が汚染されないような構造となっている。

2.2.1.2 衛生的な業務を行うため、消毒作業、保管場所は、事務部門、管理部門、便所等の場所と明確に区分されており、作業が適切に行われるための十分な広さ及び構造となっている。

2.2.1.3 作業動線において消毒済みと未消毒の福祉用具が輻輳、交錯しないように構造上配慮されている。

2.2.1.4 繊維製品により発生するじんあいにより、他の福祉用具が汚染されないよう、繊維品の洗濯、包装の作業を行う場所は、隔壁等により他の場所と区別されている。

### 2.2.2 設備・装置等

2.2.2.1 取り扱う福祉用具に十分な消毒効果が得られるよう適切な設備・装置等が設置されている。

2.2.2.2 設備・装置等は作業工程の流れに対応して適切に配置されている。

2.2.2.3 設備・装置等は定期的に自己点検および保守点検がなされており、その結果が記録されている。

2.2.2.4 消毒事業所内は安全管理のために整理整頓されている。特に消毒場所、保管場所は清掃し、清潔な状態が維持されている。

2.2.2.5 消毒業務従事者の手洗い施設等が整備されている。

2.1.2.1 採用時研修とは、消毒業務従事者に対し当該業務に従事する前にシルバースピーズ振興会が別表1に定めるカリキュラムに沿った研修を受講させること。  
採用時研修未修了者にはサードビスに従事させないこと。

2.1.2.2 研修記録については、従事者毎に在籍期間後少なくとも3年以上保管すること。

2.2.2.3① 自己点検とは、消毒設備・装置メーカーが定める頻度、点検項目に準じて事業者自ら行う点検をいう。自己点検の結果は記録しなければならない。なお、自己点検は1ヶ月に1度以上実施すること。

② 保守点検とは、消毒設備・装置メーカーが定める頻度、点検項目に準じて消毒設備・装置メーカー等が行う点検をいう。保守点検の結果は記録するとともに、消毒設備・装置の性能が維持されていることの証明書を消毒設備・装置メーカー等に求め、保存しなければならない。なお、定期点検は2年に1度以上実施すること。

③ 自己点検の記録の確認は1ヶ月に1度以上、保守点検の記録の確認はその点検の都度、福祉用具消毒業務管理責任者が行うこと。

④ 自己点検、保守点検の記録は5年以上保管すること

## 2.3 業務の標準化

### 2.3.1 マニュアル等の整備

2.3.1.1 消毒業務標準作業書、消毒設備・装置点検標準作業書、保管等管理記録、消毒業務作業日誌、改善記録、消毒設備・装置点検作業記録が整備されている。

### 2.3.2 消毒業務標準作業書

2.3.2.1 消毒業務標準作業書には、消毒事業所に使用済みの福祉用具を搬入した時から消毒済みの福祉用具を搬出するまでの間の消毒、洗浄、保管等の各業務についてフローダイアグラムで分かりやすく記載されている。

2.3.2.2 消毒業務標準作業書には、作業手順、管理方法、管理基準が記載されている。

2.3.2.1 フローダイアグラムには消毒工程の名称、工程数が記載されており、作業の手順が合理的であること。

2.3.2.2① 福祉用具ごとの消毒方法は別表2の消毒方法例を参考に、それと同等以上の効果が認められる消毒方法であること。なお、消毒設備・装置、消毒薬等の概要、使用条件、効果等を明示すること。

② 作業手順については、フローダイアグラムとは別に (a) 作業者、(b) 使用消毒設備・装置、消毒薬の種類、その操作・消毒薬の取り扱い方法を含む作業方法、(c) 作業条件 (時間、温度、濃度、圧力、消毒が可能な最大容量等) および留意事項、(d) 作業の管理基準 (時間、温度、濃度、圧力、pH等)、(e) 管理基準を満たさなかった場合の処理、(f) 管理基準の実測値の記録、記録の確認、および保管方法について記載していること。

③ 消毒薬等の保管場所、保管方法、管理方法を明示すること。なお、定期的に (1ヶ月に1度以上) 消毒薬の管理状況、使用状況を点検し、記録することについて定めること。

④ 感染症の恐れのある福祉用具等については一時保管が必要な場合は、密封して保管するなど、作業工程においても他の福祉用具とは異なる対応を定めること。

2.3.2.3 事業所内の消毒工程にかかる部分の見取り図が作成されている。

2.3.2.3 見取り図には (a) 設備・装置等、(b) 福祉用具の流れ、(c) 従事者の流れ、(d) ゾーニング (汚染区域、清浄区域) が記載されていること。

### 2.3.3 消毒設備・装置点検標準作業書

2.3.3.1 各消毒設備・装置等について、事業者自らが行なう自己点検の内容、方法、ならびに消毒設備・装置メーカー等が行なう保守点検の内容と頻度、故障時の対応について記載されている。

### 2.3.4 保管等管理記録

2.3.4.1 搬入・搬出、保管記録には少なくとも (a) 搬入・搬出の年月日、(b) 受託先、(c) 搬入・搬出の対象となった福祉用具が特定できる記号等、(d) 担当者名が記録されている。

2.3.4.1① 記録は福祉用具が返却されてから少なくとも3年以上保存すること。但し、事業形態等により福祉用具が返却された日を確認できない場合については消毒後少なくとも5年以上保存すること。

② 電磁的方法による管理、電磁ディスク等によるデータの保存も可。

## 2.3.5 消毒業務作業日誌

2.3.5.1 消毒業務作業日誌には少なくとも (a) 作業年月日時、(b) 作業消毒設備・装置等・使用消毒薬、(c) 受託先別に消毒した福祉用具が特定できる記号等、(d) 管理基準に基づく実測値(時間、温度、濃度、圧力、ph等)、(e) 作業担当者名が記録されている。

## 2.3.6 改善記録

2.3.6.1 管理基準を満たせなかった場合に行なった改善措置について少なくとも (a) 措置年月日時、(b) 措置内容、(c) 作業担当者名が記録されている。

## 2.3.7 消毒設備・装置点検作業記録

2.3.7.1 消毒設備・装置等ごとに事業者自ら行う自己点検、消毒設備・装置メーカー等が行う保守点検について少なくとも (a) 消毒設備・装置、(b) 点検年月日時、(c) 点検者名、(d) 点検項目、(e) 点検結果が記録されている。

## 2.4 業務運営

### 2.4.1 マニュアル等の遵守

2.4.1.1 消毒の業務の安全性を確保し、かつ十分な消毒効果が得られるよう定められたマニュアル等が遵守されている。

### 2.4.2 洗浄・消毒

2.4.2.1 未消毒の福祉用具等を仕分する作業に従事する者には、ゴム手袋、作業衣を着用させる等、感染対策が図られている。

2.4.2.2 福祉用具は消毒事業所に搬入後、速やかに消毒を行うこと。また、消毒を効果的に行うために合理的な順序、方法で洗浄・消毒されている。

2.4.2.3 消毒方法は別表2の消毒方法、及びそれと同等以上の効果が認められる方法で行われている。

2.4.2.4 消毒後の洗浄、すすぎの際は水道水等清浄な水で行なわれている。

2.4.2.5 消毒設備・装置等を利用して消毒する場合は、予め定められた事前処理方法や1回の処理量等が厳守されている。

2.3.5.1① 記録は福祉用具が返却されてから少なくとも3年以上保存すること。但し、事業形態等により福祉用具が返却された日を確認できない場合には消毒後少なくとも5年以上保存すること。

② 電磁的方法による管理、電磁ディスク等によるデータの保存も可。

2.3.6.1① 記録は福祉用具が返却されてから少なくとも3年以上保存すること。但し、事業形態等により福祉用具が返却された日を確認できない場合には消毒後少なくとも5年以上とする。

② 改善記録は消毒業務作業日誌に内包すること可。

③ 電磁的方法による管理、電磁ディスク等によるデータの保存も可。

2.3.7.1① 不定期のメンテナンス、修理等を行った場合についても記録をすること。

② 点検の記録は実施後少なくとも3年以上保存すること。

③ 電磁的方法による管理、電磁ディスク等によるデータの保存も可。

2.4.2.2 例えば、消毒を効果的に行うために、消毒前に福祉用具が十分に洗浄が行われていることが挙げられる。(なお、血液、膿等が付着した福祉用具については、事前に消毒するなど適切な対応を行う必要がある。)

- 2.4.2.6 消毒設備・装置等を利用して消毒する場合は、正常に作動していることを確認するために、原則として、その管理基準の実測値が記録されている。
- 2.4.2.7 消毒薬名はそれぞれ分類して表示し、所定の保管庫または戸棚等に適切な方法で保管すること。また、劇薬については施錠をし保管されている。
- 2.4.2.8 消毒薬は定期的に管理状況、使用状況が点検、記録されている。
- 2.4.2.9 消毒薬を利用して消毒する場合は、十分な消毒効果を得られていることを確認するために、管理基準の実測値が記録されている。
- 2.4.2.10 管理基準の実測値が基準を満たさなかった場合に行った措置について、改善記録に記録されている。
- 2.4.2.11 消毒に使用した消毒薬およびガスが福祉用具に残留しないように処理されている。
- 2.4.2.12 使用済みの消毒薬、ガス等の廃棄にあたっては環境への配慮がなされている。
- 2.4.3 消毒結果の確認
- 2.4.3.1 シルバーサービス振興会が行う試薬による消毒結果の確認調査において良好な結果が得られている。
- 2.4.4 保管
- 2.4.4.1 保管は、原則として隔壁により他と区別された場所で行われている。
- 2.4.4.2 消毒後、速やかに梱包するなど福祉用具が汚損されないように保管されている。
- 2.4.5 搬入・搬出
- 2.4.5.1 使用済みの福祉用具の搬入及び消毒済みの福祉用具の搬出が適切に記録されている。
- 2.4.5.2 搬出にあたり福祉用具は原則として、水、ほこり等が容易に入らない素材（以下「梱包材」という）で梱包されている。

- 2.4.2.6 記録は日常的に福祉用具消毒業務管理責任者によって確認されていること。
- 2.4.2.8 消毒薬の管理状況については定期的に点検されており、少なくとも1ヶ月1度以上は福祉用具消毒業務管理責任者によって確認されていること。
- 2.4.2.9 記録は日常的に福祉用具消毒業務管理責任者によって確認されていること。
- 2.4.2.10 記録は日常的に福祉用具消毒業務管理責任者によって確認されていること。
- 2.4.3.1 消毒後の福祉用具と保管中の福祉用具について無作為抽出で行うものとし、調査項目は黄色ブドウ球菌と一般生菌数とする。
- 2.4.4.1 やむを得ず隔壁により他と区別された場所を確保できない場合には保管区域を定め、つい立て等を設置するなど未消毒の福祉用具と消毒済みの福祉用具を明らかに区分する必要がある。
- 2.4.5.1 記録は1ヶ月に1度以上は福祉用具消毒業務管理責任者によって確認されていること。

2.4.5.3 搬出に使用する梱包材を再利用する場合はその都度、消毒が行われている。

### 3.安全・衛生対策および健康管理

#### 3.1 健康診断及び衛生対策

##### 3.1.1 健康診断

3.1.1.1 福祉用具消毒業務管理責任者および消毒業務従事者には採用時を含め年1回以上の法令で定める健康診断が実施されている。

3.1.1.2 有毒ガス等を使った作業に従事する者については、上記に加え人体への影響の有無を検査する項目を含んだ健康診断が実施されている。

3.1.1.3 採用時及び定期健康診断の記録が保存されている。

3.1.1.4 消毒業務従事者には作業を中断する場合、あるいは終了した場合は手指の消毒をすることが徹底されている。

### 4.事業の運営管理

#### 4.1.1 苦情処理体制の整備

4.1.1.1 消毒サービスのに関する苦情の発生に対しては迅速かつ円滑な処理が行える体制が確立、整備されている。

4.1.1.2 苦情の発生日時、受付日、対応日、対応者、苦情内容及び対応・解決までの対応経緯及び結果が記録・保管されている。

#### 4.1.2 賠償資力の確保

4.1.2.1 損害賠償が迅速、円滑に行えるよう賠償資力が確保されている。

3.1.1.1 労働安全衛生法規則においては、全ての従業員に健康診断を実施することが求められている。

3.1.1.3 職員ごとに健康診断の記録は5年以上保管すること。

4.1.1.1 消毒サービスのみのを行っている事業者は福祉用具貸与事業者に苦情対応窓口を明示していること。

4.1.1.2 記録は受付から少なくとも3年以上保管すること。

4.1.2.1 少なくとも別に定める損害賠償責任保険加入基準を満たすこと。

(別表1)

| 区 分              | 科目・内容               | 時間数    | 教 材 等                                                                                                        |
|------------------|---------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 福祉用具の消毒に関する基本的事項 | 1. 事業者の倫理及び理念       | 8時間以上  | 一般社団法人シルバーサービス振興会倫理綱領、事業者の理念を理解する。<br>「安全な福祉用具貸与のための消毒ハンドブック」等これと同等以上の教材を用いて履修する。<br>各事業所の消毒マニュアル(消毒業務標準作業書) |
|                  | 2. 福祉用具の消毒に関する基礎知識  |        |                                                                                                              |
|                  | 3. 福祉用具の消毒工程の実務(実習) |        |                                                                                                              |
| 具体的消毒業務の理解       | 1. マニュアルの理解         | 4時間以上  | 各事業所の消毒マニュアル(消毒業務標準作業書)                                                                                      |
| 合計時間             |                     | 12時間以上 |                                                                                                              |

＜表1＞貸与福祉用具の消毒方法とその作用条件一覧表

| 消毒方法                                              | 作用条件・使用法                          | 分類番号 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|------|
| 高温空気消毒                                            | 100℃で30分以上さらす<br>または120℃で20分以上さらす | 1    |
| 煮沸消毒                                              | 沸騰した湯の中で2分以上煮沸する                  | 2    |
| 蒸気消毒                                              | 80℃以上で10分以上さらす                    | 3    |
| 紫外線消毒                                             | 85マイクワット/cm <sup>2</sup> 以上で20分以上 | 4    |
| アルコール消毒                                           | 76.9～81.4%の<br>エタノールで             | 5A   |
|                                                   | 10分以上浸す<br>ガーゼ・脱脂綿に含ませて拭く         | 5B   |
|                                                   | 50～70%の<br>イソプロパノールで              | 6A   |
|                                                   | 10分以上浸す<br>ガーゼ・脱脂綿に含ませて拭く         | 6B   |
| クロルヘキシジン消毒                                        | 5%製剤の<br>1%液で                     | 7A   |
|                                                   | 10分以上浸す<br>ガーゼ・脱脂綿に含ませて拭く         | 7B   |
| 逆性石けん消毒                                           | 10%製剤の<br>1%液で                    | 8A   |
|                                                   | 10分以上浸す<br>ガーゼ・脱脂綿に含ませて拭く         | 8B   |
| 両性界面活性剤消毒                                         | 10%または15%<br>製剤の1%液で              | 9A   |
|                                                   | 10分以上浸す<br>ガーゼ・脱脂綿に含ませて拭く         | 9B   |
| ハロゲン系薬剤消毒<br>塩素系                                  | 有効塩素量100～500ppmの水溶液に10分以上浸す       | 10   |
|                                                   | 有効ヨウ素量44～175ppmの水溶液に10分以上浸す       | 11   |
| ガス消毒<br>ホルムアルデヒドガス<br>エチレンオキシドガス<br>オゾンガス<br>MRガス | ガス殺菌装置を使用する                       |      |
|                                                   | 仕様書に従う                            | 12   |
|                                                   | 仕様書に従う                            | 13   |
|                                                   | 仕様書に従う                            | 14   |
|                                                   | 仕様書に従う                            | 15   |
| 電解生成水消毒                                           | 電解生成水製造装置を使用し、仕様書に従う              | 16   |
| オゾン水消毒                                            | オゾン水製造装置を使用し、仕様書に従う               | 17   |
| MA-T消毒                                            | 有効MA-T量100PPMの水溶液でガーゼ・脱脂綿に含ませ拭く   | 18   |
| ☆ その他、消毒効果に関し科学的裏付けのある方法                          |                                   |      |

＜表2＞貸与福祉用具と適応消毒方法例一覧表

| 貸与福祉用具                 | 適応消毒方法例(＜表1＞の分類記号により記載) |                  |
|------------------------|-------------------------|------------------|
|                        | 適応可能なものの例               | 材質によって適応可能なものの例  |
| 車いす                    | 7B 8B 9B 15 17 18       | 3                |
| 車いす付属品<br>(クッション類)     | 3 12 13 14 15           | 1 10             |
| (電動補助装置等)              | 5B 7B 8B 9B 15          | 6B 14            |
| 特殊寝台                   | 12 13 14 15 18          |                  |
|                        | 5B 6B 7B 8B 9B          |                  |
| 特殊寝台付属品<br>(介助用ベルトを含む) | 12 13 14 15 18          | 1 2 3 4 10 16 17 |
| (マットレス)                | 7B 8B 9B                |                  |
| 床ずれ防止用具                | 12 14 15                | 1 3              |
|                        | 7A 7B 8A 8B 9A          |                  |
|                        | 9B 10 14 15 16 17       |                  |
| 体位変換器                  | 7A 7B 8A 8B 9A 9B       | 5B 6B            |
|                        | 10 14 15 16 17 18       |                  |
| 手すり                    | 5B 6B 7A 7B 8A 8B 9A    | 1 2 3 10 11      |
|                        | 9B 12 13 14 15 16 17 18 |                  |
| スロープ                   | 1 3 4 12 13 14 15 17    | 11 16            |
| 歩行器                    | 5B 6B 7B 8B 9B          | 3 16             |
|                        | 12 13 14 15 17 18       |                  |
| 歩行補助つえ                 | 5B 6B 7B 8B 9B          |                  |
|                        | 12 13 14 15 17 18       |                  |
| 認知症老人徘徊<br>感知機器        | 18 7B 8B 9B             |                  |
| 移動用リフト                 | 1 3 18 7A 7B 8A         | 12 13 14 16 17   |
|                        | 8B 9A 9B                |                  |
| 自動排泄処理装置<br>(本体)       | 12 13 14 15 18          | 5B 6B 10         |
|                        | 7B 8B 9B                |                  |



## 帳 票

福祉用具の消毒工程管理認定申請書

福祉用具消毒事業所一覧表

福祉用具消毒サービス事業概要報告書

消毒設備・装置申告書

消毒薬・洗浄剤申告書

# 福祉用具の消毒工程管理認定申請書（新規・更新）

一般社団法人シルバーサービス振興会理事長 殿

福祉用具の消毒工程管理認定制度による事業所の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請日 令和 年 月 日

|       |           |     |     |  |
|-------|-----------|-----|-----|--|
| 申請者   | 住所        | 〒 ー |     |  |
|       | 法人名       |     |     |  |
|       | 代表者       | 印   |     |  |
|       | TEL       |     | FAX |  |
| 申請者窓口 | 住所        | 〒 ー |     |  |
|       | 担当部署      |     |     |  |
|       | 氏名        |     |     |  |
|       | TEL       |     | FAX |  |
|       | 電子メールアドレス |     |     |  |

## 1. 申請する事業所数

| 福祉用具の消毒を実施している事業所数 | 今回申請する対象事業所数 |
|--------------------|--------------|
| 事業所                | 事業所          |

## 2. 申請に必要な書類

（作成する書類）

- (1) 事業者は事業経歴書
- (2) 福祉用具消毒サービス事業概要報告書
- (3) 福祉用具消毒事業所一覧表
- (4) 消毒設備・装置申告書
- (5) 消毒薬・洗浄剤申告書
- （添付書類）
- (6) 消毒設備・装置の保守点検の結果に関する証明書
- (7) パンフレット等
- (8) 損害賠償責任保険の証券（写）
- (9) その他

下記書類は更新時において、内容に変更がない場合は、添付省略可（添付・添付省略のいずれかを○で囲む）

### (10) 登記簿謄本

|    |            |
|----|------------|
| 添付 | 添付省略（変更なし） |
|----|------------|

### (11) 消毒業務のマニュアル等一式

|    |            |
|----|------------|
| 添付 | 添付省略（変更なし） |
|----|------------|

### (12) 福祉用具貸与事業者との契約書（写）

|    |            |
|----|------------|
| 添付 | 添付省略（変更なし） |
|----|------------|

## 福 祉 用 具 消 毒 事 業 所 一 覧 表

申請事業者名 \_\_\_\_\_

## ※記載上の注意

- (1) 福祉用具の消毒サービスを行っている全事業所(複数の事業所を有し、その一部の事業所について福祉用具の消毒工程管理認定制度の認定を申請する場合においても申請しない事業所を含む)を記入する。

※申請しない事業所の所在地についての住所は市区郡までの記入で可とし、郵便番号、電話番号、FAX番号は省略しても結構です。

- (2) 申請対象とする事業所には「申請対象」欄に○を記入するとともに、今回申請が新規申請、更新申請いずれに該当するか「申請区分」欄に○をつける。

| 申請<br>対象 | 申請<br>区分                     | 事 業 所 名 | 所 在 地                    |  | 備考 |
|----------|------------------------------|---------|--------------------------|--|----|
|          | 新規<br><br>更新                 |         | 〒                      ー |  |    |
|          | Tel                      FAX |         |                          |  |    |
|          | 新規<br><br>更新                 |         | 〒                      ー |  |    |
|          | Tel                      FAX |         |                          |  |    |
|          | 新規<br><br>更新                 |         | 〒                      ー |  |    |
|          | Tel                      FAX |         |                          |  |    |
|          | 新規<br><br>更新                 |         | 〒                      ー |  |    |
|          | Tel                      FAX |         |                          |  |    |
|          | 新規<br><br>更新                 |         | 〒                      ー |  |    |
|          | Tel                      FAX |         |                          |  |    |

## 福祉用具消毒サービス事業概要報告書

令和 年 月 日

申請する事業所ごとに作成する（申請する事業所が2以上ある場合は、本用紙をコピーのうえ作成してください。）

## 1. 事業者（所）

|        |     |      |       |
|--------|-----|------|-------|
| 申請事業者名 |     |      |       |
| 申請事業所名 |     | 申請区分 | 新規・更新 |
| 住 所    | 〒 ー |      |       |
| 連 絡 先  | TEL |      | FAX   |

※申請対象事業所については、場所・行き方がわかる付近図を添付してください。

## 2. 消毒サービス従事者

|                   | 氏 名    | 配属年月 | 採用時研修<br>実 施 日 |
|-------------------|--------|------|----------------|
| 福祉用具消毒<br>業務管理責任者 | (役職: ) | 年 月  | 年 月 日          |
| 1 従事者             |        | 年 月  | 年 月 日          |
| 2 従事者             |        | 年 月  | 年 月 日          |
| 3 従事者             |        | 年 月  | 年 月 日          |
| 4 従事者             |        | 年 月  | 年 月 日          |
| 5 従事者             |        | 年 月  | 年 月 日          |

## 3. 消毒の対象福祉用具

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 取扱福祉用具<br><br>(該当するものに<br>○をして下さい) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・車いす</li> <li>・特殊寝台（フレーム）</li> <li>・床ずれ防止用具</li> <li>・手すり</li> <li>・認知症老人徘徊感知機器</li> <li>・自動排泄処理装置</li> <li>・その他（ ）</li> </ul> <p>「その他」に記載したものの中で、認定シールを貼付しないことを希望するものがあれば記載ください。<br/>( )</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・車いす付属品</li> <li>・特殊寝台付属品</li> <li>・体位変換器</li> <li>・スロープ</li> <li>・移動用リフト</li> <li>・マットレス</li> <li>・歩行器</li> <li>・歩行補助つえ</li> </ul> |
| 過去1年間の消毒実績（※1,2）                   | 件                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                            |
| 申請日現在の福祉用具保有高（※2）                  | 台                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                            |

※1 消毒実績の算出については「福祉用具の消毒工程管理認定制度 実施要綱と解説」別表1を参照

※2 同事業所において消毒する本制度対象の全福祉用具について記載下さい。（認定シールを貼付しない福祉用具を含みます）

## 4. 消毒の外部委託状況

|                                       |                                                                                           |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 消毒サービスの外部委託状況<br><br>(該当するものに○をして下さい) | 1. 当事業所で取り扱う全ての福祉用具の消毒をしている (外部委託なし)<br>2. 外部事業者に消毒業務の一部を委託している<br>3. 社内の他事業所で消毒の一部を行っている |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

■上記項目で 2. あるいは 3. に該当する場合は下記事項を記載下さい

|                                             |                 |  |
|---------------------------------------------|-----------------|--|
| 消毒業務外部委託先<br><br>※自社内の他の事業所で消毒する場合も記載して下さい。 | 外部委託している福祉用具の品目 |  |
|                                             | 委託先事業所名         |  |
| 消毒業務外部委託先<br><br>※自社内の他の事業所で消毒する場合も記載して下さい。 | 外部委託している福祉用具の品目 |  |
|                                             | 委託先事業所名         |  |

## 5. 消毒済福祉用具の流通経路

福祉用具の流通経路を図示して下さい。  
システム、契約書等によって福祉用具の流通経路を管理している場合はその旨を記載ください。

※社内資料等での代用可

# 消毒設備・装置申告書

様式 3 (消毒)

令和 年 月 日

申請事業所名 \_\_\_\_\_

申請する事業所ごとに作成する (申請する事業所が 2 以上ある場合は、本用紙をコピーのうえ作成してください。)

| 項 目 |                    | 対象福祉用具                             | 振興会使用欄 |
|-----|--------------------|------------------------------------|--------|
| 1   | 洗浄殺菌方法             | オゾンガス・ホルムアルデヒド・紫外線・酸化エチルガス・その他 ( ) |        |
|     | 機器名※               |                                    |        |
|     | 製造会社               |                                    |        |
|     | 管理基準<br>(モニタリング項目) | 例：消毒開始後 20、100 分後の温度               |        |
| 2   | 洗浄殺菌方法             | オゾンガス・ホルムアルデヒド・紫外線・酸化エチルガス・その他 ( ) |        |
|     | 機器名※               |                                    |        |
|     | 製造会社               |                                    |        |
|     | 管理基準<br>(モニタリング項目) | 例：消毒開始後 20、100 分後の温度               |        |
| 3   | 洗浄殺菌方法             | オゾンガス・ホルムアルデヒド・紫外線・酸化エチルガス・その他 ( ) |        |
|     | 機器名※               |                                    |        |
|     | 製造会社               |                                    |        |
|     | 管理基準<br>(モニタリング項目) | 例：消毒開始後 20、100 分後の温度               |        |

※性能、効果がわかる資料 (仕様書・操作説明書等) を添付下さい

# 消毒薬・洗浄剤申告書

様式 4 (消毒))

令和 年 月 日

申請事業所名 \_\_\_\_\_

申請する事業所ごとに作成する (申請する事業所が 2 以上ある場合は、本用紙をコピーのうえ作成してください。)

| 項 目 |                    | 対象福祉用具                                                    | 振興会使用欄 |
|-----|--------------------|-----------------------------------------------------------|--------|
| 1   | 消毒薬・洗浄剤の別          | 消毒薬 ・ 洗浄剤<br><br>( )<br><br>例：p H 範囲 (2.2～2.7) 濃度 (5 %希釈) |        |
|     | 製品名 (化学名) ※1       |                                                           |        |
|     | 製造者または販売者          |                                                           |        |
|     | 管理基準 (モニタリング項目) ※2 |                                                           |        |
| 2   | 消毒薬・洗浄剤の別          | 消毒薬 ・ 洗浄剤<br><br>( )<br><br>例：p H 範囲 (2.2～2.7) 濃度 (5 %希釈) |        |
|     | 製品名 (化学名) ※1       |                                                           |        |
|     | 製造者または販売者          |                                                           |        |
|     | 管理基準 (モニタリング項目) ※2 |                                                           |        |
| 3   | 消毒薬・洗浄剤の別          | 消毒薬 ・ 洗浄剤<br><br>( )<br><br>例：p H 範囲 (2.2～2.7) 濃度 (5 %希釈) |        |
|     | 製品名 (化学名) ※1       |                                                           |        |
|     | 製造者または販売者          |                                                           |        |
|     | 管理基準 (モニタリング項目) ※2 |                                                           |        |

※1 効能、効果がわかる資料を添付下さい

※2 洗浄剤の場合は同欄の記入は不要です。

## 変 更 等 届

令和 年 月 日

一般社団法人シルバーサービス振興会理事長 殿

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

現在の認定番号 D ( ) \_\_\_\_\_

次の事項について、令和 年 月 日付にて変更等がありましたので、「福祉用具の消毒工程管理認定制度実施要綱」第7及び第8に基づきお届けいたします。

## 1. 法人名又は商号、代表者名、住所(該当項目に○をつけてください。)

|         | 変 更 前 |     | 変 更 後 |     |
|---------|-------|-----|-------|-----|
| 法人名(商号) |       |     |       |     |
| 代 表 者 名 |       |     |       |     |
| 住 所     | 〒 —   |     | 〒 —   |     |
| 電 話 等   | Tel   | Fax | Tel   | Fax |

※添付書類 ・法人名又は商号、住所のときは「登記簿謄本」

・代表者のときは「登記簿謄本」

## 2. 事業所( )に関する変更等

(1)事業所の閉鎖、認定の返上

【閉鎖等の理由】

(2)その他、事業者の企業・団体再編などの場合

【上記の理由】

## (3)事業所の移転、事業所名の変更(該当項目に○をつけてください。)

|         | 変 更 前 |     | 変 更 後 |     |
|---------|-------|-----|-------|-----|
| 所 在 地   | 〒 —   |     | 〒 —   |     |
| 事 業 所 名 |       |     |       |     |
| 電 話 等   | Tel   | Fax | Tel   | Fax |

## 3. 消毒の方法にかかる変更事項

| 変 更 前 | 変 更 後 |
|-------|-------|
|       |       |

## 4. 対象となる福祉用具の追加・削除

| 対象となる福祉用具の追加 | 対象となる福祉用具の削除 |
|--------------|--------------|
|              |              |

(注)2の(2)、3及び4については、別途当会より必要書類を依頼します。

## 倫理綱領（昭和63年5月策定）

我が国は、人口の急速な高齢化によって人類がかつて経験したことのない高齢化社会への変貌を続ける。この変貌する高齢社会を、常に活力あるものにすることが社会全体に課された大きな課題である。

この高齢社会を活力あるものとして維持、発展させるためには、高齢者を健康面、経済面をはじめ、生活の各局面での不安から解放することはもとより、高齢者に就労等社会活動への参加も含めて、生きがいのある生活を確保していかなければならない。一方、高齢者のニーズは家族形態等の変化のほか、年金制度の成熟等もあって益々増大し、多様化かつ多層化していく。この増大し多様化、多層化する高齢者のニーズに対応するには、基礎的な公的施策一層の推進にとどまらず、高齢期に備えて提供されるものを含め、ハード、ソフト面にわたりサービスの多面的な供給体制の確立が必要不可欠である。そのためには、公的施策と創造性・効率性をもった民間サービスとが互いに役割を分担しあい、それぞれの役割を果たすよう努めることが社会的に必要である。

シルバーサービス振興会会員は、このような社会的責務を自覚し、高齢者本位のシルバーサービスの提供を行い、シルバーサービスに対する社会の信頼を確保し、その健全な発展を図るために会員が守るべき基本的事項について、倫理綱領として以下の通り定める。

### （理念）

会員は、高齢者の心身の特性を踏まえ、多様多層なニーズに応える利用者本位のシルバーサービスを開発・提供し、高齢者のより豊かで充実した生活の実現を図ることを通じて、活力ある高齢社会の形成に寄与するよう努めなければならない。

### （社会の信頼の確保）

会員は、シルバーサービスが高齢者を対象として提供され、高齢者の生活の基幹に深いかわりを持つものであることに鑑み、その果たす重要な役割を自覚し、高い倫理的自覚のもとに常に社会の信頼を得られるよう努めなければならない。

### （教育資質の向上）

会員は、所属員に対する教育・訓練の徹底を期し、常にその資質の向上を図り、とくに高齢者の心身の特性についての理解を深め、高齢者本位の対応ができるよう、その徹底に努めなければならない。

### （情報提供・表示の適正化）

会員は、高齢者がシルバーサービスを受ける場合、その選択を誤ることのないよう、高齢者の心身の特性を踏まえ、公正真実な情報を提供するとともに適正な表示を行わなければならない。

（法令・基準の遵守）

会員は、関係諸法令・通知を遵守するとともに、本会において別に基準を定めたシルバーサービスを提供する場合には、当該基準を遵守しなければならない。

（苦情の処理）

会員は、シルバーサービスの提供に関し、苦情処理体制を確立し、苦情の適切かつ迅速な処理を行うとともに、その再発防止並びに改善に最善の努力を払わなければならない。

（禁止事項）

会員は、シルバーサービスの提供に関して次の行為をしてはならない。

1. 業務に関して知り得た高齢者及びその家族の秘密を漏らす行為
2. 高齢者の不利益となる行為
3. 本会会員である同業他社、他団体又はその提供するシルバーサービスを不当に中傷、誹謗する行為
4. 詐欺、欺瞞的行為
5. その他前各号に準ずる反倫理的・反社会的行為

（所属員及び系列下の指導）

会員は、その所属員に対し前各項の趣旨の徹底を図るほか、系列下の事業者に対して、等しく遵守させるよう努めなければならない。

（注） 倫理綱領は、シルバーサービス振興会の会員が守るべき倫理的規範として「一般社団法人シルバーサービス振興会倫理綱領」として定めていますが、シルバーサービスは高齢者を対象とし、その生活の基幹に深い関わりを持つものことから、福祉用具の消毒工程管理認定制度の認定事業所及び同制度の認定を受けようとする事業所においても当会会員と同様にその遵守を求めるものです。（認定基準 1. 1. 1 倫理綱領の項目参照）

