

参考資料 アンケート調査票

福祉用具における衛生管理の実態に関するアンケート調査

【ご回答にあたってのお願い】

本調査における衛生管理とは、利用者宅から回収した福祉用具を、貴事業所に搬入してから保管するまでの全工程(回収/点検/洗浄/消毒/保守点検/保管/納品)をいい、利用者宅への搬出・搬入は含み

ません。また、お答えいただくのは福祉用具に関連する業務のみとなり、貴事業所全体の衛生管理の状況は含みません。

- ・設問の説明に従い、事業管理者にご記入をお願いいたします。
- ・をつける質問で、特に注釈がなければ、最も近いと思われるもの1つに 印をつけてください。
- ・カッコ()内は具体的な内容をご記入ください。また、該当項目の にはレ点チェックをつけてください。台数、人数、比率等をお訊きする場合、選択肢で「その他」を選ばれた場合等です。
- ・本アンケートは平成22年1月29日(金)までに、同封の返信用封筒で(切手は不要)ご返信ください。

ご回答いただきました内容については本調査事業にのみ利用し、他の目的には一切利用いたしません。また、統計的に処理し、事業所名、個々の回答者等が特定できないように配慮いたします。

ご回答いただいた中からいくつかの事業所の方に対して、ヒアリング等の調査をさせていただくことを検討しております。その際には、ご協力をどうぞよろしくお願い申し上げます。

アンケートに関する不明点等については下記までお問い合わせください。



社団法人 シルバーサービス振興会 担当：中村、寺本

TEL:03-5276-1602

FAX:03-5276-1601

E-MAIL:k-nakamura@espa.or.jp

貴事業所名		法人名	
ご住所	〒 -		
ご記入者名			
電話番号			

. 貴事業所についてお尋ねします。

問1 貴事業所の団体分類について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 営利法人（会社） 2. 社会福祉法人 3. 協同組合 4. 医療法人
5. 特定非営利活動法人（NPO） 6. 社団・財団法人 7. その他（ ）

問2 貴事業所での福祉用具貸与事業の実施年数（平成21年10月1日現在）について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 3年未満 2. 3年以上～5年未満
3. 5年以上～10年未満 4. 10年以上（介護保険施行以前）

問3 貴事業所の所在地（市区町村）の人口規模（平成21年10月1日現在）について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 3万人未満 2. 3万人以上～5万人未満 3. 5万人以上～10万人未満
4. 10万人以上～30万人未満 5. 30万人以上 6. わからない

問4 貴事業所および法人全体（平成21年10月1日現在）における、常勤の従業員数および従事者等の人数について、以下1～4の設問全てに、人数をご記入ください。（パート・アルバイトを除く）

実人数	常勤		合計
	専従	非専従	
1. 貴事業所の従業員数			（ ）人
2. 貴事業所の衛生管理業務の従事者の人数 （委託先は含みません。）	（ ）人	（ ）人	（ ）人
3. 衛生管理業務の責任者の人数	（ ）人	（ ）人	（ ）人
4. 福祉用具事業に関わる貴法人全体の従業員数			（ ）人

問5 貴事業所における福祉用具の貸与事業の売り上げ高（直近会計年度1年間）について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 200万円未満 2. 200万円以上～1千万円未満
3. 1千万円以上～3千万円未満 4. 3千万円以上～1億円未満
5. 1億円以上

問6 貴事業所で貸与している福祉用具種目別の消毒実施台数（平成21年10月・1ヶ月分）について、当てはまる種目全てに、台数をご記入ください。（外部委託を実施している場合はその台数を含めてご記入ください。）

種目	実施台数	種目	実施台数
1. 車いす	（ ）台	7. 手すり	（ ）台
2. 車いす付属品（全て）	（ ）台	8. スロープ	（ ）台
3. 特殊寝台	（ ）台	9. 歩行器	（ ）台
4. 特殊寝台付属品（全て）	（ ）台	10. 歩行補助つえ	（ ）本
5. 床ずれ防止用具	（ ）台	11. 認知症老人徘徊感知機器	（ ）台
6. 体位変換器	（ ）台	12. 移動用リフト	（ ）台

問7 貴事業所の福祉用具の衛生管理に関するマニュアル等について、当てはまる番号全てに、をつけてください。

1. 従業員の「作業時における服装規定」がある
(例：作業着の着用、作業中はマスクやゴム手袋等の着用 など)
2. 従業員の手洗いなど、作業時の感染予防の手順やマニュアルがある
3. 従業員が感染した場合の管理体制やマニュアルがある
4. その他(具体的に _____)

問8 貴事業所の衛生管理・消毒方法の知識に関する研修実施の頻度について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。また、にレ点チェックを1つ、をつけてください。

1. 定期的実施している (_____ にレ点チェックを1つ)
1 1～3ヶ月に1回 2 4～6ヶ月に1回 3 7～12ヶ月に1回 4 13ヶ月以上に1回
2. 不定期で実施している (_____ にレ点チェックを1つ)
1 必要に応じて実施 2 新任研修のみ実施 3 その他(具体的に _____)

貴事業所(消毒センター含む)の福祉用具の衛生管理に関する、設備・備品についてお尋ねします。

問9 貴事業所の設備・備品の設置状況について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 貴事業所(消毒センター含む)に、設備・備品を設置している _____ 「問10へ」
(全工程を貴事業所(消毒センター含む)で対応している)
2. 貴事業所(消毒センター含む)に、一部の工程の設備・備品を設置している _____ 「問10へ」
(貴事業所(消毒センター含む)と外部委託を併用)
3. 貴事業所に、設備・備品を設置していない(全工程を外部委託している) _____ 「問15へ」

問10から問14の回答について 問9の質問で「1」及び「2」に つけた方 : 引き続き貴事業所(消毒センター含む)の状況について、問10からの質問にお答えください。 問9の質問で「3」に つけた方 : 問15からの質問にお答えください。
--

問10 貴事業所に設置している福祉用具に関する設備・備品について、当てはまる番号全てに、をつけてください。

1. 未消毒商品の保管スペース
2. 福祉用具の点検スペース
3. 洗浄機器
4. 消毒機器
5. 梱包機器(洗浄・消毒完了した再レンタル品を梱包)
6. 消毒済商品の保管スペース
7. その他(具体的に _____)

問11 問10の設備・備品を選定した理由について、当てはまる番号全てに、をつけてください。

1. メーカーからの提案
2. 本社で検討
3. 環境に配慮をしている
4. 最新の設備・備品だと安心できる
5. 価格が安い
6. 他社で既に導入している
7. その他(具体的に _____)

問12 商品の作業工程や保管方法について、当てはまる番号全てに、をつけてください。

1. 作業工程(回収/点検/洗浄/消毒/保守点検/保管)が交錯しないようになっている
2. 不潔スペース(未消毒)と清潔スペース(消毒済)が隔壁で区分されている
3. いずれも対応していない
4. その他(具体的に _____)

問13 福祉用具に関する設備・備品(機器)の自己点検を行っていますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

(自己点検とは設備・備品メーカーが定める頻度、点検項目に応じて事業者自ら行う点検を言います。)

1. 設備・備品(機器)の自己点検を行っている
2. 設備・備品(機器)の自己点検を行っていない 「問15へ」

問14 問13で「1」に をつけた方は、設備・備品の自己点検の頻度について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 1ヶ月に1回
2. 2～3ヶ月に1回
3. 4～6ヶ月に1回
4. 7～12ヶ月に1回
5. 必要に応じ随時

. 貴事業所の外部委託実施状況についてお尋ねします。

問15 貴事業所での昨年一年間の実績を踏まえた衛生管理業務における外部委託の比率(%)について、当てはまる種目全てに、をつけてください。(例えば、衛生管理業務を行った車いす100台のうち、50台を外部委託で行った場合、50%の比率となります。なお、レンタル卸の在庫台数の比率ではありません。)

種目	衛生管理業務の外部委託の比率(%) (比率：種目ごと比率をお答えください)					
	0% (貴事業所対応)	1～25%	26～50%	51～75%	76～99%	100% (外部委託のみ)
外部委託の比率						
(1) 車いす	1	2	3	4	5	6
(2) 車いす付属品	1	2	3	4	5	6
(3) 特殊寝台	1	2	3	4	5	6
(4-1) 特殊寝台付属品の マットレス	1	2	3	4	5	6
(4-2) その他の特殊寝台 付属品	1	2	3	4	5	6
(5) 床ずれ防止用具	1	2	3	4	5	6
(6) 体位変換器	1	2	3	4	5	6
(7) 手すり	1	2	3	4	5	6
(8) スロープ	1	2	3	4	5	6
(9) 歩行器	1	2	3	4	5	6
(10) 歩行補助つえ	1	2	3	4	5	6
(11) 認知症老人徘徊感知機器	1	2	3	4	5	6
(12) 移動用リフト	1	2	3	4	5	6

問16 貴事業所の回収・洗浄・消毒・梱包の各工程の管理について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。
また、にはレ点チェックを1つ、つけてください。

1. 貴事業所（消毒センター含む）で各工程を管理している 「問20へ」
2. 貴事業所（消毒センター含む）と外部委託を併用して各工程を管理している 「問17へ」
(割合が多い方の にレ点チェックを1つ) ¹ 貴事業所（消毒センター含む） ² 外部委託
3. 外部委託先で各工程の全てを管理している 「問17へ」

問17から問38の回答について

問16の質問で「1」に つけた方 :問20からの質問にお答えください。

問16の質問で「2」に つけた方 :引き続き貴事業所（消毒センター含む）と外部委託の割合が多い方の状況について、問17からの質問にお答えください。

問16の質問で「3」に つけた方 :引き続き委託先の状況について、委託先を見学して確認した状況あるいは委託先からの説明を元に、問17からの質問にお答えください。

問17 現在利用している外部委託事業者を選定した理由について、当てはまる番号全てに、をつけてください。

1. 「福祉用具の消毒工程管理認定制度」認定マークを取得している事業者だから
2. 独自の消毒施設・備品を持っている事業者だから
3. 安全管理体制がしっかりしている事業者だから(消毒記録・消毒マニュアルが整備)
4. 価格が安いから
5. 事業者の対応が丁寧だから
6. 消毒実施件数が多い事業者だから
7. 本社で一括して委託をしている事業者だから
8. その他(具体的に_____)

問18 貴事業所では委託先からの作業結果や実施件数などの報告を受けていますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 受けている
2. 受けていない

問19 貴事業所では委託先の消毒施設を見学した事がありますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 見学をした事がある
2. 見学をした事がない

. 貴事業所(消毒センター含む)の各工程の管理についてお尋ねします。

問20 貴事業所の回収工程について、当てはまる番号全てに、をつけてください。

1. 回収時の一次消毒（洗浄や消毒工程前の消毒）を行っている
2. 回収時の保存場所が決められている
3. 特に感染の恐れが強いと思われる商品の回収手順やマニュアルが有る
4. 配送車両消毒を実施している
5. 回収作業記録が有る
6. 全体の回収作業マニュアルが有る
7. 種目ごとの回収作業マニュアルが有る
8. 個別の福祉用具ごとの回収作業マニュアルが有る
9. 分からない
10. その他(具体的に_____)

問21 貴事業所では洗浄・消毒を別工程で行っていますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 行っている
2. 行っていない

問22 貴事業所の洗浄で使用する薬剤について、当てはまる番号全てに、をつけてください。
(洗浄方法については書籍『安全な福祉用具貸与のための消毒ハンドブック』を参考にして作成していますが、その方法を推奨するものではありません。)

1. 中性洗剤 2. 陰イオン界面活性剤系洗剤 3. 酵素系洗剤
4. 強アルカリ電解水 5. その他 (_____)

. マットレスの洗浄・消毒についてお尋ねします。

問23 貴事業所では、マットレスの洗浄を行っていますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

- 1 行っている (_____ にレ点チェックを1つ)
1 マットレス専用の洗浄機器がある 2 洗浄機器にマットレス対応の機能がある
3 その他 (具体的に _____)
2. 行っていない 「問28へ」

問24 貴事業所では、ポリエチレン系のマットレスの洗浄を行っていますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 行っている (洗浄で使用する薬剤について、当てはまる番号全ての _____ にレ点チェック)
1 中性洗剤 2 陰イオン界面活性剤系洗剤 3 酵素系洗剤
4 強アルカリ電解水 5 その他 (_____)
2. 行っていない 「問26へ」

問25 問24で「1」に をつけた方は、洗浄方法について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. マットレス本体とカバーを、一体で洗浄を行っている
2. マットレス本体とカバーを、分けて行っている

問26 貴事業所ではウレタン系のマットレスの洗浄を行っていますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 行っている (洗浄で使用する薬剤について、当てはまる番号全ての _____ にレ点チェック)
1 中性洗剤 2 陰イオン界面活性剤系洗剤 3 酵素系洗剤
4 強アルカリ電解水 5 その他 (_____)
2. 行っていない 「問28へ」

問27 問26で「1」に をつけた方は、洗浄方法について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. マットレス本体とカバーを、一体で洗浄を行っている
2. マットレス本体とカバーを、分けて行っている

問28 貴事業所では、マットレスの消毒を行っていますか。当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

- 1 行っている (_____ にレ点チェックを1つ)
1 マットレス専用の消毒機器がある 2 消毒機器にマットレス対応の機能がある
3 その他 (具体的に _____)
2 行っていない

. 消毒方法についてお尋ねします。

問29 貴事業所の消毒の工程について、種目・品目別に当てはまるものを全て、 にレ点チェックをつけてください。
 (消毒方法については書籍『安全な福祉用具貸与のための消毒ハンドブック』を参考にして作成していますが、その方法を推奨するものではありません。)

種目 /品目	消毒方法	取り扱いの有無	高温空気消毒(百で三十分以上)	煮沸消毒(沸騰した湯の中で二分以上煮沸)	蒸気消毒(八十以上で十分以上)	紫外線消毒(85℃以上20分)	アルコール消毒(エタノール)	アルコール消毒(イソプロパノール)	クロールヘキシジン消毒(5%液)	逆性石けん消毒(10%製剤の1%液)	両性界面活性剤消毒(1%液)	ハロゲン系薬剤消毒(塩素系)	ハロゲン系薬剤消毒(ヨウ素系)	ガス消毒(ホルムアルデヒドガス)	ガス消毒(エチレンオキシドガス)	ガス消毒(オゾンガス)	ガス消毒(エタガス)	電解生成水消毒	オゾン水消毒	その他(P9の表に種目/品目別に具体的に記入ください)
1	車いす																			
2	車いす 付属品																			
3	特殊寝台																			
4-1	ポリエチレン系 マットレス																			
4-2	ウレタン系 マットレス																			
4-3	その他の特殊 寝台付属品																			
5	床ずれ 防止用具																			
6	体位変換器																			
7	手すり																			
8	スロープ																			
9	歩行器																			
10	歩行補助つえ																			
11	認知症老人 徘徊感知機器																			
12	移動用リフト																			

新規追加の対象商品

13	起き上がり 補助装置																			
14	階段移動 リフト																			
15	離床センサー																			

問33 貴事業所の全体及び種目別の、消毒記録・消毒マニュアル・消毒薬(剤)の保管記録が有るものについて、当てはまるものを全て、 にレ点チェックを、つけてください。

種目	消毒記録	消毒作業マニュアル	消毒薬(剤)の取扱方法マニュアル
1.全体			
2.種目別			
車いす			
車いす付属品			
特殊寝台			
特殊寝台付属品			
床ずれ防止用具			
体位変換器			
手すり			
スロープ			
歩行器			
歩行補助つえ			
認知症老人徘徊感知機器			
移動用リフト			

問34 貴事業所の消毒薬(剤)の保管方法について、当てはまる番号全てに、 をつけてください。

1. 直射日光が当たらない冷暗所(15℃以下)に、しっかり栓をして保管をしている
2. 食品などと間違いやすい容器や場所には置かない
3. 容器に分かりやすい表示をつけている
4. 消毒液の使用液は少なくとも3日以内に取り替えている
5. 鍵をかけて保管をしている
6. いずれも対応していない
7. その他(具体的に _____)

問35 貴事業所の梱包方法について、当てはまる番号全てに、 をつけてください。

1. 梱包材(ビニール等)で梱包
2. 専用のバッグで梱包
3. その他(具体的に _____)

問36 貴事業所の梱包作業・保管業務の記録・マニュアル等について、当てはまる番号全てに、 をつけてください。

1. 梱包記録が有る
2. 梱包作業のマニュアルが有る
3. 保管記録が有る
4. 保管作業のマニュアルが有る

問37 貴事業所の消毒実施状況について、当てはまる番号全てに、 をつけてください。また、 にレ点チェックを1つ、 つけてください。

1. メーカーから出荷された新品を、配送時での感染等を配慮し、消毒を実施している
2. 長期保管商品の再消毒を実施している(にレ点チェックを1つ)
 - 1 1～3ヶ月に1回
 - 2 4～6ヶ月に1回
 - 3 7～12ヶ月に1回
 - 4 必要に応じ随時
3. いずれも対応していない

. 全体の工程管理についてお尋ねします。

問38 貴事業所の工程管理について、当てはまる番号全てに、をつけてください。また、 にレ点チェックを1つ、つけてください。

1. 個別の商品ごとに工程管理を行っている (にレ点チェックを1つ)
 - ¹ バーコード
 - ² 専用書類
 - ³ ICタグ
 - ⁴ その他 (具体的に)
2. 個別の商品ごとに作業工程の履歴情報を追跡できる体制 (トレーサビリティ) を整えている
3. その他 (具体的に)

. 衛生管理・消毒方法に関する問い合わせについてお尋ねします。(貴事業所の状況についてお答えください)

問39 貴事業所では衛生管理・消毒方法(実施方法や使用薬剤等)のPR方法について、当てはまる番号全てに、をつけてください。

1. 貴事業所のカタログ
2. ホームページ
3. 衛生管理・消毒方法の専用パンフレット
4. その他 (具体的に)

問40 貴事業所への衛生管理・消毒方法(実施方法や使用薬剤等)に関する介護従事者(ケアマネジャー等)からの問い合わせ件数(1ヶ月平均)について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 1～5件/月
2. 6～10件/月
3. 11～20件/月
4. 21件以上/月
5. ほとんどない

問い合わせの内容について、具体的にご記入ください。

. 苦情処理・クレーム処理体制についてお尋ねします。(貴事業所の状況についてお答えください)

問41 貴事業所の苦情処理の方法・体制について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。
(用具に不具合は除く)

1. 衛生管理・消毒方法(福祉用具の汚れ等)が原因の苦情処理に対し、専門の体制で対応
2. 衛生管理・消毒方法(福祉用具の汚れ等)が原因の苦情処理に対し、通常の体制で対応
3. その他 (具体的に)

問42 貴事業所の衛生管理・消毒方法(福祉用具の汚れ等)が原因の苦情の件数(1ヶ月平均)について、当てはまる番号を1つ選び、をつけてください。

1. 1～5件/月
2. 6～10件/月
3. 11～20件/月
4. 21件以上/月
5. ほとんどない

問43 問42の苦情の内容について、具体的にご記入ください。

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。