

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査」 【事業所票】

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は福祉用具貸与事業所の管理者の方（事業所全体の方針や経営について回答できる方）がご記入ください。
- ・ 特に指定の無い限り、令和2年1月1日（水）現在の状況についてご回答ください。
- ・ 数字を記入する欄が0（ゼロ）の場合は「0」とご記入ください。
- ・ 具体的な回答方法については、同封の「記載要領」をご確認ください。
- ・ 令和2年8月31日（月）までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」事務局
 電話：0120-966-516（平日 9：30～17：30） ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
 〒103-8790 東京都中央区日本橋3丁目13番5号 KDX313ビル 5階 SRC内
 株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

問1 基本情報 ※令和2年1月1日時点

1. 法人全体について教えてください

(1) 法人名			
(2) 法人本部所在地	都道府県	市町村	
(3) 法人全体の福祉用具貸与事業所数		事業所	
(4) 法人の資本金		千円	
(5) 法人全体の売上(令和元年度分)		千円	
(6) (5)のうち、福祉用具貸与に関する売上(令和元年度分)		千円	

2. 貴事業所について教えてください

(1) 事業所開設年	(西暦)	年	
(2) 介護保険による福祉用具貸与件数と委託先（レンタル卸等）を使用した貸与件数	平成30年1月分	件	①介護保険による福祉用具貸与件数
	平成31年1月分	件	②うち、委託先（レンタル卸等）を使用した貸与件数
	令和2年1月分	件	
(3) 事業所の売上比率（令和元年度分）	福祉用具貸与による売上	割	合計が10割になるように回答してください。
	福祉用具販売による売上	割	
	上記以外の売上（介護保険外の事業含む）	割	
(4) 事業所の営業状況（あてはまるもの全てに✓）	<input type="checkbox"/> ① 福祉用具の展示スペースがある		
	<input type="checkbox"/> ② 事業所内で福祉用具のフィッティングが出来る		
	<input type="checkbox"/> ③ 事業所内で福祉用具に関する相談等が出来るスペースがある		
	<input type="checkbox"/> ④ 自社オリジナルのカタログを作成している		
	<input type="checkbox"/> ⑤ 委託先（レンタル卸等）のカタログを使用している		
(5) 委託先（レンタル卸等）	① 貴事業所の所在地近隣における、委託先（レンタル卸等）数		社
	※不明な場合は「わからない」に✓をを付けてください		<input type="checkbox"/> わからない
	① 貴事業所が契約している、委託先（レンタル卸等）数		社

問2 提供サービス・併設サービス ※令和2年1月1日時点

1.法人が提供しているサービス（関連法人を含む）、2.貴事業所に併設されているサービスとして該当するもの全てに✓を付けてください。※「併設されているサービス」とは、貴事業所と同一敷地内もしくは隣接する敷地内の事業所において提供されているサービスのことを言います。

1. 法人が 提供	2. 事業所に 併設		1. 法人が 提供	2. 事業所に 併設	
<居宅サービス>			<施設サービス>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 介護医療院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 通所介護	<医療サービス>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 通所リハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 病院
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 短期入所生活介護、療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 診療所
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 特定施設入居者生活介護	<その他>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 居宅介護支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 サービス付き高齢者向け住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 福祉用具販売(特定福祉用具)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 有料老人ホーム
<地域密着型サービス>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 養護老人ホーム
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 軽費老人ホーム (ケアハウス、A、B)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 旧高齢者専用賃貸住宅
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 地域包括支援センター
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 住宅改修
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 認知症対応型共同生活介護	33 特になし		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 地域密着型特定施設入居者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 地域密着型老人福祉施設入所者生活介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 看護小規模多機能型居宅介護			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 地域密着型通所介護			

問3 職員体制 ※令和2年1月1日時点

1. 事業所の職員数
職員（実人数）について記載してください。

	(1)正社員	(2)正社員以外
職員の総数	人	人
うち、福祉用具専門相談員として勤務している職員	人	人
うち、上記以外の職員（事務職等）	人	人

2. 国家資格保有者について
貴事業所ではどのような国家資格保有している職員が所属していますか。全て選択してください。

<input type="checkbox"/> ① 介護福祉士	<input type="checkbox"/> ② 社会福祉士	<input type="checkbox"/> ③ 看護師・准看護師
<input type="checkbox"/> ④ 義肢装具士	<input type="checkbox"/> ⑤ 理学療法士	<input type="checkbox"/> ⑥ 作業療法士
<input type="checkbox"/> ⑦ その他 ()		

問4 貸与価格の上限設定に伴う対応の変化

平成30年10月～令和2年1月の間に行った貸与価格の見直しの実施状況について教えてください。（平成30年10月以降に公表された新商品に関する貸与価格の上限が超えていた場合の見直し、令和元年10月の消費税率の変更に伴う見直しは対象外）

1. 貸与価格の見直しの実施

- | | |
|--------------------------------------|-------------|
| <input type="radio"/> ① 価格を見直した商品がある | ⇒2.へお進みください |
| <input type="radio"/> ② 価格を見直した商品はない | ⇒問5へお進みください |

2. 貸与価格の見直しを行った内容

車いす、特殊寝台、手すり、歩行器、歩行補助つえの5種目について、価格の見直しを行った商品のうち2品を抽出し、(1)TAISコード又は届出コード、(2)貸与価格の見直しの状況、(3)貸与価格を見直した理由について回答してください。(2)(3)は以下の選択肢を参照してください。※2品については、下記各貸与種目別に令和2年1月時点で貸与件数が多い順に2品を選定してください。

【選択肢】

(2) 貸与価格の見直しの状況

- ① 貸与価格を上げた ② 貸与価格を下げた

(3) 貸与価格を見直した理由

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| ① 商品の調達価格が上がった（下がった）ため | ⑦ 商品の耐用年数を考慮したため |
| ② 利用者宅への訪問に係る経費が上がった（下がった）ため | ⑧ 当該事業所における売上を考慮したため |
| ③ 搬入出に係る経費が上がった（下がった）ため | ⑨ 貸与価格の上限を参考にしたため |
| ④ 消毒に係る経費が上がった（下がった）ため | ⑩ 全国平均貸与価格を参考にしたため |
| ⑤ 人件費が上がった（下がった）ため | ⑪ 地域における相場を参考にしたため |
| ⑥ その他経費上がった（下がった）ため | ⑫ その他 |

【回答欄】	(2) 貸与価格の見直しの状況 (いずれか1つに✓)	(3) 貸与価格を見直した理由 (あてはまるもの全てに✓)
(1)価格の見直しを行った商品		
車いす		
商品1：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
商品2：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
特殊寝台		
商品1：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
商品2：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
手すり		
商品1：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
商品2：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
歩行器		
商品1：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
商品2：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
歩行補助つえ		
商品1：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
商品2：TAISコード又は届出コード	<input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ②	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫

3. 減価償却が終了した商品の貸与価格について

- | | |
|---|---|
| (1) 自社で購入商品の有無
(いずれか1つに✓) | <input type="checkbox"/> ① ある |
| | <input type="checkbox"/> ② ない ⇒問5へお進みください |
| (2) 減価償却が終了した商品の
価格見直し状況
(いずれか1つに✓) | <input type="checkbox"/> ① 特に実施していない |
| | <input type="checkbox"/> ② 商品によって見直すことにしている |
| | <input type="checkbox"/> ③ 見直すことにしている |

問5 福祉用具貸与サービス提供のプロセス

福祉用具貸与サービス提供のプロセス毎の対応状況について、あてはまるもの全てに✓をつけてください。(リハビリテーション専門職 (PT、OT) 等の有資格者については、福祉用具専門相談員として従事している場合には、福祉用具専門相談員に✓をしてください。)

- | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| 1. アセスメント
アセスメントを行う際、
普段連携している職種等
について教えてください。 | <input type="checkbox"/> ① 福祉用具専門相談員
<input type="checkbox"/> ② 事業所内の専門職 (リハビリテーション専門職等)
<input type="checkbox"/> ③ 事業所外の専門職 (リハビリテーション専門職等)
<input type="checkbox"/> ④ 介護支援専門員
<input type="checkbox"/> ⑤ 委託先 (レンタル卸等) 担当者
<input type="checkbox"/> ⑥ その他 | | | | | | |
| 2. 複数提案
複数提案の際、商品の提案をどのように実施しているか教えてください。 | <input type="checkbox"/> ① カタログやWEB画面を使用して実施
<input type="checkbox"/> ② 商品実物を使用して実施
↳ 具体的な方法 (当てはまるもの全てに✓)
<input type="checkbox"/> ① 事業所併設の展示場等で実施
<input type="checkbox"/> ② 利用者宅へ商品を持参して実施
<input type="checkbox"/> ③ 委託先 (レンタル卸等) に商品提供を依頼して実施
↳ 提供を依頼している種目 (当てはまるもの全てに✓)
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 車いす</td> <td><input type="checkbox"/> ② 手すり</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ③ 歩行器</td> <td><input type="checkbox"/> ④ 歩行補助つえ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ⑤ その他</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> ③ その他 | <input type="checkbox"/> ① 車いす | <input type="checkbox"/> ② 手すり | <input type="checkbox"/> ③ 歩行器 | <input type="checkbox"/> ④ 歩行補助つえ | <input type="checkbox"/> ⑤ その他 | |
| <input type="checkbox"/> ① 車いす | <input type="checkbox"/> ② 手すり | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ③ 歩行器 | <input type="checkbox"/> ④ 歩行補助つえ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ⑤ その他 | | | | | | | |
| 3. 搬入
商品の搬入の際、普段どのように実施しているか教えてください。 | <input type="checkbox"/> ① 福祉用具専門相談員が実施
<input type="checkbox"/> ② 福祉用具専門相談員が立会い
<input type="checkbox"/> ③ 事業所の配送担当が実施
<input type="checkbox"/> ④ 事業所の配送担当が立会い
<input type="checkbox"/> ⑤ 委託先 (レンタル卸等) 担当者が実施
<input type="checkbox"/> ⑥ 委託先 (レンタル卸等) 担当者が立会い
<input type="checkbox"/> ⑦ その他 | | | | | | |
| 4. 組み立て・設置
商品の組み立て・設置の際、どのように実施しているか教えてください。 | <input type="checkbox"/> ① 福祉用具専門相談員が実施
<input type="checkbox"/> ② 福祉用具専門相談員が立会い
<input type="checkbox"/> ③ 事業所の配送担当が実施
<input type="checkbox"/> ④ 事業所の配送担当が立会い
<input type="checkbox"/> ⑤ 委託先 (レンタル卸等) 担当者が実施
<input type="checkbox"/> ⑥ 委託先 (レンタル卸等) 担当者が立会い
<input type="checkbox"/> ⑦ その他 | | | | | | |

5. 使用方法の説明 使用方法の説明を行う際、同席している職種等について教えてください。	<input type="checkbox"/> ① 福祉用具専門相談員
	<input type="checkbox"/> ② 事業所内の専門職（リハビリテーション専門職等）
	<input type="checkbox"/> ③ 事業所外の専門職（リハビリテーション専門職等）
	<input type="checkbox"/> ④ 介護支援専門員
6. モニタリング モニタリングを行う際、同席している職種等について教えてください。	<input type="checkbox"/> ⑤ 委託先（レンタル卸等）担当者
	<input type="checkbox"/> ⑥ その他
	<input type="checkbox"/> ① 福祉用具専門相談員
	<input type="checkbox"/> ② 事業所内の専門職（リハビリテーション専門職等）
7. メンテナンス メンテナンスを行う際、同席している職種等について教えてください。	<input type="checkbox"/> ③ 事業所外の専門職（リハビリテーション専門職等）
	<input type="checkbox"/> ④ 介護支援専門員
	<input type="checkbox"/> ⑤ 委託先（レンタル卸等）担当者
	<input type="checkbox"/> ⑥ その他
8. 搬出 商品の搬出の際、どのように実施しているか教えてください。	<input type="checkbox"/> ① 福祉用具専門相談員が実施
	<input type="checkbox"/> ② 福祉用具専門相談員が立会い
	<input type="checkbox"/> ③ 事業所の配送担当が実施
	<input type="checkbox"/> ④ 事業所の配送担当が立会い
	<input type="checkbox"/> ⑤ 委託先（レンタル卸等）担当者が実施
	<input type="checkbox"/> ⑥ 委託先（レンタル卸等）担当者が立会い
	<input type="checkbox"/> ⑦ その他

問6 モニタリング、メンテナンスの頻度

1. 貸与件数について

事業所において種目別に最も貸与件数が多い1商品（令和元年度分）について、平成31年4月～令和2年3月の実績について回答してください。

	TAISコード又は届出コード	延べ貸出月数（※）	新規利用開始の利用者数（実人数）	利用を終了した利用者数（実人数）
(1) 車いす		月	人	人
(2) 特殊寝台		月	人	人
(3) 手すり		月	人	人
(4) 歩行器		月	人	人
(5) 歩行補助つえ		月	人	人

※延べ貸出月数：利用者別貸出月数の合計（利用者30人にそれぞれ4か月貸与＝120月）

貸出月数は、1か月分の介護保険請求を行った場合のみを対象（1か月に満たないものは含めない）とする。

【計算例】 1か月分の介護報酬請求を行った利用者数

	4月	5月	6月	7月	12月	1月	2月	3月	合計
継続利用者数	30人	32人	36人	41人	49人	47人	44人	41人	480
新規の利用者数	5人	5人	6人	10人	5人	4人	3人	3人	61
終了した利用者数	3人	1人	1人	2人	7人	7人	6人	5人	52

延べ算出月数→ 593

2. モニタリングについて

標準的な頻度（最頻値）を回答してください。なお、貸与後10日以内に行われるような初回のモニタリングを除いた頻度でご回答ください。

(1) モニタリングの頻度 (いずれかひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 貸与種目別に目安を決めている ⇒(2)へお進みください
	<input type="radio"/> ② 貸与種目によらず、事業所として目安を決めている <div style="margin-left: 20px;"> 頻度 () ヲ月に1回 ⇒3へお進みください </div>

(2) 種目別のモニタリング頻度

貸与種目別にモニタリングの頻度について、以下の中から該当するものを選択してください。

【選択肢】

- | | | |
|------------|--------------|-----------------|
| ① 1か月に1回以上 | ④ 7～9か月に1回 | ⑦ 必要に応じて実施 |
| ② 2～3か月に1回 | ⑤ 10～12か月に1回 | ⑧ 当該品目を取り扱っていない |
| ③ 4～6か月に1回 | ⑥ 12か月に1回未満 | |

【回答欄】

モニタリングの頻度（種目別にいずれかひとつに✓）

	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
車いす（付属品含む）	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
特殊寝台（付属品含む）	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
床ずれ防止用具	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
体位変換器	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
手すり	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
スロープ	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
歩行器	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
歩行補助つえ	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
認知症老人徘徊感知機器	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
移動用リフト	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧
自動排泄処理装置	○	①	○	②	○	③	○	④	○	⑤	○	⑥	○	⑦	○	⑧

3. メンテナンスについて

貸与種目別に利用者宅で実施しているメンテナンスの標準的な頻度（最頻値）と実施内容について、以下のの中から該当するものを選択してください。

【選択肢】 (1)頻度

- | | | |
|------------|--------------|-----------------|
| ① 1か月に1回以上 | ④ 7～9か月に1回 | ⑦ 必要に応じて実施 |
| ② 2～3か月に1回 | ⑤ 10～12か月に1回 | ⑧ 当該品目を取り扱っていない |
| ③ 4～6か月に1回 | ⑥ 12か月に1回未満 | |

【回答欄】	(1)頻度 (ひとつに✓)		(2)実施内容 (あてはまるもの全てに✓)
	○ ①	○ ②	
車いす（付属品含む）	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① 空気圧の調整
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② ブレーキ調整
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 欠損部品の取付け・交換・補修
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
特殊寝台（付属品含む）	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① 欠損部品の取付け・交換・補修
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② 電気系統の不具合修理・部品交換
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 異音発生個所への注油
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
床ずれ防止用具	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① 汚損等によるマット交換
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② フィルター交換
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 電気系統の不具合修理・部品交換
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
体位変換器	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① 汚損等による交換
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② クッション材の劣化による交換
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 電気系統の不具合修理・部品交換
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
手すり	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① 固定ネジ・アンカーの緩み補強
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② 設置位置の修正・水平チェック
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 欠損部品の取付け・交換・補修
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
スロープ	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① 設置位置の修正
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② 傾斜角度の修正
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 欠損部品の取付け・交換・補修
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
歩行器	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① ブレーキ調整
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② フレームのゆがみ・破損チェック
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 欠損部品の取付け・交換・補修
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
歩行補助つえ	○ ①	○ ⑤	<input type="checkbox"/> ① 杖先ゴムの交換
	○ ②	○ ⑥	<input type="checkbox"/> ② 本体のゆがみ・破損チェック
	○ ③	○ ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 欠損部品の取付け・交換・補修
	○ ④	○ ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他

	(1)頻度 (ひとつに✓)		(2)実施内容 (あてはまるもの全てに✓)
認知症老人徘徊感知機器	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ① 通信状況の確認・不具合の調整
	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ② センサー感度・アラート音量の調整
	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ③ バッテリー残量チェック・電池交換
	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
移動用リフト	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ① 欠損部品の取付け・交換・補修
	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ② 電気系統の不具合修理・部品交換
	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ③ 異音発生個所への注油
	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他
自動排泄処理装置	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ① 汚損等による本体交換
	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ② 本体・レシーバーの洗浄
	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ⑦	<input type="checkbox"/> ③ フィルター交換
	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ④ その他




問7 効率的な事業運営方法

平成30年4月以降の福祉用具貸与事業所としての取組みについて回答してください。

1. 売上の維持・拡大に向けた取組み (あてはまるもの全てに✓)

- ① 居宅介護支援事業所への営業活動の強化
- ② 病院・施設等への営業活動の強化
- ③ 営業地域の拡張
- ④ 相談員の質の向上による顧客確保・売上確保 (福祉用具専門相談員の確保・スキルアップ)
- ⑤ その他 ()

2. 経費削減に向けた取組み (あてはまるもの全てに✓)

- ① 商品の調達に関する交渉
 具体的な変更内容についても回答 (当てはまるもの全てに✓)
- ① 自社購入によるメーカーとの価格交渉
- ② 委託先 (レンタル卸等) との価格交渉
- ③ その他 ()
- ② 商品の調達方法の変更
 具体的な変更内容についても回答 (当てはまるもの全てに✓)
- ① 一括購入
- ② 共同購入
 ① 法人内 ② 近隣事業所
- ③ その他 ()
- ③ 委託先 (レンタル卸等) の活用
- ④ その他 ()

- ③ 取扱商品の変更
 ↳ 具体的な変更内容についても回答（当てはまるもの全てに✓）
- ① 商品の絞り込み（取扱商品数の縮小）
- ② 商品の見直し（取扱商品の入れ替え）
- ③ その他（ ）
-
- ④ 付帯コストの見直し（利用者宅から撤去した商品の消毒、メンテナンス等）
 ↳ 具体的な変更内容についても回答（当てはまるもの全てに✓）
- ① 消毒作業を外注業者へ委託
- ② 消毒薬等消耗品の変更・価格交渉
- ③ メンテナンス作業を外部業者へ委託
- ④ 運搬費の価格交渉
- ⑤ その他（ ）
-
- ⑤ 物件・設備の見直し（賃料、リース）
-
- ⑥ パンフレット等印刷・発送費の見直し（頻度、仕様の変更）
-
- ⑦ ICT等の導入による業務効率化の実施
 ↳ 具体的な変更内容についても回答（当てはまるもの全てに✓）
- ① タブレット端末等を活用し、電子カタログ等を用いた提案を実施
- ② タブレット端末等を活用し、外出先でのサービス計画書等の書類作成を実施
- ③ タブレット端末等を活用し、利用者の電子署名を受領
- ④ 携帯プリンターを携行し、利用者宅でモニタリング記録等を印刷・手交
- ⑤ 業務支援システムを活用（独自構築、ベンダーからの購入等含む）
- ⑥ SNS等を活用した社内連絡を実施
- ⑦ SNS等を活用した社外との連絡を実施
- ⑧ TV会議システム等によるモニタリングの実施
- ⑨ TV会議システム等による介護支援専門員等との会議の実施
- ⑩ その他（ ）
-
- ⑧ 業務の効率化・働き方改革（労働時間の適正化）
-
- ⑨ 多様な雇用条件の採用
-
- ⑩ 事業所の統廃合
-
- ⑪ その他（ ）

1. 法人、事業所としての感染症対策について

- | | |
|----------------------------------|--|
| (1) 感染症対策マニュアルの有無
(いずれかひとつに✓) | <input type="radio"/> ① 新型コロナ感染症発生以前からある |
| | <input type="radio"/> ② 新型コロナ感染症発生を機に作成した |
| | <input type="radio"/> ③ 感染症対策マニュアルはない |
| (2) マスクの備蓄
(いずれかひとつに✓) | <input type="radio"/> ① 新型コロナ感染症発生以前から備蓄している |
| | <input type="radio"/> ② 新型コロナ感染症発生を機に備蓄することとした |
| | <input type="radio"/> ③ 特に実施していない |
| (3) 消毒品等の備蓄
(いずれかひとつに✓) | <input type="radio"/> ① 新型コロナ感染症発生以前から備蓄している |
| | <input type="radio"/> ② 新型コロナ感染症発生を機に備蓄することとした |
| | <input type="radio"/> ③ 特に実施していない |

2. 緊急事態宣言発出後の対応について

新型コロナ感染について、通常の感染防止策（マスクの着用等）以外に、福祉用具貸与事業所としてサービス提供を継続する上で、実施している感染防止対策について回答してください。（あてはまるもの全てに✓）

- ① 利用者宅への訪問前後の手指等の消毒
- ② 利用者宅への訪問前後に持参物品（メンテナンス工具等）の消毒
- ③ 利用者宅から撤去した福祉用具の消毒方法の変更
- ④ 利用者・家族による事業所への来訪を制限
- ⑤ 事前予約等により利用者・家族の来訪人数を調整
- ⑥ 利用者・家族の事業所来訪時の感染防止策（マスクの着用等を依頼）の実施
- ⑦ 展示品の消毒内容の変更
- ⑧ 展示品の消毒頻度の変更
- ⑨ 飛沫防止パネルの設置
- ⑩ 換気設備の設置・改修
- ⑪ 感染防止のための事業所の内装改修
- ⑫ TV会議や電話によるモニタリングの実施
- ⑬ TV会議や電話による介護支援専門員等との会議の実施
- ⑭ 福祉用具専門相談員の働き方の変更（事業所へ立ち寄らず、利用者宅への直行直帰等）
- ⑮ 事務職員の在宅勤務
- ⑯ その他（)

3. 感染者が発生した場合の対応について	
(1) サービス提供中の利用者について	
ア. 感染が確認された方はいましたか (いずれか1つに✓)	<input type="radio"/> ① 感染者がいた <input type="radio"/> ② 感染者はいない ⇒(2)へお進みください
イ. 貸与していた用具について、どのように対応しましたか (あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 入院等で不要となり、用具の搬出を行った <input type="checkbox"/> ② 入院等で不要となったが、用具の搬出は行なわなかった(発症から期間を置いて搬出) <input type="checkbox"/> ③ 特に変更はなく、貸与を継続した
ウ. 職員が濃厚接触者となった場合、どのように対応しましたか (あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 一定期間在宅待機とした <input type="checkbox"/> ② 感染疑いがなければ、通常勤務とした <input type="checkbox"/> ③ 感染疑いがなければ、事業所内での勤務のみの出勤とした <input type="checkbox"/> ④ その他 ()
(2) 職員について	
ア. 感染が確認された方はいましたか (いずれか1つに✓)	<input type="radio"/> ① 感染者がいた <input type="radio"/> ② 感染者はいない ⇒4. へお進みください
イ. 事業所や濃厚接触者となった職員について、どのように対応しましたか (あてはまるもの全てに✓)	<input type="checkbox"/> ① 事業所を一定期間閉鎖した <input type="checkbox"/> ② 事業所の営業は継続したが、利用者宅への訪問は自粛した <input type="checkbox"/> ③ 濃厚接触者は一定期間在宅待機とした <input type="checkbox"/> ④ 濃厚接触者は、感染疑いがなければ、通常勤務とした <input type="checkbox"/> ⑤ 濃厚接触者は、感染疑いがなければ、事業所内での勤務のみの出勤とした
4. 新型コロナウイルス感染症による事業への影響	
(1) サービス提供の状況 (いずれか1つに✓)	
ア. 福祉用具貸与サービス	<input type="radio"/> ① 一定期間全てのサービスを停止した <input type="radio"/> ② 一定期間一部のサービスの一部を停止・変更した ↳ 具体的な変更内容についても回答(当てはまるもの全てに✓) <input type="checkbox"/> ① 新規利用者の獲得を停止 <input type="checkbox"/> ② 定期的なモニタリング・メンテナンスのための訪問停止 <input type="checkbox"/> ③ 定期的なモニタリング・メンテナンスのための訪問頻度削減 <input type="checkbox"/> ④ 介護支援専門員への訪問停止・頻度削減 <input type="checkbox"/> ⑤ その他 () <input type="radio"/> ③ サービス提供は変更していない
イ. 福祉用具販売サービス	<input type="radio"/> ① 一定期間全てのサービスを停止した <input type="radio"/> ② 一定期間一部のサービスの一部を停止した <input type="radio"/> ③ サービス提供は変更していない
ウ. 福祉用具貸与・販売以外のサービス	<input type="radio"/> ① 一定期間全てのサービスを停止した <input type="radio"/> ② 一定期間一部のサービスの一部を停止した <input type="radio"/> ③ サービス提供は変更していない

(2) 経営の状況 (あてはまるもの全てに✓) ※令和2年4～6月分	
ア. 利用者数	<input type="checkbox"/> ① 既存利用者数が減少した 例年の()割程度減少 <input type="checkbox"/> ② 新規利用者数が減少した 例年の()割程度減少
イ. 収益	<input type="checkbox"/> ① 福祉用具販売の減少 例年の()割程度減少 <input type="checkbox"/> ② 福祉用具貸与・販売以外のサービスによる収益の減少 例年の()割程度減少 <input type="checkbox"/> ③ その他 () 例年の()割程度減少
ウ. 費用	<input type="radio"/> ① 新型コロナウイルス感染症の影響により増加した費用があった 例年の()%程度増加※ ※新型コロナウイルス感染症対応に関する費用(令和2年4月～6月の3か月間平均)を例年の事業所における支出総額で割った値としてください。 例: 新型コロナウイルス感染症対応に関する費用が4月～6月合計で27万円、事業所の支出総額が例年450万円/月の場合 1カ月の新型コロナウイルス感染症対応費用増加分: 27万円÷3月=9万/月 増加した費用の割合: 9万円/月÷450万円/月=2% <input type="radio"/> ② なかった ⇒(5)へお進みください
エ. 費用の内訳 費用の増加があった場合、その内訳を教えてください。	<input type="checkbox"/> ① マスク、手袋、消毒薬等の消耗品費の増加 約()円 <input type="checkbox"/> ② 感染防止対策のための備品購入・設備工事費用の発生 約()円 <input type="checkbox"/> ③ 在宅勤務等の実施による通信費(事業所負担分)の増加 約()円 <input type="checkbox"/> ④ その他 () 約()円
(5) その他の影響について	
ア. 商品の変更等 新型コロナウイルス感染症の影響で、貸与していた商品の変更等があった利用者はいますか	<input type="radio"/> ① 変更等があった利用者がある 理由も教えてください。(あてはまるもの全てに✓) <input type="checkbox"/> ① 他の介護保険サービスの利用が減ったため <input type="checkbox"/> ② 家族等の支援が受けられなくなったため <input type="checkbox"/> ③ 外出(通院、買い物等)の機会が減ったため <input type="checkbox"/> ④ 期間中に身体機能が大きく低下したため <input type="checkbox"/> ⑤ その他 () <input type="radio"/> ② 変更等があった利用者はいない
イ. 利用者宅への訪問 利用者・家族から訪問を断られることはありましたか	<input type="radio"/> ① あった <input type="radio"/> ② なかった

調査票への回答は以上です。ご協力ありがとうございました。

■ご記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は福祉用具貸与サービスにおいて、問1・問2については、調査対象の利用者を担当している福祉用具貸与事業所の方が記入し、調査対象の利用者・ご家族にお渡してください。
問3以降は調査対象の利用者・ご家族の方が記入し、ご返送ください。
- ・ 調査対象の利用者の選定方法については、同封の「実施要領」をご参照ください。（福祉用具貸与事業所のみを送付）
- ・ 選択肢や表の中に「○」や「□」があるものには、✓をつけてください。（○はいずれかひとつ、□は複数選択可）
- ・ 上記以外の箇所は、具体的に言葉や数字をご記入ください。
- ・ 令和2年8月31日（月）までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査研究事業」事務局

電話：0120-966-516（平日 9：30～17：30）

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

〒103-8790 東京都中央区日本橋3丁目13番5号 KDX313ビル 5階 SRC内

株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

問1・問2は福祉用具貸与事業所の方がご回答ください。

問1 利用者の基本情報		※令和2年8月3日（月）時点		
1. 性別	<input type="radio"/> ① 男性	<input type="radio"/> ② 女性	2. 年齢	歳
3. 世帯構成	<input type="radio"/> ① 独居	<input type="radio"/> ② 夫婦のみ世帯		
	<input type="radio"/> ③ ②以外で高齢者のみの世帯	<input type="radio"/> ④ その他		
4. 要介護度	<input type="radio"/> ① 要支援1	<input type="radio"/> ② 要支援2		
	<input type="radio"/> ③ 要介護1	<input type="radio"/> ④ 要介護2	<input type="radio"/> ⑤ 要介護3	
	<input type="radio"/> ⑥ 要介護4	<input type="radio"/> ⑦ 要介護5	<input type="radio"/> ⑧ 申請中	
5. 障害高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> ① 自立	<input type="radio"/> ② J1	<input type="radio"/> ③ J2	
	<input type="radio"/> ④ A1	<input type="radio"/> ⑤ A2	<input type="radio"/> ⑥ B1	
	<input type="radio"/> ⑦ B2	<input type="radio"/> ⑧ C1	<input type="radio"/> ⑨ C2	
	<input type="radio"/> ⑩ 不明			
6. 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="radio"/> ① 自立	<input type="radio"/> ② I	<input type="radio"/> ③ II a	
	<input type="radio"/> ④ II b	<input type="radio"/> ⑤ III a	<input type="radio"/> ⑥ III b	
	<input type="radio"/> ⑦ IV	<input type="radio"/> ⑧ M	<input type="radio"/> ⑨ 不明	
7. 自己負担割合	<input type="radio"/> ① 1割負担	<input type="radio"/> ② 2割負担	<input type="radio"/> ③ 3割負担	
	<input type="radio"/> ④ 負担なし			

問2 利用者に貸与している商品 ※令和2年8月3日（月）時点

利用者に貸与している商品を回答してください。
 利用者に貸与している商品について、最大10商品まで回答してください。(2)種目は下の選択肢から該当するものを記入してください。(5)貸与開始年月は商品毎にその商品の利用開始年月を記入してください。

	(1)商品コード (TAISコード 又は 届出コード)	(2)種目	(3)数量	(4)単位数	(5)貸与開始年月
1				単位	西暦 年 月
2				単位	西暦 年 月
3				単位	西暦 年 月
4				単位	西暦 年 月
5				単位	西暦 年 月
6				単位	西暦 年 月
7				単位	西暦 年 月
8				単位	西暦 年 月
9				単位	西暦 年 月
10				単位	西暦 年 月

【(2)種目の番号】

- | | | | |
|-----------|-----------|----------------|-------------|
| 1：車いす | 5：床ずれ防止用具 | 9：歩行器 | 13：自動排泄処理装置 |
| 2：車いす付属品 | 6：体位変換器 | 10：歩行補助つえ | |
| 3：特殊寝台 | 7：手すり | 11：認知症老人徘徊感知機器 | |
| 4：特殊寝台付属品 | 8：スロープ | 12：移動用リフト | |

福祉用具貸与事業所の方に記入いただくのはここまでです。返信用封筒と一緒に利用者・家族へ回答を依頼してください。

問3 以降は利用者・ご家族の方がご回答ください。

問3 介護保険サービスの利用について ※令和2年8月3日（月）時点

1. 介護保険サービスの利用状況について ※本設問のみ7月の平均利用回数を回答してください。現在利用している介護保険サービスの利用状況について教えてください。（福祉用具貸与サービス以外）	
(1) 訪問系サービス (訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション等)	週 回
(2) 通所系サービス (通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）等)	週 回
(3) 宿泊サービス（ショートステイ）	月 回

2. 福祉用具貸与サービスについて	
(1) 平成30年10月より、福祉用具貸与価格の上限が設けられましたがご存知でしたか。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 知っている <input type="radio"/> ② 知らない
(2) 現在の福祉用具貸与価格に満足していますか。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 満足している <input type="radio"/> ② やや満足している <input type="radio"/> ③ あまり満足していない <input type="radio"/> ④ 満足していない <input type="radio"/> ⑤ わからない
(3) 現在、利用している福祉用具貸与事業所について、その事業所を選んだ理由について教えてください。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 自身または家族が指定した事業所だから <input type="radio"/> ② ケアマネジャー（介護支援専門員）から複数提案された中から選んだ <input type="radio"/> ③ ケアマネジャー（介護支援専門員）から1事業所のみ紹介されたから <input type="radio"/> ④ 覚えていない
(4) 福祉用具を選択する際、福祉用具貸与事業所から、複数の商品について提案がありましたか。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 複数提案された <input type="radio"/> ② 1商品のみだった <input type="radio"/> ③ 覚えていない
(5) 福祉用具貸与サービスを利用することにしたきっかけを教えてください。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 病院・施設からの退院 → (6) へ <input type="radio"/> ② 要介護認定を受けた <input type="radio"/> ③ 入所施設からの退所 <input type="radio"/> ④ ケアマネジャー（介護支援専門員）に勧められた <input type="radio"/> ⑤ 家族に勧められた <input type="radio"/> ⑥ かかりつけ医に勧められた <input type="radio"/> ⑦ その他
(6) 在宅生活の中で、退院前に決めていた福祉用具について、1～2か月のうちに変更や利用を中止することはありましたか。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 使い勝手が悪く用具を選びなおした <input type="radio"/> ② 必要がなかったので貸与をやめた <input type="radio"/> ③ 変更等はなく、継続的に使用した

問4へ

問4 福祉用具利用の満足度 ※令和2年8月3日（月）時点	
1. 福祉用具の利用について教えてください。	
(1) 福祉用具貸与サービスを利用する目的について、ケアマネジャー（介護支援専門員）や福祉用具専門相談員から説明がありましたか。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 説明があった ⇒ (2) へ <input type="radio"/> ② 説明はなかった <input type="radio"/> ③ 覚えていない
(2) 現在利用している福祉用具を活用することで、説明された利用目的が達成できていますか。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 達成できている <input type="radio"/> ② おおむね達成できている <input type="radio"/> ③ あまり達成できていない <input type="radio"/> ④ 達成できていない <input type="radio"/> ⑤ わからない

(3) 福祉用具貸与サービスを利用する目的について、ケアマネジャー（介護支援専門員）や福祉用具専門相談員から、家族や訪問介護等の職員へ説明がありましたか。いずれか1つに✓をつけてください。	<input type="radio"/> ① 説明があった <input type="radio"/> ② 説明はなかった <input type="radio"/> ③ 覚えていない・わからない
--	---

2. 現在利用している福祉用具について、満足度を教えてください。

項目ごとに、いずれかひとつに✓をつけてください

	①	②	③	④	⑤
	非常に満足している	満足している	やや満足している	あまり満足していない	全く満足していない
(1) その福祉用具の安全性に、どれくらい満足していますか	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤
(2) その福祉用具の使いやすさ（簡単に使えるかどうか）に、どれくらい満足していますか	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤
(3) その福祉用具の使い心地の良さに、どれくらい満足していますか	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤

3. 現在、福祉用具を借りている事業所の対応について、満足度を教えてください。

項目ごとに、いずれかひとつに✓をつけてください

	①	②	③	④	⑤
	非常に満足している	満足している	やや満足している	あまり満足していない	全く満足していない
(1) 質問、相談に親身になって対応してもらえる	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤
(2) 福祉用具貸与サービスの利用について、丁寧な説明があった	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤
(3) 用具の使用方法や注意事項について、丁寧な説明があった	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤
(4) 身体機能の変化に合わせて、新たな用具の提案をしてもらえた	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤
(5) 不具合が発生した際、迅速に対応してもらえた	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④	<input type="radio"/> ⑤

問5 新型コロナウイルス感染症による影響

※令和2年4月7日以降

新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言が発令されて以降の福祉用具貸与サービスの利用についてお伺いします。

1. 福祉用具貸与サービスの利用について 何か不都合なことはありませんでしたか。あてはまるもの全てに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> ① 特にない <input type="checkbox"/> ② 不具合等が発生した際、すぐに対応してもらえなかった <input type="checkbox"/> ③ モニタリング・メンテナンスに来てもらえなかった <input type="checkbox"/> ④ 相談等の電話が繋がりにくかった <input type="checkbox"/> ⑤ その他
---	---

調査票への回答は以上です。返信用封筒にて返送ください。ご協力ありがとうございました。