

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査」【事業所票】（案）

■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、平成30年10月3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。
- ・ 平成30年●月●日（●）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」事務局

電話：0120-●●●●-●●●●（平日10:00～17:00）

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX:03-●●●●-●●●●

E-mail：●●●●@●●●●.●●●●

〒000-0000 東京都千代田区●●●●

問1 基本情報

(1) 開設年	(西暦) <input style="width: 100px;" type="text"/> 年
(2) 事業内容	<p>以下、いずれかひとつに✓を入れてください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> ① 福祉用具貸与・販売を専門に行っている ●→問2へ進んでください </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> ② 他の事業と兼業で福祉用具・販売を行っている </div> <p style="margin-left: 20px;">↓</p> <p>ア) 他の事業について（当てはまるもの全てに☑を入れてください）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> ① 介護・医療サービスの提供 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> ② 介護・医療サービス以外の一般のサービス・販売等 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> ③ その他（ <input style="width: 100px;" type="text"/> ） </div> <p>イ) 事業所収益に対する福祉用具貸与・販売の割合</p> <p style="text-align: center;">約 <input style="width: 50px;" type="text"/> 割</p>

問2 提供サービス

(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			
<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"/>	33 特になし
<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 ※該当者がいない場合は0を記入してください。

	(1)常勤	(2)非常勤	(3)常勤換算数
職員の総数	人	人	人
(内訳)			
福祉用具専門相談員	人	人	人
うち、保健師	人	人	人
うち、看護師	人	人	人
うち、准看護師	人	人	人
うち、理学療法士	人	人	人
うち、作業療法士	人	人	人
うち、社会福祉士	人	人	人
うち、介護福祉士	人	人	人
うち、義肢装具士	人	人	人
うち、福祉用具専門相談員指定講習終了者	人	人	人
その他の職員数	人	人	人

※ 1人の方が複数の資格を有している場合は、各資格のそれぞれの欄に重複して計上してください。

問4 貸与実績 ※平成30年7月貸与分

	(1)貸与商品数、(2)貸与件数について記載してください。				※実績がない場合は0を記入してください。			
	(1)貸与商品数				(2)貸与件数			
	合計		うち、レンタル卸		合計		うち、レンタル卸	
車いす	商品	商品	商品	件	件	件	件	
車いす付属品	商品	商品	商品	件	件	件	件	
特殊寝台	商品	商品	商品	件	件	件	件	
特殊寝台付属品	商品	商品	商品	件	件	件	件	
床ずれ防止用具	商品	商品	商品	件	件	件	件	
体位変換器	商品	商品	商品	件	件	件	件	
手すり	商品	商品	商品	件	件	件	件	
スロープ	商品	商品	商品	件	件	件	件	
歩行器	商品	商品	商品	件	件	件	件	
歩行補助杖	商品	商品	商品	件	件	件	件	
認知症老人徘徊感知機器	商品	商品	商品	件	件	件	件	
移動用リフト	商品	商品	商品	件	件	件	件	
自動排泄処理装置	商品	商品	商品	件	件	件	件	

(3) 貸与価格の変更にあたり考慮した点（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

<input type="checkbox"/> ① 仕入（購入）価格を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ② レンタル卸の価格を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ③ アセスメントに係る経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ④ フィッティングに係る経費を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑤ モニタリングに係る経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑥ 搬入出に係る経費を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑦ メンテナンスに係る経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑧ 消毒に係る経費を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑨ その他経費を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑩ 利用者負担に考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑪ 当該事業所における全ての商品の貸与価格を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑫ 地域における相場を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑬ 全国平均貸与価格を考慮して変更した	<input type="checkbox"/> ⑭ 貸与価格の上限を考慮して変更した
<input type="checkbox"/> ⑮ その他の要素を考慮して変更した()	

(4) 価格変更に伴う事務負担・経費負担（当てはまるもの全てに☑を入れてください）
 ※作業の発生有無ではなく、負担がある（あった）項目について、☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> ① 商品カタログの価格修正・再印刷の発生	<input type="checkbox"/> ② 事業所内システムの改修作業の発生
<input type="checkbox"/> ③ 行政への届出	<input type="checkbox"/> ④ 利用者との契約変更手続き
<input type="checkbox"/> ⑤ 勉強会の開催や参加	<input type="checkbox"/> ⑥ その他()

問6 利用者等への説明の状況

(1) 利用者・家族に説明した内容・反応（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

以下の項目において、利用者・家族に説明した内容に☑入れ、ご理解いただいた割合を記入してください。

	説明した内容	理解が得られた割合
1 福祉用具に係る制度改正について	<input type="checkbox"/>	約 割
2 貸与価格の変更について	<input type="checkbox"/>	約 割
3 貸与品目の変更について	<input type="checkbox"/>	約 割
4 貸与価格の構成について	<input type="checkbox"/>	約 割
5 全国平均価格と自社の価格の差異について	<input type="checkbox"/>	約 割
6 貸与価格の上限について	<input type="checkbox"/>	約 割
7 貸与していた商品の貸与終了について	<input type="checkbox"/>	約 割
8 貸与していた商品の買い取りについて	<input type="checkbox"/>	約 割
9 介護保険外の貸与利用について	<input type="checkbox"/>	約 割
10 説明していない	<input type="checkbox"/>	

(2) ケアマネジャーの反応（当てはまるもの全てに☑を入れてください）

<input type="checkbox"/> ① 商品についての問合せが増えた	<input type="checkbox"/> ② 価格についての問合せが増えた
<input type="checkbox"/> ③ 商品の変更が求められた	<input type="checkbox"/> ④ ケアプランの見直しを実施された
<input type="checkbox"/> ⑤ 他の貸与事業所が貸与していた利用者について、当該事業所からの貸与に変更があった	
<input type="checkbox"/> ⑥ 当該事業所から貸与していた利用者について、他の事業所からの貸与に変更があった	
<input type="checkbox"/> ⑦ その他（ ）	
<input type="checkbox"/> ⑧ 特になし	

問7 貸与価格の上限設定による経営への影響

(1) 収益への影響※現時点での見込みでも構いません。(いずれかひとつに✓を入れてください)
 平成29年度と比較して、平成30年度の収益への影響を回答いただき、その理由も記入してください。

- | |
|---|
| <input type="radio"/> ① 収益が増加した(増加する見込み) |
| <input type="radio"/> ② 収益が減少した(減少する見込み) |
| <input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み) |



その理由

--

(2) 経費への影響 ※現時点での見込みでも構いません。
 平成29年度と比較して、平成30年度の経費について費目ごとに影響を回答いただき、その理由も記入してください。

	費用への影響	その理由
人件費 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 費用が増加した(増加する見込み)	
	<input type="radio"/> ② 費用が減少した(減少する見込み)	
	<input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み)	
フィッティング費用 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 費用が増加した(増加する見込み)	
	<input type="radio"/> ② 費用が減少した(減少する見込み)	
	<input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み)	
モニタリング費用 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 費用が増加した(増加する見込み)	
	<input type="radio"/> ② 費用が減少した(減少する見込み)	
	<input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み)	
メンテナンス費用 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 費用が増加した(増加する見込み)	
	<input type="radio"/> ② 費用が減少した(減少する見込み)	
	<input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み)	
搬入出・運搬費 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 費用が増加した(増加する見込み)	
	<input type="radio"/> ② 費用が減少した(減少する見込み)	
	<input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み)	
消毒に係る費用 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 費用が増加した(増加する見込み)	
	<input type="radio"/> ② 費用が減少した(減少する見込み)	
	<input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み)	
その他費用 (ひとつに✓)	<input type="radio"/> ① 費用が増加した(増加する見込み)	
	<input type="radio"/> ② 費用が減少した(減少する見込み)	
	<input type="radio"/> ③ 影響はなかった(影響はない見込み)	

問8 仕入れ価格への影響

(1) 事業所全体の仕入れ価格（購入単価）の変化の状況（いずれかひとつに✓を入れてください）

平成30年7月貸与分の仕入れ価格と、平成30年10月貸与分の仕入れ価格の変化について回答してください。

<input type="radio"/>	仕入れ価格が上がったものがある（下がったものはない）
<input type="radio"/>	仕入れ価格が下がったものがある（上がったものはない）
<input type="radio"/>	仕入れ価格が上がったものと下がったものの両方ある
<input type="radio"/>	変動はない

(2) レンタル卸の利用の有無（いずれかひとつに✓を入れてください）

<input type="radio"/>	① あり	<input type="radio"/>	② なし → 問9へ進んでください
-----------------------	------	-----------------------	-------------------



(3) 「①あり」の場合のレンタル卸利用社数

	社
--	---

(4) レンタル卸への支払金額

	①事業所全体における 福祉用具貸与に関する 介護保険請求額	② ①の介護保険請求額 に紐づくレンタル卸へ の支払額(消費税抜き)
平成30年7月貸与分の実績	千円	千円
平成30年10月貸与分の実績	千円	千円

問9 貸与価格見直しに伴う対応状況

貸与価格見直しを行うにあたり、これまでにどのような対応をしましたか。

(当てはまるもの全てに☑を入れてください)

※☑をつけた項目について、見直した内容も記入してください。

	見直した内容
<input type="checkbox"/> ① 商品の調達方法・調達先の変更	()
<input type="checkbox"/> ② 用具の仕入れ価格の調整	()
<input type="checkbox"/> ③ 用具のレンタル卸価格の調整	()
<input type="checkbox"/> ④ 貸与品目（取り扱いの範囲など）	()
<input type="checkbox"/> ⑤ アセスメント（計画書の作成含む）の方法	()
<input type="checkbox"/> ⑥ フィットtingの頻度・内容・方法	()
<input type="checkbox"/> ⑦ モニタリングの頻度・内容・方法	()
<input type="checkbox"/> ⑧ メンテナンスの頻度・内容・方法	()
<input type="checkbox"/> ⑨ 物品管理（消毒・保管・搬送）の内容・方法	()
<input type="checkbox"/> ⑩ 人員体制	()
<input type="checkbox"/> ⑪ 職員の研修・教育	()
<input type="checkbox"/> ⑫ 展示会や広報・広告等	()
<input type="checkbox"/> ⑬ ケアマネジャーへの営業活動	()
<input type="checkbox"/> ⑭ 上限を超えた商品について、利用者が買い上げ	()
<input type="checkbox"/> ⑮ 介護保険外の貸与商品の範囲拡大	()
<input type="checkbox"/> ⑯ 営業所の統廃合	()
<input type="checkbox"/> ⑰ 福祉用具貸与事業 <u>以外</u> の事業のコスト削減策	()
<input type="checkbox"/> ⑱ 福祉用具貸与事業 <u>以外</u> の収益増加策	()
<input type="checkbox"/> ⑲ その他のコスト削減策	()
<input type="checkbox"/> ⑳ その他の収益増加策	()
<input type="checkbox"/> ㉑ コスト削減策は行っていない	
<input type="checkbox"/> ㉒ 収益増加策は行っていない	

問10 介護保険制度についての意見

ご意見がありましたら、以下のカテゴリーごとに記入してください。

貸与価格の
上限設定について

全国平均貸与価格
の公表について

複数商品の提示
について

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。

「福祉用具貸与価格の適正化に関する調査」【利用者票】 (案)

■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、調査対象の利用者を担当している福祉用具専門相談員がご記入ください。
- ・ 調査対象の利用者の選定方法については、同封の「記載要領」をご参照ください。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 平成30年●月●日 (●) 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」事務局

電話：0120-●●●●-●●●● (平日10:00～17:00)

◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎

FAX:03-●●●●-●●●●

E-mail：●●●●@●●●●.●●●●

〒000-0000 東京都千代田区●●●●

問1 基本情報

※平成30年10月3日時点 ((4) は平成30年7月時点)

(1) 性別	<input type="radio"/> ① 男性	<input type="radio"/> ② 女性		
(2) 年齢	満		歳	
(3) サービス利用開始時期	平成		年	月
(4) 要介護度 ※平成30年7月時点	<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 区分申請 変更中など
(5) 要介護度 ※平成30年10月時点	<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 区分申請 変更中など
(6) 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
	<input type="radio"/> ⑤ 不明			

問2 利用者が受けているサービス内容

※平成30年10月3日時点

＜居宅サービス＞ (介護予防含む)	＜地域密着型サービス＞ (介護予防含む)
<input type="checkbox"/> 1 訪問介護	<input type="checkbox"/> 8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
<input type="checkbox"/> 2 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 9 夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/> 3 訪問看護	<input type="checkbox"/> 10 認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/> 4 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 11 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 5 通所介護	<input type="checkbox"/> 12 看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 6 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 13 地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/> 7 短期入所生活介護、療養介護	

問3 福祉用具貸与の状況など

平成30年7月に貸与していた福祉用具について、7月時点の貸与価格が高い順に最大10品まで、以下の(1)～(4)について回答してください。

(1)貸与している福祉用具について

7月時点で貸与価格が高い順にNo.1～10に並べて、(1)①～④まで記入してください。(10月に取扱終了の商品については、(1)④貸与価格の欄に×(バツ)を記入してください)
さらに、(1)③7月の貸与価格が7月に公表された貸与価格の上限を超えていた場合は「(1)⑤貸与価格の上限を超えていたか」に○をつけてください。

(2)貸与価格の見直しによるサービスの変化

(1)③7月の貸与価格と(1)④10月の貸与価格が異なる場合、価格が見直されたことに伴うサービス変化の有無を数字(1:ある/2:ない/3:不明)で記入してください。
サービス変化が「1:ある」と記入した場合、(2)①～④で該当する欄に○をつけ、その具体的な内容を(2)⑤に記入してください。
※「2:なし/3:不明」の場合は(2)①～⑤の回答は不要です。

(3)貸与価格の変更に伴う貸与品の変化

7月に貸与していた商品について、貸与価格の変更に伴い10月は貸与していない商品について、貸与しなくなった理由として(3)①～④の該当する欄に○をつけてください。
※7月から同じ商品を貸与している場合は回答不要です。

(4)他サービス利用の変化

7月に貸与価格の上限が公表されて以降、福祉用具貸与以外の介護保険サービスの利用内容等、変化があった場合、その内容について記入してください。

No.	(1) 貸与していた福祉用具について (注) 品目は、表下の【種目の番号】を数字で記載してください。					(2) 貸与価格の見直しによるサービスの変化					(3) 貸与価格の変更に伴う貸与品の変化 該当するものに○をつけてください				(4) 他サービス利用の変化	
	①商品コード (TAISコード又は届出コード)	②種目 (注)	③貸与価格 (円) ※平成30年7月貸与分	④貸与価格 (円) ※平成30年10月貸与分	⑤貸与価格の上限を超えていたか	サービス変化の有無 1:ある 2:ない 3:不明	該当するものに○をつけてください				⑤具体的な内容 (自由記述)	①他商品への移行	②貸与終了(回収)	③利用者が買い上げ	④介護保険外での利用	貸与価格の上限設定後、他サービスの利用内容等、変化があった内容(自由記述)
例	90000-000099	1	1,280	1,100	○	1	○	○			月2回から1回へ変更					
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

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

利用者票への回答は以上です。
ご協力ありがとうございました。