

## 5. 参考資料

### 5.1 介護予防福祉用具貸与の実態調査 管理者用調査票

「在宅高齢者の多様な状態を踏まえた福祉用具貸与事業者の支援のあり方に関する調査モデル研究事業」

#### 介護予防福祉用具貸与の実態調査 管理者用調査票

##### ■本調査の目的

- ・ 介護予防福祉用具貸与計画の作成にあたっては、目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容に加え、福祉用具貸与計画では明示されていない「サービスの提供を行う期間」等を記録したものを作成し、この期間が終了するまでに必要に応じてモニタリングを行い、達成状況の把握等を行うよう努めることとされています。一方で、介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会の議論の整理では、利用者の状態を踏まえた支援等について、利用期間の予測可能性等の検討や、主治医・リハ専門職等も含めたチームによる支援のプロセス・仕組みの推進等の必要性が指摘されています。
- ・ 本調査では、介護予防福祉用具貸与開始時の福祉用具専門相談員の支援の実態を明らかにし、貸与期間設定がなぜ必要か、その重要性や根拠の分析、適切な期間でモニタリングがされていることによって貸与される福祉用具の過不足、利用者が不適切な使用をしていないか等の検証を行うための実事例を収集することを目的としております。

##### ■記入にあたってのお願いとご注意

- ・ **本調査票は、事業所の管理者の方がご回答ください。**
- ・ 特に指定のない限り、選択肢の番号1つを選んで○印をお付けください。
- ・ ( ) の箇所には、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。
- ・ ご記入いただいた調査票は、同封の返信用封筒で**令和5年10月31日（火）まで**にご返送ください。

##### ■調査に関するお問い合わせ先

一般社団法人 日本福祉用具供給協会 事務局  
〒105-0013 東京都港区浜松町2-7-15 三電舎ビル4階  
TEL：03-6721-5222 FAX：03-3434-3414

#### 問1 事業所の基本情報について

(1) ご回答者について	※差し支えなければ、お答えください。後日、回答内容についてお聞きする場合があります		
	お名前		
	ご連絡先（メールアドレス）	@	
(2) 介護保険による福祉用具貸与の利用者数 (令和5年8月分)	① 要支援1	( ) 人	/
	② 要支援2	( ) 人	
	③ 要介護1	( ) 人	
	④ 要介護2	( ) 人	
	⑤ 要介護3	( ) 人	
	⑥ 要介護4	( ) 人	
	⑦ 要介護5	( ) 人	
	⑧ 変更・申請中	( ) 人	
(3) 福祉用具専門相談員の人数 (令和5年8月1日時点)	( ) 人		

裏面にもご回答ください→

## 問2 事業所のサービス提供体制について

事業所としての体制、基本的な方針について回答してください。

(1) 介護予防福祉用具貸与におけるモニタリング実施体制	1 担当の福祉用具専門相談員が原則対応している 2 モニタリング専門の福祉用具専門相談員が原則対応している 3 その他 ( )
(2) 介護予防福祉用具貸与におけるモニタリングの実施状況 ※本設問では、以下の2つの実施状況についてお伺いいたします。 ・初回モニタリング＝納品後の福祉用具を使用できているかの確認 ・定期モニタリング＝納品後の福祉用具の目標達成状況の確認	
① 初回モニタリングを行うことを事業所として定めていますか	
1 全ての利用者・福祉用具について必ず行うようルールを定めている 2 貸与している福祉用具によって行うようルールを定めている 3 利用者によって行うようルールを定めている 4 事業所としてのルールはなく、担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている 5 その他 ( )	
② ※①で1～3を選択した場合のみご回答ください 初回モニタリングを行う時期について、事業所としてルールを定めていますか	
1 事業所としてルールを定めている → 1 貸与開始から1週間以内      2 貸与開始から2週間以内      3 貸与開始から3週間以内 4 貸与開始から1ヶ月以内      5 その他 ( ) 2 事業所としてのルールはなく、担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている	
③ 初回モニタリングを行う方法として、貴事業所において最も多いのはどれですか	
1 利用者・家族への電話による確認      2 ケアマネジャーからの情報による確認 3 他介護サービス事業所からの情報による確認      4 利用者宅への訪問による確認 5 その他 ( )	
④ 定期モニタリングを行う時期について、事業所としてルールを定めていますか	
1 事業所としてルールを定めている → 1 貸与開始から1～3ヶ月以内      2 貸与開始から4～6ヶ月以内      3 貸与開始から7～9ヶ月以内 4 貸与開始から10～12ヶ月以内      5 その他 ( ) 2 事業所としてのルールはなく、担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている	
⑤ 定期モニタリングを行う方法として、貴事業所において最も多いのはどれですか	
1 利用者・家族への電話による確認      2 ケアマネジャーからの情報による確認 3 他介護サービス事業所からの情報による確認      4 利用者宅への訪問による確認 5 その他 ( )	

## 問3 福祉用具専門相談員調査票の対象の選定および調査票の配布状況

(1) 福祉用具専門相談員調査票の対象の選定および調査票の配布状況	1 抽出条件に該当する利用者を選定し、担当の福祉用具専門相談員に調査票を配布した 2 抽出条件に該当する利用者を選定し、今後担当の福祉用具専門相談員に調査票を配布予定 3 抽出条件に該当する利用者がいないため、調査への協力が難しい
-----------------------------------	---

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

## 5.2 介護予防福祉用具貸与の実態調査 福祉用具専門相談員用調査票





「在宅高齢者の多様な状態を踏まえた福祉用具貸与事業者の支援のあり方に関する調査モデル研究事業」

### 介護予防福祉用具貸与の実態調査 【福祉用具専門相談員用調査票】

#### ■本調査の目的

- ・ 介護予防福祉用具貸与計画の作成にあたっては、目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容に加え、福祉用具貸与計画では明示されていない「サービスの提供を行う期間」等を記録したものを作成し、この期間が終了するまでに必要に応じてモニタリングを行い、達成状況の把握等を行うよう努めることとされています。一方で、介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会の議論の整理では、利用者の状態を踏まえた支援等について、利用期間の予測可能性等の検討や、主治医・リハ専門職等も含めたチームによる支援のプロセス・仕組みの推進等の必要性が指摘されています。
- ・ 本調査では、介護予防福祉用具貸与の開始時の福祉用具専門相談員の支援の実態を明らかにし、貸与期間設定がなぜ必要か、その重要性や根拠の分析、適切な期間でモニタリングがされていることによって貸与される福祉用具の過不足、利用者の不適切な使用の発見につながっているか等の検証を行うための実事例を収集することを目的としております。

#### ■調査票への回答方法について

- ・ 本調査票は、4つの調査票に分かれています。ご回答いただきたい調査票は以下のとおりです。
  - 【A票】：調査対象利用者の貸与開始時に、全ての福祉用具専門相談員の方にご回答いただきたい調査票です。
  - 【B票】：A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期が3か月以内で、想定した通りの時期にモニタリングを実施した場合にご回答いただきたい調査票です。
  - 【C票】：以下のいずれかに該当する場合にご回答いただきたい調査票です。
    - ① A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期よりも早くモニタリングを実施した場合
    - ② A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期が3か月以上で、モニタリングを3か月以内に実施した場合（利用者の状態変化等により3か月以内での実施が必要となった場合以外に、本調査への協力のために3か月後にモニタリングを実施した場合も含みます）
  - 【D票】：モニタリングを実施することなく、3か月以内に回収となった場合にご回答いただきたい調査票です。
- ・ 回答方法は、設問ごとに色を付けています。以下を参考にご回答ください。
  -  ⇒ 該当する選択肢の横に○印をつけてください（プルダウンから○を選択してください）
  -  ⇒ 該当する選択肢の数字を、プルダウンから1つ選択してください
  -  ⇒ 具体的な数値を入力してください。回答が「0」の場合は「0」を必ず入力してください
  -  ⇒ 文字等を直接入力してください
- ・ その他本調査に関する詳細は、「調査専用ホームページ」に掲載している回答要領に記載しています。ご不明点等がある場合には、以下、「調査に関するお問い合わせ先」にご連絡ください。

#### ■調査票の返送方法について

- ・ 調査票の返送は、「調査専用ホームページ」へアップロードいただくことで完了します。
- ・ **令和6年1月19日（金）**までにご回答・返送をお願いいたします。

#### ■調査に関するお問い合わせ先

一般社団法人 日本福祉用具供給協会 事務局  
〒105-0013 東京都港区浜松町2-7-15 三電舎ビル4階  
TEL：03-6721-5222 FAX：03-3434-3414

**【A票】 ※介護予防福祉用具貸与開始時にご回答ください。**

**問1 福祉用具専門相談員の基本情報**

(1) 福祉用具専門相談員としての経験年数	( <input type="text"/> ) 年
(2) 福祉用具専門相談員以外の保有資格 (複数回答可)	1 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 2 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 3 義肢装具士 <input type="checkbox"/>
	4 作業療法士 <input type="checkbox"/> 5 理学療法士 <input type="checkbox"/> 6 介護支援専門員 <input type="checkbox"/>
	7 ヘルパー1級・2級、介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/>
	8 その他 ( <input type="text"/> )
	9 特になし <input type="checkbox"/>
(3) 履修済みの研修や取得している民間資格 (複数回答可)	1 福祉用具選定士 (日本福祉用具供給協会) <input type="checkbox"/>
	2 福祉用具専門相談員更新研修 (全国福祉用具専門相談員協会) <input type="checkbox"/>
	3 福祉住環境コーディネーター (東京商工会議所) 3級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/>
	4 福祉用具プランナー (テクノエイド協会) <input type="checkbox"/>
	5 その他 ( <input type="text"/> )
6 特になし <input type="checkbox"/>	
(4) 担当利用者数 (令和5年8月分)	( <input type="text"/> ) 人 ※介護予防福祉用具貸与、福祉用具貸与の合計人数をご回答下さい。

**問2 貸与開始時の利用者の基本情報**

(1) 性別	<input type="checkbox"/> 1 男性 <input type="checkbox"/> 2 女性	
(2) 年齢	( <input type="text"/> ) 歳	
(3) 要介護度	<input type="checkbox"/> 1 要支援1 <input type="checkbox"/> 2 要支援2	
(4) 介護が必要になった主な原因 (複数回答可)	1 脳血管疾患 (脳卒中) <input type="checkbox"/> 2 心疾患 (心臓病) <input type="checkbox"/>	
	3 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 4 関節疾患・関節リウマチ <input type="checkbox"/>	
	5 がん <input type="checkbox"/> 6 認知症 <input type="checkbox"/>	
	7 パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 8 糖尿病 <input type="checkbox"/>	
	9 視覚・聴覚障害 <input type="checkbox"/> 10 骨折・転倒 <input type="checkbox"/>	
	11 脊椎損傷 <input type="checkbox"/> 12 加齢による (フレイル等) <input type="checkbox"/>	
	13 その他 ( <input type="text"/> )	
	(5) ADL	
	① 寝返り	<input type="checkbox"/> 1 つかまらなくてできる <input type="checkbox"/> 2 何かにつかまればできる
		<input type="checkbox"/> 3 一部介助 <input type="checkbox"/> 4 できない
	② 起き上がり	<input type="checkbox"/> 1 つかまらなくてできる <input type="checkbox"/> 2 何かにつかまればできる
		<input type="checkbox"/> 3 一部介助 <input type="checkbox"/> 4 できない
	③ 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1 つかまらなくてできる <input type="checkbox"/> 2 何かにつかまればできる
<input type="checkbox"/> 3 一部介助 <input type="checkbox"/> 4 できない		
④ 移乗	<input type="checkbox"/> 1 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 2 見守り等	
	<input type="checkbox"/> 3 一部介助 <input type="checkbox"/> 4 全介助	
⑤ 座位	<input type="checkbox"/> 1 できる <input type="checkbox"/> 2 自分の手で支えればできる	
	<input type="checkbox"/> 3 支えてもらえればできる <input type="checkbox"/> 4 できない	
⑥ 屋内歩行	<input type="checkbox"/> 1 つかまらなくてできる <input type="checkbox"/> 2 何かにつかまればできる	
	<input type="checkbox"/> 3 一部介助 <input type="checkbox"/> 4 できない	
⑦ 屋外歩行	<input type="checkbox"/> 1 つかまらなくてできる <input type="checkbox"/> 2 何かにつかまればできる	
	<input type="checkbox"/> 3 一部介助 <input type="checkbox"/> 4 できない	
⑧ 移動	<input type="checkbox"/> 1 自立 (介助なし) <input type="checkbox"/> 2 見守り等	
	<input type="checkbox"/> 3 一部介助 <input type="checkbox"/> 4 全介助	

⑨ 排泄	1 自立（介助なし） 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助			
⑩ 入浴	1 自立（介助なし） 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助			
⑪ 食事	1 自立（介助なし） 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助			
⑫ 更衣	1 自立（介助なし） 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助			
⑬ 意思の伝達	1 意思を他者に伝達できる 3 ほとんど伝達できない	2 ときどき伝達できる 4 伝達できない			
⑭ 視覚	1 見える 3 ほとんど見えない	2 目の前のものであれば見える 4 見えない			
⑮ 聴覚	1 聞こえる 3 ほとんど聞こえない	2 大きな声で話せば聞こえる 4 聞こえない			
<b>(6) 生活範囲</b>					
① 自宅の寝室以外の部屋に行く頻度	1 週1回未満 3 週4～6回	2 週1～3回 4 毎日			
② 屋外に出る頻度（玄関外、ベランダ、中庭、（マンションの）廊下、車庫、庭または敷地内の通路など）	1 週1回未満 3 週4～6回	2 週1～3回 4 毎日			
③ 自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣の場所への外出頻度	1 週1回未満 3 週4～6回	2 週1～3回 4 毎日			
④ 町内の近隣よりも離れた場所への外出頻度	1 週1回未満 3 週4～6回	2 週1～3回 4 毎日			
⑤ 町外への外出頻度	1 週1回未満 3 週4～6回	2 週1～3回 4 毎日			
<b>(7) 障害高齢者の日常生活自立度</b>	1 自立 6 B1	2 J1 7 B2	3 J2 8 C1	4 A1 9 C2	5 A2 10 不明
<b>(8) 認知症高齢者の日常生活自立度</b>	1 自立 6 III b	2 I 7 IV	3 II a 8 M	4 II b 9 不明	5 III a
<b>(9) 居住環境等</b>					
① 世帯構成	1 独居 3 上記2以外で高齢者のみの世帯	2 夫婦のみ世帯 4 その他			
② 介護環境	1 本人を支援する家族が身近にいる（同居を含む） 2 本人を支援する家族が身近にいない				
<b>(10) 他介護予防サービスの利用状況（複数回答可）</b>	1 特になし 2 介護予防訪問入浴介護 3 介護予防訪問看護 4 介護予防訪問リハビリテーション 5 介護予防居宅療養管理指導 6 介護予防通所リハビリテーション 7 介護予防短期入所生活介護 8 介護予防短期入所療養介護 9 介護予防認知症対応型通所介護 10 介護予防小規模多機能型居宅介護				

(11) 特定介護予防福祉用具販売の利用状況 (複数回答可)	1	特になし
	2	腰掛便座
	3	自動排泄処理装置の交換可能部品
	4	排泄予測支援機器
	5	入浴補助用具
	6	簡易浴槽
	7	移動用リフトのつり具の部分
(12) 介護予防住宅改修の実施状況 (複数回答可)	1	特になし
	2	手すりの取付け
	3	段差の解消
	4	滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更
	5	引き戸等への扉の取替え
	6	洋式便器等への便器の取替え

### 問3 貸与開始時の状況等について

(1) 介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアプラン）における目標 ※介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアプラン）から転記してください。		
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>		
(2) 介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアプラン）の支援計画期間 ※介護予防サービス・支援計画書（介護予防ケアプラン）から転記してください。 1年以上の場合も月単位でご回答ください（例：1年→12カ月）。		( <input style="width: 50px;" type="text"/> ) か月
(3) 介護予防福祉用具貸与計画作成にあたっての情報収集と評価における他職種等との連携状況について		
① 日常生活活動において利用者ができていることに関する情報を、どのような方法で収集しましたか (複数回答可)	1	介護支援専門員から得た利用者基本情報（フェイスシート）
	2	福祉用具専門相談員による目視・動作確認
	3	利用者・家族からの聞き取り
	4	介護支援専門員からの聞き取り
	5	他介護サービス事業者からの聞き取り
	6	医師からの聞き取り
	7	リハビリテーション専門職からの聞き取り
	8	その他 ( <input style="width: 150px;" type="text"/> )
② 利用者の疾患の状態や障害の程度に関する情報を、どのような方法で収集しましたか (複数回答可)	1	介護支援専門員から得た利用者基本情報（フェイスシート）
	2	福祉用具専門相談員による目視・動作確認
	3	利用者・家族からの聞き取り
	4	介護支援専門員からの聞き取り
	5	他介護サービス事業者からの聞き取り
	6	医師からの聞き取り
	7	リハビリテーション専門職からの聞き取り
	8	その他 ( <input style="width: 150px;" type="text"/> )
③ 心身機能や活動の状況、利用者の有する能力や能力向上の可能性などに関する情報を、どのような方法で収集しましたか (複数回答可)	1	介護支援専門員から得た利用者基本情報（フェイスシート）
	2	福祉用具専門相談員による目視・動作確認
	3	利用者・家族からの聞き取り
	4	介護支援専門員からの聞き取り
	5	他介護サービス事業者からの聞き取り
	6	医師からの聞き取り
	7	リハビリテーション専門職からの聞き取り
	8	その他 ( <input style="width: 150px;" type="text"/> )

④ 家庭内での役割、趣味活動、地域社会での活動など、生きがいにつながる活動に関する情報を、どのような方法で収集しましたか (複数回答可)		1 介護支援専門員から得た利用者基本情報 (フェイスシート)			
		2 福祉用具専門相談員による目視・動作確認			
		3 利用者・家族からの聞き取り			
		4 介護支援専門員からの聞き取り			
		5 他介護サービス事業者からの聞き取り			
		6 医師からの聞き取り			
		7 リハビリテーション専門職からの聞き取り			
		8 その他 ( )			
⑤ 生活上の怪我、転倒等のリスクへの対応の検討において連携した職種について教えてください					
a 検討にあたって連携した職種(利用者・家族を含む) (複数回答可)		1 利用者・家族	2 介護支援専門員		
		3 他介護サービス事業者	4 医師		
		5 リハビリテーション専門職			
		6 その他 ( )			
	b 検討結果を共有した職種(利用者・家族を含む) (複数回答可)		1 利用者・家族	2 介護支援専門員	
			3 他介護サービス事業者	4 医師	
		5 リハビリテーション専門職			
		6 その他 ( )			
⑥ 補装具費支給制度、日常生活用具給付制度等の福祉用具・住宅改修に係る社会資源の活用を検討にあたって連携した職種(利用者・家族を含む) (複数回答可)			1 利用者・家族		
			2 介護支援専門員		
		3 他介護サービス事業者			
		4 医師			
		5 リハビリテーション専門職			
		6 その他 ( )			
(4) 目標を達成するまでの想定期間 (複数回答可)					
※選択した種目それぞれについて、種類 (一部種目のみ)、利用目標、想定する貸与期間を記入してください。					
※想定する貸与期間 (目標を達成するまでの想定期間) は、1年以上の場合も月単位でご回答ください (例: 1年→12カ月)。					
	1 車いす (付属品含む)		2 特殊寝台 (付属品含む)		
利用目標			利用目標		
目標を達成するまでの想定期間	( )	か月	目標を達成するまでの想定期間	( )	か月
	3 手すり		4 スロープ		
種類		1 玄関上がりかまち ( ) 個	種類		1 携帯用 (折りたたみ式等)
		2 寝室・居室・廊下 ( ) 個			2 固定用 (据え置き型等)
		3 トイレ ( ) 個			
		4 屋外 ( ) 個			
利用目標			利用目標		
目標を達成するまでの想定期間	( )	か月	目標を達成するまでの想定期間	( )	か月
	5 歩行器		6 歩行補助つえ		
種類		1 キャスターなし	種類		1 多点杖
		2 歩行車タイプ、2つ以上の車輪・キャスター付き			2 多点杖以外
利用目標			利用目標		
目標を達成するまでの想定期間	( )	か月	目標を達成するまでの想定期間	( )	か月

7 その他① ( )		8 その他② ( )		
利用目標		利用目標		
目標を達成するまでの想定期間 ( ) か月		目標を達成するまでの想定期間 ( ) か月		
(5) 目標を達成するまでの想定期間の根拠 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1 福祉用具専門相談員としての見立て		
	<input type="checkbox"/>	2 利用者・家族による意向		
	<input type="checkbox"/>	3 介護支援専門員からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	4 他介護サービス事業者からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	5 医師からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	6 リハビリテーション専門職からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	7 介護予防ケアプランの支援計画期間に準拠		
	<input type="checkbox"/>	8 その他 ( )		
(6) 目標を達成するまでの期間を想定するにあたって確認した事項 (複数回答可) ※(5)で「1 福祉用具専門相談員としての見立て」を選択した場合のみ回答	<input type="checkbox"/>	1 利用者・家族の意欲・意向	<input type="checkbox"/>	2 身体状況・ADL
	<input type="checkbox"/>	3 疾病・疾患	<input type="checkbox"/>	4 介護環境
	<input type="checkbox"/>	5 住環境	<input type="checkbox"/>	6 転倒・転落の経験
	<input type="checkbox"/>	7 活動・参加の状況(外出の頻度や目的等)		
	<input type="checkbox"/>	8 その他 ( )		
	(7) 目標を達成するまでの期間を想定するにあたって、他職種から受けた助言や情報共有の内容 ※(5)で3～6を選択した場合のみ回答			
	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>			
	(8) モニタリング想定時期		令和 ( ) 年 ( ) 月	
※利用者の状態等を踏まえ、モニタリングの実施が必要であると想定される時期を記入してください。なお、本設問で想定した時期に関わらず、本調査においては3か月以内にモニタリングを実施してください。				
(9) モニタリング想定時期の根拠 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1 福祉用具専門相談員としての見立て		
	<input type="checkbox"/>	2 利用者・家族による意向		
	<input type="checkbox"/>	3 介護支援専門員からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	4 他介護サービス事業者からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	5 医師からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	6 リハビリテーション専門職からの助言・情報共有		
	<input type="checkbox"/>	7 目標を達成するまでの想定期間に準拠		
	<input type="checkbox"/>	8 事業所としての基本的な方針		
	<input type="checkbox"/>	9 その他 ( )		
(10) モニタリング時期を想定するにあたって確認した事項(複数回答可) ※(9)で「1 福祉用具専門相談員としての見立て」を選択した場合のみ回答	<input type="checkbox"/>	1 利用者・家族の意欲・意向	<input type="checkbox"/>	2 身体状況・ADL
	<input type="checkbox"/>	3 疾病・疾患	<input type="checkbox"/>	4 介護環境
	<input type="checkbox"/>	5 住環境	<input type="checkbox"/>	6 転倒・転落の経験
	<input type="checkbox"/>	7 活動・参加の状況(外出の頻度や目的等)		
	<input type="checkbox"/>	8 その他 ( )		
	(11) モニタリング時期を想定するにあたって、他職種から受けた助言や情報共有の内容 ※(9)で3～6を選択した場合のみ回答			
	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>			



(12) (8)で設定したモニタリング想定時期に想定される利用者の状況

※貸与開始時からの心身機能やIADL等の変化について、福祉用具専門相談員としての見立てをご回答ください。

(13) 次回モニタリングでの確認事項  
(複数回答可)

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
|  | 1 福祉用具の利用状況の確認 (場所・頻度・使用方法・安全性等) |
|  | 2 利用者の状態像の変化の確認                  |
|  | 3 利用者・家族の意欲・意向の変化の確認             |
|  | 4 介護環境・住環境等の変化の確認                |
|  | 5 その他 ( )                        |

A票へのご回答は以上です。貸与開始から3か月(令和5年12月)以内にはモニタリングを実施し、以下に基づいて、【B票】、【C票】のいずれか一方にご回答ください。モニタリングを実施することなく3か月以内に回収となった場合は、【D票】にご回答ください。

【B票】：A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期が3か月以内で、想定した通りの時期にモニタリングを実施した場合にご回答ください。

【C票】：以下のいずれかに該当する場合にご回答ください。

①A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期が3か月以内で、想定した時期よりも早くモニタリングを実施した場合

②A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期が3か月以上で、モニタリングを3か月以内に実施した場合(利用者の状態変化等により3か月以内での実施が必要となった場合以外に、本調査への協力のために3か月後にモニタリングを実施した場合も含まれます)

【D票】：モニタリングを実施することなく、3か月以内に回収となった場合にご回答ください。



(5) 生活範囲						
① 自宅の寝室以外の部屋に行く頻度	1	週1回未満	2	週1～3回		
	3	週4～6回	4	毎日		
② 屋外に出る頻度（玄関外、ベランダ、中庭、（マンションの）廊下、車庫、庭または敷地内の通路など）	1	週1回未満	2	週1～3回		
	3	週4～6回	4	毎日		
③ 自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣の場所への外出頻度	1	週1回未満	2	週1～3回		
	3	週4～6回	4	毎日		
④ 町内の近隣よりも離れた場所への外出頻度	1	週1回未満	2	週1～3回		
	3	週4～6回	4	毎日		
⑤ 町外への外出頻度	1	週1回未満	2	週1～3回		
	3	週4～6回	4	毎日		
(6) 障害高齢者の日常生活自立度	1	自立	2	J1	3	J2
	4	A1	5	A2	6	B1
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1	自立	2	I	3	II a
	4	II b	5	III a	6	III b
(8) 居住環境等	① 世帯構成	1	独居	2	夫婦のみ世帯	
		3	上記2以外で高齢者のみの世帯	4	その他	
② 介護環境	1	本人を支援する家族が身近にいる（同居を含む）				
	2	本人を支援する家族が身近にいない				
(9) 他介護予防サービスの利用状況 (複数回答可)	1	特になし				
	2	介護予防訪問入浴介護				
	3	介護予防訪問看護				
	4	介護予防訪問リハビリテーション				
	5	介護予防居宅療養管理指導				
	6	介護予防通所リハビリテーション				
	7	介護予防短期入所生活介護				
	8	介護予防短期入所療養介護				
	9	介護予防認知症対応型通所介護				
	10	介護予防小規模多機能型居宅介護				
(10) 特定介護予防福祉用具販売の利用状況 (複数回答可)	1	特になし				
	2	腰掛便座				
	3	自動排泄処理装置の交換可能部品				
	4	排泄予測支援機器				
	5	入浴補助用具				
	6	簡易浴槽				
	7	移動用リフトのつり具の部分				
(11) 介護予防住宅改修の実施状況 (複数回答可)	1	特になし				
	2	手すりの取付け				
	3	段差の解消				
	4	滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更				
	5	引き戸等への扉の取替え				
	6	洋式便器等への便器の取替え				

## 問2 モニタリング実施時の状況等について

### (1) モニタリングでの実施内容

① 福祉用具の利用状況の確認 (場所・頻度・使用方法・安全性等) (複数回答可)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( <input type="text"/> )
② 利用者の状態像の変化の確認 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( <input type="text"/> )
③ 利用者・家族の意欲・意向の変化の確認 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( <input type="text"/> )
④ 介護環境・住環境等の変化の確認 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( <input type="text"/> )

(2) モニタリング時に確認した利用者の状況は、貸与開始時にA票の問3(12)で想定した通りでしたか(複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1 想定通りであった 2 想定通りではなかった
---	--------------------------	----------------------------

(3) 想定とは異なっていた点を教えてください ※(2)で「2 想定通りではなかった」を選択した場合のみ回答

(4) 想定通りにならなかった理由として考えられる点を教えてください（複数回答可）	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 貸与開始時の利用者・家族からのニーズ把握が不足していた</li> <li>2 貸与開始時の他職種からの情報収集が不足していた</li> <li>3 納品後の利用者への状況確認が不足していた</li> <li>4 納品後の他職種との連携が不足していた</li> <li>5 福祉用具専門相談員自身の知識が不足していた</li> <li>6 その他（ <input style="width: 150px;" type="text"/> ）</li> </ul>
(5) モニタリング結果を踏まえ、どのような判断をしましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 貸与継続</li> <li>2 種目・商品の追加を検討</li> <li>3 種目・商品の変更を検討</li> <li>4 貸与終了を検討</li> </ul>
① 貸与継続と判断した理由（複数回答可） ※(2)で「1 貸与継続」と回答した場合のみ	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 ADLの維持・向上ができていないため</li> <li>2 状態の変動があるため</li> <li>3 生活範囲の維持・拡大ができていないため</li> <li>4 住環境全般に変化がないため</li> <li>5 適合しており、利用者が継続を希望したため</li> <li>6 主たる介護者の変更がないため</li> <li>7 介護負担軽減に寄与しているため</li> <li>8 適合しており、介護者が継続を希望したため</li> <li>9 その他（ <input style="width: 150px;" type="text"/> ）</li> </ul>
② 追加・変更・終了を検討した理由（複数回答可） ※(2)で2～4と回答した場合のみ	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 利用者の状態像が改善したため</li> <li>2 利用者の状態像が悪化したため</li> <li>3 住環境が変化したため</li> <li>4 介護環境が変化したため（例：主たる介護者の変更 等）</li> <li>5 他サービスの利用状況が変化したため</li> <li>6 貸与したが利用しなかったため</li> <li>7 介護者の負担が大きかったため</li> <li>8 利用者が変更を希望したため</li> <li>9 介護者が変更を希望したため</li> <li>10 福祉用具貸与事業所において商品の取扱いが終了したため</li> <li>11 後継の商品が発売されたため</li> <li>12 事故・ヒヤリハットが発生したため</li> <li>13 利用者が入院・入所・死亡したため</li> <li>14 その他（ <input style="width: 150px;" type="text"/> ）</li> </ul>
(6) 貸与開始からモニタリング実施までの事故、ヒヤリ・ハットの発生状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有り <input type="checkbox"/> 2 無し
※(6)で「1 有り」と回答した場合のみ、以下の①～④にご回答ください。	
① 把握方法（複数回答可）	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 モニタリング時の福祉用具専門相談員による聞き取り</li> <li>2 モニタリング時以外での福祉用具専門相談員による聞き取り</li> <li>3 利用者本人からの連絡</li> <li>4 介護支援専門員からの連絡</li> <li>5 家族等の介護者からの連絡</li> <li>6 他介護サービス事業所からの連絡</li> <li>7 その他（ <input style="width: 150px;" type="text"/> ）</li> </ul>
② 発生時期	令和 5 年（ <input style="width: 50px;" type="text"/> ） 月

③ 発生した原因 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1 事前のリスク把握が不足していた	
	<input type="checkbox"/>	2 身体状況の変化を把握しきれていなかった	
	<input type="checkbox"/>	3 利用者・家族等に操作方法が正しく認識いただけていなかった	
	<input type="checkbox"/>	4 想定外の場所で使用されていた	
	<input type="checkbox"/>	5 想定外の使用方法で使われていた	
	<input type="checkbox"/>	6 貸与品に不具合があった	
	<input type="checkbox"/>	7 その他 ( <input type="text"/> )	
④ 発生時の対応 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1 用具の使用中止の提案	<input type="checkbox"/> 2 用具の変更の提案
	<input type="checkbox"/>	3 使用方法の再指導	<input type="checkbox"/> 4 注意喚起
	<input type="checkbox"/>	5 特になし	
	<input type="checkbox"/>	6 その他 ( <input type="text"/> )	
	<input type="checkbox"/>		

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

以下のURLより調査専用ホームページにアクセスし、本調査票をアップロードしてください。

お使いのパソコンにカメラが搭載されている場合は、右のQRコードを読み込み、表示されたURLをクリックすることでも、アクセスいただくことが可能です。

※調査専用ホームページへのアクセスには、ログイン用ID/パスワードが必要です。調査依頼時に事務局からお送りしている「インターネットによるアンケート調査へのご回答のお願い」をご参照ください。

【C票】

※以下のいずれかに該当する場合にご回答ください。

①A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期が3か月以内で、想定した時期よりも早くモニタリングを実施した場合

②A票の間3(8)で設定したモニタリング想定時期が3か月以上で、モニタリングを3か月以内に実施した場合  
(利用者の状態変化等により3か月以内での実施が必要となった場合以外に、本調査への協力のために3か月後にモニタリングを実施した場合も含む)

問1 モニタリング実施時の利用者の基本情報

(1) 年齢	(      ) 歳	
(2) 要介護度	1 要支援1	2 要支援2
(3) 主な疾病・疾患 (複数回答可)	1 脳血管疾患(脳卒中)	2 心疾患(心臓病)
	3 呼吸器疾患	4 関節疾患・関節リウマチ
	5 がん	6 認知症
	7 パーキンソン病	8 糖尿病
	9 視覚・聴覚障害	10 骨折・転倒
	11 脊椎損傷	12 加齢による(フレイル等)
	13 その他 (      )	
(4) ADL		
① 寝返り	1 つかまらないでできる 3 一部介助	2 何かにつかまればできる 4 できない
② 起き上がり	1 つかまらないでできる 3 一部介助	2 何かにつかまればできる 4 できない
③ 立ち上がり	1 つかまらないでできる 3 一部介助	2 何かにつかまればできる 4 できない
④ 移乗	1 自立(介助なし) 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助
⑤ 座位	1 できる 3 支えてもらえればできる	2 自分の手で支えればできる 4 できない
⑥ 屋内歩行	1 つかまらないでできる 3 一部介助	2 何かにつかまればできる 4 できない
⑦ 屋外歩行	1 つかまらないでできる 3 一部介助	2 何かにつかまればできる 4 できない
⑧ 移動	1 自立(介助なし) 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助
⑨ 排泄	1 自立(介助なし) 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助
⑩ 入浴	1 自立(介助なし) 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助
⑪ 食事	1 自立(介助なし) 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助
⑫ 更衣	1 自立(介助なし) 3 一部介助	2 見守り等 4 全介助
⑬ 意思の伝達	1 意思を他者に伝達できる 3 ほとんど伝達できない	2 ときどき伝達できる 4 伝達できない

⑭ 視覚	1 見える	2 目の前のものであれば見える			
	3 ほとんど見えない	4 見えない			
⑮ 聴覚	1 聞こえる	2 大きな声で話せば聞こえる			
	3 ほとんど聞こえない	4 聞こえない			
(5) 生活範囲					
① 自宅の寝室以外の部屋に行く頻度	1 週1回未満	2 週1～3回			
	3 週4～6回	4 毎日			
② 屋外に出る頻度（玄関外、ベランダ、中庭、（マンションの）廊下、車庫、庭または敷地内の通路など）	1 週1回未満	2 週1～3回			
	3 週4～6回	4 毎日			
③ 自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣の場所への外出頻度	1 週1回未満	2 週1～3回			
	3 週4～6回	4 毎日			
④ 町内の近隣よりも離れた場所への外出頻度	1 週1回未満	2 週1～3回			
	3 週4～6回	4 毎日			
⑤ 町外への外出頻度	1 週1回未満	2 週1～3回			
	3 週4～6回	4 毎日			
(6) 障害高齢者の日常生活自立度	1 自立	2 J1	3 J2	4 A1	5 A2
	6 B1	7 B2	8 C1	9 C2	10 不明
(7) 認知症高齢者の日常生活自立度	1 自立	2 I	3 II a	4 II b	5 III a
	6 III b	7 IV	8 M	9 不明	
(8) 居住環境等					
① 世帯構成	1 独居	2 夫婦のみ世帯			
	3 上記2以外で高齢者のみの世帯	4 その他			
② 介護環境	1 本人を支援する家族が身近にいる（同居を含む）				
	2 本人を支援する家族が身近にいない				
(9) 他介護予防サービスの利用状況 （複数回答可）	1 特になし				
	2 介護予防訪問入浴介護				
	3 介護予防訪問看護				
	4 介護予防訪問リハビリテーション				
	5 介護予防居宅療養管理指導				
	6 介護予防通所リハビリテーション				
	7 介護予防短期入所生活介護				
	8 介護予防短期入所療養介護				
	9 介護予防認知症対応型通所介護				
	10 介護予防小規模多機能型居宅介護				
(10) 特定介護予防福祉用具販売の利用状況 （複数回答可）	1 特になし				
	2 腰掛便座				
	3 自動排泄処理装置の交換可能部品				
	4 排泄予測支援機器				
	5 入浴補助用具				
	6 簡易浴槽				
	7 移動用リフトのつり具の部分				
(11) 介護予防住宅改修の実施状況 （複数回答可）	1 特になし				
	2 手すりの取付け				
	3 段差の解消				
	4 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更				
	5 引き戸等への扉の取替え				
	6 洋式便器等への便器の取替え				



## 問2 モニタリング実施時の状況等について

(1) A票の間3(8)で想定した期間よりも早くモニタリングを実施した理由 (複数回答可)		1 利用者・家族から相談・依頼があったため 2 介護支援専門員から相談・依頼があったため 3 利用者の状態像を踏まえ必要と判断したため 4 本調査への協力の都合上、3か月時点での実施が必要であったため 5 その他 ( )
(2) モニタリングでの実施内容		
① 福祉用具の利用状況の確認 (場所・頻度・使用方法・安全性等) (複数回答可)		1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( )
② 利用者の状態像の変化の確認 (複数回答可)		1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( )
③ 利用者・家族の意欲・意向の変化の確認 (複数回答可)		1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( )
④ 介護環境・住環境等の変化の確認 (複数回答可)		1 福祉用具専門相談員による目視・動作確認 2 利用者・家族からの聞き取り 3 介護支援専門員からの聞き取り 4 他介護サービス事業者からの聞き取り 5 医師からの聞き取り 6 リハビリテーション専門職からの聞き取り 7 その他 ( )

(3) モニタリング時に確認した利用者の状況は、貸与開始時にA票の間3(12)で想定した通りでしたか（複数回答可）			1 想定通りであった
			2 想定通りではなかった
※本調査への協力の都合上、3か月時点でモニタリングを実施した場合は、A票の間3(12)で回答したモニタリング想定時期に想定している状況と比べて、3か月時点の状況が今のところ想定通りであったかどうかをご回答ください。			
(4) 想定とは異なっていた点を教えてください ※(2)で「2 想定通りではなかった」を選択した場合のみ回答			
(5) 想定通りにならなかった理由として考えられる点を教えてください（複数回答可）	1	貸与開始時の利用者・家族からのニーズ把握が不足していた	
	2	貸与開始時の他職種からの情報収集が不足していた	
	3	納品後の利用者への状況確認が不足していた	
	4	納品後の他職種との連携が不足していた	
	5	福祉用具専門相談員自身の知識が不足していた	
	6	その他（ <input type="text"/> ）	
(6) モニタリング結果を踏まえ、どのような判断をしましたか	1	貸与継続	2 種目・商品の追加を検討
	3	種目・商品の変更を検討	4 貸与終了を検討
① 貸与継続と判断した理由（複数回答可） ※(6)で「1 貸与継続」と回答した場合のみ	1	ADLの維持・向上ができていないため	
	2	状態の変動があるため	
	3	生活範囲の維持・拡大ができていないため	
	4	住環境全般に変化がないため	
	5	適合しており、利用者が継続を希望したため	
	6	主たる介護者の変更がないため	
	7	介護負担軽減に寄与しているため	
	8	適合しており、介護者が継続を希望したため	
	9	その他（ <input type="text"/> ）	
② 追加・変更・終了を検討した理由（複数回答可） ※(6)で2～4と回答した場合のみ	1	利用者の状態像が改善したため	
	2	利用者の状態像が悪化したため	
	3	住環境が変化したため	
	4	介護環境が変化したため（例：主たる介護者の変更 等）	
	5	他サービスの利用状況が変化したため	
	6	貸与したが利用しなかったため	
	7	介護者の負担が大きかったため	
	8	利用者が変更を希望したため	
	9	介護者が変更を希望したため	
	10	福祉用具貸与事業所において商品の取扱いが終了したため	
	11	後継の商品が発売されたため	
	12	事故・ヒヤリハットが発生したため	
	13	利用者が入院・入所・死亡したため	
	14	その他（ <input type="text"/> ）	

(7) 貸与開始からモニタリング実施までの事故、ヒヤリ・ハットの発生状況		1 有り	2 無し
※(7)で「1 有り」と回答した場合のみ、以下の①～④にご回答ください。			
① 把握方法 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1	モニタリング時の福祉用具専門相談員による聞き取り
	<input type="checkbox"/>	2	モニタリング時以外での福祉用具専門相談員による聞き取り
	<input type="checkbox"/>	3	利用者本人からの連絡
	<input type="checkbox"/>	4	介護支援専門員からの連絡
	<input type="checkbox"/>	5	家族等の介護者からの連絡
	<input type="checkbox"/>	6	他介護サービス事業所からの連絡
	<input type="checkbox"/>	7	その他 ( <input type="text"/> )
② 発生時期	令和 5 年 ( <input type="text"/> ) 月		
③ 発生した原因 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1	事前のリスク把握が不足していた
	<input type="checkbox"/>	2	身体状況の変化を把握しきれていなかった
	<input type="checkbox"/>	3	利用者・家族等に操作方法が正しく認識いただけていなかった
	<input type="checkbox"/>	4	想定外の場所で使用されていた
	<input type="checkbox"/>	5	想定外の使用方法で使われていた
	<input type="checkbox"/>	6	貸与品に不具合があった
	<input type="checkbox"/>	7	その他 ( <input type="text"/> )
④ 発生時の対応 (複数回答可)	<input type="checkbox"/>	1	用具の使用中止の提案
	<input type="checkbox"/>	2	用具の変更の提案
	<input type="checkbox"/>	3	使用方法の再指導
	<input type="checkbox"/>	4	注意喚起
	<input type="checkbox"/>	5	特になし
	<input type="checkbox"/>	6	その他 ( <input type="text"/> )

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

以下のURLより調査専用ホームページにアクセスし、本調査票をアップロードしてください。

お使いのパソコンにカメラが搭載されている場合は、右のQRコードを読み込み、表示された

URLをクリックすることでも、アクセスいただくことが可能です。

※調査専用ホームページへのアクセスには、ログイン用ID/パスワードが必要です。調査依頼時に事務局からお送りしている「インターネットによるアンケート調査へのご回答のお願い」をご参照ください。

【D票】

※モニタリングを実施せずに3か月以内に回収となった場合にご回答ください。

問1 回収となった理由

(1) 回収となった理由 (複数回答可)	1	利用者が医療機関に入院したため
	2	利用者がサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームに入居したため
	3	利用者が介護老人保健施設や介護老人福祉施設に入所したため
	4	利用者の身体状況が悪化したため
	5	利用者の身体状況が改善したため
	6	利用者が転居（親族宅等）したため
	7	介助者介護への切り替えのため
	8	住宅改修・リフォームへの切り替えのため
	9	自立判定により保険適用外となったため
	10	利用者が使用しなくなったため
	11	利用者が死亡したため
	12	購入品への切り替えのため
	13	他社への入れ替えのため
	14	経済的理由のため
	15	その他（ <input type="text"/> ）

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

以下のURLより調査専用ホームページにアクセスし、本調査票をアップロードしてください。

お使いのパソコンにカメラが搭載されている場合は、右のQRコードを読み込み、表示されたURLをクリックすることでも、アクセスいただくことが可能です。

※調査専用ホームページへのアクセスには、ログイン用ID/パスワードが必要です。調査依頼時に事務局からお送りしている「インターネットによるアンケート調査へのご回答のお願い」をご参照ください。

## 5.3 多職種連携による支援の事例収集 市区町村票

<b>令和5年度老人保健健康増進等事業</b> <b>「在宅高齢者の多様な状態を踏まえた福祉用具貸与事業者の支援のあり方に関する調査モデル研究事業」</b>  <b>市区町村票</b>							
<b>■ 調査の背景と目的</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>本調査研究事業では、在宅高齢者の多様な状態を踏まえた福祉用具貸与事業者の支援のあり方を検討するため、福祉用具貸与事業所向け調査、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者への多職種連携による支援の事例調査及びモデル的試行を行い報告書にまとめることを目的に実施しています。</li> <li>この調査票では、介護予防・日常生活支援総合事業の利用者のうち、福祉用具（介護保険上の給付対象外の種類を含む）を利用している者に対して、福祉用具貸与事業所の福祉用具専門相談員等を含む多職種連携による支援の事例について収集することを目的としています。</li> </ul>							
<b>■ 調査に関するお問い合わせ先</b>							
<b>一般社団法人日本福祉用具供給協会 事務局</b> TEL : 03-6721-5222 / FAX : 03-3434-3414 〒105-0013 東京都港区浜松町2-7-15 三電舎ビル4階							
<b>■ 回答方法</b>							
・設問は、下記の通りご回答ください。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">(選択)</td> <td>⇒プルダウンメニューから1つ選んでください</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⇒文字等を入力してください</td> </tr> </table>				(選択)	⇒プルダウンメニューから1つ選んでください		⇒文字等を入力してください
(選択)	⇒プルダウンメニューから1つ選んでください						
	⇒文字等を入力してください						
<b>1. 基本情報</b>							
(1) 都道府県名	(選択)	(2) 市区町村名					
(3) ご回答部署		(4) 電話番号					
(5) ご回答者名		(6) メールアドレス					
※後日、ヒアリング調査のご連絡をさせていただく場合がございます。							
<b>2. 介護予防・日常生活支援総合事業の利用者への支援事例</b>							
以下に該当する事例の有無を教えてください。また、事例がある場合には、その支援事例(概要)も教えてください。							
介護予防・日常生活支援総合事業の利用者（要支援1～2以外の者を含む）のうち、福祉用具（介護保険上の給付対象外の種類を含む）利用者に対し、ケアマネジャー（地域包括支援センター）、福祉用具専門相談員及びリハ職等の多職種連携による福祉用具の必要性のアセスメント、用具の正しい情報の伝達等の支援の事例							
(1) 事例の有無	(選択)	1. 有      2. 無					
(2) 支援事例の概要	(1)で「1. 有」を選択した場合のみ、事例の概要についても教えてください。						
以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。 本調査票はExcelのまま以下まで返送をお願いいたします。							
返送先ML		<a href="mailto:r5-rouken@fukushivogu.or.jp">r5-rouken@fukushivogu.or.jp</a>					