

福祉用具貸与サービス ご利用者様へ

平成29年度老人保健健康増進等事業 福祉用具の利用に関する効果研究事業  
福祉用具の利用状況および生活機能の定点観測調査  
ご協力のおねがい

一般社団法人日本福祉用具供給協会

この度、厚生労働省の補助を受け、「福祉用具の利用状況および生活機能の定点観測調査」を実施いたします。つきましては、福祉用具を利用される皆様に、調査にご協力をお願いする次第です。

本事業は、介護保険制度の中で、車いすや歩行器、介護用ベッド、スロープなどといった、福祉用具を貸与するサービスの有効性を検証する上で重要なものです。この調査の結果は、報告書としてホームページなどを通じて公開するとともに、今後の介護政策を審議するための資料として、厚生労働省などの会議で活用される予定です。

本調査にご協力いただきたく、その内容をご案内いたします。

記

1. 事業の目的

- ・ 福祉用具貸与サービスの利用効果を把握すること。

2. 調査の対象

- ・ 全国の福祉用具貸与サービスの利用者 約8,000人  
(福祉用具貸与事業所を通じて、調査の依頼をしています)

3. 調査の期間

- ・ 平成29年9月1日～平成30年2月28日

4. 調査の方法

- ・ 担当の福祉用具専門相談員が毎月お宅を訪問し、聞き取りによる調査を行います。
- ・ 調査は、9月から翌年1月までの毎月1回、計5回行います。
- ・ 調査には1回15～30分ほどお時間を頂戴します。

[問い合わせ先]

一般社団法人 日本福祉用具供給協会 担当：淡路・伊藤  
〒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  
Email : jimukyoku@fukushiyogu.or.jp

平成 29 年度福祉用具の利用に関する効果研究事業  
福祉用具の利用状況および生活機能の定点観測調査 調査の概要

## 1. 調査の目的

この調査では、福祉用具（車いすや杖、手すり、スロープ、介護用ベッドなどの器具）を利用することによる効果を把握することを目的としています。具体的には、日常生活を送るために必要な身体機能をどのくらい維持できるのか、どのくらい向上するのか、どのくらい悪化を予防することができるのか、を把握することです。また、介護者の負担がどのくらい軽減するか、を把握することも目的としています。

介護保険を用いて福祉用具をレンタルできる制度のあり方（制度をどう改善すべきか）を検討する上で、重要な調査となります。

## 2. 調査の内容

(1) 調査の対象：下記のいずれかの条件に該当する方

- ① 平成 29 年 9 月 1 日から 30 日の間に福祉用具貸与サービスを利用開始される方
- ② 平成 29 年 3 月 1 日から 31 日の間に福祉用具貸与サービスの利用を開始され、9 月以降も継続的に利用される方

(2) 調査対象人数

**全国の福祉用具貸与サービスの利用者の方 約 8,000 人**

全国 1,000 箇所の福祉用具貸与事業所に参加を依頼しております。

(3) 調査期間

平成 29 年 9 月 1 日～平成 30 年 2 月 28 日までの 6 か月

（ほとんどの方は、1 月中にすべての調査が終了しますが、1 月中に訪問のご都合がつかなかった方など、2 月に最後の調査を行う場合があるため、調査期間は 2 月末までとしています）

(4) 調査方法

利用者様を担当する福祉用具専門相談員が、9 月から翌年 1 月まで、毎月 1 回（合計 5 回）利用者様のお宅へ訪問して、ご利用者様および介護者の方に、身体状況や福祉用具の利用状況等を伺い、調査票へ記入します。1 回の調査には 15～30 分程度かかります。

訪問の日時は、あらかじめ、ご利用者様、介護者様と調整の上で、決めさせていただきます。

調査のために訪問した際に、レンタル中の福祉用具が利用者様の身体状況や利用目標に合っていないと判断された場合には、福祉用具の交換を行うこ

とがあります。交換に伴い、サービス利用金額が変更になる可能性がございます。

本調査への参加の同意は、取り消すことが可能です。可能な限り最後までご参加いただきたいですが、調査の継続が難しい場合には、福祉用具専門相談員へご連絡ください。

### 3. 調査の実施体制

実施主体 一般社団法人日本福祉用具供給協会

### 4. 調査にご協力いただく場合の配慮

この調査実施にあたりましては、ご利用者様及びご家族の方や介護者様等の個人が特定できる情報がそのまま公表されることは一切ありません。

また、調査により知り得た情報は、調査目的にのみ使用します。

調査の作業過程で個人情報の遺漏なきよう厳重に管理致します。

### 5. 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 担当：淡路・伊藤

〒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

Email : jimukyoku@fukushiyogu.or.jp

誠に恐縮ではございますが、本事業の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

平成 29 年度福祉用具の利用に関する効果研究事業  
 福祉用具の利用状況および生活機能の定点観測調査 調査の概要  
 - 個人情報のお取り扱いについて -

本調査は、平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進当事業の補助を受けて、一般社団法人日本福祉用具供給協会が実施するものです。福祉用具（車いすや杖、手すり、スロープ、介護用ベッドなどの器具）の貸与（レンタル）事業所の担当者を通じて、ご利用者様の状態の変化や、生活における行動の変化などを把握させていただき調査です。

調査で得られる個人情報のお取り扱いについては、下記のとおり適切に管理いたします。調査にご同意いただけます際は、様式 4「福祉用具の利用に関する効果研究事業 協力同意書」にご署名の上、担当する福祉用具専門相談員へご提出くださいますようお願いいたします。

1. 個人情報の取扱いに関する当協会の基本姿勢	調査で得られる個人情報は、当協会が定める「個人情報保護方針」に則り、適切な保護措置を講じ、厳重に管理いたします。
2. 調査で得られる個人情報の利用目的	<p>調査で得られる個人情報は以下の目的のために利用させていただきます。下記以外の目的で個人情報を利用する場合は、改めて目的をお知らせし、同意を得るものといたします。</p> <p>① 福祉用具の利用開始から5か月間、福祉用具専門相談員による経過観察により、福祉用具利用の状況、生活動作の変化、生活意識の変化などについて5回にわたって把握します。</p> <p>② 期間中に、入院・入所等が生じた場合は、入院・入所中の記録に基づき、上記の状況について把握します。</p>
<p>3. 調査で得られる個人情報の提供</p> <p>提供：福祉用具貸与事業所が保有する個人情報を日本福祉用具供給協会以外の者が利用できるようにするこ</p>	調査で得られる個人情報については、 <u>本調査の目的以外で他へ提供することはありません。</u>

とをいう。(委託を除く)	
<p>4. 調査で得られる個人情報の委託</p> <p>委託：調査実施主体が利用目的達成に必要な範囲内において、個人情報の取扱いの全部又は一部を自社以外の者に預けることをいう。</p>	<p>調査結果の分析作業は、一般社団法人日本福祉用具供給協会及び委託先であるエム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社が実施します。</p>
<p>5. 調査で得られる個人情報の利用終了後の措置（個人情報の保管期間）</p>	<p>調査で得られる個人情報は、一般社団法人日本福祉用具供給協会が責任をもって平成30年3月末日まで厳重に保管・管理いたします。</p> <p>上記の保管期間経過後は、一般社団法人日本福祉用具供給協会が責任を持って廃棄いたします。</p>
<p>6. 個人情報に関するご連絡先</p>	<p>①個人情報保護管理者：  一般社団法人日本福祉用具供給協会 担当：本村  〒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</p> <p>③ 苦情・相談窓口：  一般社団法人日本福祉用具供給協会 担当：淡路  〒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  Email：jimukyoku@fukushiyogu.or.jp</p>

平成 29 年度福祉用具の利用に関する効果研究事業  
福祉用具の利用状況および生活機能の定点観測調査  
協力同意書

福祉用具貸与事業所名 ( )  
管理者 \_\_\_\_\_ 殿

私は、様式 2「福祉用具の利用状況および生活機能の定点観測調査の概要」、様式 3「個人情報のお取り扱いについて」の説明を受け、趣旨、内容を理解しましたので、以下の点に協力することに同意します。

## 記

事業名称	平成 29 年度福祉用具の利用に関する効果研究事業
調査名	福祉用具の利用状況および生活機能の定点観測調査
調査期間	平成 29 年 9 月～平成 30 年 2 月末日までの間の 6 か月間

※期間の途中で福祉用具の利用を中止した場合は、その時点で調査を終了いたします。

平成 29 年 月 日

(利用者ご本人様)

\_\_\_\_\_  
印

(利用者ご家族様)

\_\_\_\_\_  
印

(利用者ご本人様、ご家族様のいずれかのご署名、捺印をお願いいたします)