

一部の福祉用具に係る貸与・販売の選択制の導入について

令和6年度より、利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与（レンタル）と販売の選択制が導入されました。

選択制の対象となる品目

◎固定用スロープ

主に敷居等の小さな段差解消に使用し頻繁に持ち運びしないものをいい、便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬式のみは除きます

◎歩行器（車輪・キャスターがついている歩行車は除きます）

脚部が全て杖先ゴム等の形状である固定式歩行器または交互式歩行器

◎補助歩行杖（松葉杖は除きます）

カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限りです。

貸与と販売の選択制に伴う判断体制・プロセス

選択制の対象福祉用具の提供にあたり、福祉用具専門員又は介護支援専門員は利用者に対し、以下の対応が必要です。

- ①貸与と販売のいずれかを利用者が選択できることの説明
- ②利用者の選択に当たって必要な情報の提供
- ③医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案

また、必要な情報提供を行ったことを、福祉用具販売計画書、福祉用具モニタリングシート、サービス担当者会議の要点、居宅介護支援経過に記録してください。

選択制福祉用具の購入の際、通常の申請書一式に併せて確認シートを提出していただきます。

上記のプロセス①～③に併せ、追記事項（右：確認シート下線箇所）も確認事項として利用者の方に説明してください。大和高田市では選択制福祉用具の購入にあたり、試用期間を設けていただくことをお願いしております。



お問合せ先
大和高田市役所介護保険課介護保険給付担当
0745-22-1101 内線（1621・1622）

大和高田市 選択制の対象福祉用具の購入申請における確認シート

令和7年2月

選択制の対象福祉用具の購入について、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、

被保険者氏名：_____様

【□本人・□家族_____・□その他（_____）】

に下記の対応をすべて行いました。

☐介護保険を利用した購入と貸与の選択はできるが、併用ができないことの説明

☐利用者の選択に当たって必要な情報の提供

☐購入選択の場合、著しい身体状況の変化等がない限り、原則同一品目の再購入・貸与ができないことの説明

☐医師や専門職の意見、利用者の心身状況等を踏まえた事案であること

☐選択制福祉用具の試用期間を設けたこと（_____年____月____日～_____年____月____日）

また、上記の対応について、下記の書類に記録しました。

☐特定福祉用具販売計画書

☐福祉用具モニタリングシート

☐サービス担当者会議の要点

☐居宅介護支援経過

☐その他（_____）

※必要に応じて記録の写しを求める場合があります。

□申請年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

□担当介護支援相談員 事業所名 _____
がいる場合（署名） 氏 名 _____

□福祉用具専門相談員 事業所名 _____
（署名） 氏 名 _____