

(3) 一部の福祉用具に係る貸与と
販売の選択制の導入に関する調査研究事業 (案)

1. 調査目的

令和 6 年度介護報酬改定では、利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能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、要介護度に関係無く給付が可能な福祉用具のうち、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い、一部の福祉用具（固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉づえを除く）及び多点杖）について貸与と販売の選択制を導入したところである。

これについて、「令和 6 年度介護報酬改定に関する審議報告」において今後の課題として、「福祉用具の安全利用の促進、サービスの質の向上及び給付の適正化の観点から、貸与と販売の選択制の導入やその他の見直しに係る効果・課題等について引き続き調査・検証を行い、その結果を踏まえ、必要な対応を検討していくべき」とされた。

そこで、本調査においては、令和 6 年 4 月の貸与と販売の選択制導入後の検証及び今後の検討のため、貸与と販売の選択制の対象となる一部の福祉用具に係る貸与・販売の請求実績や、福祉用具貸与・特定福祉用具販売事業所と福祉用具の導入に係る計画を作成する居宅介護支援事業所間の業務の連携の実態について基礎資料を得ることを目的とする。

2. 調査客体

(1) アンケート調査

- ① 福祉用具貸与事業所調査 ……悉皆調査とし、約 7,100 事業所
- ② 利用者状況調査 ……①の事業所の回答条件を満たす利用者最大 8 名について、それぞれの担当福祉用具相談専門員が回答
- ③ 居宅介護支援事業所調査 ……無作為抽出とし、6,000 事業所
- ④ 保険者市区町村調査 ……悉皆調査とし、1,574 団体

(2) ヒアリング調査 ……いずれも数件のヒアリング調査を予定

- ・ 福祉用具貸与事業所
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 保険者市区町村

(3) 介護保険総合 DB 分析

- ・ 介護保険総合データベースに登録されているデータ

3. 主な調査項目

調査客体① 基本情報、選択制の利用状況、選択制導入に伴う対応事項、購入を選択した際のサービス提供状況、福祉用具貸与サービスの提供状況、選択制に対する利用者の声

調査客体② 選択制の対象となる福祉用具の利用者の基本情報、選択制の対象となる福祉用具の利用者へのサービス提供状況、購入を選択した種目について、貸与を選択した種目について

調査客体③ 基本情報、職員体制、選択制の対象者の実態、選択制の導入に伴う対応事項、福祉用具専門相談員との連携の内容や連携方法、選択制に対する利用者の声

調査客体④ 基本情報、一部の福祉用具における貸与と販売の選択制の導入後の現状

☐ 「令和 6 年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の課題等の以下の項目に該当

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ・ 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関する実態把握

(3) 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入
に関する調査研究事業の調査検討組織 設置要綱 (案)

1. 設置目的

株式会社三菱総合研究所は「一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関する調査研究事業」の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり「一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関する調査研究事業」の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、東京科学大学保健衛生学研究科在宅・緩和ケア看護学教授 福井 小紀子 を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要と認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、株式会社三菱総合研究所が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

【調査検討組織 委員等】

委員長	福井 小紀子（東京科学大学保健衛生学研究科在宅・緩和ケア看護学 教授）
副委員長	近藤 和泉（東京都健康長寿医療センター リハビリテーション科部長）
委員	安藤 道人（立教大学経済学部 教授）
委員	伊藤 広成（一般社団法人日本福祉用具供給協会 事務局次長）
委員	久留 善武（一般社団法人シルバーサービス振興会 常務理事）
委員	五島 清国（公益財団法人テクノエイド協会 企画部長）
委員	高田 陽介（武蔵野市健康福祉部高齢者支援課介護保険係 係長）
委員	田中 紘太（株式会社マロー・サウンズ・カンパニー 代表取締役）
委員	濱田 和則（一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長）
委員	東 祐二（一般社団法人日本作業療法士協会 事務局員）
委員	東畠 弘子（国際医療福祉大学大学院 教授）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

厚生労働省 老健局 高齢者支援課 福祉用具・住宅改修指導官	野上 雅子
厚生労働省 老健局 高齢者支援課 係長	松本 洋輔
厚生労働省 老健局 高齢者支援課	新美 太稀

回答欄について

(選択)

⇒プルダウンメニューから1つ選んでください
⇒該当する選択肢の横に○印
⇒文字等を入力してください
⇒数値を入力してください

※他設問の回答状況により、回答が不要な設問はグレーに塗りつぶされます。
※回答した値を削除したい場合は、キーボードの「Delete」キーを使用してください。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査
【福祉用具貸与事業所票】

<回答上の注意>

■ ご記入にあたってのご注意

● 本調査は、福祉用具貸与事業所における、一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入についての実態把握を目的としたアンケート調査です。

● 貴法人または事業所にて、選択制の対象となる福祉用具のサービス提供状況や事業所の方針等、事業所全体に関する詳細を把握している方にご回答いただきます。

● 特に指定の無い限り、令和7年4月1日(火)現在の状況についてご回答ください。

● 上記の方法にて、令和7年10月●日(●) 17時までにご回答をお願いいたします。

● ご記入済の調査票は (URLを記載) からアップロードをお願いします。

■ 調査に関するお問い合わせ先

「一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査」事務局
電話：0120-XXX-XXX(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。
株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア事業本部

問1 基本情報

(1) 法人についてお伺いします

① 法人全体の福祉用具貸与事業所数を教えてください

事業所

② 法人が運営する居宅介護支援事業所の有無について教えてください

(選択)

1. 有している

2. 有していない

②-1 ②で「1.有している」と回答された方にお伺いします
居宅介護支援事業所は併設もしくは近接していますか

(選択)

1. 併設もしくは近接している

2. 該当していない

(2) 事業所についてお伺いします

① 事業所の開設年を教えてください
※西暦4桁でご回答ください

年

② 事業所で実施しているサービスについて教えてください

1. 福祉用具貸与(予防含む)

2. 特定福祉用具販売(予防含む)

3

③ 事業所の売上比率について、令和6年4月および令和7年4月の売上状況を教えてください
※全体で10割になるよう、整数をご回答ください

	令和6年4月		令和7年4月	
1. 福祉用具貸与(予防含む)による売上		割		割
2. 福祉用具販売(予防含む)による売上		割		割
3. 住宅改修(予防含む)による売上		割		割
4. 上記以外の売上(介護保険外の事業含む)		割		割

④ 事業所の職員数について教えてください
※実人数でご回答ください

1. 福祉用具専門相談員		人	※管理者の方も、福祉用具専門相談員として勤務されている場合はこちらに回答ください
2. 事務員等		人	

問2 選択制の利用状況

(1) 選択制対象種目の利用者数についてお伺いします

① 令和6年度(2024年4月～2025年3月)における選択制対象種目の利用者の実績(種目別)について教えてください

	令和6年4月～令和7年3月(2024年4月～2025年3月)							
	1. 数対象となつた人		2. を1選のうちの、購入人数		3. 済達2の成のうち、確認		4. 数てし3(いたの※な用具をつでた使購入	
固定用スロープ		人		人		人		人
歩行器		人		人		人		人
単点杖		人		人		人		人
多点杖		人		人		人		人

※状態変化等を理由に貸与に切り替えた場合や、故障等により同一種目で買い換えした場合等を含みます

② 令和7年4月～6月(2025年4月～2025年6月)における選択制対象種目の利用者の実績(種目別)について教えてください

	令和7年4月～6月			
	1. 数対 象と なっ た人		2. 選1 択の しう ち人 購 数入 を	
固定用スロープ		人		人
歩行器		人		人
単点杖		人		人
多点杖		人		人

(2) 選択制対象種目の利用状況についてお伺いします

① (1)①のいずれかの種目で「4. 3の時点で購入した用具を使っていなかった人数」を1人以上回答した方にお伺いします
購入した種目の利用を取りやめた理由に当てはまる人数を教えてください【複数回答可】

	1. 身体機能改善のため	2. 身体機能低下のため	3. 認知機能改善のため	4. 認知機能低下のため	5. 主疾患に関連する合併症のため	6. 主疾患とは異なる疾患の併発のため	7. 病院内への入院、施設入所等による生活環境の変化のため	8. 住宅改修等、住環境の整備による移動方法の変更のため	9. 身体・認知機能に变化がないが本人が用具を使用していない	10. 使用していた用具が故障したため	11. わからない	12. その他
固定用スロープ												
歩行器												
単点杖												
多点杖												

(1)②のいずれかの種目で「2. 1のうち購入を選択した人数」を1人以上回答した方にお伺いします
② 2025年4月～6月の選択制対象種目の販売・貸与価格を教えてください
※複数の商品が該当する場合、個別にカウントしてください(記入要領p.8参照)

	②-1販売価格(3か月の合計)				②-2貸与価格(3か月の合計)			
	1. 総販売数		2. (総販売額 税込額)		1. 総貸与数		2. (総貸与額 税込額)	
固定用スロープ		個		円		個		円
歩行器		個		円		個		円
単点杖		個		円		個		円
多点杖		個		円		個		円

問3 選択制導入に伴う対応事項
選択制のプロセスにおける【説明】【協議】【提案】の実施状況についてお聞きします ※記入要領p.4をご参照いただき、回答ください

(1) 【説明】利用者への選択制の制度趣旨の説明内容についてお伺いします

① 利用者へ選択制の制度や趣旨を説明する際に準備している資料の有無について教えてください

(選択)

1. あり

2. なし

①-1

①で「1.あり」を選択された方にお伺いします。資料の内容を教えてください【複数選択可】

	1. 選択制の制度概要
	2. 福祉用具の使用期間の目安
	3. 貸与に係る費用と購入した場合の費用の比較
	4. 購入および貸与を選択した場合のケアプランについて
	5. 福祉用具の平均的な利用月数
	6. 購入を選択した利用者に向けた、購入後の福祉用具に関する問い合わせ先
	7. その他 ()

(2) 【協議】貸与または購入を利用者へ提案する際の事業所の方針についてお伺いします

① 貸与または購入を利用者へ提案する際の事業所の方針を教えてください

- | | |
|------|-------------------------------|
| (選択) | 1. 担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている |
| | 2. 事業所として貸与または購入を提案する目安を設けている |
| | 3. 特に決めていない |

①-1 ①で「2.事業所として貸与または購入を提案する目安を設けている」と回答した方にお伺いします
貸与または購入の提案のために目安としている観点を教えてください【複数選択可】

- | | |
|--|--------------|
| | 1. 年齢 |
| | 2. 疾患 |
| | 3. 障害 |
| | 4. 疾患理解や管理能力 |
| | 5. マンパワー |
| | 6. 意欲 |
| | 7. その他 () |

①-2 ①-1で「1.年齢」と回答した方にお伺いします
提案するための目安として該当するものを教えてください【複数選択可】

- | | |
|--|------------|
| | 1. 64歳以下 |
| | 2. 65～74歳 |
| | 3. 75歳以上 |
| | 4. その他 () |

①-3 ①-1で「2.疾患」と回答した方にお伺いします
提案するための目安として該当するものを教えてください【複数選択可】

- | | |
|--|-------------------------------|
| | 1. 神経難病や悪性腫瘍などの進行性疾患の有無 |
| | 2. 合併症を引き起こすリスクの高い疾患(糖尿病等)の有無 |
| | 3. 認知機能障害、認知症の有無 |
| | 4. その他 () |

①-4 ①-1で「3.障害」と回答した方にお伺いします
提案するための目安として該当するものを教えてください【複数選択可】

- | | |
|--|------------|
| | 1. 障害固定の有無 |
| | 2. その他 () |

①-5 ①-1で「4.疾患理解や管理能力」と回答した方にお伺いします
提案するための目安として該当するものを教えてください【複数選択可】

- | | |
|--|--|
| | 1. 自己の疾患に対する理解(病識、自己管理能力等)の程度 |
| | 2. 福祉用具に関する管理能力(福祉用具の使用に関する理解力、福祉用具の自己管理、認知機能等)の程度 |
| | 3. その他 () |

①-6 ①-1で「5.マンパワー」と回答した方にお伺いします
提案するための目安として該当するものを教えてください【複数選択可】

- | | |
|--|----------------------------|
| | 1. 同居家族・親族等の有無 |
| | 2. 同居家族・親族等の協力度 |
| | 3. 同居家族・親族等の福祉用具の使用に対する理解度 |
| | 4. その他 () |

①-7 ①-1で「6.意欲」と回答した方にお伺いします
提案するための目安として該当するものを教えてください【複数選択可】

	1. 日常生活に関する活動意欲の程度
	2. セルフケア・体調管理に関する関心の程度
	3. その他 ()

(3) 【提案】貸与または購入を利用者に提案する際の内容についてお伺いします

① 貸与または購入を利用者に提案する者を教えてください【複数選択可】

	1. 福祉用具専門相談員が実施している
	2. 介護支援専門員が実施している
	3. 利用者により、福祉用具専門相談員・介護支援専門員の分担を決めて実施している
	4. 福祉用具専門相談員・介護支援専門員と一緒に説明している

② 選択制について利用者に提案する際に、利用者へ提供している情報を教えてください【複数選択可】

1. 必須で提供している 2. 必要に応じて提供している 3. 提供していない ※現状に最も近いものを選択

(選択)	a. 利用者の身体状況の変化の見通しに関する意見
(選択)	b. 生活環境(家族・支援者の状況と住環境)等の変化に関する見通し
(選択)	c. 福祉用具の利用期間に関する見通し
(選択)	d. 該当福祉用具の貸与と購入それぞれの負担額の違い
(選択)	e. 長期利用が見込まれる場合は購入の方が利用者負担額を抑えられること
(選択)	f. 短期利用が見込まれる場合は適時・適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
(選択)	g. 選択制の趣旨説明時に渡した資料
(選択)	h. その他 ()

(4) 選択制導入前後の変化についてお伺いします

① 選択制導入前と比較した、選択制導入後の業務量や業務時間の変化について教えてください ※事業所全体としての主観について回答

(選択)	1. 増えた
	2. 変わらない
	3. 減った
	4. わからない

①-1 ①で「1.増えた」と回答した方にお伺いします
業務量または業務時間の増加の内容として該当するものを教えてください【複数選択可】

	1. 利用者に対する選択制の説明業務
	2. 選択制に関する資料収集や資料作成
	3. 選択制に関する利用者からの問い合わせ対応(電話、訪問、来所、書面等)
	4. 介護支援専門員や医師・リハビリテーション専門職等の他職種との連携・情報交換
	5. 「目標達成状況の確認」や「使用方法の指導、修理等」、「モニタリングの実施」
	6. その他 ()

問4 購入を選択した際のサービス提供状況

(1) 目標達成状況の確認状況についてお伺いします

① 目標達成状況を確認する時期について教えてください

(選択)	1. 担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている
	2. 事業所として目安を定めている
	3. 特に決めていない

①で「2.事業所として目安を定めている」を選択された方にお伺いします
①-1 目標達成状況を確認する時期を設定するために事業所として考慮していること、その中で重視している項目を教えてください

考慮していること	最も重視	2番目に重視	
			1. 利用者の年齢
			2. 利用者の罹患している疾患
			3. 福祉用具の種目
			4. 利用者一律に期間を定めている
			5. 利用者の障害
			6. 疾患理解や管理能力
			7. マンパワー
			8. 意欲
			9. その他 ()

①-2 ①-1で「1.利用者の年齢」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 64歳以下
(選択)	b. 65～74歳
(選択)	c. 75歳以上
(選択)	d. その他 ()

①-3 ①-1で「2.利用者の罹患している疾患」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 神経難病や悪性腫瘍などの進行性疾患がある
(選択)	b. 合併症を引き起こすリスクの高い疾患(糖尿病等)がある
(選択)	c. 認知機能障害、認知症を有している
(選択)	d. 病状変化の可能性が高い
(選択)	e. その他 ()

①-4 ①-1で「3.福祉用具の種目」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 固定用スロープ
(選択)	b. 歩行器
(選択)	c. 単点杖
(選択)	d. 多点杖

①-5 ①-1で「4.利用者一律に期間を定めている」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 全ての利用者
(選択)	b. その他 ()

①-6 ①-1で「5.利用者の障害」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 障害固定していない
(選択)	b. その他 ()

①-7 ①-1で「6.疾患理解や管理能力」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 自己の疾患に対する理解(病識、自己管理能力等)が乏しい
(選択)	b. 福祉用具に関する管理能力(福祉用具の使用に関する理解力、自己管理、認知機能等)が低下している
(選択)	c. その他 ()

①-8 ①-1で「7.マンパワー」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 同居家族・親族等がいない
(選択)	b. 同居家族・親族等の協力が無い
(選択)	c. 同居家族・親族等の福祉用具の使用に対する理解度が乏しい
(選択)	d. その他 ()

①-9 ①-1で「8.意欲」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から6ヶ月以内 2.利用開始から7ヶ月以上 3.その他

(選択)	a. 日常生活に関する活動意欲が低い
(選択)	b. セルフケア・体調管理に関する関心が低い
(選択)	c. その他 ()

② ①で「2.事業所として目安を定めている」を選択された方にお伺いします
目標達成状況の確認方法について教えてください ※事業所で把握しているもので最も多いケースを回答

- | | |
|------|--|
| (選択) | 1. 利用者・家族への電話による確認後、必要に応じて訪問している
2. 必ず、利用者宅への訪問による確認を実施している
3. 利用者・家族への電話による確認のみ実施している
4. 担当の介護支援専門員に確認のみ実施し、訪問が必要か判断している
5. 他サービス事業者の担当者に確認のみ実施し、訪問が必要か判断している(訪問介護、通所介護等)
6. その他 (|
|------|--|

③【選択制対象の福祉用具サービスのみのケアプランで、購入を選択した場合(新規利用者を含む)】
介護支援専門員との連携について教えてください

- | | |
|------|--------------------------------------|
| (選択) | 1. 事業所として、目標達成状況を介護支援専門員と連携するよう定めている |
| | 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に任せている |
| | 3. 特に介護支援専門員と連携することはない |

④ ①で「1.担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている」を選択された方にお伺いします
目標達成状況を把握後、介護支援専門員へ報告するタイミングを教えてください
※事業所で把握しているもので最も多いケースを回答

- | | |
|------|--------------------------|
| (選択) | 1. 確認後、随時行っている |
| | 2. サービス担当者会議開催時に行っている |
| | 3. 月末等に複数利用者分をまとめて報告している |
| | 4. 事業所として、特に定めていない |
| | 5. その他 () |

(2) 販売後の対応についてお伺いします

① 販売後の事業所の対応方針について教えてください ※事業所で把握しているもので最も多いケースを回答

- | | |
|------|--|
| (選択) | <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的に利用者宅を訪問し、メンテナンスを実施する 2. 利用者からの依頼を受けた際に訪問しメンテナンスを実施する 3. 他の貸与種目のモニタリング実施時に併せてメンテナンスを実施する 4. 福祉用具の種目によってメンテナンス時期を定めている 5. 販売後の対応は特に実施していない 6. 事業所としての方針はなく、担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている 7. その他 () |
|------|--|

② 販売後の状況と対応件数について教えてください(2024年4月～2025年6月) ※事業所に対応したケースを全て回答

		ス ロ ー プ 固 定 用	歩 行 器	単 点 杖	多 点 杖
1.あった 2.現時点ではない 3.わからない					
(選択)	a. 部品の交換・修理の実施件数(2024年4月～2025年6月) ※事業所で対応したケースを全て回答	件	件	件	件
(選択)	b. 販売した商品による事故の有無(2024年4月～2025年6月) ※「事故」とは、死亡又は負傷・疾病(医師の診断や治療を必要とするもの(或いは、必要となると思慮されるもの))とします	件	件	件	件
(選択)	c. 販売した商品によるヒヤリ・ハットの有無(2024年4月～2025年6月) ※「ヒヤリ・ハット」とは、事故や怪我に繋がるような危険な使い方及び場面、事象等とします	件	件	件	件

問5 福祉用具貸与サービスの提供状況

(1) モニタリングの実施状況についてお伺いします

① 福祉用具サービス計画に記載するモニタリングの実施時期(計画)について教えてください

(選択)	1. 担当の福祉用具専門相談員の判断に任せている
	2. 事業所として目安を定めている
	3. 特に決めていない

①-1 ①で「2.事業所として目安を定めている」を選択された方にお伺いします
モニタリングの実施時期を定めるために事業所として考慮していること、その中で重視している項目を教えてください

考慮していること	最も重視	2番目に重視	
			1. 利用者の年齢
			2. 利用者の罹患している疾患
			3. 福祉用具の種目
			4. 利用者一律に期間を定めている
			5. 利用者の障害
			6. 疾患理解や管理能力
			7. マンパワー
			8. 意欲
			9. その他 ()

①-2 ①-1で「1.利用者の年齢」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 64歳以下
(選択)	b. 65～74歳
(選択)	c. 75歳以上
(選択)	d. その他 ()

①-3 ①-1で「2.利用者の罹患している疾患」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 神経難病や悪性腫瘍などの進行性疾患がある
(選択)	b. 合併症を引き起こすリスクの高い疾患(糖尿病等)がある
(選択)	c. 認知機能障害、認知症を有している
(選択)	d. 病状変化の可能性が高い
(選択)	e. その他 ()

①-4 ①-1で「3.福祉用具の種目」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 固定用スロープ
(選択)	b. 歩行器
(選択)	c. 単点杖
(選択)	d. 多点杖

①-5 ①-1で「4.利用者一律に期間を定めている」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 全ての利用者
(選択)	b. その他 ()

①-6 ①-1で「5.利用者の障害」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 障害固定していない
(選択)	b. その他 ()

①-7 ①-1で「6.疾患理解や管理能力」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 自己の疾患に対する理解(病識、自己管理能力等)が乏しい
(選択)	b. 福祉用具に関する管理能力(福祉用具の使用に関する理解力、自己管理、認知機能等)が低下している
(選択)	c. その他 ()

①-8 ①-1で「7.マンパワー」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 同居家族・親族等がいない
(選択)	b. 同居家族・親族等の協力が無い
(選択)	c. 同居家族・親族等の福祉用具の使用に対する理解度が乏しい
(選択)	d. その他 ()

①-9 ①-1で「8.意欲」を「考慮していること」で選択された方にお伺いします
目安として定めている時期について教えてください

目安をいずれか選択： 1.利用開始から1～3ヶ月以内 2.利用開始から4～6ヶ月以内 3.その他

(選択)	a. 日常生活に関する活動意欲が低い
(選択)	b. セルフケア・体調管理に関する関心が低い
(選択)	c. その他 ()

② モニタリング実施記録について教えてください【複数選択可】

	1. 事業所として所定の様式を定めている
	2. 利用者に応じて様式を使い分けている
	3. 保険者や居宅介護支援事業所に応じて様式を使い分けている
	4. 事業所として様式は定めていない
	5. その他

②-1 使用している様式について教えてください

(選択)	1. 全国福祉用具専門相談員協会より提供されている「ふくせんモニタリングシート」(全て同じ項目)
	2. 全国福祉用具専門相談員協会より提供されている「ふくせんモニタリングシート」を活用し一部の項目を改変して使用
	3. 事業所または法人で独自に作成した様式
	4. 介護支援専門員側から指定された様式
	5. 保険者より提供されている様式
	6. その他 ()

②-2 ②で「1.事業所として所定の様式を定めている」かつ②-1で「2」「3」「4」「5」を選択された方にお伺いします
様式に含まれている項目について教えてください

	1. モニタリング結果の総合評価
	2. 福祉用具利用目標
	3. 目標達成状況
	4. 使用状況の問題
	5. 点検結果
	6. 身体状況の変化(ADL、状態像の変化等)
	7. 生活状況の変化(住環境、サービスの利用内容の変化等)
	8. 精神状況の変化(認知機能、精神・心理面の変化等)
	9. 家族の状況の変化
	10. 意欲・意向等の変化
	11. 利用者及び家族の希望
	12. 今後の方針
	13. 福祉用具サービス計画の見直しの必要性
	14. その他(利用者名等の基本情報を除く) ()

③ モニタリングを実施する方法を教えてください ※事業所で把握しているもので最も多いケースを回答

(選択)	1. 利用者宅への訪問による確認
	2. 通所介護等、利用者が他サービスを利用している時に訪問し確認
	3. 利用者・家族への電話による確認
	4. その他 ()

問6 選択制に対する利用者の声

(1) 福祉用具貸与の種目において、購入を希望する利用者の声がある用具についてお伺いします

① 現在選択制の対象ではない種目とその理由について教えてください【複数選択可】

		1. 貸与よりも購入の方が経済的だから	2. 修理交換の頻度が低いから	3. 要介護度が関わりなく長期利用が見込める用具だから	4. 利用者が軽度なので長期利用が見込めるから	5. 他人が使ったものに抵抗があると考えられるから	6. その他
	1. 車いす(付属品を含まない)						()
	2. 車いす付属品						()
	3. 特殊寝台(付属品を含まない)						()
	4. 特殊寝台付属品						()
	5. 床ずれ防止用具						()
	6. 体位変換器						()
	7. 手すり						()
	8. 携帯用スロープ						()
	9. 歩行車						()
	10. 松葉杖						()
	11. 認知症老人徘徊感知機器						()
	12. 移動用リフト						()
	13. 自動排泄処理装置						()
	14. 特になし						()

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。

回答欄について

(選択)

⇒プルダウンメニューから1つ選んでください

⇒該当する選択肢の横に○印

⇒文字等を入力してください

⇒数値を入力してください

※他設問の回答状況により、回答が不要な設問はグレーに塗りつぶされます。
※回答した値を削除したい場合は、キーボードの「Delete」キーを使用してください。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査
【利用者状況調査票】

<回答上の注意>

■ ご記入にあたってのご注意

- 本調査票は、調査対象の利用者を担当している福祉用具専門相談員の方が回答してください。
1事業所あたり計8名分の利用者(回答対象とする利用者像に該当)について回答をお願いします。
- 事業所の福祉用具専門相談員が複数で8名分を回答いただいても構いません。
- 選択制の対象種目で複数該当する利用者も対象としますが、購入・貸与にて各種目1名ずつ選出いただくようお願いいたします。
- 上記の方法にて、令和7年●月●日(金)までにご回答をお願いいたします。
- ご記入済の調査票は (URLを記載) からアップロードをお願いします。

■ 調査に関するお問い合わせ先

「一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査」事務局
電話：0120-XXX-XXX(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。
株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア事業本部

問1 選択制の対象となる福祉用具の利用者情報

(1) 選択制の対象となる福祉用具の利用者についてお伺いします

① 性別を教えてください

(選択)

1. 男性

2. 女性

② 年齢を教えてください

歳

③ 世帯構成を教えてください

(選択)

1. 独居

2. 夫婦のみの世帯

3. 2.以外で高齢者のみの世帯

4. 二世帯同居

5. 三世帯同居

6. その他

④ 主たる介護者を教えてください

(選択)

1. 同居の家族等がケアを実施している

2. 別居の家族等がケアを実施している

3. ケアを実施している家族等はいない

4. わからない

⑤ 対象者の要介護度・要支援度を教えてください

(選択)	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 区分申請変更中など
------	---

⑥ 障害高齢者の日常生活自立度を教えてください

(選択)	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を教えてください

(選択)	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 自己負担割合を教えてください

(選択)	1. 1割負担 2. 2割負担 3. 3割負担 4. 負担なし(生活保護等)
------	---

⑨ 住環境の状況を教えてください

(選択)	1. 利用者本人または家族が所有する一戸建て 2. 利用者本人または家族が所有する共同住宅、長屋建て又はその他 3. 賃貸の一戸建て 4. 賃貸の共同住宅、長屋建て又はその他
------	--

⑩ 現在、貸与している福祉用具の種目を教えてください【複数選択可】

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

⑪ 選択制対象種目以外の特定福祉用具販売の実績を教えてください ※それぞれの年度で該当するものを選択【複数選択可】

令和7年度	令和6年度	
		1. 腰掛便座
		2. 自動排泄処理装置
		3. 排泄予測支援機器
		4. 入浴補助用具
		5. 簡易浴槽
		6. 移動用リフトのつり具の部品
		7. なし
		8. わからない

⑫ 住宅改修の実績を教えてください(付帯して必要となる住改を含む)※当該利用者が過去に実施したものを全て回答【複数選択可】

	1. 手すりの取付け
	2. 段差の解消
	3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
	4. 引き戸等への扉の取替え
	5. 洋式便器等への便器の取替え
	6. なし
	7. わからない

⑬ 居宅介護支援・介護予防支援以外の介護保険サービス(介護予防含む)の利用状況【複数選択可】

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| ☐ | 1. 訪問介護 |
| ☐ | 2. 訪問入浴介護 |
| ☐ | 3. 訪問看護 |
| ☐ | 4. 訪問リハビリテーション |
| ☐ | 5. 通所介護 |
| ☐ | 6. 通所リハビリテーション |
| ☐ | 7. 短期入所生活介護 |
| ☐ | 8. 短期入所療養介護 |
| ☐ | 9. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| ☐ | 10. 夜間対応型訪問介護 |
| ☐ | 11. 認知症対応型通所介護 |
| ☐ | 12. 小規模多機能型居宅介護 |
| ☐ | 13. 看護小規模多機能型居宅介護 |
| ☐ | 14. なし |
| ☐ | 15. わからない |

⑭ 介護予防・日常生活支援総合事業の利用状況【複数選択可】

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | 1. 訪問介護(訪問介護員による身体介護、生活援助) |
| ☐ | 2. 訪問型サービスA(生活援助等) |
| ☐ | 3. 訪問型サービスB(地域主体の自主活動として行う生活援助等) |
| ☐ | 4. 訪問型サービスC(保健師等による居宅での相談指導等) |
| ☐ | 5. 訪問型サービスD(移送前後の生活支援) |
| ☐ | 6. 通所介護(生活機能の向上のための機能訓練) |
| ☐ | 7. 通所型サービスA(ミニデイサービス、運動・レクリエーション 等) |
| ☐ | 8. 通所型サービスB(体操、運動等の活動など、自主的な通いの場) |
| ☐ | 9. 通所型サービスC(生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム) |
| ☐ | 10. その他 () |
| ☐ | 11. なし |
| ☐ | 12. わからない |

⑮ 上記12、13.以外のインフォーマルサービスの利用状況【複数選択可】

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| ☐ | 1. 自費ヘルパー・家事代行サービス等訪問サービス |
| ☐ | 2. 通院付き添い等外出・移動に関するサービス |
| ☐ | 3. 地域の老人会活動等、地域で提供されているサービス |
| ☐ | 4. その他のサービス |
| ☐ | 5. 特になし |
| ☐ | 6. わからない |

問2 選択制の対象となる福祉用具の利用者へのサービス提供状況

※記入要領p4をご参照いただき、回答ください。

(1) 選択制のプロセスにおける、【説明】の実施状況についてお伺いします

① 【説明】利用者への選択制の制度や趣旨の説明をした者を教えてください【複数選択可】

- | | |
|--------------------------|--------------|
| ☐ | 1. 福祉用具専門相談員 |
| ☐ | 2. 介護支援専門員 |

(2) 選択制のプロセスにおける、【協議】の実施状況についてお伺いします

① 【協議】選択制の提案に向けた事業者間での協議のきっかけを教えてください

(選択)	1. 福祉用具専門相談員からの提案
	2. 介護支援専門員からの提案
	3. 利用者本人・家族の要望
	4. その他

①-1 ①で「1.福祉用具専門相談員からの提案」と回答した方にお伺いします
医学的所見以外の情報の収集先を教えてください

	1. 主治医・かかりつけ医
	2. 看護職員
	3. 介護支援専門員
	4. リハビリテーション専門職(PT・OT・ST)
	5. 介護職員
	6. その他

② 【協議】医学的所見を取得した者を教えてください

(選択)	1. 福祉用具専門相談員
	2. 介護支援専門員

②-1 ②で「1.福祉用具専門相談員」と回答した方にお伺いします
医学的所見の取得先を教えてください【複数選択可】
また、「1. 主治医・かかりつけ医」「2. 看護職員」「3. リハビリテーション専門職(PT・OT・ST)」の該当する所属先を
教えてください

1. 入院先	2. 通院先(外来)	3. 入所していた施設	4. 介護サービス事業所
--------	------------	-------------	--------------

	1. 主治医・かかりつけ医	(選択)
	2. 看護職員	(選択)
	3. リハビリテーション専門職(PT・OT・ST)	(選択)
	4. その他 (	)
	5. わからない	

②-1で取得先を「1.主治医・かかりつけ医」「2.看護職員」「3.リハビリテーション専門職(PT・OT・ST)」「4.その他」と回答した方にお伺いします
②-2 情報収集した項目について該当するものを教えてください【複数選択可】

	1.	2.	3.	4.
	か か り つ け 医 ・ 主 治 医	看 護 職 員	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 専 門 職 (P T ・ O T ・ S T)	そ の 他 の 専 門 職
1. 症状としての安定性				
2. 経過				
3. 治療内容、投薬状況				
4. 医学的処置・管理の内容(点滴、透析、モニター測定(バイタル)等)				
5. 認知症、認知機能障害、精神・神経症状				
6. 運動機能(運動麻痺、筋力低下、関節拘縮等)および変化の見通し				
7. 痛み				
8. 褥瘡、その他皮膚疾患				
9. 基本動作能力				
10. 移動能力(歩行能力、車椅子や歩行補助具・装具の使用状況等)				
11. 栄養状態(食事の摂取状況、栄養状態等)				
12. サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し				
13. サービス提供時における医学的観点からの留意事項				
14. 感染症の有無				
15. 生活環境(家族・支援者の状況と住環境)等の変化に関する見通し				
16. 福祉用具の利用期間に関する見通し				
17. その他				

②-3 ②で「1.福祉用具専門相談員」と回答した方にお伺いします。医学的所見の取得方法を教えてください【複数選択可】

	1. 直接対面や電話で聴取
	2. 書面回答を受領
	3. カンファレンスや会議等、多職種が集まる場で聴取
	4. その他 ()

③ 【協議】サービス事業者間で情報共有・協議の場について教えてください【複数選択可】

	1. 利用者の居宅へ他職種が訪問した際、担当の福祉用具専門相談員も同席した
	2. サービス担当者の会議にて協議した
	3. 利用者・家族からの要望を受けて協議の機会を個別に設定した
	4. 地域ケア会議にて協議した
	5. その他 ()

(3) 選択制のプロセスにおける、【提案】の実施状況についてお伺いします

① 【提案】利用者等への貸与または購入の提案者を教えてください【複数選択可】

	1. 福祉用具専門相談員
	2. 介護支援専門員

② 【提案】利用者へ貸与または購入を提案する際、利用者へ提供した情報を教えてください 【複数選択可】

	1. 利用者の身体状況の変化の見通しに関する専門職からの意見
	2. 生活環境(家族・支援者の状況と住環境)等の変化に関する見通し
	3. 福祉用具の利用期間に関する見通し
	4. 福祉用具の貸与と購入それぞれの利用者負担額の違い
	5. 長期利用が見込まれる場合は購入の方が利用者負担額を抑えられること
	6. 短期利用が見込まれる場合は適時・適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
	7. その他 ()
	8. 特になし

(4) 当該利用者に貸与あるいは購入を提案し、福祉用具の利用を開始した時期についてお伺いします

① 他職種との協議後、貸与または購入を提案した時期を教えてください

西暦 年 月

② 選択制の対象となった福祉用具の利用開始時期を教えてください
(貸与の場合は貴事業所との初回契約年月、購入の場合は初回購入年月)

西暦 年 月

(5) 当該利用者において選択制に該当した種目についてお伺いします

① 当該利用者において選択制に該当した種目と個数、提案した内容を教えてください(選択制導入以前から継続利用をしていた種目を含む) 【複数選択可】

1. 購入を提案した 2. 貸与を提案した 3. 該当なし

	1. 固定用スロープ		個	⇒ 上記から提案内容をお選びください	(選択)
	2. 歩行器(歩行車を除く)		個	⇒ 上記から提案内容をお選びください	(選択)
	3. 単点杖(松葉杖を除く)		個	⇒ 上記から提案内容をお選びください	(選択)
	4. 多点杖		個	⇒ 上記から提案内容をお選びください	(選択)

①-1 ①で「1. 固定用スロープ」と回答した方にお伺いします
貸与または購入の提案にあたり考慮した、当該利用者に関する情報を教えてください 【複数選択可】

	1. 年齢
	2. 要介護度
	3. 利用者の社会背景(経済状況、家族構成、主たる介護者、他サービスの利用状況(介護保険・保険外サービス)等)
	4. 利用者・家族のニーズ(現在困っていること、望む生活について 等)、過去の生活状況(生い立ち、仕事、趣味 等)
	5. 認知症の程度(認知機能の状況、認知症高齢者日常生活自立度 等)
	6. 日常生活動作の状況(できること・していること・要介助動作等、Barthel Index・FIM(機能的自立度評価法)の評価)
	7. 利用している福祉用具(既に導入済みのもの)
	8. 選択制対象の福祉用具の利用期間の見込み
	9. ケアマネジメントの必要性
	10. その他 ()
	11. 特になし

①-2 ①で「2. 歩行器(歩行車を除く)」と回答した方にお伺いします
貸与または購入の提案にあたり考慮した、当該利用者に関する情報を教えてください【複数選択可】

	1. 年齢
	2. 要介護度
	3. 利用者の社会背景(経済状況、家族構成、主たる介護者、他サービスの利用状況(介護保険・保険外サービス)等)
	4. 利用者・家族のニーズ(現在困っていること、望む生活について 等)、過去の生活状況(生い立ち、仕事、趣味 等)
	5. 認知症の程度(認知機能の状況、認知症高齢者日常生活自立度 等)
	6. 日常生活動作の状況(できること・していること・要介助動作等、Barthel Index・FIM(機能的自立度評価法)の評価)
	7. 利用している福祉用具(既に導入済みのもの)
	8. 選択制対象の福祉用具の利用期間の見込み
	9. ケアマネジメントの必要性
	10. 特になし
	11. その他 ()

①-3 ①で「3. 単点杖(松葉杖を除く)」と回答した方にお伺いします
貸与または購入の提案にあたり考慮した、当該利用者に関する情報を教えてください【複数選択可】

	1. 年齢
	2. 要介護度
	3. 利用者の社会背景(経済状況、家族構成、主たる介護者、他サービスの利用状況(介護保険・保険外サービス)等)
	4. 利用者・家族のニーズ(現在困っていること、望む生活について 等)、過去の生活状況(生い立ち、仕事、趣味 等)
	5. 認知症の程度(認知機能の状況、認知症高齢者日常生活自立度 等)
	6. 日常生活動作の状況(できること・していること・要介助動作等、Barthel Index・FIM(機能的自立度評価法)の評価)
	7. 利用している福祉用具(既に導入済みのもの)
	8. 選択制対象の福祉用具の利用期間の見込み
	9. ケアマネジメントの必要性
	10. 特になし
	11. その他 ()

①-4 ①で「4. 多点杖」と回答した方にお伺いします
貸与または購入の提案にあたり考慮した、当該利用者に関する情報を教えてください【複数選択可】

	1. 年齢
	2. 要介護度
	3. 利用者の社会背景(経済状況、家族構成、主たる介護者、他サービスの利用状況(介護保険・保険外サービス)等)
	4. 利用者・家族のニーズ(現在困っていること、望む生活について 等)、過去の生活状況(生い立ち、仕事、趣味 等)
	5. 認知症の程度(認知機能の状況、認知症高齢者日常生活自立度 等)
	6. 日常生活動作の状況(できること・していること・要介助動作等、Barthel Index・FIM(機能的自立度評価法)の評価)
	7. 利用している福祉用具(既に導入済みのもの)
	8. 選択制対象の福祉用具の利用期間の見込み
	9. ケアマネジメントの必要性
	10. 特になし
	11. その他 ()

(6) 当該利用者に対しての説明や提案についてお伺いします

①【説明】【協議】【提案】当該利用者に対し、選択制の説明や貸与または購入の提案を行う上で、福祉用具専門相談員として工夫した点を教えてください(自由記述)

② 【説明】【協議】【提案】当該利用者に対し、選択制の説明や貸与または購入の提案を行う上で、福祉用具専門相談員として苦労した点を教えてください(自由記述)

問3 購入を選択した種目について ※購入を選択した種目がない場合は問4へ

(1) 利用者が購入を選択した種目についてお伺いします

① 利用者が固定用スロープを購入した個数を教えてください

個

①-1 ①で1個以上の回答をした方にお伺いします
使用場所について教えてください

(選択)

1. 部屋の敷居
2. 玄関
3. トイレ
4. その他 ()

①-2 ①で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が購入を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

(選択)

1. 長期利用が想定されるため
2. メンテナンスの必要性が低いため
3. 貸与よりも購入のほうが経済的であるため
4. 介護支援専門員等から勧められたため
5. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため
6. わからない
7. その他 ()

①-3 ①-2で「1.長期利用が想定されるため」を選択された方にお伺いします
長期利用の想定をした理由を教えてください

(選択)

1. 年齢が若い
2. 要介護度が低い
3. 利用者の病状や身体機能が安定しているため
4. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にあるため
5. その他 ()

①-4 ①-2で「4.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

(選択)

1. ケアマネジメントの必要性が低い
2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針であるため
3. その他 ()

② 利用者が歩行器(歩行車を除く)を購入した個数を教えてください

個

②-1 ②で1個以上の回答をした方にお伺いします
歩行器の種類を教えてください

(選択)

1. 固定式
2. 交互式

②-2 ②で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が購入を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

- | | |
|------|--|
| (選択) | 1. 長期利用が想定されるため
2. メンテナンスの必要性が低いため
3. 貸与よりも購入のほうが経済的であるため
4. 介護支援専門員等から勧められたため
5. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため
6. わからない
7. その他 () |
|------|--|

②-3 ②で「1.長期利用が想定されるため」を選択された方にお伺いします
長期利用の想定をした理由を教えてください

- | | |
|------|---|
| (選択) | 1. 年齢が若いため
2. 要介護度が低いため
3. 利用者の病状や身体機能が安定しているため
4. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にあるため
5. その他 () |
|------|---|

②-4 ②で「4.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

- | | |
|------|---|
| (選択) | 1. ケアマネジメントの必要性が低いため
2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針であるため
3. その他 () |
|------|---|

③ 利用者が単点杖(松葉杖を除く)を購入した個数を教えてください

個

③-1 ③で1個以上の回答をした方にお伺いします
単点杖の種類を教えてください

- | | |
|------|---|
| (選択) | 1. カナディアン・クラッチ
2. ロフストランド・クラッチ
3. プラットホームクラッチ |
|------|---|

③-2 ③で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が購入を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

- | | |
|------|--|
| (選択) | 1. 長期利用が想定されるため
2. メンテナンスの必要性が低いため
3. 貸与よりも購入のほうが経済的であるため
4. 介護支援専門員等から勧められたため
5. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため
6. わからない
7. その他 () |
|------|--|

③-3 ③-2で「1.長期利用が想定されるため」を選択された方にお伺いします
長期利用の想定をした理由を教えてください

- (選択)
- 1. 年齢が若い
 - 2. 要介護度が低い
 - 3. 利用者の病状や身体機能が安定している
 - 4. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にある
 - 5. その他 ()

③-4 ③-2で「4.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

- (選択)
- 1. ケアマネジメントの必要性が低い
 - 2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針である
 - 3. その他 ()

④ 利用者が多点杖を購入した個数を教えてください

個

④-1 ④で1個以上の回答をした方にお伺いします
使用場所について教えてください

- (選択)
- 1. 4点杖
 - 2. サイドケイン
 - 3. その他 ()

④-2 ④で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が購入を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

- (選択)
- 1. 長期利用が想定されるため
 - 2. メンテナンスの必要性が低い
 - 3. 貸与よりも購入のほうが経済的である
 - 4. 介護支援専門員等から勧められたため
 - 5. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため
 - 6. わからない
 - 7. その他 ()

④-3 ④-2で「1.長期利用が想定されるため」を選択された方にお伺いします
長期利用の想定をした理由を教えてください

- (選択)
- 1. 年齢が若い
 - 2. 要介護度が低い
 - 3. 利用者の病状や身体機能が安定している
 - 4. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にある
 - 5. その他 ()

④-4 ④-2で「4.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

- (選択)
- 1. ケアマネジメントの必要性が低い
 - 2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針である
 - 3. その他 ()

(2) 特定福祉用具販売計画における目標達成状況の確認

① 設定した目標を教えてください【複数選択可】

	1. 屋内における行動範囲の拡大
	2. 屋内移動の介助量軽減
	3. 屋外における行動範囲の拡大
	4. 屋外移動の介助量軽減
	5. 転倒リスクの軽減
	6. 移動動作の安定性向上
	7. 福祉用具の使い方の習得
	8. その他 ()

② 対象利用者における目標達成状況の確認について教えてください

(選択)	1. 実施した → 西暦 年 月 これまでの確認回数 計 回
	2. 実施していない → 販売後 月後に実施予定

②-1 ②で「1.実施した」と回答した方にお伺いします
目標達成状況の確認方法を教えてください【複数選択可】

	1. 訪問
	2. 電話
	3. テレビ電話
	4. 担当の介護支援専門員に確認
	5. 他サービス業の担当者に確認(訪問介護、通所介護等)
	6. その他 ()

②-2 ②で「1.実施した」と回答した方にお伺いします
目標達成状況を確認した結果とその後の状況について教えてください

	結果	その後の状況
(選択)	想定通り 目標を達 成できた	1. 購入した用具を継続使用している 2. 購入した用具は不要となった 3. 福祉用具の種目・種類の変更を検討した 4. その他 ()
	目標を達 成できな かった	5. 目標を変更した(購入した用具は継続使用している) 6. 目標を変更した(貸与に切り替えた/サービスを変更した) 7. 購入した用具の使用を取りやめた 8. 福祉用具の種目・種類の変更を検討した 9. その他 ()
	その他	10. ()

②-3 ②で「1.実施した」と回答した方にお伺いします
目標達成状況を確認するために要した時間を教えてください ※移動時間を除く

(選択)	1. ~10分
	2. 10分~30分
	3. 30分~1時間
	4. 1時間以上

②-4 ②で「1.実施した」と回答した方にお伺いします
目標達成状況の確認後の介護支援専門員への報告について教えてください

- (選択)
- 1. 報告した
 - 2. これから報告する予定である
 - 3. 報告していない

②-5 ②-4で「1.報告した」と回答した方にお伺いします
報告後のケアプランの変更有無を教えてください

- (選択)
- 1. ケアプランを見直した、変更した
 - 2. ケアプランは変更していない

(3) 販売後の対応方針についてお伺いします

① 福祉用具の販売後の対応について教えてください【複数選択可】

- ☐ 1. 定期的に訪問し、メンテナンスを実施している
- ☐ 2. 利用者からの依頼を受け、随時、訪問している
- ☐ 3. 他貸与種目のモニタリング実施時に併せてメンテナンスを実施している
- ☐ 4. 販売後の対応は特に実施していない
- ☐ 5. その他 ()

①-1 ①で「1.定期的に訪問し、メンテナンスを実施している」と回答した方にお伺いします
メンテナンスの実施サイクルを教えてください

- (選択)
- 1. 毎月
 - 2. 1～3カ月に1回
 - 3. 4～6カ月に1回
 - 4. その他 ()

(4) 修理・交換の発生状況についてお伺いします

① メンテナンス訪問時の修理・交換の発生状況を教えてください

- (選択)
- 1. 修理・交換が発生した
 - 2. 修理・交換は発生しなかった
 - 3. 把握していない

①-1 ①で「1.修理交換が発生した」と回答した方にお伺いします
購入後、どれくらいで修理交換が発生したか教えてください

カ月

(5) 利用者からの日常的な相談対応の変化についてお伺いします(電話による問合せ等)

① 貸与から購入に変わったことによる、利用者からの日常的な相談対応の変化を教えてください(電話による問合せ等)
※貸与で使用していた福祉用具を購入した利用者の場合のみ回答

- (選択)
- 1. 増えた
 - 2. 変わらない
 - 3. 減った
 - 4. わからない

(6) 販売した商品による事故の有無についてお伺いします

① 販売した福祉用具による事故の発生有無を教えてください
※「事故」とは、死亡又は負傷・疾病(医師の診断や治療を必要とするもの(或いは、必要となると思慮されるもの))とします

(選択)	1. あった
	2. 現時点ではない
	3. わからない

①-1 ①で「1.あった」と回答した方にお伺いします
事故が発生した福祉用具の種類を教えてください

	1. 固定用スロープ
	2. 歩行器(歩行車を除く)
	3. 単点杖(松葉杖を除く)
	4. 多点杖

(7) 販売した商品によるヒヤリハットの有無についてお伺いします

① 販売した福祉用具によるヒヤリ・ハットの発生有無を教えてください
※「ヒヤリ・ハット」とは、事故や怪我に繋がるような危険な使い方及び場面、事象等とします

(選択)	1. あった
	2. 現時点ではない
	3. わからない

①-1 ①で「1.あった」と回答した方にお伺いします
ヒヤリ・ハットが発生した福祉用具の種類を教えてください

	1. 固定用スロープ
	2. 歩行器(歩行車を除く)
	3. 単点杖(松葉杖を除く)
	4. 多点杖

問4 貸与を選択した種目について ※貸与を選択した種目がない場合は回答不要

(1) 選択制の対象種目のうち、貸与している種目についてお伺いします

① 貸与している固定用スロープの個数を教えてください

	個
--	---

①-1 ①で1個以上の回答をした方にお伺いします
使用場所について教えてください

(選択)	1. 部屋の敷居
	2. 玄関
	3. トイレ
	4. その他 ()

①-2 ①で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が貸与を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

- (選択)
1. 短期利用が想定されるため
 2. 定期的なモニタリングが必要と思われるため
 3. 不要になれば返却できるため
 4. レンタル料が安い
 5. 利用者が定期的な訪問やメンテナンスを希望したため
 6. 購入の場合、支給限度額を超過することが見込まれるため
 7. 介護支援専門員等から勧められたため
 8. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため
 9. わからない
 10. その他 ()

①-3 ①-2で「1.短期利用が想定されるため」と回答した方にお伺いします
短期利用の想定をした理由を教えてください

- (選択)
1. 利用者の病状や身体機能が進行・増悪傾向にあるため
 2. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にあるため
 3. 施設入所、病院への入院を控えているため
 4. その他 ()

①-4 ①-2で「7.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

- (選択)
1. ケアマネジメントの必要性が高いため
 2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針であるため
 3. その他 ()

② 貸与している歩行器(歩行車を除く)の個数を教えてください

個

②-1 ②で1個以上の回答をした方にお伺いします
歩行器の種類を教えてください

- (選択)
1. 固定式
 2. 交互式

②-2 ②で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が貸与を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

- (選択)
1. 短期利用が想定されるため
 2. 定期的なモニタリングが必要と思われるため
 3. 不要になれば返却できるため
 4. レンタル料が安い
 5. 利用者が定期的な訪問やメンテナンスを希望したため
 6. 購入の場合、支給限度額を超過することが見込まれるため
 7. 介護支援専門員等から勧められたため
 8. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため
 9. わからない
 10. その他 ()

②-3 ②-2で「1.短期利用が想定されるため」と回答した方にお伺いします
短期利用の想定をした理由を教えてください

- (選択)
1. 利用者の病状や身体機能が進行・増悪傾向にあるため
 2. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にあるため
 3. 施設入所、病院への入院を控えているため
 4. その他 ()

②-4 ②-2で「7.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

- (選択)
1. ケアマネジメントの必要性が高いため
 2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針であるため
 3. その他 ()

③ 貸与している単点杖(松葉杖を除く)の個数を教えてください

個

③-1 ③で1個以上の回答をした方にお伺いします
歩行器の種類を教えてください

- (選択)
1. カナディアン・クラッチ
 2. ロフストランド・クラッチ
 3. プラットホームクラッチ

③-2 ③で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が貸与を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

- (選択)
1. 短期利用が想定されるため
 2. 定期的なモニタリングが必要と思われるため
 3. 不要になれば返却できるため
 4. レンタル料が安い
 5. 利用者が定期的な訪問やメンテナンスを希望したため
 6. 購入の場合、支給限度額を超過することが見込まれるため
 7. 介護支援専門員等から勧められたため
 8. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため
 9. わからない
 10. その他 ()

③-3 ③-2で「1.短期利用が想定されるため」と回答した方にお伺いします
短期利用の想定をした理由を教えてください

- (選択)
1. 利用者の病状や身体機能が進行・増悪傾向にあるため
 2. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にあるため
 3. 施設入所、病院への入院を控えているため
 4. その他 ()

③-4 ③-2で「7.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

- (選択)
1. ケアマネジメントの必要性が高いため
 2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針であるため
 3. その他 ()

④ 貸与している多点杖の個数を教えてください

個

④-1 ④で1個以上の回答をした方にお伺いします
歩行器の種類を教えてください

- (選択)
- | |
|-----------|
| 1. 4点杖 |
| 2. サイドケイン |
| 3. その他 |

④-2 ④で1個以上の回答をした方にお伺いします
福祉用具専門相談員からみた、利用者が貸与を選択した決め手を教えてください(最も重視された理由)

- (選択)
- | |
|-----------------------------------|
| 1. 短期利用が想定されるため |
| 2. 定期的なモニタリングが必要と思われるため |
| 3. 不要になれば返却できるため |
| 4. レンタル料が安い |
| 5. 利用者が定期的な訪問やメンテナンスを希望したため |
| 6. 購入の場合、支給限度額を超過することが見込まれるため |
| 7. 介護支援専門員等から勧められたため |
| 8. 医師・看護職員やリハビリテーション専門職等の意見があったため |
| 9. わからない |
| 10. その他 (<input type="text"/>) |

④-3 ④-2で「1.短期利用が想定されるため」と回答した方にお伺いします
短期利用の想定をした理由を教えてください

- (選択)
- | |
|---------------------------------|
| 1. 利用者の病状や身体機能が進行・増悪傾向にあるため |
| 2. 利用者の病状や身体機能が改善傾向にあるため |
| 3. 施設入所、病院への入院を控えているため |
| 4. その他 (<input type="text"/>) |

④-4 ④-2で「7.介護支援専門員等から勧められたため」と回答した方にお伺いします
勧められた理由を教えてください

- (選択)
- | |
|---------------------------------|
| 1. ケアマネジメントの必要性が高いため |
| 2. 多職種による情報共有・協議で決めた方針であるため |
| 3. その他 (<input type="text"/>) |

(2) 福祉用具サービス計画に記載するモニタリングについてお伺いします

① 福祉用具サービス計画に記載するモニタリング時期の設定に際し、考慮した点を教えてください【複数選択可】

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| ☐ | 1. 利用者の年齢 |
| ☐ | 2. 利用者の罹患している疾患 |
| ☐ | 3. 福祉用具の種目 |
| ☐ | 4. 利用者の障害固定の状況 |
| ☐ | 5. 疾患理解や管理能力 |
| ☐ | 6. 利用者の介護環境(同居家族の有無等) |
| ☐ | 7. 利用者の日常生活に関する活動意欲や体調管理に関する関心 |
| ☐ | 8. 利用者一律に期間を定めている |
| ☐ | 9. その他 (<input type="text"/>) |
| ☐ | 10. 特になし |

② 直近のモニタリングの実施方法を教えてください【複数選択可】

☐	1. 利用者宅への訪問による確認
☐	2. 利用者・家族への電話による確認
☐	3. 通所介護等、利用者がサービスを利用している時に訪問して確認
☐	4. その他 ()

③ 福祉用具サービス計画を作成した時に設定した初回のモニタリング時期を教えてください
※選択制導入前からの利用者の場合、令和6年4月以降に作成した福祉用具サービス計画について回答ください

西暦 年 月

③-1 ③で回答した時期に対して、予定通りに実施できたか教えてください

(選択)	1. 福祉用具サービス計画を作成した時に設定した予定通りに実施した	
	2. 予定よりも早いスケジュールで実施した → どれくらい早く実施したか	カ月
	3. 予定よりも遅いスケジュールで実施した → どれくらい遅く実施したか	カ月
	4. 現時点では未実施	

③-2 ③-1で「2.予定よりも早く実施した」と回答した方にお伺いします
モニタリング実施時期の変更理由を教えてください

(選択)	1. 初めて福祉用具を使用する利用者で支援が必要だった
	2. 使用方法の理解が難しく、説明や指導等が必要だった
	3. 独居で状況確認が必要だった
	4. 退院・退所後の期間が浅く、状況確認が必要だった
	5. 急な身体状況の変化があった
	6. 利用者・家族から要望があった
	7. その他 ()

④ モニタリングで把握した内容を教えてください【複数選択可】

☐	1. 身体状況の変化
☐	2. 日常生活動作の状況の変化
☐	3. 意欲・意向の変化
☐	4. 家族構成、主介護者の変化
☐	5. サービス利用等の変化
☐	6. 住環境の変化
☐	7. 経済状況の変化
☐	8. 使用している福祉用具に関する利用状況の課題
☐	9. 福祉用具のメンテナンス状況
☐	10.その他 ()

⑤ 令和7年1月～令和7年8月の期間において、モニタリング結果を踏まえて行った福祉用具貸与の見直し状況を教えてください【複数選択可】

(選択)	1. 見直しを行った
	2. 見直しをしていない
	3. その他 ()

⑤-1 ⑤で「1.見直しを行った」と回答した方にお伺いします
見直しを行った結果を教えてください

- | | |
|------|---|
| (選択) | 1. 貸与を終了した
2. 購入へ切り替えた
3. 貸与を継続した
4. その他 () |
|------|---|

⑤-2 ⑤で「2.見直しをしていない」と回答した方にお伺いします
見直しを行わなかった理由を教えてください

- | | |
|------|---|
| (選択) | 1. モニタリングや貸与継続の必要性の検討の結果、変更は不要と判断した
2. 福祉用具専門相談員の総合的な判断により、変更は不要と判断した
3. 介護支援専門員の総合的な判断により、変更は不要と判断した
4. 利用者本人・家族の意向により、変更は不要と判断した
5. その他 () |
|------|---|

⑥ モニタリングに要した時間を教えてください（移動時間・記録作成時間を含まず、1回あたり）

- | | |
|------|---|
| (選択) | 1. ～10分
2. 10分～30分
3. 30分～1時間
4. 1時間以上 |
|------|---|

⑦ モニタリング記録作成に要した時間を教えてください(1回あたり)

- | | |
|------|---|
| (選択) | 1. ～10分
2. 10分～30分
3. 30分～1時間
4. 1時間以上 |
|------|---|

⑧ 介護支援専門員に報告したモニタリング内容を教えてください

- | | |
|------|--|
| (選択) | 1. (2)④で把握した内容について、全てを報告した
2. (2)④で把握した内容のうち、変化のあった項目のみを報告した
3. 特に変わらなかったため、変化がなかったことを報告した
4. その他 |
|------|--|

⑨ 介護支援専門員にモニタリングの報告をしたことによる効果を教えてください【複数選択可】

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | 1. 現状に適していない福祉用具を見直す等、ケアプランの見直しにつながった |
| ☐ | 2. 利用者の生活環境や福祉用具の利用状況に適したケアプランを検討するための参考状況になった |
| ☐ | 3. 現在の利用者の生活環境を把握し、福祉用具の利用状況を確認することで、利用者の自立支援につながった |
| ☐ | 4. その他 () |

(3) 貸与した福祉用具による事故についてお伺いします

① 貸与した福祉用具による事故の有無を教えてください

※「事故」とは、死亡又は負傷・疾病(医師の診断や治療を必要とするもの(或いは、必要となると思慮されるもの))とします

- | | |
|------|----------------------------------|
| (選択) | 1. あった
2. 現時点ではない
3. わからない |
|------|----------------------------------|

①-1 ①で「1.あった」と回答した方にお伺いします
事故が発生した福祉用具の種類を教えてください

- | | |
|--|----------------|
| | 1. 固定用スロープ |
| | 2. 歩行器(歩行車を除く) |
| | 3. 単点杖(松葉杖を除く) |
| | 4. 多点杖 |

(4) 貸与した福祉用具によるヒヤリ・ハットについてお伺いします

① 貸与した福祉用具によるヒヤリ・ハットの有無を教えてください

※「ヒヤリ・ハット」とは、事故や怪我に繋がるような危険な使い方及び場面、事象等とします

- | | |
|------|------------|
| (選択) | 1. あった |
| | 2. 現時点ではない |
| | 3. わからない |

①-1 ①で「1.あった」と回答した方にお伺いします
ヒヤリハットが発生した福祉用具の種類を教えてください

- | | |
|--|----------------|
| | 1. 固定用スロープ |
| | 2. 歩行器(歩行車を除く) |
| | 3. 単点杖(松葉杖を除く) |
| | 4. 多点杖 |

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。

回答欄について

(選択)

⇒プルダウンメニューから1つ選んでください

⇒該当する選択肢の横に○印

⇒文字等を入力してください

⇒数値を入力してください

※他設問の回答状況により、回答が不要な設問はグレーに塗りつぶされます。
※回答した値を削除したい場合は、キーボードの「Delete」キーを使用してください。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査
【居宅介護支援事業所票】

<回答上の注意>

■ ご記入にあたってのご注意

●

本調査は、居宅介護支援事業所における、一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入についての実態把握を目的としたアンケート調査です。
貴法人または事業所において、上記の選択制の対応状況や、事業所の方針等、事業所全体に関する詳細を把握されている方にご回答をお願いいたします。

●

特に指定の無い限り、令和7年4月1日(火)現在の状況についてご回答ください。

●

上記の方法にて、令和7年10月●日(●) 17時までにご回答をお願いいたします。

●

ご記入済の調査票は (URLを記載) からアップロードをお願いします。

■ 調査に関するお問い合わせ先

「一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査」事務局
電話:0120-XXX-XXX(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。
株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア事業本部

問1 基本情報

(1) 事業所についてお伺いします

① 事業所の開設年を教えてください

西暦 年

② 事業所の開設主体を教えてください

(選択)

1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合

2. 社会福祉協議会

3. 社会福祉法人(社協以外)

4. 医療法人

5. 社団・財団法人

6. 協同組合及び連合会

7. 営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)

8. 特定非営利活動法人(NPO)

9. その他 ()

③ 法人が運営する福祉用具貸与・販売事業所の有無を教えてください

(選択)

1. 有している

2. 有していない

③-1 ③で「1.有している」と回答した方にお伺いします
事業所は併設もしくは近接しているのか教えてください

(選択)

1. 併設もしくは近接している

2. 該当しない

35

問2 職員体制

(1) 事業所の職員の人数についてお伺いします

① 介護支援専門員および事務員等の職員数を教えてください ※実人数

介護支援専門員 人

事務員等 人

問3 選択制の対象者の実態

(1) 令和7年4月～6月における選択制の対象者についてお伺いします

① 令和7年4月～6月に新たに選択制の対象種目がケアプランに位置付けられた利用者における判断実績を教えてください

選択制の対象種目がケアプランに位置付けられた利用者の実人数		人
うち、選択制についての説明を行った利用者の実人数		人
うち、購入を選択した利用者の実人数		人
うち、ケアプランに位置付けられたサービスが選択制の対象種目の福祉用具のみの人数		人
うち、購入を選択したことでケアプランの作成がなくなった人数		人

問4 選択制の導入に伴う対応事項

(1) 問3で「選択制の対象種目がケアプランに位置付けられた利用者の実人数」が1人以上と回答された方にお伺いします

① 【説明】利用者への選択制の制度趣旨を説明する者を教えてください ※事業所で把握しているもので最も多いケースを回答ください

(選択)

1. 介護支援専門員

2. 福祉用具専門相談員

①-1 ①で「1.介護支援専門員」と回答した方にお伺いします
利用者への選択制の制度趣旨を説明する際に準備している資料を教えてください 【複数選択可】

☐	1. 選択制の制度概要
☐	2. 選択制に該当する福祉用具の使用期間の目安
☐	3. 長期利用した場合の購入および貸与にかかる費用の比較
☐	4. 購入および貸与を選択した場合のケアプランについて
☐	5. 購入を選択した利用者に向けた、購入後の福祉用具に関する問い合わせ先
☐	6. 購入を選択した利用者に向けた、購入後の福祉用具に不具合が生じた際の連絡先
☐	7. その他 ()
☐	8. 特になし

② 【協議】選択制の提案に向けた事業者間での協議のきっかけを教えてください ※事業所で把握しているもので最も多いケースを回答ください

(選択)

1. 担当の介護支援専門員からの提案

2. 担当の福祉用具専門相談員からの提案

3. 利用者本人・家族の要望

4. その他 ()

②-1 ②で「1.担当の介護支援専門員からの提案」と回答した方にお伺いします
貸与または購入の適否を判断するための情報を収集した専門職を教えてください (事業所で把握しているもの全てを選択)

☐	1. 担当の福祉用具専門相談員
☐	2. 主治医・かかりつけ医
☐	3. 看護職員
☐	4. リハビリテーション専門職(PT・OT・ST)
☐	5. 介護職員
☐	6. その他 ()

③【協議】医学的所見を取得する者を教えてください（事業所で把握しているもので最も多いケースを回答ください）

(選択)	1. 福祉用具専門相談員
	2. 介護支援専門員

③-1 ③で「2.介護支援専門員」と回答した方にお伺いします
医学的所見の取得先を教えてください（事業所で把握しているもので最も多いケースを回答ください）

(選択)	1. 主治医・かかりつけ医
	2. 看護職員
	3. リハビリテーション専門職(PT・OT・ST)
	4. その他 （

③-2 ③で「2.介護支援専門員」と回答した方にお伺いします
医学的所見の取得方法を教えてください（事業所で把握しているもの全てを選択）

	1. 直接対面や電話で聴取
	2. 書面回答を受領
	3. カンファレンスや会議等、多職種が集まる場で聴取
	4. その他 （

④【協議】事業者間での情報共有・協議の場を教えてください（事業所で把握しているもので最も多いケースを回答ください）

(選択)	1. 利用者居宅への他職種訪問時に担当の介護支援専門員が同席
	2. サービス担当者会議
	3. 利用者・家族からの要望を受けて協議の機会を個別に設定
	4. 地域ケア会議
	5. その他 （

⑤【提案】貸与または購入を利用者に提案する者を教えてください（事業所で把握しているもので最も多いケースを回答ください）

(選択)	1. 介護支援専門員が実施している
	2. 福祉用具専門相談員が実施している
	3. 利用者により、介護支援専門員・福祉用具専門相談員の分担を決めて実施している
	4. 介護支援専門員・福祉用具専門相談員と一緒に説明している

⑤-1 ⑤で「1.介護支援専門員が実施している」と回答された方にお伺いします
選択制について利用者に提案する際に、利用者へ提供している情報を教えてください

1. 必須で提供している	2. 必要に応じて提供している	3. 提供していない	（現状に最も近いものを選択）
--------------	-----------------	------------	----------------

(選択)	1. 利用者の身体状況の変化の見通しに関する意見
(選択)	2. 生活環境(家族・支援者の状況と住環境)等の変化に関する見通し
(選択)	3. 福祉用具の利用期間に関する見通し
(選択)	4. 福祉用具の貸与と購入それぞれの負担額の違い
(選択)	5. 長期利用が見込まれる場合は購入の方が利用者負担額を抑えられること
(選択)	6. 短期利用が見込まれる場合は適時・適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
(選択)	7. 選択制の趣旨説明時に渡した資料
(選択)	8. その他 （

(2) 保険者の対応についてお伺いします

① 選択制導入に関する保険者からの説明について教えてください【複数選択可】

	1. 説明会があった
	2. 文書等による案内があった
	3. 事業所から問合せを行い説明を受けた
	4. その他 ()
	5. 特になし

② 選択制導入に関する保険者の方針を教えてください【複数選択可】

	1. 保険者としての方針は特に示されていない
	2. 貸与優先の方針が示されている保険者がある(または多い)
	3. 購入優先の方針が示されている保険者がある(または多い)
	4. わからない

③ 購入を選択した場合の保険者の対応を教えてください【複数選択可】

	1. 利用者に選択制の説明をする前に事前に相談が必要である
	2. 購入を選択した場合、購入前に事前相談が必要である
	3. 保険者との対応は福祉用具専門相談員が実施している
	4. 通常の特定福祉用具販売に関する手続き以外、対応していることはない
	5. その他 ()
	6. わからない

問5 福祉用具専門相談員との連携の内容や連携方法

(1) 購入を選択した利用者についての福祉用具専門相談員との連携についてお伺いします

① 購入種目の利用目標設定のために居宅介護支援専門員から福祉用具専門相談員へ必須で情報提供している内容を教えてください【複数選択可】

	1. 居宅サービス計画書(他サービスの利用がある場合)
	2. アセスメントシート
	3. フェイスシート
	4. その他 ()
	5. 特になし

①-1 ①で「1.居宅サービス計画書」「2.アセスメントシート」「4.その他」と回答された方にお伺いします
情報を提供するタイミングを教えてください

(選択)	1. 福祉用具専門相談員から依頼を受けた際
	2. 福祉用具サービスの利用が決定した時
	3. サービス担当者会議時
	4. 月末に他利用者とまとめて連携
	5. その他 ()

(2) 貸与種目(選択制関わらず)における福祉用具専門相談員とのモニタリング記録等の情報共有の状況についてお伺いします

① モニタリング記録に含まれる項目のうち、ケアプラン見直し等へ活用したことがある情報を教えてください【複数選択可】

☐	1. モニタリング結果の総合評価
☐	2. 福祉用具利用目標
☐	3. 目標達成状況
☐	4. 使用状況の問題
☐	5. 点検結果
☐	6. 身体状況の変化(ADL、状態像の変化等)
☐	7. 生活状況の変化(住環境、サービスの利用内容の変化等)
☐	8. 精神状況の変化(認知機能、精神・心理面の変化等)
☐	9. 家族の状況の変化
☐	10. 意欲・意向等の変化
☐	11. 利用者及び家族の希望
☐	12. 今後の方針
☐	13. 福祉用具サービス計画の見直しの必要性
☐	14. その他(利用者名等の基本情報を除く) ()
☐	15. 特になし

①-1 上記①の情報以外に、福祉用具専門相談員からの連携が必要と考えられる情報を教えてください(自由記述)

② 福祉用具専門相談員からモニタリング記録を受領したことによる効果を教えてください【複数選択可】

☐	1. 利用者の生活環境や福祉用具の利用状況に適したケアプランを検討するための参考情報になった
☐	2. 現在の利用者の生活環境の把握や福祉用具の利用状況の確認が、利用者の自立支援につながったことを把握できた
☐	3. 特に効果は感じていない
☐	4. その他 ()

(3) 福祉用具専門相談員との情報共有の状況についてお伺いします

① 福祉用具専門相談員への情報提供や、モニタリング記録の共有のために実施している手段を教えてください【複数選択可】

☐	1. ケアプランデータ連携システム上で共有
☐	2. クラウド上で共有(ケアプランデータ連携システム以外)
☐	3. メール送付
☐	4. 紙文書をスキャン等して送付
☐	5. 紙文書を郵送
☐	6. 紙文書をFAX送信
☐	7. 紙で手渡し
☐	8. その他 ()

問6 選択制に対する利用者の声

(1) 福祉用具貸与の種目における、購入を希望する利用者の声がある用具についてお伺いします

① 福祉用具貸与の種目のうち、現在選択制の対象でない種目について購入を希望する利用者の声がある用具とその理由を選択してください【複数選択可】

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	
		貸与の ためにも 購入の方 が経	修理交 換の頻 度が低 いか	要介護 度が関 わりな く長	利用 者が 見込 める から 長期	他人が 使った ものに 抵抗	その他	
	1. 車いす(付属品を含まない)						(	)
	2. 車いす付属品						(	)
	3. 特殊寝台(付属品を含まない)						(	)
	4. 特殊寝台付属品						(	)
	5. 床ずれ防止用具						(	)
	6. 体位変換器						(	)
	7. 手すり						(	)
	8. 携帯用スロープ						(	)
	9. 歩行車						(	)
	10. 松葉杖						(	)
	11. 認知症老人徘徊感知機器						(	)
	12. 移動用リフト						(	)
	13. 自動排泄処理装置						(	)
	14. 特になし						(	)

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。

回答欄について

(選択)

⇒プルダウンメニューから1つ選んでください

⇒該当する選択肢の横に○印

⇒文字等を入力してください

⇒数値を入力してください

※他設問の回答状況により、回答が不要な設問はグレーに塗りつぶされます。
※回答した値を削除したい場合は、キーボードの「Delete」キーを使用してください。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査
【保険者票】

<回答上の注意>

■ ご記入にあたってのご注意

● 本調査は、保険者における一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関わる実態を把握することを目的とするアンケート調査です。

介護保険の保険者が広域連合である場合には、構成市町村ごとに個別の回答をいただく必要はございません。

● 当該広域連合として1件に取りまとめてご回答くださいますようお願いいたします。
(広域連合としての回答が難しいものがあれば、お手数ですが各構成市町村からの回答の取りまとめをお願いいたします。)

● 特に指定の無い限り、令和7年4月1日(火)現在の状況についてご回答ください。

● 上記の方法にて、令和7年10月●日(●) 17時までにご回答をお願いいたします。

● ご記入済の調査票は (URLを記載) からアップロードをお願いします。

■ 調査に関するお問い合わせ先

「一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入に関するアンケート調査」事務局

電話:0120-XXX-XXX(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。

株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア事業本部

問1 基本情報

(1) 介護保険被保険者数についてお伺いします

① 保険者番号を教えてください ※半角数字6桁でご記入ください

(2) 国保連合会への請求事務についてお伺いします

① 国保連合会への特定福祉用具販売の請求事務委託の有無を教えてください

(選択)

1. 委託している

2. 委託していない

(3) 特定福祉用具販売の給付実績についてお伺いします

令和5～7年度における、特定福祉用具販売の給付実績総額および実人数を教えてください

① ※要介護度別に把握していない場合は合計のみご記入いただき、不明箇所は「-(ハイフン)」, 該当者なしには「0」を入力してください
※ケアプランなし件数:ケアプラン(居宅サービス計画)が作成されていない利用者への給付件数

【令和5年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	うち、ケアプランなし件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	うち、ケアプランなし件数								
	給付総額								

	6月	実人数									
		給付件数									
		うち、ケアプランなし件数									
		給付総額									
	【令和6年度】										
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
	4月	実人数									
		給付件数									
		うち、ケアプランなし件数									
		給付総額									
	5月	実人数									
		給付件数									
		うち、ケアプランなし件数									
		給付総額									
	6月	実人数									
		給付件数									
		うち、ケアプランなし件数									
		給付総額									

【令和7年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	うち、ケアプランなし件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	うち、ケアプランなし件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	うち、ケアプランなし件数								
	給付総額								

(4) 選択制対象種目別の特定福祉用具販売の給付実績についてお伺いします

① 選択制対象種目別の特定福祉用具販売の給付実績の把握をしているか教えてください

- (選択)
1. 把握している
2. 把握していない

①-1 ①で「1.把握している」と回答された方にお伺いします
給付実績のある選択制対象種目を年度別に教えてください【複数選択可】

	令和5年度	令和6年度	令和7年度
固定用スロープ			
歩行器(歩行車を除く)			
単点杖(松葉杖を除く)			
多点杖			

- ①-1で「固定用スロープ」を選択された方にお伺いします
固定用スロープにおける、令和5～7年度の特定福祉用具販売の給付実績総額・実人数を教えてください
- ①-2 実績がない場合は次の①-3へお進みください
※要介護度別に把握していない場合は合計のみご記入いただき、不明箇所は「-(ハイフン)」、該当者なしには「0」を入力してください

【固定用スロープ:令和5年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【固定用スロープ:令和6年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【固定用スロープ:令和7年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

- ①-1で「歩行器」を選択された方にお伺いします
歩行器における、令和5～7年度の特定福祉用具販売の給付実績総額・実人数を教えてください
①-3 実績がない場合は次の①-4へお進みください
※要介護度別に把握していない場合は合計のみご記入いただき、不明箇所は「-(ハイフン)」、該当者なしには「0」を入力してください

【歩行器(歩行車を除く):令和5年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【歩行器(歩行車を除く):令和6年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【歩行器(歩行車を除く):令和7年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

- ①-1で「単点杖(松葉杖を除く)」を選択された方にお伺いします
単点杖(松葉杖を除く)における、令和5～7年度の特定福祉用具販売の給付実績総額・実人数を教えてください
- ①-4 実績がない場合は次の①-5へお進みください
※要介護度別に把握していない場合は合計のみご記入いただき、不明箇所は「-(ハイフン)」、該当者なしには「0」を入力してください

【単点杖(松葉杖を除く):令和5年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【単点杖(松葉杖を除く):令和6年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【単点杖(松葉杖を除く):令和7年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

- ①-1で「多点杖」を選択された方にお伺いします
多点杖における、令和5～7年度の特設福祉用具販売の給付実績総額・実人数を教えてください
①-5 実績がない場合は次の設問へお進みください
※要介護度別に把握していない場合は合計のみご記入いただき、不明箇所は「-(ハイフン)」、該当者なしには「0」を入力してください

【多点杖:令和5年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【多点杖:令和6年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

【多点杖:令和7年度】

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
4月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
5月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								
6月	実人数								
	給付件数								
	給付総額								

問2 一部の福祉用具における貸与と販売の選択制の導入後の現状

(1) 一部の福祉用具における貸与と販売の選択制の導入後の現状についてお伺いします

① 購入を選択する利用者の申請に際して提出を求めている書類を教えてください【複数選択可】

選択制 対象種目	特定福祉用具 販売一般	
		1. 福祉用具利用計画
		2. 居宅サービス計画書
		3. 医学的所見
		4. 選択制の意思決定に際しての記録(サービス担当者会議の議事録等)
		5. 購入した福祉用具のパンフレット等
		6. (スロープの場合)自宅等設置する箇所を示した図面
		7. その他 ()
		8. 特になし

② 選択制対象種目の購入の場合の給付可否の判断基準を教えてください

(選択)	1. 通常の購入時と同様の基準としている
	2. 通常の購入時の判断基準とは別に基準・要件を設けている

②-1 通常の購入時の判断基準を教えてください (自由記述)

②-2 ②で「2.通常の購入時の判断基準とは別に基準・要件を設けている」と回答された方にお伺いします
通常の購入時の判断基準とは別に設けている基準・要件を教えてください（自由記述）

③ 選択制対象種目の購入手続きに際して生じている課題を教えてください【複数選択可】

	1. 同一種目の貸与での利用がある場合の必要性の判断が難しい
	2. 事業所または利用者が居宅介護福祉用具購入支給限度基準額との調整のため、購入時期を遅らせることがある
	3. 事務負担が大きい
	4. 事業所または利用者・利用者家族からの選択制の手続き等に関する問い合わせが多い
	5. (スロープ等)使用場所の把握や、実際にその場所で使用されているかどうかの把握が難しい
	6. その他（ ）
	7. 特になし

④ 選択制対象種目の買替・修理が発生したか教えてください(介護保険適用分のみ)

(選択)	1. 買替・修理が発生した
	2. 現状買替・修理は発生していない

④-1 ④で「1.買替・修理が発生した」と回答された方にお伺いします
発生件数を把握しているか教えてください

(選択)	1. 発生件数を把握している
	2. 発生件数を把握していない

④-2 ④-1で「1.発生件数を把握している」と回答された方にお伺いします
該当の種目を選択の上、令和6、7年度における各種目別の買替・修理発生件数を教えてください
※種目別の件数を把握していない場合は合計件数のみご記入いただき、不明箇所は「-(ハイフン)」を入力してください

【令和6年度】	【令和7年度】		【令和6年度】	【令和7年度】
		1. 固定用スロープ		
		2. 歩行器(歩行車を除く)		
		3. 単点杖(松葉づえを除く)		
		4. 多点杖		
		5. 種目別の件数は把握していない		
		合計		

⑤ ケアプラン点検時に確認している情報を教えてください【複数選択可】

	1. 選択制の対象種目に関する説明等の実施状況
	2. 選択制の対象種目の購入記録(判断の経緯等)
	3. 福祉用具貸与に関するモニタリング結果
	4. 購入の判断の根拠となる書類の有無
	5. サービス担当者会議での検討結果
	6. その他（ ）
	7. 特になし

(2) 選択制の導入に伴う福祉用具貸与・販売事業所への指導・対応状況についてお伺いします

① 一部の福祉用具における貸与と購入の選択制導入に関する福祉用具貸与・販売事業所への説明の実施状況について教えてください【複数選択可】

	1. 貸与事業所向けの個別説明会を実施
	2. 集団指導等の場で口頭説明を実施
	3. 文書等による案内を実施
	4. 問い合わせを受けて随時回答
	5. 運営指導等の場で説明を実施
	6. その他 ()
	7. 特になし

①-1 ①で「1.貸与事業所向けの個別説明会を実施」と回答された方にお伺いします
令和6年4月～令和7年9月時点までの実施回数実績を教えてください

回

①-2 ①で「2.集団指導等の場で口頭説明を実施」と回答された方にお伺いします
令和6年4月～令和7年9月時点までの実施回数実績を教えてください

回

② 一部の福祉用具における貸与と販売の選択制導入に関する保険者の方針(福祉用具貸与・販売事業所向け)を教えてください

(選択)	1. 保険者としての方針は特に示していない
	2. 保険者としての方針を示している

②-1 ②で「2.保険者としての方針を示している」と回答された方にお伺いします
示している具体的な方針について教えてください (自由記述)

③ 利用者が購入を選択した場合に、保険者が福祉用具貸与・販売事業所に求めている対応を教えてください【複数選択可】

	1. 販売前の事前相談
	2. その他 ()
	3. 通常の購入に関する手続き以外、求めている対応は特になし

④ 福祉用具貸与・販売事業所の運営指導時に選択制に関して確認している書類を教えてください【複数選択可】

	1. 選択制導入にあたっての記録(サービス担当者会議の議事録等)
	2. サービス提供記録
	3. その他 ()
	4. 特になし

④-1 ④で「1.選択制導入にあたっての記録」と回答された方にお伺いします
具体的な確認事項を教えてください【複数選択可】

	1. 選択制の制度主旨の説明の実施有無
	2. 多職種による協議の実施有無
	3. 貸与または購入を提案した理由
	4. その他 ()
	5. 特になし

④-2 ④で「2.サービス提供記録」と回答された方にお伺いします
具体的な確認事項を教えてください【複数選択可】

	1. 用具の使用状況
	2. メンテナンス等の実施状況
	3. 目標達成状況
	4. ヒヤリ・ハット、事故の発生有無
	5. その他 ()
	6. 特になし

⑤ 選択制に関する事業所への実地指導又は文書指導等における指摘状況について教えてください

(選択)	1. 事業所を指摘したことがある
	2. 事業所を指摘したことはない

⑤-1 ⑤で「1.事業所を指導した実績がある」と回答された方にお伺いします
選択制に関する指導の具体的な内容を教えてください【複数選択可】

	1. 利用者または利用者家族へ、貸与又は購入の選択に関する説明がなされていない、あるいはその記録を残していない
	2. 利用者への貸与または購入の提案にあたり、医学的所見を入手していない、あるいはその記録を残していない
	3. 貸与または購入のどちらかに意図的に偏った提案をしている
	4. 貸与または購入の提案の理由や協議の内容等の記録を残していない、又は十分な検討が行われていない
	5. 利用者・家族からの要請等に応じた対応を行っていない
	6. 目標達成状況の確認を実施していない
	7. その他 ()

(3) モニタリングの実施時期の記載及びその介護支援専門員への提供に関する福祉用具貸与・販売事業所への指導・対応状況についてお伺いします

① 事業所の運営指導時にモニタリングの実施時期の明記及び介護支援専門員への提供に関して確認している書類を教えてください【複数選択可】

	1. 福祉用具貸与計画
	2. モニタリング記録
	3. 介護支援専門員への提供の記録(サービス担当者会議の議事録等)
	4. その他 ()
	5. 特になし

①-1 ①で「1.福祉用具貸与計画」と回答された方にお伺いします
具体的な確認事項を教えてください

	1. 次回モニタリングの実施予定日
	2. その他 ()
	3. 特になし

①-2 ①で「2.モニタリング記録」と回答された方にお伺いします
具体的な確認事項を教えてください

	1. モニタリングの実施頻度
	2. モニタリング時の確認内容
	3. その他 ()
	4. 特になし

② モニタリングの実施時期の記載について、事業所への実地指導又は文書指導における指摘状況を教えてください

- (選択)
1. 事業所を指摘したことがある
2. 事業所を指摘したことはない

①-1 ②で「1.事業所を指導した実績がある」と回答された方にお伺いします
指導の具体的な内容を教えてください【複数選択可】

1. 次回モニタリング実施日が明記されていない
2. モニタリングの実施頻度が6か月に1回よりも少ない
3. その他 ()

③ モニタリング記録の介護支援専門員への提供についての事業所への実地指導又は文書指導等における指摘状況を教えてください

- (選択)
1. 事業所を指摘したことがある
2. 事業所を指摘したことはない

②-1 ③で「1.事業所を指導した実績がある」と回答された方にお伺いします
指導の具体的な内容を教えてください【複数選択可】

1. 介護支援専門員へ提供されていない
2. 適時適切な提供が行われていない
3. 提供されている記録の内容が不十分である
4. その他 ()

(4) 選択制の導入に伴う居宅介護支援事業所への対応事項についてお伺いします

① 一部の福祉用具における貸与と購入の選択制導入に関する居宅介護支援事業所への説明実施状況について教えてください【複数選択可】

1. 個別の説明会を実施
2. 集団指導等の場で説明を実施
3. 文書等による案内を実施
4. 問い合わせを受けて説明を実施
5. 運営指導等の場で説明を実施
6. その他 ()
7. 説明を行っていない

①-1 ①で「1.個別の説明会を実施」と回答された方にお伺いします
令和6年4月～令和7年9月時点までの実施回数実績を教えてください

回

①-2 ②で「2.集団指導等の場で説明を実施」と回答された方にお伺いします
令和6年4月～令和7年9月時点までの実施回数実績を教えてください

回

② 一部の福祉用具における貸与と販売の選択制導入に関する保険者の方針(居宅介護支援事業所向け)を教えてください

- (選択)
1. 保険者としての方針は特に示していない
2. 保険者としての方針を示している

②-1 ②で「2.保険者としての方針を示している」と回答された方にお伺いします
示している具体的な方針について教えてください (自由記述)

③ 利用者が購入を選択した場合に、保険者が居宅介護支援事業所に求めている対応を教えてください【複数選択可】

	1. 購入前の事前相談を求めている
	2. 通常の購入に関する手続き以外、対応していることはない
	3. その他 ()

(5) 選択制に対する意見についてお伺いします

① 選択制に対する意見・要望を教えてください（自由記述）

①-1 選択制の対象種目について

--

①-2 居宅介護福祉用具購入費支給限度基準額について

--

①-3 選択制の対象種目を購入した場合のその後の事業者による対応について

--

①-4 その他

--

② 住民の声も踏まえ、保険者としてサービス提供の質の担保の観点から、選択制の対象種目について、貴保険者としての評価として当てはまるものを選択してください。

【現在選択制対象の種目についてのご意見】

1.貸与のみとすべき 2.販売のみとすべき 3.選択制のままでよい 4.特に意見なし（現状に最も近いものを選択）

(選択)	1. 固定用スロープ
(選択)	2. 歩行器(歩行車を除く)
(選択)	3. 単点杖(松葉杖を除く)
(選択)	4. 多点杖

②-1 ②で「1.固定用スロープ」を、「1.貸与のみとすべき」「2.販売のみとすべき」と回答された方にお伺いします
その理由を教えてください【複数選択可】

【固定用スロープ:「1.貸与のみとすべき」】

	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
	2. 定期的なメンテナンスが必要だから
	3. 定期的なモニタリングが必要だから
	4. 壊れやすいから
	5. 長期的な利用が見込まれないから
	6. その他 ()

【固定用スロープ:「2.販売のみとすべき」】

	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
	2. 修理交換の頻度が低いから
	3. 要介護度に関わりなく長期利用が見込める用具だから
	4. 利用者が軽度なので長期利用が見込めるから
	5. 他人が使ったものに抵抗があると考えられるから
	6. その他 ()

②-2 ②で「2. 歩行器(歩行車を除く)」を、「1.貸与のみとすべき」「2.販売のみとすべき」と回答された方にお伺いします
その理由を教えてください【複数選択可】

【歩行器(歩行車を除く):「1.貸与のみとすべき」】

☐	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
☐	2. 定期的なメンテナンスが必要だから
☐	3. 定期的なモニタリングが必要だから
☐	4. 壊れやすいから
☐	5. 長期的な利用が見込まれないから
☐	6. その他 ()

【歩行器(歩行車を除く):「2.販売のみとすべき」】

☐	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
☐	2. 修理交換の頻度が低いから
☐	3. 要介護度に関わりなく長期利用が見込める用具だから
☐	4. 利用者が軽度なので長期利用が見込めるから
☐	5. 他人が使ったものに抵抗があると考えられるから
☐	6. その他 ()

②-3 ②で「3. 単点杖(松葉杖を除く)」を、「1.貸与のみとすべき」「2.販売のみとすべき」と回答された方にお伺いします
その理由を教えてください【複数選択可】

【単点杖(松葉杖を除く):「1.貸与のみとすべき」】

☐	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
☐	2. 定期的なメンテナンスが必要だから
☐	3. 定期的なモニタリングが必要だから
☐	4. 壊れやすいから
☐	5. 長期的な利用が見込まれないから
☐	6. その他 ()

【単点杖(松葉杖を除く):「2.販売のみとすべき」】

☐	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
☐	2. 修理交換の頻度が低いから
☐	3. 要介護度に関わりなく長期利用が見込める用具だから
☐	4. 利用者が軽度なので長期利用が見込めるから
☐	5. 他人が使ったものに抵抗があると考えられるから
☐	6. その他 ()

②-4 ②で「4. 多点杖」を、「1.貸与のみとすべき」「2.販売のみとすべき」と回答された方にお伺いします
その理由を教えてください【複数選択可】

【多点杖:「1.貸与のみとすべき」】

☐	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
☐	2. 定期的なメンテナンスが必要だから
☐	3. 定期的なモニタリングが必要だから
☐	4. 壊れやすいから
☐	5. 長期的な利用が見込まれないから
☐	6. その他 ()

【多点杖:「2.販売のみとすべき」】

	1. 利用者の自己負担額が抑えられるから
	2. 修理交換の頻度が低いから
	3. 要介護度に関わりなく長期利用が見込める用具だから
	4. 利用者が軽度なので長期利用が見込めるから
	5. 他人が使ったものに抵抗があると考えられるから
	6. その他 ()

③ 現在選択制の対象でない種目のうち、貸与と販売を選択できるようにした方が良いと考えられる種目とその理由を教えてください「複数選択可」

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	え利用者の自己負担額が抑	ら修理交換の頻度が低い	か期要利用が度に見込める用具だ	利用者が軽度なので長期	が他人が使ったものに抵抗	その他
1. 車いす(付属品を含まない)						()
2. 車いす付属品						()
3. 特殊寝台(付属品を含まない)						()
4. 特殊寝台付属品						()
5. 床ずれ防止用具						()
6. 体位変換器						()
7. 手すり						()
8. 携帯用スロープ						()
9. 歩行車						()
10. 松葉杖						()
11. 認知症老人徘徊感知機器						()
12. 移動用リフト						()
13. 自動排泄処理装置						()
14. 特になし						

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。