

事 務 連 絡
令和 4 年 3 月 31 日

都 道 府 県
各 指 定 都 市 介 護 保 険 主 管 部 (局) 御 中
中 核 市

厚生労働省老健局高齢者支援課

介護保険制度の福祉用具・住宅改修に係るQ&Aの送付について

平素より、介護保険行政にご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

令和4年4月1日より適用となる特定福祉用具販売の排泄予測支援機器の給付、その他福祉用具や住宅改修について、Q&Aを作成しましたので、内容についてご了知の上、都道府県におかれましては、管内市町村、関係団体、関係機関等に周知いただきますようお願いいたします。

【お問い合わせ先】

厚生労働省老健局高齢者支援課

福祉用具・住宅改修係

連絡先：fukushiyougu@mhlw.go.jp

(排泄予測支援機器)

Q1 「介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて」(老企第34号平成12年1月31日厚生省老人保健福祉局企画課長通知)(以下「解釈通知」という。)では、排泄予測支援機器について「利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に自動で通知する」とあるが、通知について、どのようなものを想定しているか。

- A 排泄予測支援機器が本体から、専用のアプリケーションがダウンロードされたスマートフォンやタブレット等に近接通信機能(Bluetooth)で通知するものが想定される。
- なお、解釈通知では「福祉用具貸与の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外」とされているが、上記のようにインターネットを使用せず、排泄予測支援機器本体からスマートフォン等に通知する場合は、これにあてはまらない。

(排泄予測支援機器)

Q2 給付対象や利用が想定しにくい者については、「介護保険の給付対象となる排泄予測支援機器の留意事項について」(老高発0331第3号令和4年3月31日厚生労働省老健局高齢者支援課長通知)(以下「留意事項通知」とする。)に規定されているが、独居の者も含まれるのか。

- A 使用方法については以下のような方法が考えられる。
- ① 居宅要介護者等本人が装着し排尿の機会を知らせることで、適時にトイレに移動し排泄する。
 - ② 介助者が通知により、排泄の声かけやトイレへの誘導を行い、本人の排泄を促す。
- そのため、独居の場合でも①のような使用方法があり、必ずしも給付対象外になるものではないが、排泄予測支援機器の使用目的の理解や試用状況等を特に確認の上、適切に使用することにより、トイレでの自立した排泄が期待できるのか、十分に検討すること。

(排泄予測支援機器)

Q3 留意事項通知の2では、調査項目2-5排尿の直近の結果が「1. 介助されていない」の者については、利用が想定しにくいとしているが、おむつ等を使用しているも、自分で準備から後始末まで行っている者が、トイレでの自立した排尿を目的として使用する場合は如何。

A 留意事項通知の2で規定している者については、一般的に使用が想定しにくい者を記しているが、十分に検討の上、適切に使用することにより、トイレでの自立した排泄が期待できる場合は対象として差し支えない。

(排泄予測支援機器)

Q4 留意事項通知の3では、販売に当たり、膀胱機能等を医師の所見等で確認することとしているが、販売を検討する以前の段階で既に確認しているような場合、改めての確認が必要か。

A 居宅要介護者等の膀胱機能について、留意事項通知3の(1)から(4)のいずれかの方法により既に確認をしたことがある場合であって、当該時点から居宅要介護者等の状態も概ね変化等がないと考えられる場合は、改めての確認は不要である。

(排泄予測支援機器)

Q5 常時失禁の状態の者でおむつの交換時期等を把握するため、排泄予測支援機器を給付することは可能か。

A 排泄予測支援機器はトイレでの自立に向けた排泄を促すことを目的として給付対象としているので、このような使用を目的として給付することは適切ではない。

(排泄予測支援機器)

Q6 「自動排泄処理装置」を貸与されている居宅要介護者等が購入した場合も保険給付対象となるのか。

A 自動排泄処理装置を貸与されていることのみをもって、排泄予測支援機器の給付が対象外になることはない。ただし、自動排泄処理装置を必要とする場合、排泄予測支援機器を必要とする場合は異なるものと考えられることから、要介護者等の状態や目的等を十分に聴取して、十分な検討が必要である。

(排泄予測支援機器)

Q7 要支援者、要介護4・5の者でも給付対象とすることは可能か。

A 留意事項通知等で示す状態に該当し、排泄予測支援機器を使用することによって自立

した排尿が期待できる場合に給付対象とすることは可能である。

(排泄予測支援機器)

Q8 特定福祉用具販売事業所(福祉用具専門相談員)が留意事項通知の4で規定されている販売に当たり確認すべき事項について、どのような点に注意することが考えられるか。

A 留意事項通知4の販売に当たり確認すべき事項(1)～(3)については、以下の点について注意されたい

- (1) 排泄予測支援機器はトイレでの自立した排泄を促すことを目的としており、失禁をなくすものではないことを理解していること。
- (2) 製品によっては体型や体質により装着が困難な者もいるとされていることから、製品の特徴等を十分に説明した上で、装着後の状況等を聴取すること。
- (3) 通知を受信するスマートフォン等の使用に慣れており、通知を確認・理解することができるか、また、使用前の介助状況を確認し、居宅要介護者等が主に過ごしている居室等からトイレまでの介助方法や時間等を確認すること。

また、必ずしも販売にあたり試用は要件ではないが、(2)と(3)を確認するためには一定期間の試用が望ましいこと、(1)についても試用を通じて理解が促進されることから、退所前の施設等で使用していた等の特別な事情がない限り、試用を推奨し、積極的な助言に努めるとともに、継続した利用が困難な場合は試用の中止を助言すること。

(排泄予測支援機器)

Q9 市町村で福祉用具購入費の申請を受けた際の審査において、給付対象の状態であることをどのように把握したらよいのか。

A 留意事項通知5の記載のとおり、以下の書類等を利用者は市町村に提出することとしている。

- ・必要事項(※)が記載された申請書
 - ・領収証及び当該特定福祉用具のパフレットその他の当該特定福祉用具の概要を記載した書面
 - ・医学的な所見が分かる書類
- (※) 特定福祉用具の種目、商品名、製造事業者名及び販売事業者名、購入に要した費用及び当該購入を行った年月日、必要である理由。なお、必要な理由については、居宅サービス計画又は特定福祉用具販売計画の記載で確認できる場合は不要である。

また、試用状況等の確認に際して、特定福祉用具販売事業所等が整理した別添の確認

調書のような書類について、市町村は必要に応じて利用者に対して提出等を求めている
だきたい。なお、申請書や特定福祉用具販売計画等に確認調書と同様のことを記載する
ことについても考えられる。

(電動車いす)

Q10 令和2年度老人保健健康増進等事業において一般社団法人全国福祉用具専門相談
員協会が作成した「ハンドル形電動車いすの貸与実務における安全利用のためのガイ
ドライン・指導手順書」を踏まえると、踏切道の単独走行禁止が貸与条件となるのか。

A 踏切の単独走行を一律に禁止するものではなく、移動手段がハンドル形電動車いすに
限られ、生活動線上に迂回路がなく踏切を走行せざるを得ないような場合には、安全に利
用できる方策をケアチームが検討した上で、判断できる旨を示したものと考えられるこ
とから、個々の居宅要介護者等の状態を踏まえ判断されたい。

(住宅改修)

Q11 住宅改修の「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」
について、居室を畳敷きに改修するにあたり、平成29年7月のQ&Aで示されている
「転倒時の衝撃緩和機能が付加された畳床を使用したもの」について、どのようなも
のが該当すると考えられるか。

A 日本産業規格(JIS) A5917 衝撃緩和型畳(床)に該当するものが考えられる。なお、当
該 JIS に該当しない場合、改修される畳敷きの性能等を施工業者等から聴取等を通じて
確認の上、居宅要介護被保険者の心身の状況を考慮したものであるか特に確認すること。

(住宅改修)

Q12 住宅改修の「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」
について、転倒時の衝撃を緩和する材料に変更することにより、移動の円滑化が期待
される場合、このような改修は対象となるか。

A 対象として差し支えない。

別添

排泄予測支援機器 確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

____年 ____月 ____日

事業所名 _____

所在地 _____

確認者名 _____

記

【利用者情報】

氏名 _____

生年月日 ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳

同居家族 _____ トイレへの主な介助者 _____

要介護区分 要介護・要支援 _____

介護認定調査 項目 2-5 排尿 (該当するものに○をする)

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名: _____ 機種名: _____

【確認項目】

試用の有無 ※無の場合はその理由	有 ・ 無 (無の場合、以下に試用しなかった理由を記載) _____		
試用期間	____月 ____日 ~ ____月 ____日 (1日あたり ____時間装着)		
装着し、通知がされたか	可・否	通知後、トイレまでの誘導時間	____分
試用結果 (※) (通知後にトイレで排泄できた回数/実際の通知回数)			
____月 ____日	____回/____回	____月 ____日	____回/____回
____月 ____日	____回/____回	____月 ____日	____回/____回
____月 ____日	____回/____回	____月 ____日	____回/____回
____月 ____日	____回/____回	____月 ____日	____回/____回

(※) 試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。