

令和4年6月吉日

担当ケアマネジャー及び  
排泄予測デバイス「DFree HomeCare」  
販売店各位

トリプル・ダブリュー・ジャパン株式会社  
代表取締役 中西 敦士  
(印 鑑 省 略)

## 当社排泄予測デバイス「DFree HomeCare」の販売時における 介護保険給付の手続きについて

令和4年4月1日より、特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具の販売種目として、排泄予測支援機器が新規種目として追加されており、当社の販売する排泄予測デバイス「DFree HomeCare」は、排泄予測支援機器に該当しております。

令和3年3月31日付けで厚生労働省老健局高齢者支援課より発出された「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）」、当社機器の販売時における介護保険給付の手続きを下記のとおりご案内しますので、関係者に周知いただき、運用時の参考にしていただければ幸いです。

なお、運用については、当社より厚生労働省老健局高齢者支援課にも問い合わせのうえで、問題ないことを確認しております。

### 記

#### 1. 利用が想定しにくい状態について

<留意事項の記載内容>

排泄予測支援機器は、トイレでの自立した排尿を支援するものであることから、「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成12年3月24日厚生省告示第91号）別表第一の調査票のうち、調査項目2-5排尿の直近の結果が「1. 介助されていない」、  
「4. 全介助」の者については、利用が想定しにくい。

<当社機器における運用>

全介助者のおむつ・尿とりパッドの交換機会（タイミング）を知るためだけの利用についてのみでは介護保険の対象とすることはできない。一方、昼間にトイレへの移動や誘導が可能な場合で、夜間帯に交換機会を知る機能を併用することは認められる。

また、寝たきりの場合であっても、ベッド上での尿器等への排尿については、排泄の自立につながるため、当該機器を対象とすることが可能である。

#### 2. 医学的な所見の確認について

<留意事項の記載内容>

排泄予測支援機器の販売に当たっては、特定福祉用具販売事業者は以下のいずれかの方法により、居宅要介護者等の膀胱機能を確認すること。

- (1) 介護認定審査における主治医の意見書
- (2) サービス担当者会議等における医師の所見
- (3) 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見
- (4) 個別に取得した医師の診断書 等

#### <当社機器における運用>

当社機器の利用にあたって、新たな意見書等の書類を追加で取得する必要はない。令和4年3月31日に、厚生労働省から案内された「介護保険制度の福祉用具・住宅改修に係るQ&A」においても、改めての確認が不要であるとされており、主には介護認定審査における主治医の意見書等にて膀胱機能を確認することができれば問題ない。

具体的には、膀胱の機能に異常がないことが確認できればよいため、膀胱に関する疾患等がない場合は、その旨を確認したことを証明する書類で代替することができる。また、膀胱機能に異常がある場合においても、試用期間に居宅要介護者やその介助者等が機器を有効に活用することができれば、介護保険給付の対象とすることができる。

### 3. 排泄予測支援機器 確認調書について

#### <留意事項の記載内容>

別添資料として一般的な「排泄予測支援機器 確認調書」が共有されている。

#### <当社機器における運用>

確認調書は、各メーカーの仕様等により機能も異なる可能性があるため、変更可能である。当社機器を利用する場合の確認調書を別紙のとおり作成している。

留意事項に加えて、前述の運用上のポイントを網羅しながら、作成したものであるため、介護保険給付時における必要書類として参考にしていただきたい。

以上

本件に関するお問い合わせは以下までご連絡ください。

トリプル・ダブリュー・ジャパン株式会社

- ・担当： 小林
- ・電話： 03-5459-1295
- ・メール： [care@www-biz.co](mailto:care@www-biz.co)

## 排泄予測デバイス「DFree HomeCare」確認調書

介護保険法による特定福祉用具及び特定介護予防福祉用具（排泄予測支援機器）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： トリプル・ダブリュー・ジャパン株式会社  
・機種名： 排泄予測デバイス DFree HomeCare

#### 【確認項目】

(チェックボックス)

膀胱機能	介護認定審査時の医師意見書等で膀胱機能に異常がないことを確認した。 ・異常がある場合の疾患名： _____	<input type="checkbox"/>
試用の有無	有 ・ 無 （無の場合、以下に試用しなかった理由を選択） 1. 病院/施設等で過去に DFree を使用したことがある 2. 利用者の状態等から禁忌事項等に該当せず利用可能と判断 3. その他 _____	
試用日・期間		
最大尿数値 (たまり具合)	_____ (10段階表示) ※メーカー推奨は数値5以上で、トイレ誘導への効果が高まる	
利用目的	利用者のトイレ等での自立排泄を促すことが目的であることを理解し、 トイレへの移動または誘導等が可能であることを確認した。 例：トイレでの排尿回数を増やしたい / 失禁回数を減らしたい等	<input type="checkbox"/>
活用の見込み	試用等により、利用者または家族等が機器を活用できることを確認した。	<input type="checkbox"/>