ポータブルトイレを購入する場合は必ずこのフローチャートを使用し、必要性を確認してください。

ポータブルトイレを購入したい

**ポータブルトイレ購入前確認フローチャート**

[ ] はい

被保険者、担当ケアマネジャー、福祉用具販売事業者　全員が

被保険者の状態を確認し

購入する必要があると考えますか

いいえ

プラン案の見直しを

お願いします

[ ] はい

購入以外の

代替できるサービスについて確認しましたか

検討できる

いいえ

[ ] はい

ポータブルトイレを

使用するのはいつですか

[ ] 夜間のみ

定期巡回・随時対応訪問看護介護等、

他のサービスの利用を検討できますか

**●シャワー、暖房、脱臭等の付加機能について**

**身体的な理由でない場合、本庄市では**

**介護保険給付の対象とならない場合があります。**

**一度本庄市介護保険課へご相談ください。**

**身体状態等で必要がある場合は、**

**必要な理由を必ず明確に理由欄に記載してください。**

**●ひじ掛けのはねあげについて**

**代替手段を検討し、手段がない場合のみ**

**対象となります。**

**必要な理由を必ず明確に理由欄に記載してください。**

[ ] ある

[ ] 樹脂製

**本庄市ではやむを得ない場合を除いて**

**原則介護保険給付の対象を認めていません。**

検討したが利用が適切ではない

[ ] 了承しました

[ ] ない

ポータブルトイレ

購入確認シートへ

購入するポータブルトイレは

シャワー、暖房、脱臭、ひじ掛けのはねあげ等の機能はありますか

[ ] 家具調

[ ] 常時

購入を検討しているタイプは

どちらですか

こちらのシートは、専門職の意見を受けて作成しています。被保険者の情報を関係者間で共有するために活用してください。本庄市への提出は任意としますが、上記の情報を基に「福祉用具が必要な理由」を記入してください。

【記入者】事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当

[ ] ポータブルトイレを設置することで、被保険者の自立支援となる

設置後の介護サービスの予定について　[ ] 通所サービス　[ ] 訪問サービス　[ ] 福祉用具貸与

[ ] 住宅改修　[ ] 短期入所　[ ] 施設入所

[ ] 介助者への負担軽減が図ることができる

**ポータブルトイレ設置後について**

●ポータブルトイレの必要性について医療従事者から指示を受けている

[ ] はい（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　の[ ] 医師　[ ] 療法士）　　　[ ] いいえ

**被保険者のADL**（該当に〇を入れてください）

**被保険者の現在の状況**

**ポータブルトイレ購入確認シート**

被保険者名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **掴まらないでできる** | **掴まればできる** | **できない** |
| **起き上がり** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **イスやベッドからの立ち上がり** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **両足での立位** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **移乗** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **座位保持** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **歩行（形態：**　　　　　　　　　　　　**）** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **衣類の着脱** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

①[ ] 下肢　または[ ] 腰部　に疾病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　による

[ ] 麻痺　[ ] 痛み　[ ] 腫れ　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　）　がある

②[ ] ふらつき　　[ ] つまずき　　[ ] 視力低下　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

による転倒のリスクが高い

③失禁の不安がある　　　[ ] はい　　[ ] いいえ

④自分で排泄処理ができる　　　[ ] はい　　[ ] いいえ

⑤尿意・便意がある（伝えることができる）　　　[ ] はい　　[ ] いいえ

⑥被保険者は　[ ] 独居（別世帯に介助者が　[ ] いる　[ ] いない）

→独居の場合、介護サービス従事者（訪問サービス系）を週　　　回利用している

　[ ] 家族はいるが日中は独居状態　　[ ] 常時家族がいる

**ポータブルトイレ購入に至る経緯を記入してください**