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**