**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

確認者名

**【利用者情報】**

氏名　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　　同居家族

要介護区分　要介護・要支援

直近の介護認定調査における調査項目２―５の結果

　１．介助されていない　　　　２．見守り等　　　　３．一部介助　　　　４．全介助

トイレへの主な介助者　氏名（　　　　　　　　　　　）　　続柄（　　　　　　　）

**【購入前の確認事項】**

①利用者が利用の目的を理解して、トイレでの自立した排尿を目指す意思があるか。　（はい　・ いいえ）

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利用者が理解しているか確認してください。

②装着することは可能か。　（はい　・ いいえ）

購入の前に、実際に製品を装着し、装着後の状況等の確認をしてください。

確認の結果、継続した使用が困難と思われる場合は試用の中止を助言してください。

③利用者や家族等が通知を確認・理解することができるか。　（はい　・ いいえ）

　利用者や家族等が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、利用者や家族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してください。

**【試用期間の状況】**

メーカー名：　　　　　　　　　　　　　　　機種名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用の有無 ※無の場合のその理由 | 有　　・　　無　(無の場合、以下に試用しなかった理由を記載) （理由） | | |
| 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 | 通知後の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、実際の使用期間に応じて記入してください。

**排泄予測支援機器 購入後点検票（　　回目）**

確認日　　　　年　　月　　日　　確認者

①購入後、製品を継続的に使用していない。

　はい　 ・　 いいえ　　（はいの場合は、以下にその理由を記載）

　（理由）

②購入前と比べて、排泄に失敗した頻度が変わっていない。

　はい　 ・　 いいえ　　（はいの場合は、以下にその理由を記載）

　（理由）

③製品の利用中に、身体に異常が出たことがある。

　はい　 ・　 いいえ　　（はいの場合は、以下にその内容を記載）

（内容）

④機器の再設定が必要である。

　はい　 ・　 いいえ　 （はいの場合は、以下に再設定した項目を記載）

（再設定項目）

⑤専用ジェル等の消耗品が不足している。

　はい　 ・　 いいえ

⑥今後も定期的な確認が必要である。

はい　 ・　 いいえ　　（はいの場合は、以下に次回確認する予定日を記載）

（確認予定日）　　　　年　　月　　日

①～⑥において、１つでも「はい」に該当した場合は、購入先の福祉用具販売事業所と連絡を取り、内容について相談してください。