

支援場面：B）排泄ケア

	看護職 point	連携の内容	介護職 point
情報	<ul style="list-style-type: none"> ・情報を踏まえて、身体状態を総合的にアセスメントする。 ・介護職にとって重要な排泄ケアの情報・視点は、介護職に伝える。 <p>【排泄のアセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄の問題（トラブル）の有無を確認する。 <p>【排泄の問題（トラブル）の原因のアセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄の問題（下痢・便秘、尿失禁、尿混濁、尿量減少…など）の原因のアセスメント→食事や水分摂取の影響や全身状態を含めたアセスメントをする。 <p>【リスクのアセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・下痢→感染のリスク ・尿閉のリスク ・膀胱留置カテーテルがつまりそうなリスク ・漏れやすい人の体格とおむつの選択の検討など 	<p>【特に連携が必要な利用者】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 下痢・便秘など排便コントロール（薬剤調整）が必要 □ 臀部に褥瘡・皮膚トラブルがある（軟膏塗布など） □ 排泄動作（トイレ移動・体位変換など）の介助が必要 □ 摘便・浣腸・腹部マッサージなどの処置・ケアが必要 □ おむつ使用中（漏れ・体動が激しい） □ 医療管理が必要（膀胱留置カテーテル・人工肛門） □ 人工呼吸器使用者 □ 独居、認知機能障害 <p>【共有する（観察・確認する）情報・方法】</p> <p>〈基本的な排泄の情報〉</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 排泄（排尿・排便）の状況—量・色・回数・時間・性状（尿混濁・便秘・下痢など） □ 尿意・便意の状況 □ 最近の排泄状況の経過（問題点・本人の意識） □ 尿意・便意の有無と介助者に知らせる方法 □ 排泄のトラブル—失禁・おむつ漏れ、排泄動作（移動・動作）の変化 □ 皮膚の状況（褥瘡の状況） □ 家族の排泄ケア介護法 <p>〈潜在するリスク〉</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 尿量・性状が変化したときの当該利用者のリスク □ 排泄量・性状が変化したときの当該利用者のリスク □ 臀部の汚染によるリスク（褥瘡・皮膚トラブル・感染） □ 排泄動作時の転倒・転落→※「移動活動ケア」参照 <p>〈情報を共有する方法〉</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 排泄記録シート（日誌・チェック表） 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報を踏まえて、利用者に適した排泄介助法や生活支援法を検討する。 ・介護職だけで対応することが難しい利用者については、とくに看護職との役割分担が重要。 <p>・看護職にとって重要な情報を把握して、看護職に伝える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・観察項目を確認しておく。 ・漏れやすい人の体格とおむつの選択の検討 ・排泄動作・介助方法の検討
計画	<p>【看護計画立案】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本的排泄状況・排泄動作・方法・手順は、介護職とともに立案し、統一した方法を確認する。 <p>・介護職に観察しておいてほしいこと、すぐに連絡（対応）が必要な情報は、事前に伝えておく。</p>	<p>【方法・手順】※調整可能な範囲や計画見直しを随時相談する</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 排泄物の処理方法（通常時&下痢など感染が疑われる場合） □ 下痢・便秘に対する対応計画（方針）→薬剤を使用中か、食事や水分で調整中か □ 2名で排泄介助を要する場合の役割分担 <ul style="list-style-type: none"> ・体位保持は誰がどこをどのように支えるか ・排泄動作の介助の分担（ふき取り・洗浄・片づけ） ・行為と視線＝見守りの分担（誰がどこを中心に観察・確認をするか） □ 臀部の皮膚トラブル（褥瘡など）の悪化予防策 <ul style="list-style-type: none"> ・おむつの使用方法・除圧の方法など □ 排泄物が漏れやすい人（体格）のおむつの当て方の方法（工夫） □ 排便困難者への対応（声かけ・姿勢などの工夫） □ 膀胱留置カテーテルを使用している人の生活場面に応じた留意点 <ul style="list-style-type: none"> ・つまらない ・引っ張らない ・抜けないようにすること ・尿量の観察 ・確認のしかた ・便汚染時の対応（陰部洗浄） □ 人工肛門がある人の生活場面に応じた留意点 <ul style="list-style-type: none"> ・便の廃棄方法 ・パウチの取扱いの留意点（衣類着脱時など）など <p>【連絡（共有）が必要な情報の事前取り決め】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ すぐに連絡・対応が必要な尿量・性状の状態 □ 便がどのくらい出ないと、連絡・対応が必要なのか □ 下痢がどのくらい続いたら、連絡・対応が必要なのか <p>【役割分担】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 膀胱留置カテーテルを使用している人の排泄管理の役割分担（観察やカテーテルの取扱い、介護職が担うかどうか） □ 人工肛門がある人の排泄管理の役割分担（観察やパウチの取扱い、介護職が担うかどうか） □ 排泄介助後に褥瘡の処置がある場合の役割分担 	<p>【介護計画立案】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本的排泄状況 ・排泄動作・方法・手順は、介護職とともに立案し、統一した方法を確認する。 ・医療管理が必要な人（膀胱留置カテーテル・人工肛門）の場合は、生活支援をするにあたって注意すべきことを確認しておく。（介護職で観察・対処した方がよいこと） <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● すぐに連絡をしたほうがよい情報（緊急） ● 急がないが、必ず伝えたほうがよい情報 ● 直接の連絡は不要だが、記録しておく情報 </div>
実施	<ul style="list-style-type: none"> ・異常やトラブル発生時の対応について、医師と事前に相談しておく。必要に応じて医師に連絡する。 	<p>【方法・手順の遵守】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 決められた排泄介助方法（トイレ移動・おむつ交換方法・パッドの種類や当て方・陰部洗浄法など）を守る □ 排泄物の処理方法を守る □ 皮膚を清潔にする方法を守る <p>【実施中の観察・確認】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 〈基本的排泄情報〉〈潜在するリスク〉に関する状況を観察・確認する <p>【一緒に実施する】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 2人で行う排泄介助は、自分が今なにをしているか、何に気をつけているかを伝えながら、声をかけあう <p>【異常や予期せぬトラブルがあった場合の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 排泄状況の変化や排泄介助中の身体状態の変化があった場合には 事前に決めた連絡方法で情報を共有して対応する 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施中に異常やトラブルが発生（遭遇）した場合は、すぐに医師・看護師に連絡する。
結果・評価	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、ケア方法の変更を介護職に相談する。 ・排泄の情報を踏まえて、今後の排泄コントロール（薬剤管理）や食事・水分摂取の計画を見直す。 ・新たにトラブル発生のリスクが生じた場合には、改めて介護職に観察してほしいこと、生活支援上の留意点を伝える。 	<p>【記録】</p> <p>〈基本的排泄情報〉</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 排泄（排尿・排便）の状況—量・色・回数・時間・性状（尿混濁・浮遊物・便秘・下痢など） □ 尿意・便意の状況 □ 最近の排泄状況の経過（問題点・本人の意識） □ 排泄トラブルの状況—失禁・おむつ漏れ、排泄動作（移動・動作）の変化 □ 皮膚の状況（褥瘡の状況） 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、ケア方法の変更を看護職に相談する。 ・排泄の情報を踏まえて、次のケアに継続する。 ・自分が介護を担当する時間、もしくは次の介護担当者に起こり得ることを確認・伝える。（例：下剤が投与されたあとなので、排便がいつもより頻回で多量かもしれない） ・すでに看護職は知っているだろうと思いきまず、気になっていることも含めて看護職に伝える。