

## ■(参考)排せつ支援計画書(記載事例)

計画作成日	年 月 日 ( )		支援職員名 ※( )内は職種						
ふりがな			性別	男・女	年齢	歳			
氏名									
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				改善の見通し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
計画策定時点における排せつ自立度	<input type="checkbox"/> 全介助			<input type="checkbox"/> 見守り(支援計画作成不要)			知覚	排尿	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 一部介助			<input type="checkbox"/> 自立(支援計画作成不要)				排便	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
排せつ頻度	場所	日中	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> ベッド上		服薬	排尿	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> ベッド上			排便	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	おむつ	日中	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハパンツ	<input type="checkbox"/> おむつ		排尿間隔	日中	回
		夜間	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> リハパンツ	<input type="checkbox"/> おむつ			夜間	回
排尿機能障害	<input type="checkbox"/> 排尿助言		<input type="checkbox"/> 尿排出障害		<input type="checkbox"/> 認知症				
尿失禁原因	<input type="checkbox"/> 腹圧性尿失禁		<input type="checkbox"/> 切迫性尿失禁		<input type="checkbox"/> 溢流性尿失禁		<input type="checkbox"/> 心因性頻尿		
	<input type="checkbox"/> 機能的性失禁		<input type="checkbox"/> 認知症		<input type="checkbox"/> その他( )				
ADLや麻痺	稼働	<input type="checkbox"/> 自立歩行		<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子		麻痺	左	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢
		<input type="checkbox"/> 自立歩行		<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子			右	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢
支援計画									
①排せつにおける現状課題と要因					④具体的に提供する排せつ支援				
<input type="checkbox"/> 病状の変化による失敗の可能性もあるので、医師などに相談して対応を検討する <input type="checkbox"/> 尿意がないために入所者が失敗を自覚していない場合があるので、よく確かめて定時トイレ誘導を検討する <input type="checkbox"/> おむつの枚数を減らしたり、パッドに切り替えたりしながら「ぬれてませんね」などと言って安心感と自身を持たせて、おむつ離脱の意欲をわかせる					<input type="checkbox"/> 排尿間隔や排尿回数を確認、どうい時に失禁しているか調べる <input type="checkbox"/> 尿意の有無やどの程度の尿量を漏らしているか調べる <input type="checkbox"/> トイレまでの距離を近くする <input type="checkbox"/> トイレへの誘導を早めに試みる <input type="checkbox"/> トイレまでの表示や道順がわかりやすくなるように工夫し、途中で障害物がある場合は取り除く <input type="checkbox"/> ベッドわきへのポータブルトイレ設置を検討する <input type="checkbox"/> 尿器の使用、安楽尿器の設置を検討する				
②排せつ支援を行った場合の見込みについて					⑤排せつ支援提供後の目標(排せつ動作)				
<input type="checkbox"/> 自立度が高くある程度排尿機能の予測がついているため「一部介助」から「見守り」に移行できる可能性がある <input type="checkbox"/> 入所者本人が排尿に悩んでいるため、入所中に「一部介助」から「見守り」に移行できる可能性がある					<input type="checkbox"/> 昼間はおむつを外し、夜間だけおむつを着けるなど、おむつをしている時間を徐々に短縮させる <input type="checkbox"/> 退所後できるだけ歩くようにしたり、入浴時に腹部を円を描くようにマッサージしたりするなど、腸管運動を促進する非薬物的な方法を在宅で支援する				
③排せつケア支援に対する家族の希望(希望がある場合のみ記載)					以上の内容および支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断または中止できることについて説明を受け、支援計画にある支援の実施を致します。 年 月 月 氏名(自署) (続柄: )				
<input type="checkbox"/> 昼間はおむつを外し、夜間はポータブルトイレとオムツの併用を検討してほしい <input type="checkbox"/> 座位をとったり、体を動かしたり、繊維質の多い食物を提供してして排便を促してほしい									
※以下は加算の算定を終了した終了後に記載する 加算終了時点の排せつに関する状態について									
排尿の状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
排便の状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
総括(実際に実施した排せつ支援の内容、支援開始時の目標と支援終了時の状態の差異があればその理由を記載)									
<input type="checkbox"/> 排せつ支援プログラムの取り組みを行い、施設内における取り組みの周知、排せつケアの知識・技術の共通認識の浸透、円滑に遂行するチームマネジメントを実施した。ただし、本入所者は当初予測していた排せつ機能と認知機能に差異があり目標を発生できなかったと推測できる。									
年 月 月 上記について説明を受け、同意し、計画書交付を受けました。 氏名(自署) (続柄: )									

(編著者注)上記内容は実際に利用した内容ですが、あくまで事例であることをご理解ください。