

排尿(排泄)障害改善事例検討会 事例申請用紙

所属	介護老人保健施設 大分豊寿苑	職種	介護福祉士				
事例提出理由:頻尿の影響で夜間不眠や日中の活動性低下、疲労感を認めている。また、解決に向けて多職種で対策を行っているが、神経質な性格もあり、スムーズに実施できていない。精神面も含めた具体的な対応や工夫の助言を頂きたい。							
年齢	85歳	性別	女	体重・身長	54,3kg 145cm	生活場所	老健入所 4人部屋
本人・家族の希望	本人:「尿が出にくい、水を飲むけど少しづつしか出ない」「トイレに行きたくなると眼が痛くなる」						
疾患名	第11,12胸椎圧迫骨折			内服状況			
既往歴	第3腰椎圧迫骨折、左大腿骨転子部骨折 虫垂炎、带状疱疹、高血圧、白内障、心房細動腸閉塞、鼠径ヘルニア、脳梗塞			猪苓湯エキス顆粒、レパミピド錠100mg、エペリゾン塩酸塩錠50mg、ニセルゴリン錠5mg、マグミット錠330mg、ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg、ニフェジピン錠、テルミサルタンOD錠			
排尿状態	日中 環境(トイレ P-トイレ おむつ 尿器 導尿) 介助量(全介助 一部介助 見守り <u>自立</u>) 車椅子自走出来る能力はあるが、介助者に依存的。トイレ前まで介助者に誘導してもらう。排尿後痛あり						
	夜間 環境(トイレ P-トイレ おむつ 尿器 導尿) 介助量(全介助 一部介助 見守り <u>自立</u>) 居室ベッド横にポータブルトイレ設置。						
	日中排尿回数	1時間おき	最大膀胱容量	—	残尿量	0-20ml	
	夜間排尿回数	7	一日総排尿量	1300ml	尿意	有	
排便状態	正常 下痢 <u>便秘</u> その他						
ADL	起立動作(全介助 一部介助 見守り <u>自立</u>) 移乗動作(全介助 一部介助 見守り <u>自立</u>) 下衣操作(全介助 一部介助 見守り <u>自立</u>) トイレ(<u>洋式</u> 和式)てすり(<u>有</u> 無) 障害高齢者の日常生活自立度() 認知症高齢者の日常生活自立度() 食事と排泄、リハビリ以外はベッドに臥床していることがほとんど。リハビリは真面目に取り組んでいる。趣味活動や離床の促しを行うが、頭痛や眼の痛み、加齢を理由に活動には消極的。神経質な性格で内服の変更や新しいこと、家族が面会に来れない時などは落ち着かないことが多い。						
取り組み内容	Q:病態について A)難治性頻尿で内服治療を行うが改善認めず、他の膀胱疾患との鑑別も必要である。終日頻尿で、日中は不安の訴えが多く、トイレは介助が必要。夜間はポータブルトイレでの排尿は自立している、心因性の頻尿も疑われるが現時点での断定は困難であり、より詳細な膀胱機能の評価と経過を追っていく必要がある。 Q:精神面へのケアについて: A)ポータブルトイレであれば不安の訴えはないので、活動の制限にはなるものの日中ポータブルトイレの使用を促し、不安の軽減を図る。また、随時声掛けや少量用のパッドを使用する。 Q:リハビリについて: A)日常生活において自分の役割となるものを一緒に探索する。趣味活動等を通して生活リズムを構築していく。ベッド上で行える簡単な体操は自己訓練として提示する。						

排尿(排泄)障害改善事例検討会 事例申請用紙

担当者	氏名 佐藤崇史	職種	理学療法士				
事例提出理由 尿意不確実ながらも排出までに時間がかかる、排出障害に対する介入方法を知りたい 介助量の大きい対象者の自宅生活に向けた環境整備、実用的な訓練展開、ケアプラン案を知りたい							
年齢	60歳代	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	体重・身長	55.8kg 167cm	生活場所	入院
本人・家族の希望	家族:元通りの生活ができれば(妻) 本人:帰りたい,少しでも妻を楽にさせたい						
疾患名	H30 脳出血			内服状況			
既往歴	H29 ラクナ梗塞 H28 右被殻出血			ビソプロロールフマル酸錠2.5mg 1錠 朝夕 エクア錠50mg 2錠 朝夕 マグミット 330mg 3錠 朝昼夕			
排尿状態	日中 環境(入院時:カテーテル留置、現在:入院1カ月経過しバルーン抜去、尿意時々あり オムツ着用(リハビリ時にトイレ座位試みあり)、 入院時検査:pH6.0 蛋白+/- 潜血- 亜硝酸- エステラーゼ- 白血球0-1 比重1.025 CK29 CRE0.7 Alb2.8(L) GRP2.0(H) WBC 7.9 HbA1C 6.7 カテ抜去後は尿意時々みられるも排出困難、オムツ内の排出がほとんど						
	夜間 環境(入院時:カテーテル留置、現在:オムツ着用) オムツ内排尿						
	日中排尿回数	6~7+徐々に漏れ	最大膀胱容量	454ml程度	残尿量	15~50ml	
	夜間排尿回数	2	一日総排尿量	1300ml	尿意	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
排便状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 下痢 <input checked="" type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> その他						
ADL	起立動作(<input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立) 移乗動作(<input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立) 下衣操作(<input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立) トイレ(洋式)ですり(有) 障害高齢者の日常生活自立度(B2 入院時はC2) 認知症高齢者の日常生活自立度(I) 妻と2人暮らし要介護3で通所リハを週4回利用し生活していた。起居、車椅子移乗は自立しており、平行棒歩行訓練を行っていた。 今回の出血により意識レベル低下、入院当初は発熱、嘔吐、頭痛の訴え強く聞かれ、左上下肢はBrs I - I - I (再発前と著変なし)。右大脳半球は広範に病巣があり、対側はラクナ梗塞が点在している。左側空間無視、注意持続性低下あり。血圧高くベッドサイドからの介入開始。1カ月経過し覚醒維持、血圧安定し嘔気なども消失し離床許可出てカテ抜去となった。離床開始時は起居時の左上下肢の痛みが強く伸展						
取り組み内容	Q: 排出障害へのケアについて: A) 前立腺の大きさを確認後、排出障害に対して内服を開始。また、日中に膀胱訓練を行い、収縮、弛緩のリズムを作っていく。残尿はADL向上により徐々に減少していくものと思われる。 Q: 自宅に向けて A) 移乗は、リフトやスライディングボードを使用し、妻の介助量軽減を図る。座位での排泄が可能であれば、安楽尿器や背もたれつきのポータブルトイレの使用を検討。臥位での排泄であれば、自動採尿器やベッドギャッチアップして差し込み便器を使用する。						

排尿(排泄)障害改善事例検討会 事例申請用紙

担当者	荒木 美瑛	職種	作業療法士			
事例提出理由	びまん性脳損傷により、右片麻痺と高次脳機能障害を呈した症例。尿道留置カテーテル抜去後、尿意獲得に向けた介入方法及び、排泄自立に向けた自己管理方法について検討したい。					
年齢	40歳代	性別	男	体重・身長	56.8 kg 176cm	
生活場所	病院(施設入所予定)					
本人・家族の希望	家族:経過を見て退院先は検討していきたい					
疾患名	びまん性脳損傷(右片麻痺)		内服状況 イーケプラ錠500mg(朝夕食後) ランドセン錠1mg、プロスターM錠20mg(夕食後)			
既往歴	急性硬膜下血腫 頭蓋低骨折 慢性呼吸器不全		ミヤBM細粒1g/包(毎食後) アンブロキシソール塩酸塩錠15mg(毎食後) ユリーフOD錠4mg(朝食後)			
排尿状態	日中 環境(トイレ ポートイレ おむつ 尿器 導尿) 介助量(全介助 <u>一部介助</u> <u>見守り</u> 自立) 当院転院時、前医で尿閉があり尿道留置カテーテルを挿入していた。カテーテル抜去目的にてY+2月に泌尿器科の受診を行った。内服開始となり、約1週間の膀胱訓練を実施したが、発熱認め中止。Y+3月にバルーン抜去を行った。バルーン抜去後は、トイレでの排泄機会増加してきているが、尿意がなく、日中の排尿認めず800ml以上蓄尿していることがあった。					
	夜間 環境(トイレ ポートイレ <u>おむつ</u> 尿器 導尿) 介助量(全介助 <u>一部介助</u> <u>見守り</u> 自立) 夜間オムツ使用している。 Y+5月ころより、尿意あり1~3回程度トイレでの排泄行っている。					
	日中排尿回数	3~5回	最大膀胱容量	約800ml	残尿量	20ml以下
	夜間排尿回数	3回	一日総排尿量	約2000ml	尿意	曖昧
排便状態	<u>正常</u> 下痢 便秘 その他					
ADL	起立動作(全介助 <u>一部介助</u> <u>見守り</u> 自立) 移乗動作(全介助 <u>一部介助</u> <u>見守り</u> 自立) 下衣操作(全介助 <u>一部介助</u> <u>見守り</u> 自立) トイレ(<u>洋式</u> <u>和式</u>)てすり(<u>有</u> <u>無</u>) 入院時のセルフケアは全般に最大介助を要している状況であった。 全身耐久性向上、麻痺側下肢の支持性向上に伴い、移乗動作および排泄動作は軽介助~見守りにて行えるようになった。尿道留置カテーテル抜去後は、尿意はなく、排泄の訴えが聞かれた際は自尿認めず失禁量の減少には至らず、時間誘導にも難渋した。退院時は尿意獲得し、失禁なく行え、排泄動作も見守りにて行うことができるようになった。					
取り組み内容	Q:病態生理について A)尿意獲得までに長期間を要したのは、びまん性脳損傷だけでなく、他の疾患の影響や高次脳機能障害(注意障害、遂行機能障害等)によるものが大きい。 Q:排尿管理方法について: A)患者の状況にあったパッドの選定が必要。また、管理の方法も、予めパッドに印をつける、トイレ内にパッドを開いて準備しておく等、できるだけ作業工程を少なく効率よく処置できるように提案する。トイレ誘導前にリリアムα で蓄尿量を確認し、視覚的にフィードバックしていくとよいと考えられる。					