

# 排尿（排泄）障害改善事例検討会 事例報告書

報告者	職種	理学療法士	所属	病院		
事例提出理由						
・ 胸椎圧迫骨折受傷後になぜ尿閉をきたしたのか？						
事例	90歳代男性		生活場所	自宅		
本人・家族の希望	家族：トイレ動作を自分で出来るようになってほしい					
疾患名	第12胸椎圧迫骨折		内服状況			
既往歴	肋骨骨折		セレコックス錠100mg 1錠、レバミピド錠100mg 1錠「ケミファ」 カルフィーナ錠1μg 1錠、クエチアピン錠「三和」1.5錠 プロチゾラムOD錠0.25mg「アメル」1錠 ピザコジル、センノシド錠「サワイ」は便秘時のみ			
排尿状態	Y月Z日入院：環境（ギャジアップ座位30度、排泄はオムツ全介助）、尿意あり 安静度は守れず 残尿あり導尿で対応 Z+1日：尿閉の為泌尿器科受診、カテーテル留置 排便はオムツ全介助					
	カテーテル抜去日：蛋白+/- 潜血1+ 亜硝酸+ エステラーゼ3+ 比重1.020 白血球100-200 扁平EC1+ リン酸Mg1+					
	Z+34日：蛋白- 潜血- 亜硝酸- エステラーゼ- 比重1.015 白血球0-1 礫酸1+					
	日中排尿回数	4回+失禁	最大膀胱容量	500 ml	残尿量	22（カテ抜去後）ml
	夜間排尿回数	失禁あり	一日総排尿量	1000 ml	尿意	有り
排便状態	正常 下痢 <b>便秘</b> その他					
ADL	起立動作（全介助 一部介助 <b>見守り</b> 自立） 移乗（全介助 <b>一部介助</b> 見守り 自立） 下衣操作（ <b>一部介助</b> 見守り 自立） トイレ（ <b>洋式</b> 和式） 手摺り（ <b>有</b> 無） 障害高齢者の日常生活自立度（ B1 ） 認知症高齢者の日常生活自立度（ IIIb ） 車椅子を自走し、過ごすことが多い。尿便意で落ち着きがなくなることが多く、カテ留置中も尿意の訴えが聞かれた。カテ抜去後の排泄誘導は1人介助にて行える。認知機能低下あり。					
取り組み内容	入院当日は安静の為オムツにて対応していたが、残尿量が多い時で480mLを認め導尿を実施。Z+1日に泌尿器科受診しカテ留置となった。Z+21日に排尿自立指導チームが介入。移乗動作練習や車椅子離床を積極的に開始し、カテ抜去してトイレ誘導することを提案。Z+23日にカテ抜去し、排尿日誌での記録を開始。Z+28日に排尿自立指導チームが再評価。一回排尿量が100mL程度あり、回数、残尿量も問題ないと判断したためチーム介入を終了とした。その後は、病棟とリハスタッフとで協力してトイレ誘導の定着を図った					
ディスカッション	Q：病態について A) 圧迫骨折による神経因性膀胱や活動量低下が要因の一つとして挙げられる。 Q：残尿に関して A) 尿意に合わせたトイレ誘導を継続し、残尿50ml以下なら経過を見ていく。 Q：チームでの取り組みに関して A) アプローチをする際に、症例が今後どのような生活となるかなど、退院後を見据えて介入することが大事。					

# 排尿（排泄）障害改善事例検討会 事例報告書

報告者	職種	看護師	所属	老人保健施設	
事例提出理由： H28年8月に回復期リハビリ病院より入所。血尿、尿路感染、尿閉を繰り返し、カテーテル留置後有料老人ホームへ退所。訪問看護を利用しカテーテル管理をしていた。H30年1月再入所。尿混濁が著明でカテーテル閉塞を頻回に繰り返しており、今後のケア方法についてアドバイス頂きたい。					
事例	90歳代 男性		生活場所	老健⇄有料老人ホーム	
本人・家族の希望]機能の低下あり、本人の意向は確認できない。家族は本人の苦痛が最小限であることを希望					
疾患名	NGB+BPHにてカテーテル留置中			内服状況	
既往歴	脳梗塞（H28.2月） 高血圧症 僧帽弁閉鎖不全症 腹部大動脈瘤 慢性硬膜下血腫			クロピドグレル錠（75）1T アムロジピンOD錠（5）0.5錠 バルサルタン錠（80）0.5T ユベランカプセル（100）2C 朝 マグミット錠（330）3T毎食後 柴苓湯2P朝夕	
排尿状態	残尿（300ml）、尿失禁にて泌尿器科医回診しユリーフ、ジスチグミン内服開始となる。自排尿100～150ml、残尿200～300mlで経過していたが、尿閉、血尿を認めバルンカテーテル留置となる。本人のカテーテル抜去の希望強く、一旦カテーテル抜去するが、血尿、尿路感染症、尿閉を繰り返すためバルンカテーテル留置し経過観察中である。尿混濁が強く、カテーテル閉塞が頻回にみられる。通常2週間に1回の交換であるが、3日あるいは5日で閉塞することもあり、適宜ミルキング、膀胱洗浄を実施している。				
	夜間：環境（トイレ P-トイレ <u>おむつ</u> 尿器 導尿）				
	日中排尿回数		最大膀胱容量		残尿量
夜間排尿回数		一日総排尿量	1000～1300ml	尿意	有
排便状態	正常 下痢 便秘 その他		便意訴えなし。		
ADL	起立動作（全介助 <u>一部介助</u> 見守り 自立） 移乗（全介助 <u>一部介助</u> 見守り 自立） 下衣操作（ <u>全介助</u> 見守り 自立） 移乗動作は、L字手すりを使用し軽介助～中等度介助にて行える。標準型車椅子を自走して移動を行っているが、臀部のずれがあるため適宜修正が必要。				
取り組み内容	①水分摂取量の確保（1000～1300ml/日） ②クランベリージュースの飲用 ③適宜見るキングの実施 ④膀胱洗浄（現在中止） ⑤バルンカテーテルの号数の変更、腎盂カテーテルへの変更 ⑥柴苓湯の服用				
ディスカッション	Q：膀胱瘻は家族が希望していないため、ケアと方向性・注意点について知りたい。 A：膀胱結石の疑いがあれば除去し、膀胱瘻を造設する必要。 痛みがある場合はカテーテルの種類の検討が必要。 クランベリージュースは尿路結石の予防に効果がある。 便秘ガイドラインではセンノシドの常用が腸へ負担があるとのこと。 抜去し、導尿とトイレ誘導を続けるのはどうか？ 在宅では、交換回数が少なくスパンが長い方が良い。緊急時の対応がわかりやすいと良い。				

# 排尿（排泄）障害改善事例検討会 事例報告書

報告者	職種	作業療法士	所属	病院	
事例提出理由：脊髄損傷（Th12完全損傷）により対麻痺と膀胱直腸障害を呈する事例。導尿手技は当院入院時よりベッド上にて自立して行えていたが、受傷より4ヶ月が経過した頃より、尿失禁を来すようになった。当院退院後は復職する必要がある、排尿・排便管理を改善する必要がある。本事例の病態整理、復職に向けた排尿・排便管理方法について検討したい。					
事例	20歳代 男性		生活場所	病院（自宅ENT予定）	
本人・家族の希望	復職希望				
疾患名	脊髄損傷（Th12:Frankel A）		内服状況	自立	
既往歴	特になし		<ul style="list-style-type: none"> <li>・マグミット錠330mg（毎食後）</li> <li>・セレコックス錠100mg（朝・夕食後）</li> <li>・オメプラゾール錠10mg（夕食後）</li> <li>・レシカルボン座薬（頓服）</li> <li>・ベニタス錠</li> <li>・ネオキシテープ</li> </ul>		
排尿状態	<p>日中：環境（<u>トイレ</u> P-トイレ おむつ 尿器 <u>導尿</u>） 介助量（全介助 一部介助 <u>見守り</u> 自立）                      入院時、自己導尿間隔4～5時間で失禁なく経過していたが、受傷より4ヶ月程度経過した頃より3時間を超えると尿失禁を認めるようになった。泌尿器科受診し、導尿回数を4回へ変更し失禁量は改善したが、腹圧がかかった際に失禁を認めている。</p>				
	<p>夜間：環境（<u>トイレ</u> P-トイレ おむつ 尿器 <u>導尿</u>） 介助量（全介助 一部介助 <u>見守り</u> 自立）                      夜間の尿失禁は継続。夜間の尿失禁に対する不安より熟睡できていないことがある。</p>				
	日中排尿回数	3回	最大膀胱容量	300～400ml	残尿量
夜間排尿回数	1回	一日総排尿量	2000ml	尿意	無
排便状態	<u>正常</u> 下痢 便秘 その他				
ADL	起立動作（ <u>全介助</u> 一部介助 見守り 自立） 移乗（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） 手摺り（ <u>有</u> 無） 尿失禁に関しては、夜間にオムツを着用して対応しているが、不安により熟睡できないことがある。また、復職に向けての仕事内容は今後検討していくこととなるが、就労中の失禁も危惧している。排便に関しては、マグミット錠やレシカルボン座薬を服用、自己排便を行い自己管理出来つつあるが、時折便失禁を認めていることがある。				
取り組み内容	退院後は復職の希望あり、トイレでの導尿指導、リリウムにて排尿評価を行い、導尿時間を就労時間に合わせて変更を行った。失禁量が多い際にはオムツを使用しシーツ汚染を予防。排便については、便の状態に合わせてマグミット錠量を変更、自己管理に向けて排便や座薬挿入の指導を行った。				
ディスカッション	Q：病態について A）脊髄損傷の急性期は尿閉になりやすいが、回復期になると尿失禁を認めることもある。膀胱内圧が高くなることにより慢性的な腎不全は防ぐ必要がある。 Q：体動に伴う尿失禁に対策について 退院先に応じた排尿管理方法を提示する必要がある、本事例については、尿失禁を起こす前の導尿を提案する。復職に向けては、尿が溜まりやすい時間帯を把握し導尿することや体動での尿失禁を認めるのであれば、パッドテストにてどの場面で漏れるのかを把握しておく。 膀胱機能を考えるとカテーテルの留置は膀胱機能の低下、尿路感染率のUPにつながるため避けたい。 Q夜間の排尿管理方法について レッグバッグを試してみる。寝返りの際に邪魔になる可能性もあるため、それも含めた検討を行う。もしくは、夜間も全て導尿で対応する方法も検討する。				

# 排尿（排泄）障害改善事例検討会 事例報告書

報告者	職種	理学療法士	所属	病院		
事例提出理由 ①トイレ誘導時間や誘導方法として、より良い方法はあったのか。②服薬はバルーン挿入前より処方されており、術後一週間挿入の状態が続いていたが、挿入期間が1週間継続していたことは薬効を得るためと考えてよいのか。③夜間3回排尿を行っているが服薬量等の検討の余地はあるのか。						
事例	80歳代 男性		生活場所	精神科病院		
本人・家族の希望	本人：「人に迷惑をかけたくない。」			家族にお会いできず。		
疾患名	急性胆嚢炎		内服状況			
既往歴	パーキンソン症候群、老年期精神障害		<ul style="list-style-type: none"> <li>・エブランチルカプセル15mg×2</li> <li>・ジスチグミン5mg</li> </ul>			
排尿状態	日中：環境（ <u>トイレ</u> P-トイレ <u>おむつ</u> 尿器 導尿） 介助量（全介助 <u>一部介助</u> 見守り 自立）					
	入院時より排尿障害があり適宜導尿を行っていた。入院から3日目にバルーンを留置する。最大膀胱容量は900ml、一日総排尿量は1300ml、残尿量は導尿にて900mlの計測であった。					
	夜間：環境（ <u>トイレ</u> P-トイレ <u>おむつ</u> 尿器 導尿） 介助量（全介助 <u>一部介助</u> 見守り 自立）					
	時折、感情失禁や激しく体動が見られたため転倒ムシ、抑制などを使用して対応していた。夜間も自尿みられず。					
	日中排尿回数	0回	最大膀胱容量	900ml	残尿量	900ml
	夜間排尿回数	0回	一日総排尿量	1300ml	尿意	有り
排便状態	正常 下痢 便秘 <u>その他</u>					
ADL	起立動作（全介助 <u>一部介助</u> 見守り <u>自立</u> ） 移乗（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> 和式） 手摺り（ <u>有</u> 無） ・トイレ動作：移乗動作は見守りにて可能。下衣操作時は全介助にて行った。清拭は自立。 ・生活状況：日中は排泄・リハビリ時間以外では臥床傾向。 ・認知知機能面：HDS-R 13点。辻褄の合わない発言や、夜間に不穏行動が認められた。 障害高齢者の日常生活自立度（ B1 ） 認知症高齢者の日常生活自立度（ II ）					
取り組み内容	①頻尿への対策：排尿回数の軽減を目的に、午前、午後ともに毎日概ね決まった時間にトイレ誘導を行った。また、排尿日誌を用いて多職種と排尿回数と時間を共有し適宜トイレ誘導を行うようにした。 ②排泄行為：バルーン挿入中から排便時などにトイレ誘導を行い動作の習熟を図った。					
ディスカッション	Q)病態について A)急性胆嚢炎での排尿障害に対する直接的関与は少ないと考える。高齢者はフレイル傾向であり、全身状態の変化や薬の影響を受けやすいため、環境の変化によるものも考えられる。 Q) 服薬について A)バルーン挿入期間が術後1週間であったことは、ジスチグミンの薬効が得られることを見越した可能性が高い。 Q)排泄誘導について A)事前に声掛けを行って誘導するなど行えば、転倒防止にもつながりやすい。残尿量が多いと、膀胱が虚血傾向となるため、蓄尿量300ml程度で誘導を行うように検討しても良い。排尿日誌を経過に合わせて行うなどとすると、変化がわかりやすい。					