

第4回

大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会

(ゆーりん研)

平成26年3月2日

【午前の部】 10:00~12:00

場所／大分大学医学部 看護学科棟2階 211講義室

共催／大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会
ユニ・チャーム株式会社

【午後の部】 12:50~16:10

場所／大分大学医学部 臨床講義棟 『臨床大講義室』

共催／大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会
杏林製薬株式会社

第4回

大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会

(ゆーりん研)

平成26年3月2日

【午前の部】 10:00~12:00

場所／大分大学医学部 看護学科棟2階 211講義室

共催／大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会
ユニ・チャーム株式会社

【午後の部】 12:50~16:10

場所／大分大学医学部 臨床講義棟 『臨床大講義室』

共催／大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会
杏林製薬株式会社

目 次

ご挨拶	1
会場案内	4
プログラム	5

午前の部

トイレでの排尿リハ・ケア	9
--------------------	---

午後の部

事例報告	29
研究発表	33
ミニレクチャー	39
特別講演	51

第4回大分県排尿リハビリテーション・ケア 研究会開催に当たって



大分大学医学部腎泌尿器外科学講座

教授 三股 浩光

(大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会 代表世話人)

みなさま、こんにちは。第4回大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会が、来る3月2日に大分大学医学部臨床大講義室で開催される運びになりました。偶数回では午前中に実習を行うことになっており、今回は大分大学医学部看護学科と湯布院厚生年金病院、日田リハビリテーション病院、大分岡病院のご協力の下に、『トイレでの排尿リハビリテーション・ケア』の講義と実習を予定しております。午後からは一般演題6題と大分大学公衆衛生学教授 兼板佳孝先生と日本コンチネンス協会会長 西村かおる先生のミニレクチャー、さらに日本赤十字看護大学名誉教授 川嶋みどり先生の特別講演と盛り沢山の内容になっております。

本研究会副代表世話人の佐藤和子先生には研究会設立から運営まで多大な貢献をして戴いておりますが、急遽、本年4月より県外の大学の教職に就かれることが決まりました。佐藤先生が常時大分にいないことは大変残念に存じますが、幸いにも副代表世話人の続投と今後の本研究会の企画・運営にも携わって下さるとのことで、さらに広い視野で大所高所からご指導を戴けるものと存じます。

本研究会は、多職種の医療従事者がお互いに率直な意見を交換しながら、高齢者の排尿・排泄の問題に取り組むことを目的として設立されましたが、徐々に横の繋がりができつつあり、大分県下の多数の施設や各種医療関連団体との連絡網を整備し、今後は事例検討会の開催が検討されております。本研究会が益々発展し、大分県の高齢者の介護・医療に貢献できますよう、是非多くの皆様のご参加と活発なご討議を期待しております。

第4回大分県排尿リハビリテーション・ケア 研究会 当番世話人として



大分大学医学部看護学科

客員教授 佐藤 和子

(大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会 副代表世話人)

平成24年の9月に発足した研究会も今回で4回目を迎え、順調な歩みを続けてまいりました。

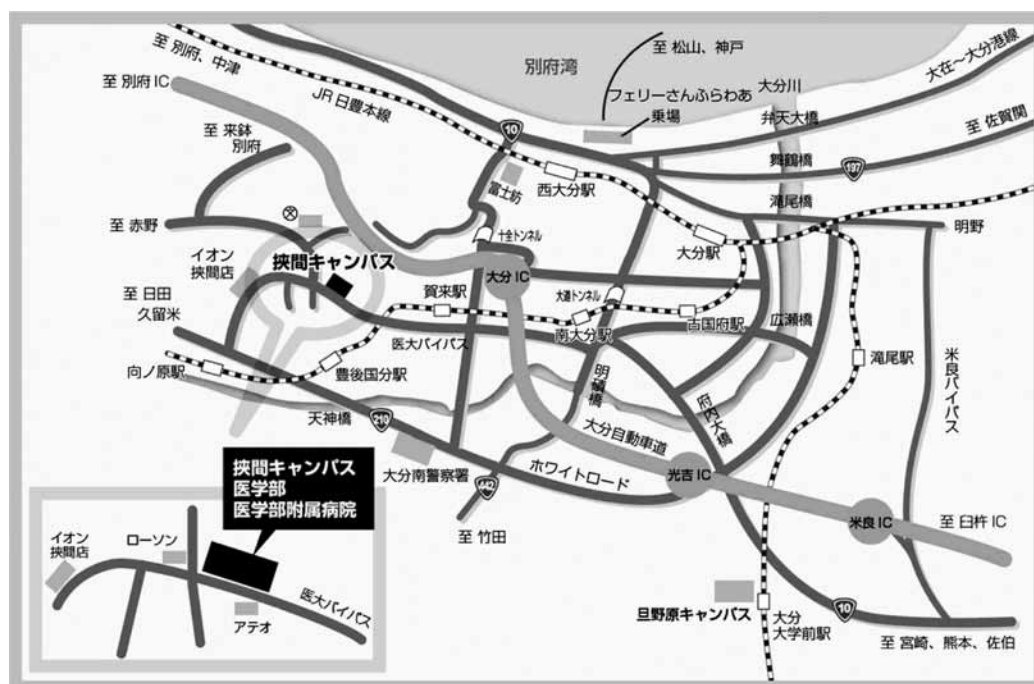
この研究会の特徴として、偶数回毎に設けられた的確な排尿ケアのための技術演習があります。2回目の今回は、「排尿の自立」に向けてオムツの選択・当て方などの基本的な援助技術に加え、トイレでの排尿動作の支援も計画されています。このような講習を通して、排尿アセスメントや自立支援の技術を高めるとともに、オムツはずしやオムツの形態・材質を科学的に検証するなど、QOLを高めるケアのエビデンスを探究する活動も始まっています。

また、今後の新しい活動として事例検討会も計画されています。実践現場で遭遇する個々の事例について、職域を超えて様々な角度から検討し実践の知を共有するとともに、事例の蓄積によってより良いケアの方向性を見出すしくみができつつあることは、本研究会発足当初からの願いでもありました。多くの方々のご参加を期待しています。

今後は本会のさらなる発展のために、高齢者や家族、技術者などの研究会への参画を得るなど、より対象者のニーズに即した技術や人間工学的な見地からケア製品の開発などをともに行っていくことの必要性も考えられます。この度の研究会がそのような排尿ケアの未来を考える機会になれば幸いです。

私ごとですが、この4月から再び看護基礎教育の場に戻るようになりました。この2年間の臨床現場の医療職の方々との交流や共同研究、本研究会の活動を通して得られた多くの知見を看護教育に還元していくとともに、新たな出会いの場で排尿リハケアの普及・向上に努めたいと思います。大分県人として今後も本研究会の活動にも参画してまいりますので、引き続き宜しくお願い致します。

会場案内



大分大学医学部附属病院 (大分大学医学部 挟間キャンパス建物案内図)



プログラム

■日時：平成26年3月2日（日） 10:00～16:10（受付9:30より）

■場所：大分大学医学部

大分県由布市挾間町医大ケ丘1-1 TEL097-549-4411

■参加費：1,500円（午前のみ1,000円／午後のみ500円）

【午前の部】 10:00～12:00

共催：ユニ・チャーム株式会社

開会挨拶 10:00～10:10

副代表世話人 佐藤 和子（大分大学医学部看護学科 客員教授）

講義と実習 10:10～12:00

「トイレでの排尿リハ・ケア

－排尿の自立に向けたトイレ動作・おむつ／パッド交換の援助技術－」

三重野 英子（本セッション統括：大分大学医学部看護学科 教授）

（10:10～11:20）講義

（11:20～12:00）実習

講 義：トイレ排尿の自立に向けた アセスメントと援助技術

講 師：船津 良夫（ユニ・チャーム株式会社 排泄ケア研究所）

講 義：移動動作のアセスメントと援助技術

講 師：太田 有美（湯布院厚生年金病院 作業療法士）

指導協力施設：大分大学医学部看護学科

湯布院厚生年金病院

日田リハビリテーション病院

大分岡病院

閉会挨拶 12:00

三重野 英子（大分大学医学部看護学科 教授）

【午後の部】 12:50~16:10

共催：杏林製薬株式会社

商品説明 12:50~13:00

「過活動膀胱治療剤「ウリトス」最新の話題」
杏林製薬株式会社

挨拶 13:00~13:05

代表世話人 三股 浩光（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座 教授）

事例報告 13:05~13:35

司会：足達 節子（大分赤十字病院 看護係長）

1. 「神経因性膀胱で自己導尿が必要な患者の排泄自立への援助」
山本 美香（日田リハビリテーション病院 看護師）
2. 「自宅退院を見据えた排泄ケアを振り返り～退院後訪問で見えてきたこと～」
豆田 和也（湯布院厚生年金病院 介護福祉士）
3. 「デイケアにおける排尿に関する調査結果」
丸小野 啓介（高田中央病院 理学療法士）

研究発表 13:35~14:15

司会：住野 泰弘（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座 講師）

4. 「当院での排泄の自立に向けた取り組み
～廃用症候群によりADL低下をきたした一症例を通して～」
有野 裕希（高田中央病院 作業療法士）
5. 「骨盤底筋体操『も～もれん体操』～当院通所リハでの3か月間の取り組みを通して～」
蓑田 もと子（湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部）
6. 「三次元動作解析を用いた骨盤底筋体操の検証」
洲上 祐亮（湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部）
7. 「前立腺肥大症に対するHoLEP（経尿道的ホルミウムレーザー前立腺核出術）の初期経験」
平井 健一（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座）

= 休憩（10分） =

ミニレクチャー1 14:25~14:45

司会：森 照明（大分岡病院 院長（敬和会 統括院長））

テーマ：「睡眠と心身の健康～疫学研究知見から～」
講 師：兼板 佳孝先生（大分大学医学部公衆衛生・疫学講座 教授）

ミニレクチャー2 14:45~15:05

司会：三重野 英子（大分大学医学部看護学科 教授）

テーマ：「排尿の自立支援に向けた課題」
講 師：西村 かおる先生（日本コンチネンス協会 会長）

特別講演 15:05~16:10

司会：佐藤 和子（大分大学医学部看護学科 客員教授）

テーマ：「尊厳ある生を維持するための排泄ケア－看護の役割と他職種との連携－」
演 者：川嶋 みどり先生（日本赤十字看護大学 名誉教授、健和会臨床看護学研究所 所長
東京看護学セミナー 世話人代表、日本看護歴史学会 理事長）

閉会挨拶 16:10

副代表世話人 森 照明（大分岡病院 院長（敬和会 統括院長））

午 前 の 部

10:00～12:00

本セッション統括：三重野 英子（大分大学医学部看護学科 教授）

場所／大分大学医学部 看護学科棟2階 211講義室

◎スケジュール

- ・参加者は、16ベッド（6～7名/ベッド）に分かれる。
- ・各ベッドに1名ファシリテーターが付く。

時 間	内 容	会 場
10:00～ 10:10	【開会挨拶】 大分大学医学部看護学科 客員教授 佐藤 和子 【実習の説明】 大分大学医学部看護学科 教授 三重野 英子	看護学科棟 211 講義室 (2階)
10:10～ 11:20	【講義・デモンストレーション(70分)】 ①移動動作・排尿機能のアセスメントと援助技術 講師 湯布院厚生年金病院 作業療法士 太田 有美 ②トイレ排尿の自立に向けたアセスメントと援助技術 講師 ユニ・チャーム(株)排泄ケア研究所 主任研究員 船津 良夫 ＊デモンストレーションは、講師がメインベッドを使って行う。同時に2台のベッドでファシリテーターがデモンストレーションを行う。	看護学科棟 基礎看護学 実習室 (3階)
11:20～ 12:00	【グループ実習(40分)】 ①仰臥位～起き上がり～端座位～ポータブルトイレへの移動動作 ・トイレ排尿に向けた移動能力の可能性をどのように観察するか ・本人の移動能力を活かす援助方法 ②トイレでのつかまり立ちでのパッド交換 ③ベッド端座位からポータブルトイレへの移乗とパッド交換 ・パンツ型オムツとパッドを装着してみる。パンツ型オムツに適したパッドとそうでないパッドの装着感を試してみる。 ・トイレ移動の流れの中でのパッドの交換 ＊①②③について、介護する側・される側をメンバー間で交互に体験する。 ＊技術の原理・原則やコツをメンバーで確認する。 ＊普段行っている援助方法について、互いに技術交換する。	

トイレでの排尿リハ・ケア

－ 排尿の自立に向けたトイレ動作・おむつ/パッド交換の援助技術 －

三重野 英子

大分大学医学部看護学科 教授

大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会では、排尿ケアの技術習得を目的に、年1回、実習形式による研修を企画しています。昨年度開催した第2回研究会では、「適切なオムツの選び方・あて方」をテーマに、自立と心地よさをもたらすオムツの適切な選択とあて方について実習を行いました。参加者同士で、介護する側・される側になり、交互にオムツ交換を行いました。参加者は、介護される側を経験した際、オムツのフィット感や安心感がケアする人の技術によって異なることに気づき、普段行っているオムツ交換の技術を振り返る機会になりました。

今回は、「トイレ（ポータブルトイレを含む）排尿の援助技術」を取り上げます。病気・障害や治療のため、尿留置カテーテルやベッド上での排尿を余儀なくされても、できる限り早期にこれまで行っていた「トイレでの排尿」を取り戻す援助を行うことが重要です。

皆さんは、自分がトイレでどのように排尿しているのか、あらためて考えたことがありますでしょうか。トイレ動作（女性/洋式トイレ使用の場合）は、尿意を感じ、準備が整うまで尿意/排尿を我慢しながらトイレを捜すことから始まります。トイレに入り、立位姿勢のままズボン・下着を脱ぎ、そして便座の位置を確認しながらゆっくり座ります。座ると同時に、我慢のスイッチが解除され、排尿が始まります。爽快感を感じつつ、じっと座位のままでいます。排尿が終わったことを認識すると、トイレットペーパーを適宜とり、片手で拭いて、洗浄レバーを使って流します。そして、立ち上がり、下着・ズボンをはき、身なりを整え、次の目的の場所へと移動します。

このようにトイレ動作を分解してとらえてみると、身体の認知機能、運動・感覚機能、下部尿路機能をフルに使い、トイレ環境と調和しながら行っていることがわかります。トイレで排尿するという当たり前のことが成立するには、こうした身体や環境の条件が整っていることが必要なのです。

本日の実習では、「トイレ排尿の可能性をアセスメントする技術」と「トイレ動作の自立を助ける援助技術」に焦点をあて実習を行います。この実習を通して、本当はトイレでの排尿が可能なのに見逃してしまっている患者/利用者さんがいないか、あらためてアセスメントするきっかけになればと思います。また、今のトイレ環境や普段の援助方法を点検し、自立に向けた効果的で効率的な援助技術のヒントが得られることを願っています。

◎指導スタッフ

統括責任者：大分大学医学部看護学科 教授 三重野 英子

講師：湯布院厚生年金病院 作業療法士 太田 有美

ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所 主任研究員 船津 良夫、山口 卓司、中西 睦

ファシリテーター：

湯布院厚生年金病院

看護師：平井 雅子、倉橋 久美、森川 美穂、麻生 郁代、江良 知美、

中山 恵輔、近藤 眞智子

介護福祉士：田中 佑樹、豆田 和也、麻生 周一、仲摩 勇二

作業療法士：毎床 秀朗、尾上 佳奈子、蓑田 もと子、洲上 祐亮、黒田 康裕

大分岡病院

看護師：大嶋 久美子、岡田 八重子

日田リハビリテーション病院

看護師：長尾 晴美、穴井 はるみ

大分大学医学部看護学科

看護師：吉良 いずみ、井上 加奈子、森 万純

◎講義・実習内容

1. トイレ排尿の可能性をアセスメントする技術

- ・多角的なアセスメント
- ・移動動作や下部尿路機能のアセスメント

動作に関連する身体機能	下部尿路機能	環境
・覚醒/注意レベル ・認知機能 ・視覚/聴覚機能 ・運動/感覚機能等	・尿意の知覚 ・動作中の排尿抑制（我慢できるか） ・排尿困難がない	・トイレ環境（便座の高さ、手すり、広さ、寒さ等） ・オムツ、下着、ズボン ・人的環境（マンパワー、技術）

2. トイレ動作の自立を助ける援助技術

1) トイレ動作をスムーズにするオムツ（パンツ型、尿とり用パッド、失禁用パッド）の選択

2) トイレ動作時の援助技術

- ・移動動作の原理・原則（本人も楽、介護者も楽）
- ・本人主体の動作をどのように支援するか
- ・便座への移動と排尿を可能にする環境づくり
- ・移動の流れの中でのズボン・下着の着脱とオムツ・パッドの交換

トイレ排尿の自立に向けた アセスメントと援助技術

船津 良夫

ユニ・チャーム株式会社 排泄ケア研究所

第4回 大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会
「トイレ排尿の自立に向けた アセスメントと援助技術」

2014年3月2日
ユニ・チャーム株式会社
排泄ケア研究所
船津 良夫

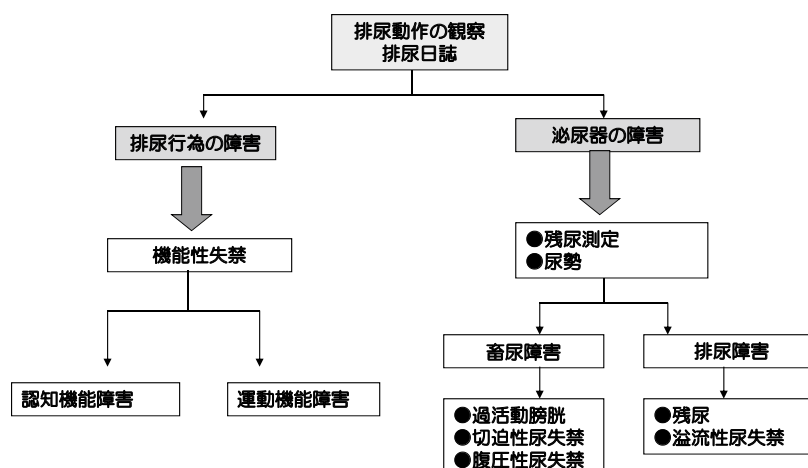
排泄障害と日常生活自立度

障害老人の 日常生活 自立度 (寝たきり 度) 判定	J (生活自立) 障害を有するが、日常生活 はほぼ自立。独力で外出		A (単寝たきり) 屋内での生活は概ね自立。 介助なしには外出しない		B (寝たきり) 屋内での生活に介助を要し、 日中はベッド上の生活が主 体。座位を保つ		C (寝たきり) 1日中ベッドで過ごし、排泄、 食事、着替に介助を要す	
	1 交通機関を 利用して 外出	2 隣近所なら 外出	1 介助により 外出、日中 はほとんど ベッドから 離れて生活	2 外出頻度少 ない。日中 寝たり、起 きたり生活	1 車椅子移乗。 食事、排泄 はベッドか ら離れて 行う	2 介助により 車椅子移乗	1 自力で寝返 りをうつ	2 自力では寝返 りも出来ない
便座への着座 起立	トイレの便座				トイレまたはベッドサイド ポータブルトイレ		ベッドサイ ドポータブ ルトイレ	不可
便座への移動、 移乗 パンツの着脱	自立				介助			
おむつ、パッド 交換姿勢	トイレで立位・座位				トイレまたはベッドサイド で立位・座位		ベッドサイ ドで立位・座位	ベッド上 仰臥位
着 衣	アウター	パンツ (布パンツ、リハビリパンツ)						テープ止め
	インナー	パンツ用パッド (各種)						テープ止め用 パッド (各種)

※「障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定：1991年 厚生省大臣官房老人保健福祉部

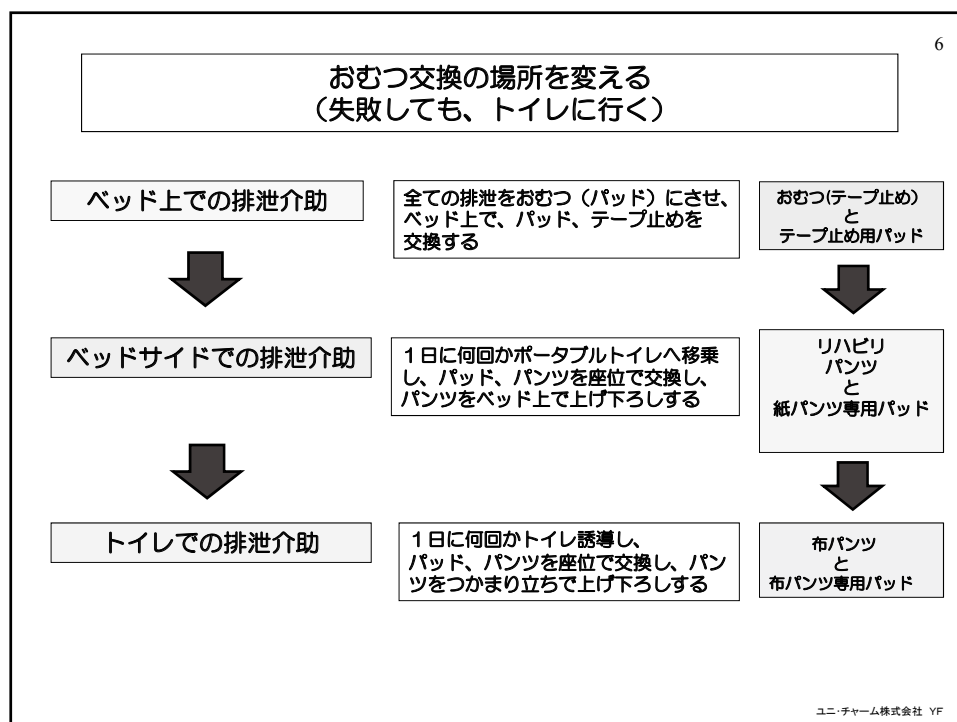
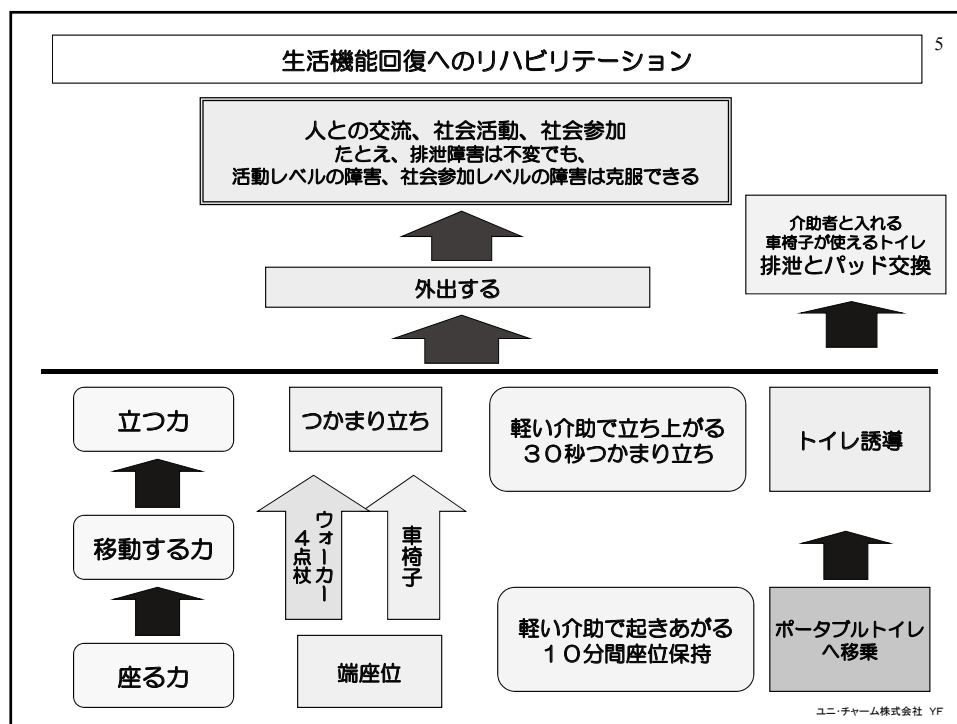
ユニ・チャーム株式会社 YF

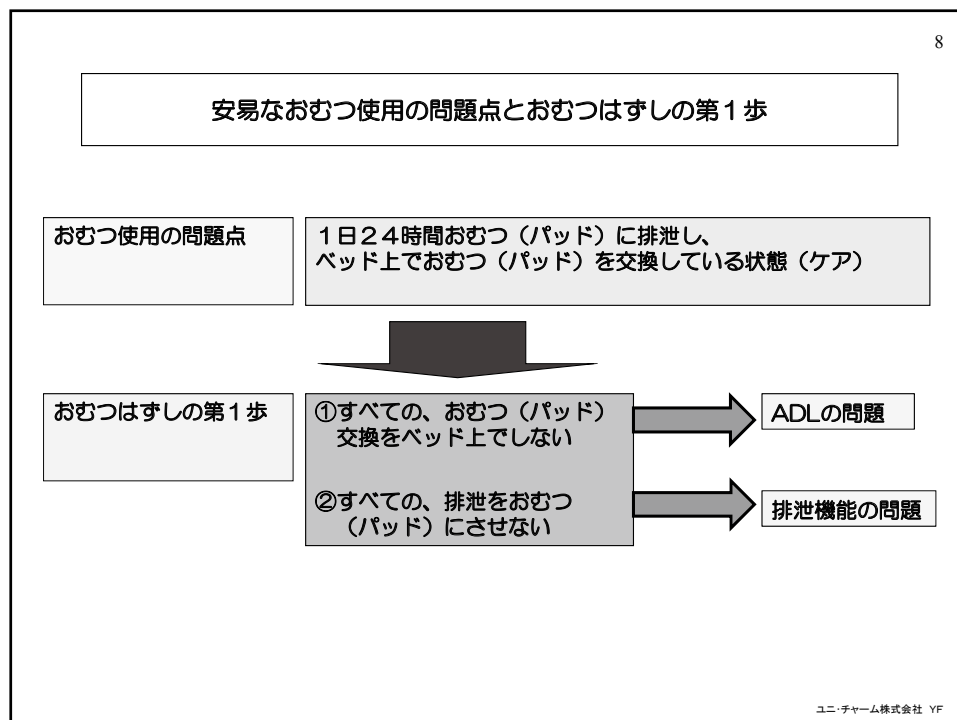
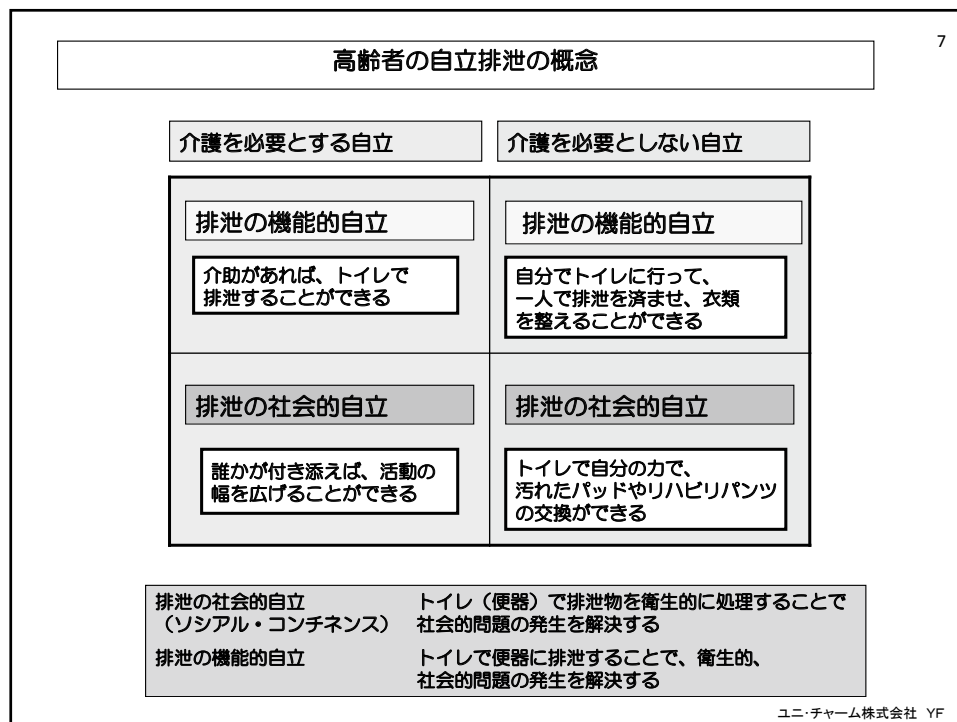
排尿障害の分類フロー



出典：日本コンチネンス協会 西村かおる

ユニ・チャーム株式会社 YF





現状把握と分析
おむつを使った排泄ケアの形態分類

9

排泄 ケアの パター ン	昼	夜	10パターン	おむつ	
	午前～午後～就寝前	夜中（就寝）～起床時		アウ ター	イン ナー
1	① トイレ自立	(1) トイレ自立	①－(1)		
2		(2) トイレ誘導	①－(2)		
3		(3) ポータブルトイレ移乗	①－(3)		
4		(4) ベッド上おむつ交換	①－(4)		
5	② トイレ誘導	(2) トイレ誘導	②－(2)		
6		(3) ポータブルトイレ移乗	②－(3)		
7		(4) ベッド上おむつ交換	②－(4)		
8	③ ポータブルトイレ移乗	(3) ポータブルトイレ移乗	③－(3)		
9		(4) ベッド上おむつ交換	③－(4)		
10	④ ベッド上おむつ交換	(4) ベッド上おむつ交換	④－(4)		

ユニ・チャーム株式会社 YF

つかまり立ちができれば、トイレ誘導できる

10

つかまり立ちのできる利用者のリハビリパンツとパッドの交換



①トイレの介助バーを利用して、つかまり立ちの姿勢をとります。ベッドの横にポータブルトイレを設置した場合は、ベッドに取り付けた介助バーを利用してつかまり立ちの姿勢をとります。つかまり立ちが安定していることを確認してから、介護者はスポンとパンツを膝までおろします。



②介護者に支えられて利用者は便座に移動します。



③便座に座ってパッドを交換します。パッドが汚れていれば、便座に座った姿勢でパンツからパッドを抜き、新しいパッドをパンツに入れて、はさんでおきます。パンツまで汚れていれば、スポンを脱がせ、パンツとパッドを取り替え、スポンに足を通しておきます。そして、便座に座った姿勢での排泄を促します（待ちます）。便座に座った姿勢でのパンツ・パッド交換は、つかまり立ち姿勢での交換に比べ、立位での腰砕けや転倒のリスクを減らすことができます。2つ折のパンツパッドを、そのままパンツに差し込みます。片手でパッド交換ができるので、片マヒの方でも自分で交換できます。

ユニ・チャーム株式会社 YF



④パンツのなかでパッドを開きます。前後についたワンタッチテープをパンツに押し付けるように押えます。パンツを上げた時、パッドが背中側でまるまるすることがありません。



⑤もう一度、つかまり立ちの姿勢に戻し、おしり側からパンツを引き上げ、中のパッドの位置が紙パンツの立体ギャザーの内側に納まって、お尻の割れ目まで覆っていることを確認します。ズれていればパッドの位置を調整します。最後にズボンで膝から上げて整えます。

座位保持ができれば、便座（ポータブルトイレ）に座れる

ベッド端座位からポータブルトイレへの移乗（左麻痺の事例）



①ベッド上で、ズボンとパンツを膝まで下げます。お尻の下にタオルを敷き、お尻が直接シーツに触れないように配慮します。下半身が露出しないよう、大きなタオルをかけ背中で結びます（エプロンのように、タオルに紐をつけると使いやすくなります）



②利用者は立ち上がる姿勢、健足を引き、ベッドに浅く座る端座位をとります。介護者は片膝を床についた姿勢で、お腹で、利用者の患足を支えます。



③介護者は低い姿勢で、肩を利用者のお腹に入れます。介護者は左手で利用者の背中を支え、利用者に、おじぎをするように、前傾姿勢をとってもらいます。介護者は右手を利用者のお尻にまわします。



④利用者が介護者の肩に乗るように体重移動すれば、利用者のお尻が浮くので、右手をお尻の下に入れ、すくうように支えます。



⑤介護者は、後ろから前に重心を移動させながら、床についた膝をあげ、利用者を便座に移乗します。

おむつ交換における、ボディメカニクス基本8原則の活用 【腰に負担をかけない、おむつ交換】

ボディメカニクス



人間工学用語で、身体の骨格、筋、内臓等の各系統間の力学的相互作用の関係をいう。介護者と利用者間に、身体的有効性・安全性が得られ、最小限度のエネルギーで、容易に動くことができ、障害を防ぐことや安楽を確保すること

おむつ交換の腰への負担

・前屈姿勢
・中腰姿勢



・ひねり
・持ち上げ
・左右アンバランスな筋活動



・腰椎
・椎間板
・腰部筋への負担大

ボディメカニクス基本8原則

- ① 対象者に近づく
- ② 対象者を小さくまとめる
- ③ 支持基底面積を広くする
- ④ 足先を動作方向に向ける
- ⑤ 膝を曲げ、重心を下げ、骨盤を安定させる
- ⑥ 大きな筋群を使う
- ⑦ テコの原理を応用する
- ⑧ 水平に移動する



おむつ交換での活用と腰痛予防

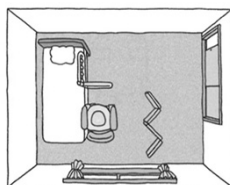
- ① ベッドの高さを調整することで、身を乗り出し、前屈姿勢での動作を正す
- ② 移乗時に、中腰姿勢をとらない
膝をしっかり曲げながら、後ろ側に重心を移動させる

ポータブルトイレの使い方

15

ポータブルトイレは、トイレまで安全に移動できない状況で使用します。
トイレまでの移動が難しいので、トイレにベッドサイドまで移動してもらったと解釈します。

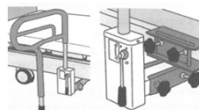
- 安全面の配慮から、夜間のみ使用する
- 立位はとれないが、端座位の保持はできるADL



環境整備

ポータブルトイレを使用する場合、利用者の移乗動作の自立度に合わせた環境整備が必要です。

- ポータブルトイレはベッドサイドの足元に設置します。
- 移乗に適した高さにベッドとポータブルトイレの高さを合わせます。
- 移乗しやすいように、肘かけをはずします。移乗するときに、ポータブルトイレがずれたり、動かないように、ベッドサイドに固定します。
(ベッドフレームにガムテープや木材を使って固定すると安定します)。
- 夜の安全を考え、ライトの設置や蛍光テープ等を貼るなど、手元を明るくします。
- 滑らないようにゴムマット等を敷きます。
- 立位が不安定で介助が必要な場合は、ベッド上で衣類を膝まで下げて、タオルで下半身をおおい、便座に移乗させます。
- 立位で衣類を着脱する場合、サイドバーは支柱のあるタイプが安全です。支柱につかまり、あるいは寄りかかってパンツの上げ下げができます。



※参考：浜田きよ子、寺田和代 「福祉用具で変わる介護のある暮らし」

ユニ・チャーム株式会社 YF

ポータブルトイレ選びのポイント

16

選び方のポイントは、排便の場合を想定して、前傾姿勢が保持でき、足が開き、足が床につき、かかとを上げてつま先方向に力が入られる構造であること。また、安全に移乗できるよう、安定して固定できる構造であること。

- 肘かけ（アームサポート）が上げ下げできるもの
- けこみ（足が引ける空間）があるもの
- 安定性があるもの
- 座面の高さが調整できるもの

背もたれ（バックサポート）
座ったときに体を支えてくれる
高さや角度のもの。

奥行
体格に合わせる。合わない場合はクッション等で調整する。

便座の高さ
排泄の姿勢に合う高さに調整できるもの。
足が床につき、踏ん張る姿勢のとれる高さのもの。

座幅
体格に合わせる

けこみ
立ちあがるとき、座るときに、十分に足が引ける空間のあるもの。介助者の足の置き場も考慮すると、4本足で介助者の足が入るものが便利

便座の蓋
1枚蓋や折れ蓋、取りはずせるものなど種類があるが、開閉動作に負担のないもの

肘かけ（アームサポート）
肘をかけて、前傾姿勢を支えてくれる高さ、形状のもの。
移乗のときは上げて、座ったときに下ろせる肘かけや取りはずしのできるものが便利。

便座の形状とやわらかさ
形状や大きさにもさまざまな種類があるが、本人の快適性と好みに合うものを選ぶ

ユニ・チャーム株式会社 YF

道具の活用

17

座位で前傾姿勢を安定させる



使わないときは立てておく

姿勢保持バー



持ち運びできる姿勢保持テーブル
「楽助さん」

トイレキャリー



※ 浜田きよ子、寺田和代「福祉用具で変わる介護のある暮らし」

ユニ・チャーム株式会社 YF

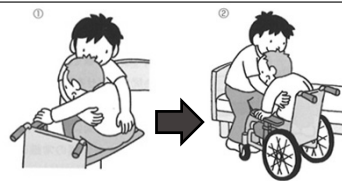
トランスファー・ボード

18

自立の場合

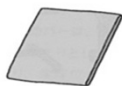


介助の場合



- ① ベッド端座位から身体を少し前に傾け、トランスファーボードをお尻の下に差し込む。
- ② 脇の下に手を入れて少し身体を傾け、お尻を軽く押すことで、ボードの上を身体が動いて便座に移る。

スライディング・シート



※ 薄い、滑りやすいシートでできた手袋になったものもあります。

※ 浜田きよ子、寺田和代「福祉用具で変わる介護のある暮らし」

ユニ・チャーム株式会社 YF

19

テープ止めおむつからパンツ型おむつへの変更の試み
 トイレ誘導への準備段階として
 【湯布院厚生年金病院の取り組み】

終日ベッド上排泄の
テープ止め使用の患者
 (男性5名+女性4名)

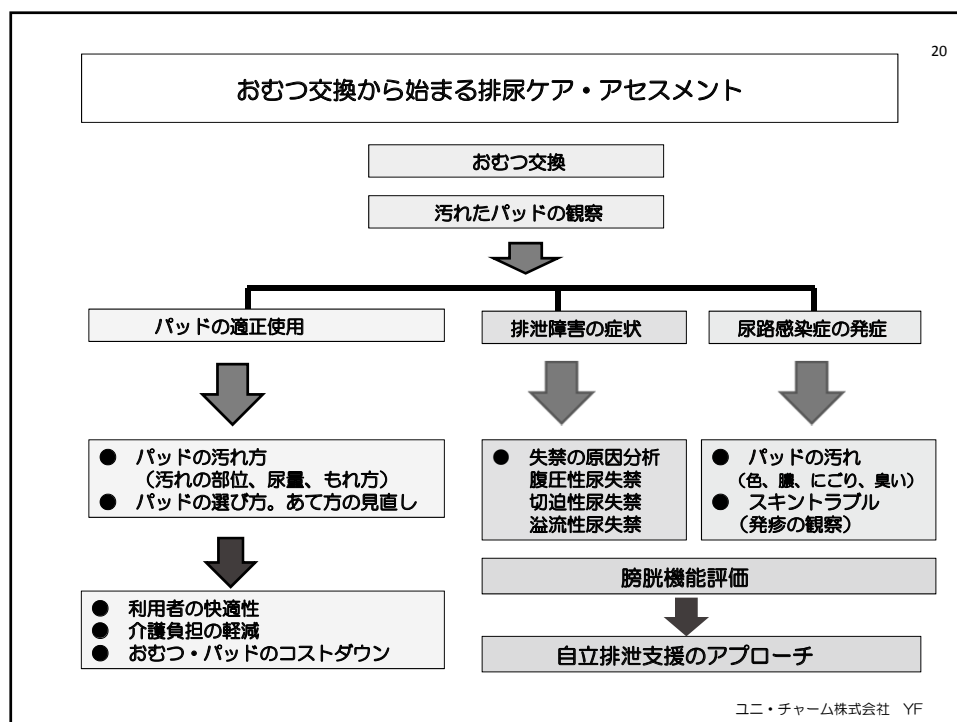
終日パンツ型おむつに変更
 【トイレ誘導への準備段階として】

患者	脳血 疾患	整形 疾患	経管 栄養
①	◎		
②	◎		◎
③	◎		◎
④	◎		◎
⑤	◎		◎
⑥	◎		
⑦	◎		
⑧	◎		◎
⑨		◎	

3日間の排
尿状況
アセスメ
ント
適切な
パッドと
あて方
技術

患者	パンツか らのもれ なし、ま たは減少	コスト が減少 した	水様便 多量便 のため 交換回数 が増えた	コスト が増加 した	調査後もパ ンツを継続、 トイレ誘導 につなげた	パンツに 変更できな い理由
①	○	○			○	
②		○	●		○	
③		○	●			水様便
④			●	●		水様便
⑤	○	○			○	
⑥				●		おむつ触り
⑦	○	○			○	
⑧			●	●	○	
⑨	○	○			○	

ユニ・チャーム株式会社 YF



移動動作のアセスメントと援助技術

太田 有美

湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部

移動動作のアセスメントと援助技術

湯布院厚生年金病院
リハビリテーション部 太田有美

トイレでの排尿リハ・ケアについて

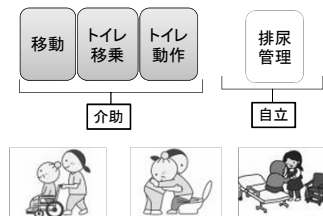
本来の排尿というのは、体外に不要なものを出すことです。しかし、トイレでの排尿というと、尿を溜めて・出すという排尿管理と併せて、排尿動作についても対象者の能力を評価し、発揮してもらうべき能力と支援すべき能力を見極め介入することが自立支援に向けては重要です。

機能的自立度評価(FIM)におけるトイレの分業図



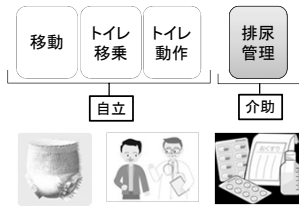
FIMによるトイレの分業図を見ると、移動、トイレ移乗、トイレ動作、排尿管理に分けられる。これらの全てがそろってトイレでの排尿が成立する。

トイレ動作は介助を必要とするが、排尿管理は自立している



トイレ動作に介助を要していても排尿管理が自立しているケースもある。この場合は、尿を溜めて・出す機能は保たれているため、介助者が排尿パターンを把握したトイレ誘導やトイレ動作を獲得するための関わりを行うことで尿失禁は改善する。

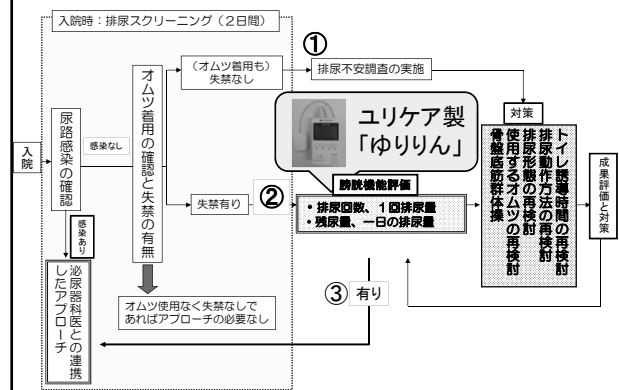
トイレ動作は自立しているが、 排尿管理に介助を要すケース



トイレ動作が自立していても尿失禁などの排尿管理に問題を認める場合もある。この場合は、服薬や泌尿器科受診などの治療、尿失禁に対する自己管理が行える必要がある。

私たちは、トイレ動作と排尿管理の両面に対し、医師・看護・介護職との情報共有がより強化できる手段として、「排尿リハケアアプローチの流れ」を作成し排尿管理も含めたADL介入方法と対策が立案できるようにしている。

(案) 排尿リハ・ケアアプローチの流れ



(案) 排尿リハ・ケアアプローチの流れに沿った3つのルート

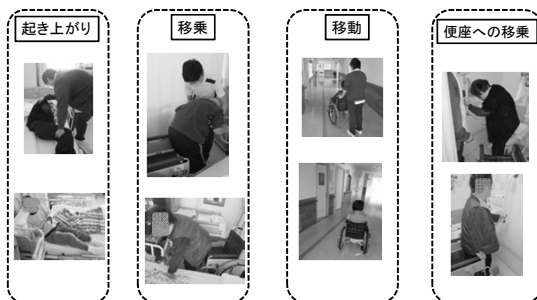
- ①失禁が無いにも関わらずオムツ又はリハビリパンツを着用している方は、心理面を考慮し排尿不安調査を行い、対策を講じる。
- ②失禁は有るが、膀胱機能評価結果に問題が無い方は、5つの対策の中から選定し介入する。
- ③失禁が有り、膀胱機能評価結果に問題が有る方は、泌尿器科医と連携したアプローチを行う。

トイレでの排尿を叶えるには

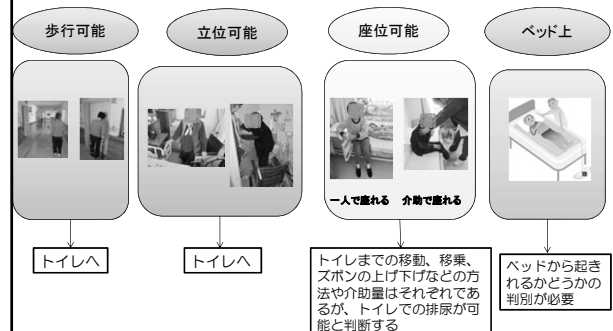
トイレでの排尿を叶えるには、まずトイレで排尿をするまでの一連の工程を知り、どの工程に介助が必要であるかを把握することが必要です。

さらには、介助の程度にも留意し、本人の潜在能力を引き出せるような介助方法の提供が大切です。

トイレに座るまでの一連の工程



トイレに座れるかどうかを見極める



実技

ポータブルトイレでの排尿を仮定した実技を実施します。

まず、ポータブルトイレに座るまでの一連の工程を確認してもらいます。

さらに、各工程の動作のポイントを把握し実践します。

介助が楽行えるという事ももちろんですが、一番大切なことは自立支援に繋がる介助が行えているかどうかを確かめながら実施して下さい。

トイレ・ポータブルトイレでの 排尿の可能性を探る

トイレの工程
(ポータブルトイレを例として)

- ①ベッドからの起き上がり
- ②ベッドに座る
- ③立ち上がり・立位を保持する
- ④下着を下す
- ⑤便座に座る
- ⑥排尿をする
- ⑦後始末をする
- ⑧下着を上げる
- ⑨ベッドへ戻る

トイレ・ポータブルトイレでの 排泄の可能性を探る

トイレの工程
(ポータブルトイレを例として)

- ①ベッドからの起き上がり
- ②ベッドに座る
- ③立ち上がり・立位を保持する
- ④下着を下す
- ⑤便座に座る
- ⑥排尿をする
- ⑦後始末をする
- ⑧下着を上げる
- ⑨ベッドへ戻る

活かせる能力を知る！
介助のポイントを習得する！

寝返り動作(左麻痺例)



動作のポイント

- ①首をまわせるか
- ②上半身をまわせるか
(健側の手で患側の手をもてるか)
- ③下半身をまわせるか
(健側の足で患側の足をすくえるか)

本人の能力を判断するポイント

- ・良い方の手で掴み離しが出来るか
- ・その手で柵などが持てるかどうか
- ・頭部を動かせるか

起き上がり動作(左麻痺例)



動作のポイント

- ①肘をついて上体を起こせるか
- ②足をベッドの下におろせるか
(健側の足で患側の足を持ち上げながら
ベッド下へおろす)
- ③肘を伸ばしながら重心を移動ができるか

座る(左麻痺例)



動作のポイント

- ①上体を前に倒せるか
- ②お尻を前にずらせるか
- ③膝を90度より手前に引けるか
※立ち上がるための準備につながる

本人の能力を判断するポイント

- ・座位が取れない場合は、
立位保持も介助を要する可能性が高い
- ・手すり無しでも座れるか
- ・手すり有りでは座れるか

立ち上がる(左麻痺例)



動作のポイント

- ①足底が地面に接地している
- ②前方への重心移動ができるか
(介助をする場合は、
前方にスペースがあるか)
- ③頭が膝よりも前にくる
- ④手すりを使う場合、どのタイプが良いのか

本人の能力を判断するポイント

- ・ベッドに寝た状態で膝を立て、腰を浮かせられる人は立つ力が残っている可能性が高い。

立ち上がる(左麻痺例) 悪い例



方向転換し座る



動作のポイント

- ①良い脚の方に体重を掛けて、悪い方の足を一歩出せるか。出せる場合は、足踏みをしながらか方向転換できる可能性がある
- ②①が難しい場合は、立ち上がった後に腰を回旋させる
- ③座る時は立ち上がる時と同じ要領で行う。

本人の能力を判断するポイント

- ・体重を良い方の足にかけられるかどうか

memo

Lined area for writing the memo.

午 後 の 部

12:50~16:10

場所／大分大学医学部 臨床講義棟 『臨床大講義室』

事例報告

(1 ～ 3)

13:05～13:35

司会：足達 節子（大分赤十字病院 看護係長）

1. 「神経因性膀胱で自己導尿が必要な患者の排泄自立への援助」

山本 美香（日田リハビリテーション病院 看護師）

2. 「自宅退院を見据えた排泄ケアを振り返り

～退院後訪問で見えてきたこと～」

豆田 和也（湯布院厚生年金病院 介護福祉士）

3. 「デイケアにおける排尿に関する調査結果」

丸小野 啓介（高田中央病院 理学療法士）

神経因性膀胱で自己導尿が必要な患者の排泄自立への援助

○山本 美香¹⁾、穴井 はるみ¹⁾、長尾 晴美¹⁾、小河 泉¹⁾
佐藤 和子²⁾、太田 有美³⁾

1) 日田リハビリテーション病院 2) 大分大学医学部看護学科 客員教授
3) 湯布院厚生年金病院 作業療法士

1. はじめに

排泄の自立は患者や家族にとって切実な願いである。特に神経因性膀胱の患者は、その病態から自己導尿を余儀なくすることが多いため患者の負担は大きい。今回私達は神経因性膀胱で自己導尿による苦痛や合併症により入退院を繰り返している患者に遭遇した。そこで自己導尿に伴う苦痛や感染のリスク等を減らし、自然排尿への移行の可能性を探り、その支援を試みた。支援にあたり、長時間尿動態データレコーダーゆりりん（以下、ゆりりん）による残尿測定を行うと共に排尿関連のデータを収集した。それをもとに、患者の要望・反応を考慮しながら排尿支援を行った。その結果、導尿回数が減少し、日中の尿失禁は減少、自然排尿の増加などの成果を認めたので報告する。

2. 事例紹介

76歳 男性 入院時病名： #1 廃用症候群 #2 仙骨部褥瘡 #3 神経因性膀胱

40歳代に後縦靭帯骨化症を発症。身体機能の低下から仕事を辞め年金生活。現在は離婚し独居生活。訪問看護、ヘルパーを毎日、デイサービスを週3回、訪問リハビリを週1回利用していた。杖歩行していたが、5年前より車椅子生活。H24に原因不明の体調不良により入院し、それを契機に間欠的自己導尿を施行していた。現在、自己導尿の手技は習得しているものの、周囲を尿汚染することも多く、尿流出が完了する前にカテーテル抜去することもあった。入院時は下腹部に充満感を感じた際に、自己導尿を1日4回程度行っていた。

3. 介入経緯と結果

1) 介入前の状況（入院翌日～9月28日）

入院翌日から3日間の排尿日誌による排尿状況（尿意の有無、自然排尿・尿失禁・導尿の回数と量）や水分摂取量を確認し、残尿量はゆりりんを用いてモニタリングした。その結果、日中の尿意は曖昧で自然排尿は平均で6回、失禁は平均で5.3回、導尿は1日平均3回施行していた。残尿平均は130.3ml。夜間の尿意も曖昧で、失禁は平均で2.3回、導尿は平均1.6回施行しており、残尿平均は103.3mlであった。この段階のADLは床上排泄で、トイレの誘導は2名の介助者を要し全介助であった。尿取りパッド使用枚数は1日15枚。

2) 介入前期（介入後1週目）

日中は2時間毎にトイレに誘導し、夜間は3時間毎に尿器で排尿介助した。水分を控える傾向があり、促しにより摂取した。日中の自然排尿回数や失禁回数、残尿量等に大きな変化はなかった。夜間の自然排尿の回数は平均で0.6回と減少したが、失禁回数は平均で2.6回と微増した。

3) 介入後期（10月23日～10月26日）

介入1ヵ月後には、水分も自発的に1日1500ml摂取するようになった。日中の自然排尿は平均で7回と1回増加し、失禁回数は2.3回、失禁量の平均は150mlまで減少した。残尿平均は日中で31.2ml、夜間で89.6mlまで減少した。導尿回数は昼夜ともに0回になった。そこで、夜間は安眠や休息、移乗時の安全面を考慮して安楽尿器を使用することにした。その結果、失禁によるオムツ汚染が減少し、使用枚数は1日5～6枚となった。この時期のADLは、移乗が職員1名の介助で可能となるまで改善した。

4. 考察

介入により日中の尿失禁回数・失禁量はともに減少した。床上排泄ではなくトイレに座ることで腹圧が加わり1回排尿量が増加したこと、失禁が半減したことで残尿量も日中は76%減少し、自己導尿の減少につながったと考える。今回の介入により尿取りパッドの使用量も約3分の1まで削減できたことは、経済的負担の軽減にもつながった。しかし、夜間の残尿が平均89.6ml認められたこと、退院後は在宅の一人暮らしとなり、活動量の減少も考えられことから、今後も尿量の経緯をみながら導尿の必要性も検討する必要がある。今回は一事例であり、今後も神経因性膀胱患者の排尿データの蓄積を行い排尿ケアの体系化を図りたい。

自宅退院を見据えた排尿ケアを振り返り ～退院後訪問で見えてきたこと

○豆田 和也¹⁾、太田 美春¹⁾、平井 雅子¹⁾、近藤 真智子¹⁾
倉橋 久美¹⁾、梅尾 さやか¹⁾、佐藤 和子²⁾

1) 湯布院厚生年金病院 2) 大分大学医学部看護学科 客員教授

はじめに>

排泄の介護は、在宅介護で負担に感じている項目の上位を占めている。中でも失禁における排泄介護の相談が増加している¹⁾。当院では入院中より排泄の自立に向けた関わりと退院後の生活を想定し、患者家族への介護指導、排泄ケアの提案を他職種と連携して行っている。しかし、実際に自宅へ帰った後、継続して行えているか確認できていないのが現状である。そこで今回介護量の多い患者の退院後訪問を実施し、当院での排泄アセスメントが退院後の排泄ケアにつながるものであったか、入院中の経過の整理と退院後の排泄ケアの実際の調査を行ったので報告する。

事例紹介>

A氏 82歳 脳梗塞（再発、一年前当院に入院後自宅退院）左麻痺 嚥下障害 高次機能障害 家族（妻77歳・次男家族と6人暮らし。次男家族は敷地内別宅に住んでいる。主介護者は妻）FIM（入院42点 退院時59点）HDS-R（入院時10点・退院時12点）住居：自宅（段差あり・トイレ和式）

入院中の経過と退院後の自宅での排泄ケアの実際>

入院時トイレ動作は2人介助、常時見守り、尿意伝達不確実状態であった。夜間はおむつを触る行為も見られ、衣類・シーツ汚染があった。排泄評価は、排泄フローシートを使用し一週間毎にチームカンファレンスを行ない、排尿パターン・トイレの促し時間・おむつの選択について評価を行なった。日中は促しにより失禁は軽減され、終日リハビリパンツに変更することができた。主介護者である妻の介護技術の獲得と次男夫婦の協力体制の形成を目的に介護指導を行った。内容は更衣、起居移乗動作、オムツ交換を中心に行なった。妻、次男夫婦ともに細かい部分が不十分ではあるが手技を覚えることができた。排尿評価から夜間は一回オムツ交換をすることを提案し妻に了承を得た。実際に自宅生活をイメージしてもらうため試験外泊を実施した。外泊中、妻の介助ではポータブルトイレの使用はできなかった。オムツ交換は問題なくできた。外泊後はテープ止めおむつを使用したいという妻の希望があり、入院中のケアも夜間のみテープ止めおむつに戻した。退院後訪問の結果、自宅では終日テープ止めおむつを使用し妻が交換していた。時折本人より排尿の訴えがあるがおむつ内に排尿してもらっている。次男夫婦がいるときは起床時と就寝時は更衣やポータブルトイレでの排泄介助等の協力が得られている。夜間は一回のオムツ交換を提案していたが、実際には妻一人のため行っていなかった。そのため起床時にオムツから漏れた尿で衣服・寝具を汚染していることが多いことが自宅介護における最大の問題であった。またおむつのサイズが適正ではなく、パッドの種類の理解が不十分だったため、訪問時に適切なおむつの当て方・種類について再度指導した。

考察>

入院時より定期的に排泄評価を行い、個別的な排尿ケアを行ったことで失禁の軽減、トイレでの排泄が定着していた。また家族の介護力に合わせたおむつの選択を行い、リハビリパンツからテープ止めおむつへ変更したことは、一見後退したかのように思えるが、妻の介護負担を想定した選択であった。夜間の排泄は一回の交換で対応できると考えていたが、実際はその1回でも難しいことが訪問時に確認できた。おむつの機能について理解が不十分であったことが介護負担の増加につながっていた。指導時おむつ交換の手技や方法を中心に行ってきたが、退院後訪問を通して家族もまたそれぞれの生活をしつつ介護をしていくため、家族の生活実態を考慮した介護の方法を見出ししていくことの重要性を再確認した。

終わりに>

排泄の介護負担には、五つの側面（①身体的②精神的③知識、技術的④患者の行動⑤家族、社会生活的）が関与している¹⁾。入院中に患者の身体精神状況や排尿機能および家族の介護力をアセスメントし、1事例ごとに最適な排尿ケアや指導を行い、成果を蓄積していきたい。

引用・参考文献

1) 古川緑 尿失禁のある在宅療養者の排泄に関する介護負担の要因分析 保健婦雑誌

デイケアにおける排尿に関する調査結果

○丸小野 啓介

高田中央病院 理学療法士

【はじめに】

当院および併設のデイケアのリハビリテーションでは、ADL自立を目標として特に排泄動作訓練を重視してきた。その中で、排泄動作は自立してもオムツやリハビリパンツが外せないケースが多くみられていた。

ADLやQOLの向上を目指す上で、オムツやリハビリパンツの使用状況についても把握する事が必要と考え、退院後も関わりの継続するデイケア利用者の実態を調査する事となった。

【対象】

当デイケアの昨年12月利用者123名のうちバルーン付き尿カテーテルを留置している2名を除く121名（平均年齢 83.5 ± 19.4 歳、女性78名、男性43名）。介護度は要支援1：11名、要支援2：19名、要介護1：29名、要介護2：32名、要介護3：13名、要介護4：10名、要介護5：8名であった。

【方法】

デイケアの看護・介護・リハビリスタッフからの聞き取りを実施し、排泄動作の自立状況、尿失禁の有無、オムツやリハビリパンツ（尿取りパッドを含む）の使用状況を調査した。

【結果】

対象者121名のうち、オムツ使用者6名はいずれも排泄動作に介護を要した。リハビリパンツ使用者53名のうち37名(70.0%)は排泄動作が自立していたが、その内26名(70.3%)に（頻度の少ないケースも含め）尿失禁を認めた。オムツやリハビリパンツなどの未使用者は62名で、内1名のみが時々尿失禁を認めた。

排泄動作が自立している99名で見ると、27名(27.3%)に尿失禁を認め、内26名がリハビリパンツを使用しており、尿失禁の無い72名(72.7%)でも11名(15.3%)がリハビリパンツを使用していた。また、排泄動作が自立し尿失禁を認める27名のうち、6名が泌尿器科を受診していた。

【考察】

当院リハビリテーション科では在宅復帰への重要な要素として排泄動作の自立に取り組んできたが、泌尿器科との連携も無く、失禁に対する評価や対策について未実施であった。今回の調査で排泄動作の自立だけではリハビリパンツを外せないケースも多かった事から、病棟看護師や泌尿器科医との連携を含め、今後の課題として取り組んでいきたい。

研究発表

(4 ～ 7)

13:35～14:15

司会：住野 泰弘（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座 講師）

4. 「当院での排泄の自立に向けた取り組み

～廃用症候群によりADL低下をきたした一症例を通して～

有野 裕希（高田中央病院 作業療法士）

5. 「骨盤底筋訓練『も～もれん体操』

～当院通所リハでの3ヶ月間の取り組みを通して～

蓑田 もと子（湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部）

6. 「三次元動作解析を用いた骨盤底筋体操の検証」

洲上 祐亮（湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部）

7. 「前立腺肥大症に対するHoLEP

（経尿道的ホルミウムレーザー前立腺核出術）の初期経験」

平井 健一（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座）

当院での排泄の自立に向けた取り組み ～廃用症候群によりADL低下をきたした一症例を通して～

○有野 裕希、入学 扶美、高木 繁、中島 忠信、
高橋 礼奈、永崎 雄一

高田中央病院

【はじめに】

在宅に帰るうえで排泄の自立の有無は重要なポイントであり、家族の負担や、患者様のQOLに大きく関与している。今回、廃用症候群によりADL低下をきたした一症例を通して当院で行った排泄の自立に向けた取り組みを報告する。

【症例紹介】

80歳代男性。疾患名：肺炎、心不全、廃用症候群

現病歴：平成25年11月在宅で風邪症状出現し、様子を見ていたが改善せず徐々に食事量や体動が困難になり当院入院。状態安定後リハビリ開始となった以前は在宅で杖歩行、トイレは自立、食事も普通食を自己摂取可能レベルであった。

【評価】（入院時）

心身機能：四肢・体幹の筋力低下、食事は絶食、JCS-I - 3、HDS-R14点

活動：FIM32点。バルーン留置、オムツ、起居動作全介助レベル。移動は車椅子介助、意思疎通は簡単な指示動作がわかる程度。

排泄状態：排尿はバルーン留置、尿量は1500cc、排便は2～3日に1回少量軟便、便意はなし。

目標：妻の介助量軽減、ベッド周囲のADL能力の向上、Pトイレでの排泄

【経過】

訓練開始1週間ほどで、意識レベルの改善が見られ、会話での受け答えができるようになったので尿意、便意の確認を図るため、バルーンを抜去してもらい、朝と昼食後にPトイレへの誘導を行った。同時に機能低下を起こしている、四肢、体幹への筋力強化を実施した。結果は尿意はあるが排尿ができないということで再度バルーン留置となった。便意の方は確認が取れ実際に排便も見られた。泌尿器の医師との連絡により、膀胱の機能低下も考えられるが様子観察との指示。その頃より症例の昼夜のトイレへの訴えが多くなったので、介助量軽減を図るため、Pトイレを含めたベッド上の起居動作の訓練を中心に行い、腹圧がかかりやすいように腹筋群や排尿時の姿勢の指導を行った。その数週間後再度バルーン抜去し、最初の時と同様にトイレへの誘導を行い、尿意の確認を行い排尿が見られたため、オムツへ変更となった。

【結果】

リハビリ開始から1カ月後には、ベッド上での起居動作も監視レベルで行えるようになり歩行器での歩行が可能となった。食事は刻み食、意識レベルはI - 1、HDS-R22点、FIMは88点となり尿意も出てきてバルーン抜去し、日中リハビリパンツでの排泄が可能となった。排尿回数は7～8回/日、尿量は特に変化なく、排便は1回/日（普通便）となった。妻と病棟看護師の介助量軽減も図れ、在宅での生活イメージがある程度見えてくる状態になった。

【考察】

高齢者にみられる、肺炎や心不全などにより廃用症候群を来し、ADL低下を来した症例に対して、目標設定を排泄に注目してアプローチを行った。今回の症例のようにバルーン留置でのインアウトバランスを評価することは実際の臨床の場では多く見受けられる。バルーン留置中はオムツ対応なので、便意があってもオムツでの促しをしてしまう場合があるが、今回のように状態安定後早期から、トイレ誘導することは排泄の自立を促し、ADL向上に大きく関与すると考える。またバルーン抜去時にベッド上臥位では腹圧がかかりにくい為、排尿が制限されるため、腹圧の強化、腹圧がかけやすい姿勢、定期的なトイレへの誘導が大切であると考え。今後は症例自身の自発性を促し、トイレの自立を図り、家族や病棟スタッフとの情報共有を図り、夜間帯でのリハビリパンツや日中病棟トイレでの排泄を行っていく必要があると考える。

骨盤底筋訓練『も～もれん体操』 ～当院通所リハでの3ヶ月間の取り組みを通して～

○蓑田 もと子¹⁾、毎床 秀朗¹⁾、太田 有美¹⁾、佐藤 浩二¹⁾
永徳 研二²⁾

1) 湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部

2) 湯布院厚生年金病院 在宅総合ケアセンタームーミン

【はじめに】

我々は第3回の本研究会にて当院独自で作成した骨盤底筋訓練『も～もれん体操』（以下、体操）について紹介した。その後、3ヶ月間当院通所リハ利用者に対して、体操を指導してきた。特に2週間に1回は筋収縮のイメージを維持拡大しやすいうように筋活動表示ソフトHBM（Human Body Model）を使用した動画の提示を重ねてきた。

今回、本体操の有効性について検討したので報告する。

【対象と方法】

対象は、椅子座位が可能であり、かつ本体操参加が可能な50名のうち、3ヶ月間継続できた36名（男性10名、女性26名）、平均年齢は 77.2 ± 8.1 歳、介護度は要支援1:7名、2:7名、要介護1:6名、2:9名、3:5名、4:2名であった。

方法は、毎月行なった尿失禁QOLアンケート「ICIQ-SF 日本語版」と最終時に行なった体操の取り組みやすさに関するアンケートと排尿に関する感想の聴き取りとした。

【結果】

尿失禁QOLアンケートの結果により3ヶ月を通じて失禁を認めない者は18名であった。この18名は、全員が自宅で継続して体操を行っており、全員が体操の効果があると回答した。また3名からは排尿回数が減少したと具体的な感想が聴かれた。

一方、失禁を認めた者は18名であった。この18名は尿失禁の状態変化から改善群4名（内3名は失禁消失）、悪化群6名（内4名は尿失禁出現）、変化なし群4名、加えて尿失禁量の増加と失禁頻度の減少、或いは尿失禁量の減少と頻度の増加という、いわゆる不安定群4名に分けられた。失禁を認めた18名の内、15名は自宅でも体操を継続していたが3名は行っていなかった。この3名は失禁状態の悪化や不安定群に属した。改善群の4人中2人は排尿回数の減少を実感していた。体操アンケートからは36名全員が取り組みやすいと回答した。

【考察とまとめ】

今回の取り組みでは、36名中33名（92%）が骨盤底筋訓練を継続的に行っていた。この継続要因の一つには、体操に合わせ筋収縮を可視化し提示したことが具体的な収縮時のイメージ作りとなり、積極的な取り組みに繋がったと考えられた。体操の効果については、失禁を認めない者や失禁状態が改善した者に対しては継続的な体操実施効果を実感していることから、体操の効果はある程度期待できると考える。また、悪化群、不安定群の対象者に関しても、これらの中には当初各自の排尿状態を客観視できていない者が、体操を継続することで客観視できるようになったこと、加えて体操実施時期が冬期で寒いことから膀胱機能に何らかの影響を与えたことが考えられ、体操が悪影響を与えたわけではなく逆に自己の排尿状態を客観視できるようになったという好影響を与えたものと捉える。以上より、体操効果が認められることから今後対象枠を広げ、体操を普及・啓発していきたい。

三次元動作解析を用いた骨盤底筋体操の検証

○洲上 祐亮、太田 有美、佐藤 浩二、蓑田 もと子、梅野 裕昭

湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部

【はじめに】

第2回の本研究会において、当院で試作したオリジナルの骨盤底筋体操を三次元動作解析装置のリアルタイム筋活動表示ソフト（Human Body Model：以下、HBM）を用いて作成したDVDを紹介した。現在、このオリジナルの骨盤底筋体操は「もーもれん体操」と名付け、当院の通所リハビリ利用者や入院患者に実施している。併せて、この「もーもれん体操」をより効果的また効率的に改良すべく、骨盤底筋の収縮と関連性の高い、筋肉と運動の研究を三次元動作解析装置と表面筋電計を併用して進めている。今回は、その研究の一部を紹介する。

【対象と方法】

対象は、健康成人4名（男性1人、女性3人）、平均年齢は 34.0 ± 18.0 歳である。方法は、三次元動作解析のHBMを用いて、①スクワット、②股関節内転、③足踏み、④ジャンプ、⑤歩行、の計5つの運動を、通常の状態での運動時（非意識時）と骨盤底筋の収縮を意識させた状態での運動時（意識時）の2通りを計測した。これと並行して、表面筋電計（Noraxon社製）を用いて、a.腰部傍脊柱筋、b.多裂筋、c.外腹斜筋、d.内腹斜筋、e.股関節内転筋、f.骨盤底筋（右）、g.骨盤底筋（左）、の計7つの筋活動を計測した。分析は、意識時と非意識時でのHBMの筋肉の張力と表面筋電計の活動電位を比較した。

【結果と考察】

骨盤底筋の収縮を意識した場合と非意識時の両運動共に、股関節内転の運動において、骨盤底筋の活動電位は類似して波形も大きく、股関節内転筋運動と骨盤底筋収縮の関連性が高いことが推察された。このことから、股関節内転筋の収縮を伴う運動が、骨盤底筋の収縮と強化にも繋がり、簡易な骨盤底筋体操として応用できる可能性が示唆された。他の筋肉は、骨盤底筋の活動電位とは異なった波形が計測され関連性は低いと推察された。

なお、本研究の限界として、HBMでは、等尺性収縮での運動の計測が難しいことや、臥位・座位での運動が計測できないこと。また、準備から計測終了までの90分程度の間、継続して電極を貼付して運動を行うことから、表面筋電計の活動電位に発汗や振動によるアーチファクトを検出してしまう場合があることである。

今後は、表面筋電計の電極や三次元動作解析装置のマーカーの設置方法の工夫を行い、引き続き、高齢者や脳卒中患者の頻尿や尿失禁の軽減に向けて、身近で取り組みやすい骨盤底筋体操の完成を目指したい。

前立腺肥大症に対するHoLEP (経尿道的ホルミウムレーザー前立腺核出術)の初期経験

○平井 健一、森 健一、藤浪 弘行、菅 朋子、羽田 真郎、成松 隆弘
瀧谷 忠正、山崎 六志、秦 聡孝、住野 泰弘、佐藤 文憲、三股 浩光

大分大学医学部腎泌尿器外科学講座

【はじめに】

前立腺肥大症によって生じる排尿困難などの症状は時にQOLを妨げ、その重症度により治療を必要とする。加齢に伴う前立腺腺腫の良性腫大による尿道圧迫が原因とされ、この圧迫を解除することが治療となる。この治療には主に薬物療法、手術療法があるが、近年、これまでの手術療法と同等の治療成績であり、かつ出血や電解質異常などの合併症が少なく、大きい腺腫にも比較的安全に施行可能なHoLEP(経尿道的ホルミウムレーザー前立腺核出術)が低侵襲手術療法のひとつとして注目されている。

【目的】

当科では2011年よりホルミウムレーザーを導入し、2014年1月までにHoLEPを15例に施行したので、その初期経験を報告する。

【対象】

2012年10月 - 2014年1月にHoLEPを施行した15例。平均年齢は69.2歳(60 - 83)、前立腺体積は77.3cm³(30 - 140)、術前PSA 6.75ng/mL(1.98 - 21.90)、デュタステリド(5 α 還元酵素阻害剤)使用例6例、術前平均IPSS 18(4 - 29)、術前平均QOL 4.5であった。PSA高値例では術前、前立腺針生検を行い、前立腺癌を否定している。

【結果】

以下の表に示す。

結果項目	平均 (範囲)
前立腺切除率	59.6% (切除量33.3 - 76.4 g)
手術時間	180分 (82 - 273)
ヘモグロビン低下率	17.0% (ヘモグロビン値3.3 - 38.6 g/dL)
術後カテーテル抜去日	術後4.2日目 (2 - 7)
入院日数	11日間 (7 - 17)
最大尿流率(尿流測定)	術前 7.7 mL/s → 術後 21 mL/s
尿失禁例	6名(カテ抜去直後のみ) 5名(抗コリン剤併用) 計11名

【考察】

重大な合併症はなく、導入初期から概ね安全に施行可能であり、患者の満足度は高いと考えられた。今後も症例を積み重ね、手技の習得と共に合併症の予防に努め、積極的に手術適応を広げていく予定である。今回、当科におけるHoLEP初期経験を、前立腺肥大症とは何か、その治療法はどういったものがあるか、についての説明も含めて報告する。

memo

Lined area for writing the memo.

ミニレクチャー

ミニレクチャー1 14:25～14:45

司会：森 照明（大分岡病院 院長（敬和会 統括院長））

「睡眠と心身の健康～疫学研究知見から～」

兼板 佳孝 先生

（大分大学医学部公衆衛生・疫学講座 教授）

ミニレクチャー2 14:45～15:05

司会：三重野 英子（大分大学医学部看護学科 教授）

「排尿の自立支援に向けた課題」

西村 かおる 先生

（日本コンチネンス協会 会長）

睡眠と心身の健康～疫学研究知見から～

兼板 佳孝先生

大分大学医学部公衆衛生・疫学講座 教授



【プロフィール】

略歴：1992年日本大学医学部卒業

1998年日本大学大学院修了

1998年日本大学医学部第一内科学教室入局

2003年日本大学医学部社会医学講座公衆衛生学部門 助手

2006年日本大学医学部社会医学講座公衆衛生学部門 専任講師

2008年日本大学医学部社会医学系公衆衛生学分野 准教授

2012年大分大学医学部公衆衛生・疫学講座 教授

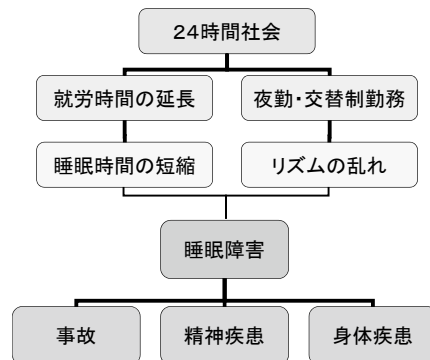
現在に至る

研究テーマ：

睡眠や喫煙の疫学研究

睡眠と心身の健康 ～疫学研究知見から～

大分大学医学部
公衆衛生・疫学講座
教授 兼板佳孝

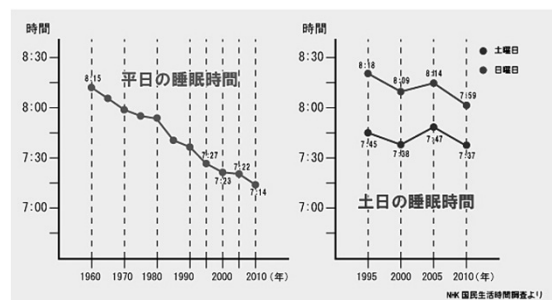


日本人の平均睡眠時間（時間. 分）

	男性	女性
総数	7:49	7:36
10～14歳	8:40	8:30
15～19歳	7:46	7:37
20～24歳	7:56	7:55
25～29歳	7:43	7:44
30～34歳	7:39	7:34
35～39歳	7:24	7:22
40～44歳	7:22	7:03
45～49歳	7:18	6:48
50～54歳	7:21	6:51
55～59歳	7:27	7:01
60～64歳	7:44	7:18
65～69歳	8:03	7:33
70～74歳	8:13	7:50
75～79歳	8:35	8:13
80～84歳	9:02	8:39
85歳以上	9:40	9:39

平成23年 総務省
社会生活基本調査

日本人睡眠時間の推移（時間. 分）



NHK国民生活時間調査

日本とEU諸国の有業者睡眠時間（時間. 分）

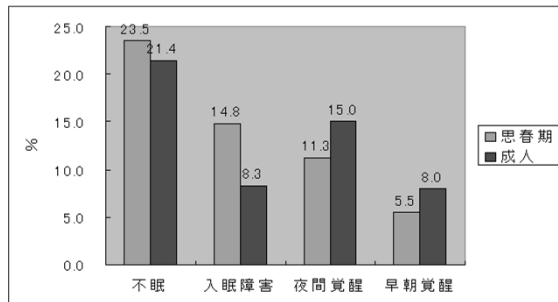
	男性	女性
日本	7.52	7.33
ベルギー	8.01	8.16
ドイツ	8.00	8.11
エストニア	8.22	8.23
フランス	8.24	8.38
ハンガリー	8.08	8.18
スロベニア	8.06	8.12
フィンランド	8.12	8.22
スウェーデン	7.52	8.05
イギリス	8.11	8.25
ノルウェイ	7.53	8.07

太田美音 統計 2006:35～40.

日本人の睡眠時間が短縮している社会的背景

- メディアの発達と普及
- 深夜サービス業の発達
- 社会の夜型化・24時間型化
- ライフスタイルの変化
- 雇用制度の変化
- 年功序列制度の崩壊
- 能力主義・成果主義

不眠症の有病率

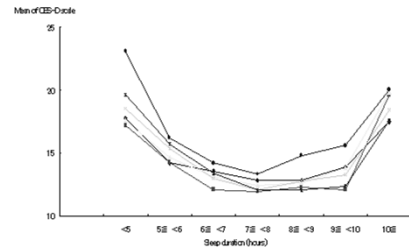


Kim et al. Sleep. 2000;23:41-7.

Kaneita Y et al. Sleep. 2006;29:1543-50.

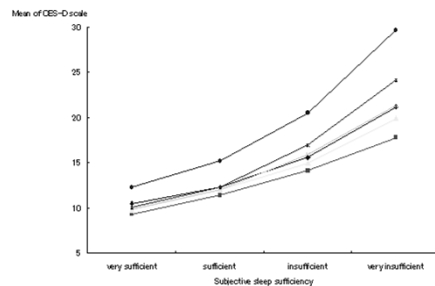
睡眠時間とうつ得点

厚生労働省：平成12年保健福祉動向調査
Kaneita et al. J Clin Psychiatry 2006;67:196-203



自覚的睡眠充足度とうつ得点

厚生労働省：平成12年保健福祉動向調査
Kaneita et al. J Clin Psychiatry 2006;67:196-203



不眠症状とうつとの関連性

厚生労働省：平成12年保健福祉動向調査
Kaneita et al. J Clin Psychiatry 2006;67:196-203

	CES-D ≥ 16		CES-D ≥ 25		CES-D ≥ 30		CES-D ≥ 40	
	AOR	p値	AOR	p値	AOR	p値	AOR	p値
入眠障害	1.56	<0.01	1.60	<0.01	1.77	<0.01	1.48	0.01
夜間覚醒	1.49	<0.01	1.44	<0.01	1.36	<0.01	1.42	0.01
早朝覚醒	1.34	<0.01	1.21	<0.01	1.16	0.06	1.35	0.03
日中の過眠	1.22	0.04	1.55	<0.01	1.41	0.02	1.13	0.62

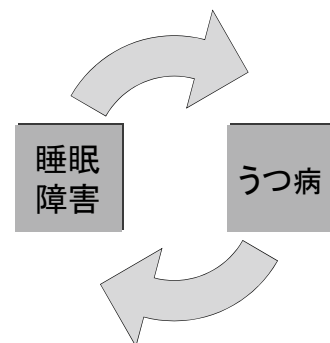
AOR調整オッズ比

高齢者のうつ発症リスク

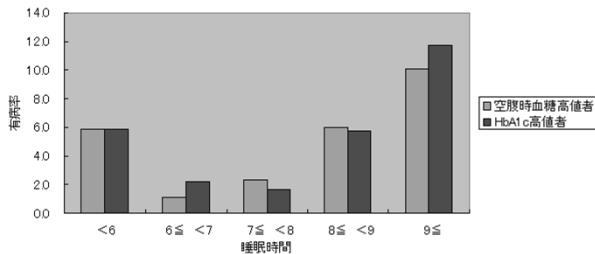
		粗オッズ比	95% CI	P値	調整オッズ比	95% CI	P値
入眠障害	あり	2.14	1.51, 3.03	<0.01	1.52	1.03, 2.23	0.04
	なし	1.00			1.00		
夜間覚醒	あり	1.43	1.09, 1.88	0.01			
	なし	1.00					
早朝覚醒	あり	1.61	1.12, 2.32	0.01			
	なし	1.00					
日中の過眠	あり	1.46	0.96, 2.24	0.08			
	なし	1.00					
むずむず脚症候群	あり	1.95	1.09, 3.49	0.02			
	なし	1.00					
自覚的睡眠充足度	不満足	2.10	1.49, 2.99	<0.01	1.54	1.04, 2.26	0.03
	満足	1.00			1.00		

65歳以上の高齢者で2003年にうつ状態ではない2,394人を3年間追跡。ロジスティック回帰分析法。目的変数：2006年時点でのうつ状態 (CES-D ≥ 16)。調整因子：年齢、性、就学年数、居住地、睡眠時間、心理的ストレス、疼痛、健康自己評価、日常生活活動度。

睡眠障害とうつ病の両方向の関連性



睡眠時間と血糖高値者、HbA1c高値者の割合



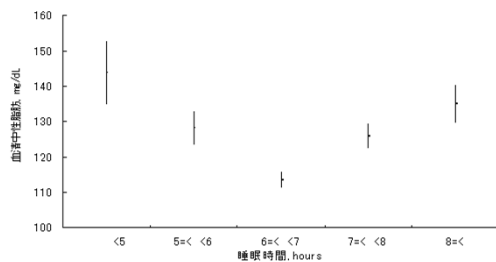
地域住民健診データ。N=1,062人。
空腹時血糖高値≥126mg/dl、HbA1c高値≥6.5%
Nakajima H et al. Sleep Medicine 2008;9:745-752.

不眠症状が高血糖の発症に及ぼす影響

		粗オッズ比	P値	調整オッズ比	P値
入眠障害	なし	1.00	<0.01	1.00	0.01
	あり	6.54		5.27	
夜間覚醒	なし	1.00	0.65		
	あり	1.62			
早朝覚醒	なし	1.00	0.02		
	あり	3.65			

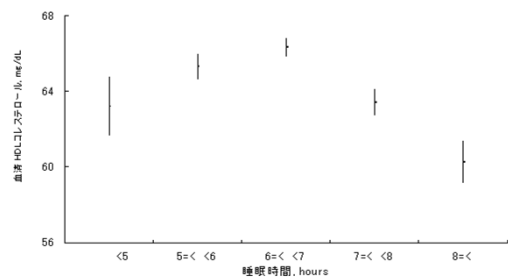
497人の地方住民を対象とした2年間の縦断研究
目的変数: 高血糖(空腹時血糖≥100mg/dl)
調整項目: 性、年齢、血圧、BMI、運動、喫煙、睡眠薬使用、夜間排尿、痛み
抑うつ度、HDLコレステロール値、トリグリセライド値
Nakajima H, Kaneita Y, et al. Sleep and Biological Rhythms 2010;8:203-211

睡眠時間と血清トリグリセライド値



平成15年 国民健康・栄養調査 成人女性2,329人のデータ。
国民健康・栄養調査における各種指標の設定及び精度の向上に関する研究班 主任研究者: 吉池信男
Kaneita Y et al. Sleep 2008;31:645-52.

睡眠時間と血清HDLコレステロール値



平成15年 国民健康・栄養調査 成人女性2,329人のデータ。
国民健康・栄養調査における各種指標の設定及び精度の向上に関する研究班 主任研究者: 吉池信男
Kaneita Y et al. Sleep 2008;31:645-52.

睡眠時間と肥満の両方向の関連性

7年後に肥満を発症			
	相対危険度	95%CI	p値
調査開始時			
睡眠時間			
5時間未満	1.21	1.11-1.33	<0.01
5時間以上	1.00		
7年後に短時間睡眠を発症			
	相対危険度	95%CI	p値
調査開始時			
BMI			
25未満	1.00		0.02
25以上	1.18	1.02-1.36	

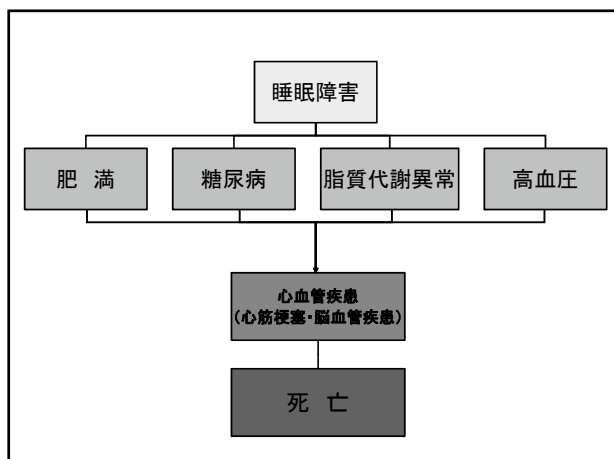
ロジスティック回帰分析。
共変量: 年齢、食習慣、飲酒習慣、喫煙習慣、運動習慣、高血圧、高血糖、
高トリグリセライド血症、高LDLコレステロール血症、低HDLコレステロール血症。

- 男性において、短い睡眠時間(5時間未満)は肥満(BMI:25以上)の発症の危険因子となる。
- 反対に、肥満は、睡眠時間が短くなる危険因子である。

睡眠関連症状とメタボリックシンドローム

	メタボリックシンドローム		内臓脂肪蓄積		血圧高値		高血糖		血清脂質異常	
	AOR	p値	AOR	p値	AOR	p値	AOR	p値	AOR	p値
不眠症		0.02		0.30		<0.01		0.35		0.32
なし	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
あり	1.23		1.09		1.28		1.08		1.08	
いびきを毎日かく		<0.01		0.00		0.02		0.99		<0.01
なし	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
あり	1.89		1.90		1.25		1.00		1.50	
睡眠中に呼吸が止まる		0.39		0.02		0.06		0.08		0.80
なし	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
あり	1.14		1.43		1.38		1.30		0.97	

平成19年国民健康・栄養調査 男女3936人を用いてロジスティック回帰分析
調整因子: 性、年齢、睡眠時間、睡眠休養不足、ストレス、飲酒、喫煙、間食、外食、欠食、運動習慣



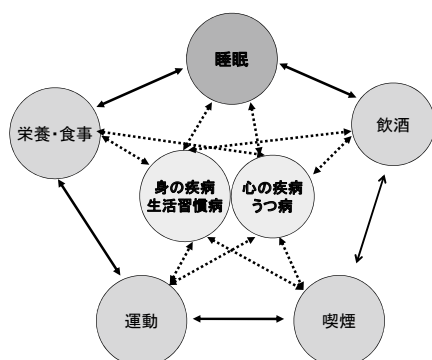
睡眠障害の診断・治療ガイドライン

厚生労働省精神・神経疾患委託研究 研究班 平成13年度報告書より

1. 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
2. 刺激物を避け、眠る前には自分なりのリラックス法
3. 眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない
4. 同じ時刻に毎日起床
5. 光の利用でよい睡眠
6. 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
7. 昼寝をするなら、15時前の20～30分
8. 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝、早起きに
9. 睡眠中の激しいイビキ、呼吸停止や足のびくつき、むずむず感は要注意
10. 十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に
11. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

20

生活習慣に気をつけましょう！



21

大分大学医学部公衆衛生・疫学講座

- 歴代教授
 - － 初代: 荒記俊一教授 昭和57年1月着任
 - － 2代: 小澤秀樹教授 昭和63年1月着任
 - － 3代: 牧野芳大教授 平成12年6月着任
 - － 4代: 兼板佳孝 平成24年9月着任
- 現在の公衆衛生活動・研究テーマ
 - － 睡眠習慣の疫学研究
 - － 喫煙習慣の疫学研究
 - － 産業保健
 - － 学校保健

22

募集しています！

- 助教または助手
- 大学院生・社会人大学院生
- 共同研究者
- 産業医案件
- 健康診断案件

連絡先: 〒879-5593
大分県由布市挾間町医大ヶ丘1丁目1番地
TEL: 097 (586) 5730 FAX: 097 (586) 5739
E-mail: kaneita.yoshitaka@gmail.com
大分大学医学部公衆衛生・疫学講座 兼板佳孝

memo

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dotted lines.

排尿の自立支援に向けた課題

西村 かおる先生

日本コンチネンス協会 会長



【プロフィール】

略歴：1979年 日本三育学院カレッジ看護学科卒業
1982年 東京都公衆衛生看護専門学校 保健学科卒業
同 年 東京衛生病院に訪問看護婦として勤務
1986年 英国サセックス州ブライトン・ポリテクニクにて地域看護を学ぶ
1987年 英国でコンチネンスアドバイザーについて、失禁看護を学ぶ
1990年 東京都杉並区にコンチネンスセンター（排泄ケア情報センター）開設
現 在 コンチネンスジャパン株式会社 専務取締役
NPO 法人日本コンチネンス協会 会長
北里大学病院（泌尿器科）非常勤勤務
沖縄アドベンチストメディカルセンター（産婦人科）非常勤勤務
北里研究所病院（コンチネンスクリニック）非常勤勤務
近森病院非常勤勤務
亀田京橋クリニック非常勤勤務

受賞：2006年 エイボン女性功績賞受賞
2007年 ヘルシーソサエティ賞受賞

所属学会・組織：

International Continence Society
日本老年泌尿器科学会 副理事
日本創傷・オストミー・失禁管理学会 理事
認知症ケア学会 評議委員
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議委員
日本看護科学学会
ビフィズス菌学会

著者（絶版を除く）：

生活を支える排泄ケア（監修）	2002年	医学芸術社
排泄学ことはじめ（共著）	2004年	医学書院
患者さんと家族のための心地よい排泄ケア	2008年	岩波書店
アセスメントに基づく排便ケア	2008年	中央法規出版
ステップアップのための排泄ケア	2009年	中央法規出版
排便アセスメント&ケアガイド（編集）	2009年	学研
排泄ケアブック（編著）	2009年	学研
パンツは一生のともだち	2010年	現代書館
新排泄ケアワークブック	2013年	中央法規出版



コンチネンスケア

自立を目指す排尿ケア

NPO法人日コンチネンス協会
コンチネンスジャパン
西村かおる

コンチネンスとは

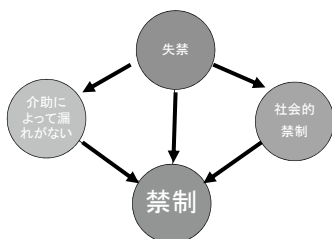
・否定形

- Incontinence
- 失禁
- 排泄のコントロールがつかず、漏らしてしまう状態

・肯定系

- Continence
- 禁制
- 排泄をコントロールできる状態

排尿の自立とは何か



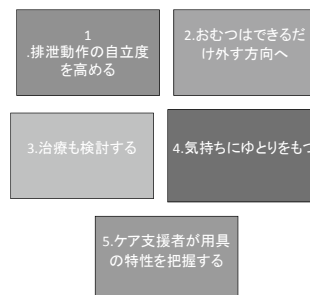
各レベルの排尿ケア方法

失禁	・治療 ・ケアアセスメント
社会的禁制	・適切なパッド、おむつの使用 ・カテーテルの使用
介助によって漏れがない	・適切な誘導 ・住環境の整備
禁制	・骨盤底筋訓練 ・適正体重の維持 ・適切な水分摂取など

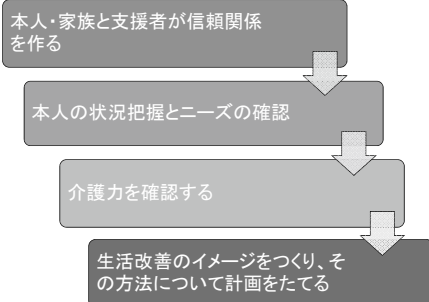
正常な排尿 と 頻尿

項目	正常	頻尿
日中排尿回数 (起床後～就寝前)	4～7回	8回以上は昼間頻尿
夜間排尿回数 (就寝後～起床前)	0～1回	2回以上は夜間頻尿 (床に入っても眠れずに 排尿した回数は入らない)
1回尿量	200ml～500ml	常に少なければ、 膀胱容量が少ないか、 残尿を疑う。
24時間尿量	20～25ml/kg(体重)	40ml/kg(体重)以上は 多尿
夜間尿量 (就寝後～起床後1回目)	・高齢者: 33%未満 ・若年者: 20%未満	夜間多尿 ・高齢者: 33%以上 ・若年者: 20%以上

排泄用具活用のポイント



排泄用具を選ぶ前に



残存能力を把握する

身体能力

- 寝たきり、座位、立位
- 手先の巧緻性

精神能力

- 理解力、判断力
- 用具に対する考え方

排泄に関する機能

- 尿意・便意の正確さ
- 排尿、排便状態
- 皮膚の状態



図2-3 | ADLレベルの図示



夜間多尿の原因と対処

水分過剰摂取	• 適切な水分摂取	
薬物性	• 薬物の調整	
下肢の浮腫	• 浮腫の軽減	
高血圧	• 血圧のコントロール	
その他の疾患	• 腎機能、うっ血性心不全、無呼吸症候群などの治療	

夜間多尿が改善できないための用具利用

				
夜間多尿用パッド、おむつ	特殊尿器	特殊尿器	コンドーム型集尿器	ナイトバルーン

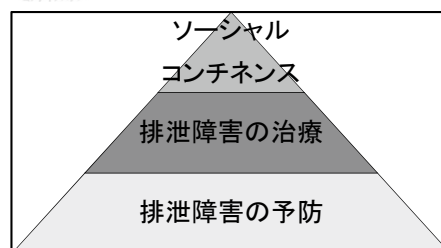
各の利点

製品					
しっかり受けたい	△	○	○	○	◎
尿意を感じたくない	×	×	×	×	◎
肌に尿をつけたくない	×	△	◎	○	◎
就寝時の操作	◎	◎	△	◎	◎
入手のしやすさ	◎	△	△	×	×
安全性	◎	◎	◎	○	×
公的補助	市町村による	介護保険	介護保険	無し	医療保険



コンチネンスケアは
前向きなケア

コンチネンスケア



memo

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dotted lines.

特 別 講 演

15:05～16:10

司会：佐藤 和子（大分大学医学部看護学科 客員教授）

「尊厳ある生を維持するための排泄ケア －看護の役割と他職種連携－」

川嶋 みどり 先生

（日本赤十字看護大学名誉教授、健和会臨床看護学研究所所長、
東京看護学セミナー世話人代表、日本看護歴史学会理事長）

尊厳ある生を維持するための排泄ケア —看護の役割と他職種の連携—

川嶋 みどり 先生

日本赤十字看護大学名誉教授、健和会臨床看護学研究所所長、
東京看護学セミナー世話人代表、日本看護歴史学会理事長



【プロフィール】

学 歴

昭和26年3月 日本赤十字女子専門学校卒業

職 歴

昭和26年～46年 日本赤十字社中央病院（日赤女専，短期大学含む）
昭和46年～ 看護基礎教育、卒後研修活動、大学非常勤講師等を経て
昭和57年～ 特定医療法人健和会臨床看護学研究所所長
平成15年～23年 日本赤十字看護大学教授
17年～21年 看護学部長 同、看護実践・教育・研究フロンティアセンター長
23年～ 同学名誉教授 客員教授

現在の学会活動 日本看護歴史学会理事長 日本赤十字看護学会副理事長
日本統合医療学会副理事長

その他

一般社団法人日本て・あて推進協会代表理事
：被災地支援活動 日本看護実践事例集積センター（web）代表

受賞：平成7年第4回若月賞

平成19年 第41回フローレンス・ナイチンゲール記章

著書：看護の力（岩波新書）看護の時代（日本看護協会出版会）

キラリ看護（医学書院）

看護を語ることの意味（看護の科学社）

触れる 癒やす あいだをつなぐ手（同）他

尊厳ある生を維持するための排泄ケア —看護の役割と他職種連携—



川嶋みどり

生命の尊厳

生に対して限りなく「思いをかけ」「思いを残す」心根は、脳幹・脊髄系のいのちをお互いに認め合う発想—日本人特有

いのちはあらゆる人間の価値を超越した存在
これに価値づけはできない

いのちをいとおしむだけではなく
お互いに尊び合うことが可能なのは
全てのいのちが同じ価値であるからである
人間普遍の価値—そこにいのちの尊厳さ
いのちの厳粛さがあり、生命の尊厳という言葉
で表現できる所以である

(時実利彦, 75)

人間の尊厳とは

個々の人間存在は、それ自体として何にもまさる価値をもつ、という価値観である...

人間が人間らしくあること

ごく普通の日常的な営みを自分らしく送ることができて生きていること



ふつうの暮らしを維持する

条件反射を媒介にした生活習慣を変える戸惑い、苦痛の大きさ

変化の受け入れ → 新たな条件反射形成の必要
たとえば、排泄後の手洗い習慣



排泄後、自分で手洗いできない人
おしぼり
ウエットティッシュ
最年の生活習慣破壊
全人的ケア
健康という視点から見て？

ふつうの暮らしのなかの人間の尊厳

余りにもありふれた営みではあるが

空腹はある程度がまんできても、排尿・便を耐えることには限度がある。尿・便意を指して生理的欲求と言われるように日常的な営み。健康の指標

文化人類学的な日本人の特性

排泄；羞恥心 不潔感 恥、汚い、不浄という感覚ゆえに自分の排泄行動に他者の手を借りることへの躊躇、苦痛

環境や心理面の影響

温度(冷え) 緊張や不安(受験 面接 式典) 不規則生活
出産・加齢による問題

あのなあ、うちら3回死ぬんでえ

住み慣れた家から施設に入る時、死ぬ思いで決意した。

2度目の死は「おしもの始末があかんようになったとき」

「年をとりますとなあ、お小水が近うなりますやろ。体が不自由で仕方なく看護師さんに頼みますとなあ、”さっきしたばかりやないか、もう少しがまんできへんやろか”と、こともなげに言われますのや。もし濡れたらどうもなりまへんやろ。そいで、懲りずに幾度もお願いしますの。そしたら今度はおしめを当てられますのやで。この時年寄り2度目に死にますのんや」

3度目の死はなあ、お迎えの時ですな。そやから最初から3回までは覚悟してますのや。それ以上は増やさんで欲しいと思いますな。

<人生の初めにつけるおむつは当然であるが、年老いておむつの世話になることは最後の侮辱であると考える人が多い>

イギリス看護婦協会報告 C, サドーラー1982

排泄援助の原点

☆親子のキャッチボール

「いいウンチ出たねえ(ああよかった)ありがとう」

「おしっこ教えて泣いてたのね？(いい子、いい子)」

☆母親は、「便所に行って終わったら『もうせんと(もう終わったよ)』と大声を出して呼びな」といって...吉本隆明・軒遊び
くもうおしっこ、ウンチは済んだ？じゃあ一寸手伝ってあげようね>
排泄行為の完全な自立直前のこどもとの排泄を通じたやりとり。

かつての排泄援助の看護もまた... 何故崩れたか？
人間の尊厳に関わる看護ケアの課題

おむつなし育児

排泄のケアは、排泄異状や困難のある人への支援のみを指すわけではなく、人間としてのありようの根本に立ち返ることではないでしょうか。

元来、人間は布や紙の中に排泄をしてこなかった。つまり、身体に直接排泄物を触れない空間が介在して、すっきり感が体得できる。

赤ちゃんの尿意・便意のサイン

むずかり 不機嫌は、その予徴であるのに
現代育児はこのままでよい。

看護師の意識の変化

排泄過程における複雑で微妙、個別的な感情面(当惑、不安、苦痛など)への理解と支援の変化(退化?)

「ご用はありませんか」「そろそろかと思って...」

「下の世話を頼み委ねる思い」への共感からのケアの心

「粗相しそうな不安」に対して「大丈夫ですよ」との確かな技術に裏づけられた声かけ → 看護学生の実習場面でも

70年代後半から過程よりも結果だけへの関心 → 回数
検体採取 尿量測定等

留置カテーテル挿入排泄前後への人間的な思いが薄らぐ
紙おむつの普及 → 床上排泄の様相変化、便器不使用

排泄の世話へのこだわり

民族・文化の背景が異なっても、日々人間が生活して行く過程で継続的、習慣的ケアは欠かすことなく続いている。自立している人は自分で、乳幼児や高齢者には家族がこれを手助けしてきた。

もし、リズムが乱れたり、方法の維持ができない時は、それだけで苦痛や戸惑いを感じる。

従って、病気や手術後でも、健康な時と変わらず、行為が継続できること自体、人間らしくあることを維持できるという意味で重要。

人間として看護師としての永遠の課題

人間らしく気持ちよく

病気・高齢・障害の如何に関わらず、
排泄行為への共通な願いー。

★清潔なトイレ

★生活習慣や生活様式に添って

★幼い頃から身についた自分なりのやり方で

★誰にも見られず、何の気兼ねもなく

★済ませた後のさっぱり感と爽やかさ。



介助のポイント

§ 全過程が安全である

§ 人間としての尊厳と自立を尊重した介助

§ 苦痛のない体位・自然に近い姿勢、無理や圧迫のないこと

§ 心のこもったさりげない介助

§ 清潔な環境と操作



援助を求めるナースコールまで



尿・便意を感じて直ぐにコールできない心理
下の世話に依頼する躊躇心が先立つ
依頼する頻度への申し訳なさ
排泄援助時の看護師の言動の記憶
「またですか？ 近いんですね」
床上排泄時の手技の未熟・粗暴経験
「便器の当たり具合 寝衣、シーツの汚れ」
看護師の忙しい雰囲気
「落ち着かない環境のもとでの排泄」

もう少しがまんしよう
何かついでの時に頼もう
尿・便意から実際の排泄までの時間遅延
残尿・残便により頻度を増す 頻尿 失禁
膀胱炎 宿便
自分自身で行った時の爽快感が得られない

患者の排泄欲求から援助まで

どのような状態にあれその人の尊厳重視が大前提

＜思考過程＞

☆排泄欲求時点での患者情報の大筋の確認－安全性

☆患者のセルフケア能力 心理的側面の査定

＜援助過程＞

☆排泄困難の有無の確認 困難時の対応

☆一連の援助行為の終了時点でのQOLの確認

何れの過程も十数項目のアセスメントからなり、それが複雑にかれあみあっている。人々の信頼を専門職看護師は、優先度、重要度を指しながら最適の方法を選択援助でる人であり、このようなアセスメントを意識している人といえよう。

＜活動レベルと排泄方法＞ 援助方法の選択

- ◇尿意・便意があつて座位保持可能な場合。
- ◇介助すれば移動可能な場合。
- ◇歩行可能であるがトイレに行くには不安がある。
- ◇尿意をがまんできないが座位保持可能。
- ◇尿意があるが介助しても座位保持できない。
- ◇自分の意志とは関係なく尿が洩れてしまう。
- ◇尿意・便意の自覚がない場合。

排泄援助のポイントと留意点

①事前のアセスメント

- ◇活動－尿意・便意 どのくらい我慢できるか
トイレまでの移動動作 便座に座る動作
一連の排泄動作 トイレからの移動動作
- ◇環境因子－トイレまでの距離 廊下や床
トイレの広さ 便座の高さ 便器の種類
手すりの位置、段差の確認 用便中・後の
連絡方法

②排泄中のアセスメント

- ※ 排尿時の不調や変調
 - ◇尿が出にくい、尿勢が弱い。
 - ◇いつもと違った性状や量。
 - ◇排尿後もすっきりせず残尿感がある。
- ※ 排便時の不調や変調
 - ◇便意があるのにうまく出ない。
 - ◇いつもと違った性状
 - ◇排便時に痛みを感じる。
 - ◇排便後もすっきりせずガスが溜まっている感じ。

③排泄終了後のアセスメント

- ※ 排泄終了直後の動作ができるか
介助必要な場合はどのようなとき？
- ※ 排泄後の状態
- ※ 排泄行為や状態に影響する要因のアセスメント
 - ◇1日の水分摂取量
 - ◇食事内容と量
 - ◇精神的ストレスや不安の有無
 - ◇足・腰の冷え
 - ◇見当識レベル

排泄の体位の工夫

ベッド上臥位で便器 → 排便時のエネルギー消費
4.7kcal/分
ベッドサイドで座位で排泄 → 3.6kcal/分(Benton)
心拍出量: 背臥位 > 座位
酸素消費量: 安楽椅子での座位がもっとも少ない
(心筋梗塞のリハビリテーション、臨床科学11/5)
ポータブルトイレ座位の場合の背もたれの工夫
プライバシー

排泄介助は複数の技術の組み合わせ

- ★移動行為を介助する。
 - ◇ベッド上に起き上がる。
 - ◇ベッドの端に腰掛け姿勢を安定させる。
 - ◇立ち上がってそのままの姿勢を保つ。
 - ◇目的の場所に移動する。
 - ◇便座に腰を下ろし姿勢を整える。
- ★衣服着脱動作を援助する。
- ★コミュニケーションの技術



チーム医療・他職種連携の課題

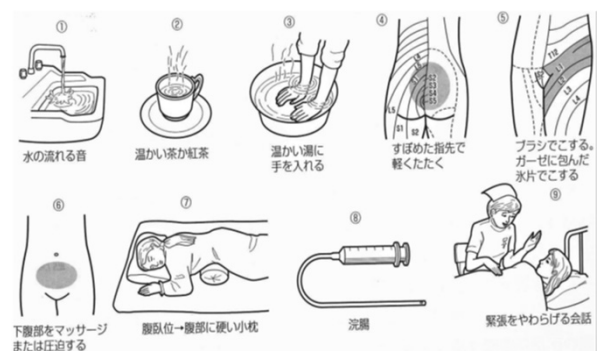
便の性状の社会性

小学校の健康教育の一環としての排便訓練 →
お通じカレンダー配付 いい便の形 色 量を毎日観察し記入する。→ いい便に対する表彰
問題点？

K県の看護学生の実験的試み

食物による便性状の変化をクラス全体で
1日2000kcal 4群の食品群に分けたグループ
1週間観察した結果 → 摂取食品による便性状

導尿の前の試み

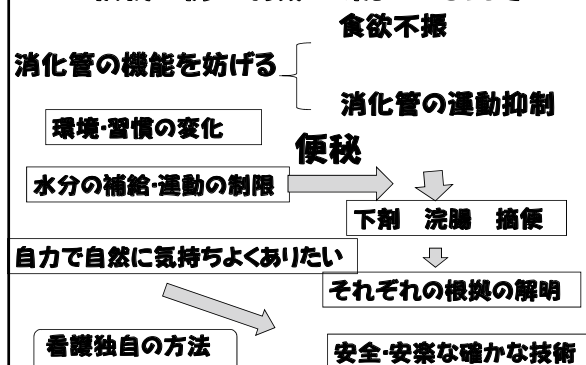


頻尿・失禁・便秘などへの対応

頻尿看護の留意点

- ★介護者の不用意な態度や言葉が頻尿を招くことがある。
- ★尿意に集中しがちな気持ちを他に向ける。
- ★利用者自身が水分制限をすることがあるので注意。
- 一不安、寂しさの訴えとして頻尿を訴える場合がある。
- 一薬の頻尿の場合には、効果を喜ぶとともに、医療関係者に連絡・報告する。

便秘の例ー病氣・入院による当惑



社会的便秘

パーキンソン病15年75歳女性 介護者は夫
寝せが目立ったある日

「10日間便秘がなくて下剤を貰った」と夫
「お食事ちゃんと食べている？ お水は？」
「勿論さ！ バリエティな食事さ」

二人の食生活

1日1食だけのバリエティ弁当 450円
年金生活 1月14万円 家賃4万5000円
生活と生活行動の両面からの評価の重要性

出産後18年も尿トラブルに悩み

できればおむつを使わずに一生を過ごしたい
おむつを使ったとしても、上手に使って死ぬま
で社会参加して生きたい。

そのために、自分でできるセルフケアを学び教
共有したいと。



えうご一読！

三一書房 大河原節子著



排泄支援チェックポイント

- ①排泄の世話を頼む心情を理解し、利用者の尊厳
の尊重を意識して介助したか(プライバシー、適切
な声かけ)
- ②利用者の「している活動」を把握
- ③利用者の「できる活動」を把握
- ④これから行う介護の説明、声かけの位置の確認、
適切なコミュニケーション
- ⑤利用者の能力を活用し健康状態に相応しい介助

気持ちのよい排泄援助10箇条

- ①頼まれる前に
- ②頼まれたら直ぐに
- ③プライバシーを守る配慮 (視角、音、におい)
- ④清潔な便器を暖かく乾いた看護師の手で
- ⑤安全で安心のできる技術
- ⑥安全のための工夫
- ⑦おしりの拭き方
- ⑧用便後の手洗い
- ⑨換気
- ⑩観察 前後の様子
排泄物 → 生活条件 食生活の影響 服薬 水分量

生活習慣への専門職の視点

その人の習慣を重んじるとともに、健康の維持
や回復にとって問題のある習慣や方法について
は、これを修正することも求められる。

大切なことは、そのひと本人の自発的な行動修
正を動機づけること。

そのもっとも有効な場面は身体的ケアの場面で
あると。

専門職志向看護師と職務志向看護師の差異
を述べた リディア・ホール →

職務志向の看護

身体への個人的ケアは
、安楽を与え生理学的
な状態を改善させるた
めの技術的手段と考え
、その大部分を専門職
ではない人たちに委譲
してしまう。これらの人を
監督する場合もあるが、
しない場合もある。身体
への個人的なケアは、
もっとも重い病人にしか
行わない。

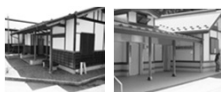
専門職志向の看護

身体への個人的なケアがもた
らす安楽という要素とこの行
為から生まれる個人的な接近
の機会は、成長、治癒、及び
学習を助長する好機であり、
生理学的な面ばかりでなく、患
者の感情や心配ごとに関して
も状態改善を促すことができ
ると考える。従って、全てのケ
アを遂行する。物に関する仕
事のみ専門職以外の人に委
譲、看護師が人びとと関わる
仕事を多くできるようにする。

進化した公衆トイレ



高台寺公園公衆トイレ
(防災器具庫併設。日本トイレ協会「グッドトイレ10賞」受賞)



一定の文化水準の日常化

ウォッシュレット 便座保温 トイレトペーパー バリアフリー等への配慮

被災直後のトイレ事情

◆仮設トイレは500回でアウト

人のウンチの量は、平均すると約500グラム。オシッコは1回あたり300ccだから、朝起きてトイレに行き、大小便をすると1キロ(≒1リットル)近い排泄量になる。
一方、仮設トイレの便槽(タンク)の満タン量は300～500リットルである。
500人の被災者が朝、順番に1つの仮設トイレを利用すると、それで終わりになる。
満タンになると、仮設トイレは、別の空っぽのタンクと取り替える必要がある。
ウンチは1日1回ですむが、オシッコの方はそうはいかない。どんなにガマンしても1日に最低3～5回はしないと、尿毒症になってしまう。

段差 無照明 寒い 水不足で流せない 手が洗えない



感染 転倒の危険



日常性とはかけ離れた不自由さの連続

石巻の避難所



2階まで水に浸って3、4階が避難所
殆どが高齢者 仮設トイレは1階に

1日1回の放し出し

瓦礫の山をくぐり抜けたところの中学が避難所に

給水車の水が1日1回
電気も供給なし
見渡す限りの瓦礫

ボランティアの行ったこと
土足敷 廊下の拭き掃除 雑巾もなく
教室のトイレの糞便掻きだし ゴム手もなく
支援物資のダンボールと新聞紙で緊急トイレ
感染を未然に防ぐ手だて

2011. 4. 27

満開の桜が悲しみを誘った

震災で浮き彫り排泄ケア

排泄支援物資の欠乏(紙おむつ 尿取りパッド等)

◎おむつ不要者への安易な使用

◎おむつ使用方法の誤り

殆どが重ね使い、長期に続けていた。高コスト、吸収は増えず隙間ができて漏れやすく褥瘡の原因になる。

介護のプロもまちがっていた(コンチネンス協会調査)

トイレ事情は在宅でも(下水管の詰まりによる使用不能)

日常ケアの延長に有事の際のケアもある。

効率的にトラブルを最小にすべきなのにその逆のケア

多彩なおむつやパッドを均一的に使用せず、平素からの教育コーディネートシステムが必要

下剤浣腸に頼らない便調整

腸内細菌を整え便秘・下痢・感染に有用な整腸剤
食物繊維 オリゴ糖などの備蓄

腰背部温熱刺激による便調整の方法
トリガーポイントの刺激による残尿予防
手指のツボ刺激による腸蠕動など

日頃から、医療に頼らない智恵と工夫とその実践
の効果に確信を持つておくこと

看護における排泄援助の専門性

<追求課題>

留置カテーテル挿入・抜去時のアセスメント

おむつ使用の適応アセスメント

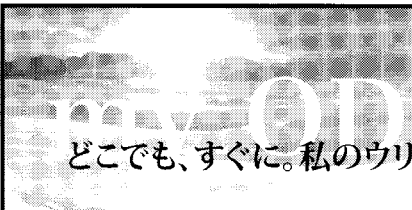
自然排尿・便・排ガスを促すケアの開発と普及

障害に達したバリエーションをもった便・尿器の検討と開発

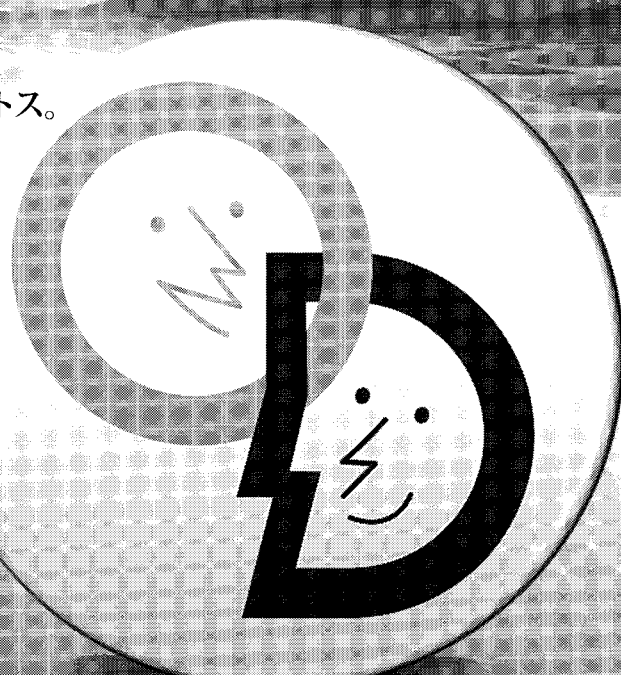
紙おむつの環境への影響
資源 使用後の処理



廣 告



どこでも、すぐに。私のウリトス。





どこでも、すぐに、
水なしでも
服用できる
口腔内崩壊錠が
新登場。

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 尿閉を有する患者〔抗コリン作用により排尿時の膀胱収縮が抑制され、症状が悪化するおそれがある。〕
2. 幽門、十二指腸又は腸管が閉塞している患者及び麻痺性イレウスのある患者〔抗コリン作用により胃腸の平滑筋の収縮及び運動が抑制され、症状が悪化するおそれがある。〕
3. 消化管運動・緊張が低下している患者〔抗コリン作用により胃腸の平滑筋の収縮及び運動が抑制され、症状が悪化するおそれがある。〕
4. 閉塞隅角緑内障の患者〔抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状が悪化するおそれがある。〕
5. 重症筋無力症の患者〔抗コリン作用により、症状が悪化するおそれがある。〕
6. 重篤な心疾患の患者〔期外収縮等の心電図異常が報告されており、症状が悪化するおそれがある。〕
7. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁

＜効能・効果に関連する使用上の注意＞

1. 本剤を適用する際、十分な問診により臨床症状を確認するとともに、類似の症状を呈する疾患(尿路感染症、尿路結石、膀胱癌や前立腺癌等の下部尿路における新生物等)があることに留意し、尿検査等により除外診断を実施すること。なお、必要に応じて専門的な検査も考慮すること。
2. 下部尿路閉塞疾患(前立腺肥大症等)を合併している患者では、それに対する治療を優先させること。

【用法・用量】

通常、成人にはイミダフェナシンとして1回0.1mgを1日2回、朝食後及び夕食後に経口投与する。効果不十分な場合は、イミダフェナシンとして1回0.2mg、1日0.4mgまで増量できる。

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞

1. イミダフェナシンとして1回0.1mgを1日2回投与し、効果不十分かつ安全性に問題がない場合に増量を検討すること。
2. 本剤を1回0.2mg1日2回で投与開始した場合の有効性及び安全性は確立していない。
3. 中等度以上の肝障害のある患者については、1回0.1mgを1日2回投与とする。〔「慎重投与」及び「薬物動態」の項1.(4)参照〕
4. 重度の腎障害のある患者については、1回0.1mgを1日2回投与とする。〔「慎重投与」及び「薬物動態」の項1.(4)参照〕

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1) 排尿困難のある患者〔抗コリン作用により、症状が悪化するおそれがある。〕
 - (2) 不整脈のある患者〔抗コリン作用により、症状が悪化するおそれがある。〕
 - (3) 肝障害のある患者〔主として肝で代謝されるため、副作用が発現しやすくなるおそれがある。〔「薬物動態」の項1.(4)参照〕〕
 - (4) 腎障害のある患者〔腎排泄が遅延するおそれがある。〕
 - (5) 認知症又は認知機能障害のある患者〔抗コリン作用により、症状が悪化するおそれがある。〕
 - (6) パーキンソン症状又は脳血管障害のある患者〔症状の悪化あるいは精神神経症状があらわれるおそれがある。〕
 - (7) 潰瘍性大腸炎の患者〔中毒性巨大結腸があらわれるおそれがある。〕
 - (8) 甲状腺機能亢進症の患者〔抗コリン作用により、頻脈等の交感神経興奮症状が悪化するおそれがある。〕
2. 重要な基本的注意
 - (1) 前立腺肥大症等の下部尿路閉塞疾患を有する患者に対しては、本剤投与前に尿量測定を実施し、必要に応じて、専門的な検査をすること。投与後は尿量の増加に注意し、十分な経過観察を行うこと。

- (2) 眼調節障害(羞明、霧視、眼の異常感等)、めまい、眠気があらわれることがあるので、本剤投与中の患者には、自動車の運転等、危険を伴う機械の操作に注意させること。
- (3) 過活動膀胱の症状を明確に認識できない認知症又は認知機能障害患者は本剤の投与対象とはならない。

- (4) 本剤投与により効果が認められない場合には、漫然と投与せず、適切な治療を考慮すること。
- (5) OD錠(口腔内崩壊錠)は口腔内で崩壊するが、口腔の粘膜から吸収されることはないため、唾液又は水で飲み込ませること。〔「適用上の注意」の項参照〕

3. 相互作用

本剤は、主として肝の薬物代謝酵素CYP3A4及びUGT1A4により代謝される。〔「薬物動態」の項3参照〕

(1) 【併用注意】(併用に注意すること)

●CYP3A4を阻害する薬剤：イトラコナゾール、エリスロマイシン、クラリスロマイシン等 ●抗コリン剤：抗ヒスタミン剤、三環系抗うつ剤、フェノチアジン系薬剤、モノアミン酸化酵素阻害剤

4. 副作用

副作用集計の対象となった1,172例中533例(45.5%)に副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められ、主な副作用は口渇368例(31.4%)、便秘98例(8.4%)、羞明18例(1.5%)、霧視16例(1.4%)、眠気16例(1.4%)、胃不快感13例(1.1%)、トリグリセリド増加13例(1.1%)、γ-GTPの上昇12例(1.0%)であった。(承認時)
また、用法・用量追加の臨床試験において副作用集計の対象となった435例中215例(49.4%)に副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められ、主な副作用は口渇・口内乾燥164例(37.7%)、便秘59例(13.6%)、残尿8例(1.8%)、尿中白血球陽性7例(1.6%)、腹部不快感6例(1.4%)、頭痛5例(1.1%)、排尿困難5例(1.1%)であった。(用法・用量追加承認時)

(1) 重大な副作用

1) 急性緑内障(0.06%)
眼圧亢進があらわれ、急性緑内障を生ずるとの報告があるので、観察を十分行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、直ちに適切な処置を行うこと。

2) 尿閉(頻度不明：自発報告による)

尿閉があらわれることがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2) 重大な副作用(類薬)

1) 麻痺性イレウス

類似化合物(他の頻尿治療剤)において麻痺性イレウスがあらわれるとの報告があるので、観察を十分行い、著しい便秘、腹部膨満感等があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

2) 幻覚・せん妄

類似化合物(他の頻尿治療剤)において幻覚・せん妄があらわれるとの報告があるので、観察を十分行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

3) QT延長、心室性頻拍

類似化合物(他の頻尿治療剤)においてQT延長、心室性頻拍、房室ブロック、徐脈等があらわれるとの報告があるので、観察を十分行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意下さい。

●その他につきましては添付文書等をご参照下さい。

処方せん医薬品[※]
過活動膀胱治療剤

薬価基準収載

ウリトス[®] OD錠0.1mg

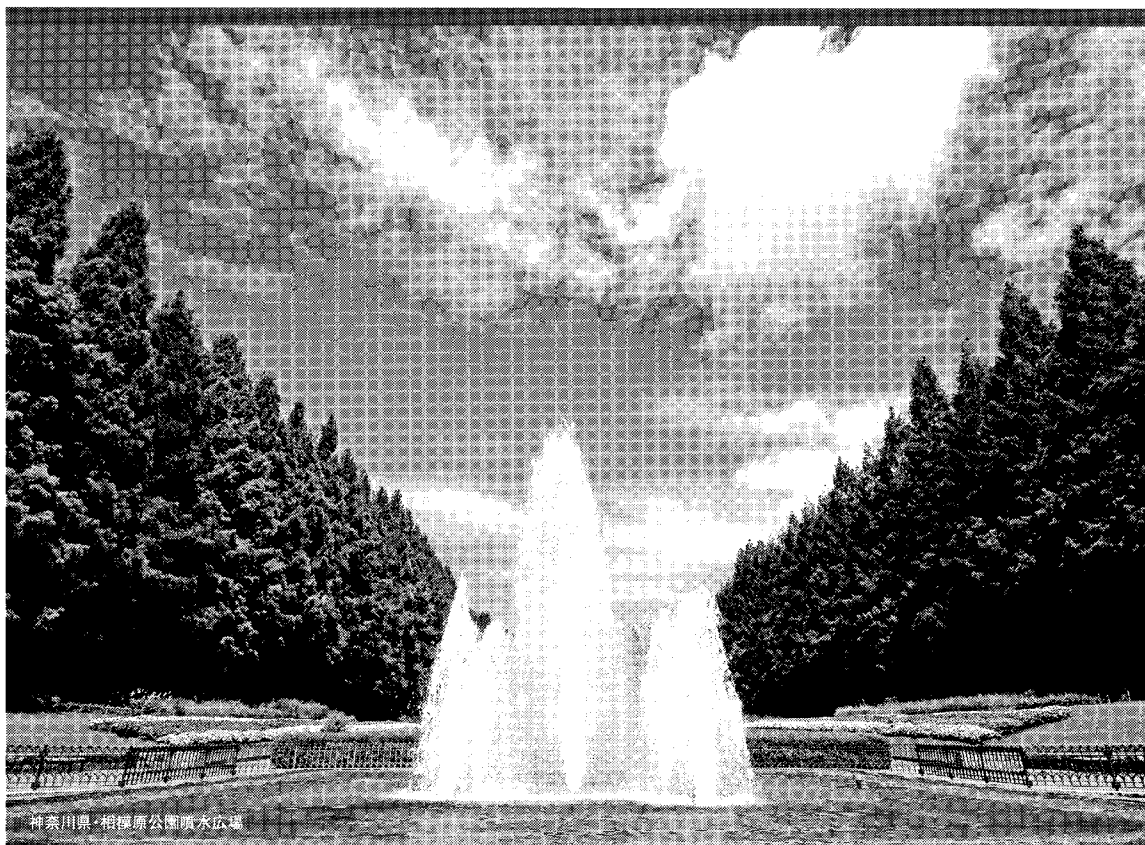
URITOS[®] OD Tablets 0.1mg

一般名：イミダフェナシン(JAN)

注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地
(資料請求先：くすり情報センター)



神奈川県・相模原公園噴水広場

泌尿器領域は、アステラス。

過活動膀胱治療剤
(コハク酸ソリフェナシン錠)

薬価基準収載

ベシケア[®]OD錠 2.5mg/5mg
錠 2.5mg/5mg

処方せん医薬品
(注意: 医師等の処方せんにより使用すること)

Vesicare

前立腺肥大症の排尿障害改善剤
(タムスロシン塩酸塩口腔内崩壊錠)

薬価基準収載

ハルナルD錠 0.1mg
錠 0.2mg

処方せん医薬品
(注意: 医師等の処方せんにより使用すること)

Harnal[®]D

アステラス製薬株式会社

東京都板橋区蓮根3-17-1

[資料請求先] 本社/東京都中央区日本橋本町2-5-1

■ご使用に際しましては、製品添付文書をご参照ください。



GlaxoSmithKline 生きる喜びを、もっと
Do more, feel better, live longer



GIANT STEP FOR BPH

さらなる症状改善に挑む大きな一歩。それは、アボルブとともに。

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分及び他の5 α 還元酵素阻害薬に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 女性「重要な基本的注意」及び「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照
- (3) 小児等「重要な基本的注意」及び「小児等への投与」の項参照
- (4) 重度の肝機能障害のある患者 [本剤は主に肝臓で代謝されるため、血中濃度が上昇するおそれがある (「慎重投与」の項参照)。]

効能・効果

前立腺肥大症

効能・効果に関連する使用上の注意

前立腺が肥大していない患者における有効性及び安全性は確認されていない。
[国内臨床試験では前立腺容積30cc以上の患者を対象とした (「臨床成績」の項参照)。]

用法・用量

通常、成人にはデュスタテリドとして1回0.5mgを1日1回経口投与する。

用法・用量に関連する使用上の注意

- (1) カプセルの内容物が口腔咽頭粘膜を刺激する場合があるので、カプセルは嚥下し開けたりせずに服用させること。
- (2) 投与開始初期に改善が認められる場合もあるが、治療効果を評価するためには、通常6ヵ月間の治療が必要である。

使用上の注意

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

肝機能障害のある患者 [本剤は主に肝臓で代謝され、半減期は約3～5週間である。肝機能障害のある患者に投与した場合の薬物動態は検討されていない (「薬物動態」の項参照)。]

2. 重要な基本的注意

(1) 本剤は経皮吸収されることから、女性や小児はカプセルから漏れた薬剤に触れないこと。漏れた薬剤に触れた場合には、直ちに石鹸と水で洗うこと (「禁忌」、「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」及び「小児等への投与」の項参照)。(2) 本剤投与前に直腸診や他の前立腺癌の検査を実施すること。また、本剤投与中においても定期的にこれらの検査を実施すること。(3) 本剤は、

血清前立腺特異抗原 (PSA) に影響を与えるので、以下の点に注意すること。

1) PSA値は、前立腺癌のスクリーニングにおける重要な指標である。一般に、PSA値が基準値 (通常、4.0ng/mL) 以上の場合には、更なる評価が必要となり、前立腺生検の実施を考慮に入れる必要がある。なお、本剤投与中の患者で、本剤投与前のPSA値が基準値未満であっても、前立腺癌の診断を除外しないように注意すること。2) 本剤は、前立腺癌の存在下であっても、投与6ヵ月後にPSA値を約50%減少させる。したがって、本剤を6ヵ月以上投与している患者のPSA値を評価する際には、測定値を2倍した値を目安として基準値と比較すること。なお、PSA値は、本剤投与中止後6ヵ月以内に本剤投与開始前の値に戻る。3) 本剤投与中におけるPSA値の持続的増加に対しては、前立腺癌の発現や本剤の服薬不遵守を考慮に含め、注意して評価すること。4) 本剤投与中において、free/total PSA比は一定に維持されるので、前立腺癌のスクリーニングの目的で free PSAを使用する場合には、測定値の調整は不要である。

3. 相互作用

本剤は、主としてCYP3A4で代謝される (「薬物動態」の項参照)。併用注意 (併用に注意すること) CYP3A4阻害作用を有する薬剤: リトナビル等

4. 副作用

国内臨床試験において、調査症例403例中44例 (10.9%) に臨床検査値異常を含む副作用が報告された。その主なものは、勃起不全13例 (3.2%)、リビドー減退7例 (1.7%)、乳房障害 (女性化乳房、乳頭痛、乳房痛、乳房不快感) 6例 (1.5%) であった (承認時)。

2012年9月改訂 (第4版)

その他の使用上の注意等は添付文書をご参照ください。



5 α 還元酵素阻害薬 前立腺肥大症治療薬

【劇薬】 処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること) 【薬価基準収載】

アボルブ®
Avolve® Capsules 0.5mg
デュスタテリドカプセル

製造販売元 (輸入)

グラクソ・スミスクライン 株式会社

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15 GSKビル

グラクソ・スミスクラインの製品に関するお問い合わせ・資料請求先
TEL: 0120-561-007 (9:00～18:00 / 土日祝日および当社休業日を除く)
FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

OAB治療に新たな選択肢

貼る

新発売

経皮吸収型 過活動膀胱治療剤

薬価基準収載

ネオキシテープ 73.5mg
NEOXY TAPE 73.5mg

オキシブチニン塩酸塩経皮吸収型製剤

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

1. 尿閉を有する患者〔抗コリン作用により排尿時の膀胱収縮が抑制され、症状が悪化するおそれがある。〕
2. 閉塞隅角緑内障の患者〔抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状が悪化するおそれがある。〕
3. 重篤な心疾患のある患者〔抗コリン作用により頻脈、心悸亢進を起し心臓の仕事量が増加するおそれがある。〕
4. 幽門、十二指腸又は腸管が閉塞している患者及び麻痺性イレウスの患者〔抗コリン作用により胃腸の平滑筋の収縮及び運動が抑制され、症状が悪化するおそれがある。〕
5. 胃アトニー又は腸アトニーのある患者〔抗コリン作用により消化管運動が低下するため症状が悪化するおそれがある。〕
6. 重症筋無力症の患者〔抗コリン作用により筋緊張の低下がみられ症状が悪化するおそれがある。〕
7. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
8. 授乳婦〔動物実験(ラット)で乳汁移行が認められている。〕

【効能・効果】

過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁

【効能・効果に関連する使用上の注意】

1. 本剤を適用する際、十分な問診により臨床症状を確認するとともに、類似の症状を呈する疾患(尿路感染症、尿路結石、膀胱癌や前立腺癌等の下部尿路における新生物等)があることに留意し、尿検査等により除外診断を実施すること。なお、必要に応じて専門的な検査も考慮すること。
2. 下部尿路閉塞疾患(前立腺肥大症等)を合併している患者では、それに対する治療を優先させること。

【用法・用量】

通常、成人に対し本剤1日1回、1枚(オキシブチニン塩酸塩として73.5mg)を下腹部、腰部又は大腿部のいずれかに貼付し、24時間毎に貼り替える。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

本剤の貼付による皮膚刺激を避けるため、貼付箇所を毎回変更すること。〔臨床試験において、本剤の貼付により高頻度に適用部位の皮膚症状が認められている。〕(「副作用」の項参照)

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

- (1) 下部尿路閉塞疾患(前立腺肥大症等)を合併している患者〔抗コリン作用により、尿閉を誘発するおそれがある。〕
- (2) 甲状腺機能亢進症の患者〔抗コリン作用により、頻脈等の交感神経興奮症状が悪化するおそれがある。〕
- (3) うっ血性心不全の患者〔代償性交感神経系の亢進を更に亢進させるおそれがある。〕
- (4) 不整脈のある患者〔頻脈性の不整脈を有している患者では、副交感神経遮断作用により交感神経が優位にたち、心拍数の増加等が起こるおそれがある。〕
- (5) 清濁性大腸炎の患者〔中毒性巨大結腸があらわれるおそれがある。〕
- (6) 高温環境にある患者〔抗コリン作用により発汗抑制が起こり、外部の温度上昇に対する不耐性が生じて、急激に体温が上昇するおそれがある。〕
- (7) 重篤な肝障害のある患者〔主として肝で代謝されるため、副作用が発現しやすくなるおそれがある。〕
- (8) 重篤な腎障害のある患者〔腎排泄が遅延するおそれがある。〕
- (9) パーキンソン症状又は脳血管障害のある患者〔症状の悪化あるいは精神神経症状があらわれるおそれがある。〕
- (10) 認知症又は認知機能障害のある患者〔抗コリン作用により、症状が悪化するおそれがある。〕

2. 重要な基本的注意

- (1) 眼調節障害(視力障害、霧視等)、めまい、眠気があらわれることがあるので、本剤使用中の患者には、自動車の運転等、危険を伴う機械の操作に注意させること。
- (2) 前立腺肥大症等の下部尿路閉塞疾患を有する患者に対しては、本剤使用前に残尿量測定を実施し、必要に応じて、専門的な検査をすること。使用後は残尿量の増加に注意し、十分な経過観察を行うこと。
- (3) 過活動膀胱の症状を明確に認識できない認知症又は認知機能障害患者は本剤の使用対象とはならない。
- (4) 本剤使用により効果が認められない場合には、漫然と使用せず、適切な治療を考慮すること。
- (5) 本剤の貼付により皮膚症状があらわれることがあるため、貼付箇所を毎回変更すること。皮膚症状があらわれた場合には、ステロイド外用剤又は抗ヒスタミン外用剤等を使用するか、本剤の一時休業又は使用を中止するなど適切な処置を行うこと。

3. 相互作用

本剤は、主として肝の薬物代謝酵素CYP3A4及びCYP3A5により代謝される。

併用注意(併用に注意すること)

抗コリン剤、三環系抗うつ剤、フェノチアジン系薬剤、モノアミン酸化酵素阻害剤、CYP3A4を阻害する薬剤(ケトコナゾール、イトラコナゾール等)

4. 副作用

総症例1,169例中、743例(63.6%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。その主なものは適用部位皮膚炎545例(46.6%)、口内乾燥98例(8.4%)、適用部位紅斑53例(4.5%)、適用部位そう痒感29例(2.5%)、便秘25例(2.1%)、好酸球百分率増加36例(3.1%)等であった。(承認時)

(1) 重大な副作用

- 1) 血小板減少(頻度不明): 血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、使用を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 2) 麻痺性イレウス(頻度不明): 麻痺性イレウスがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、著しい便秘、腹部膨満等があらわれた場合には使用を中止し、適切な処置を行うこと。
- 3) 尿閉(頻度不明): 尿閉があらわれることがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には使用を中止し、適切な処置を行うこと。

●その他の使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

●本剤は新医薬品であるため、厚生労働省告示第107号(平成18年3月6日)に基づき、薬価基準収載の日以降1年を経過した日の属する月の末日までは1回14日分を超える投薬(あるいは投与)は認められていません。

2013年9月作成

製造販売元



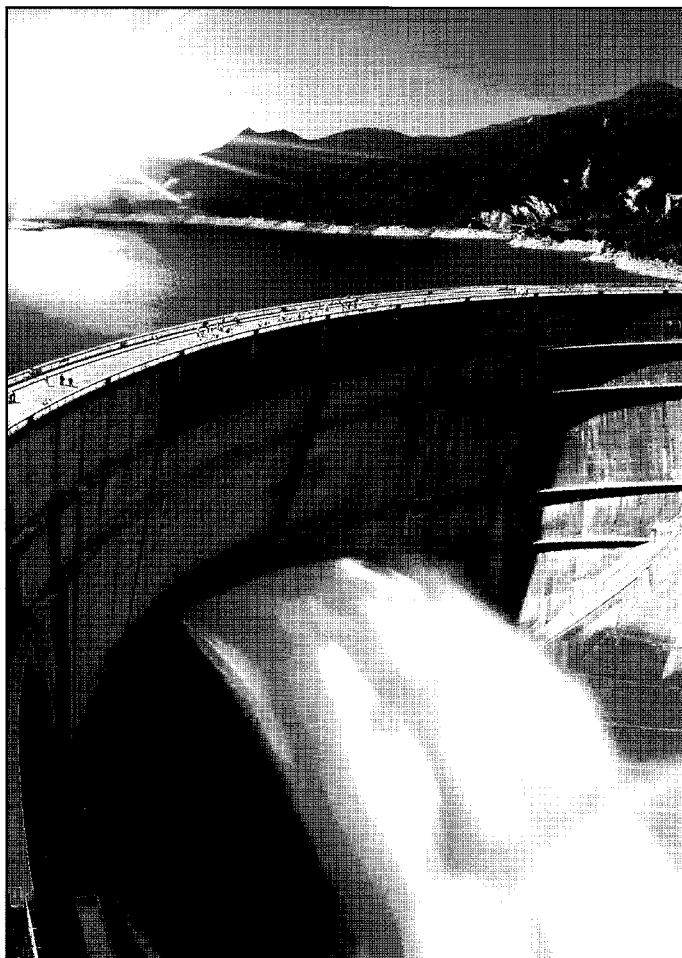
久光製薬株式会社

〒841-0017 鳥栖市田代大官町408

資料請求先: 学術部 お客様相談室 〒100-6330 東京都千代田区丸の内2-4-1

フリーダイヤル 0120-381332 FAX. (03) 5293-1723

受付時間 9:00~17:50(土・日・祝日及び弊社休日を除く)



前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤 | 薬価基準収載



フリバス錠 25mg・50mg・75mg

フリバスOD錠 25mg・50mg・75mg

Flivas® Tablets (ナフトビジル錠)

Flivas® OD Tablets (ナフトビジル口腔内崩壊錠)

処方せん医薬品 注意 医師等の処方せんにより使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」
等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先): 旭化成ファーマ株式会社

医薬情報部 くすり相談窓口

〒101-8101 東京都千代田区神田神保町一丁目105番地

☎ 0120-114-936(9:00~17:45/土日祝、休業日を除く)

URL: <http://www.asahikasei-pharma.co.jp>

2013年6月作成

GRACEVIT®



広範囲経口抗菌製剤 処方せん医薬品※

グレースビット®

錠 50mg・細粒 10%

GRACEVIT® (一般名:シタフロキサシン水和物)

※注意—医師等の処方せんにより使用すること

薬価基準収載

★その他の詳細につきましては、製品添付文書をご参照
ください。



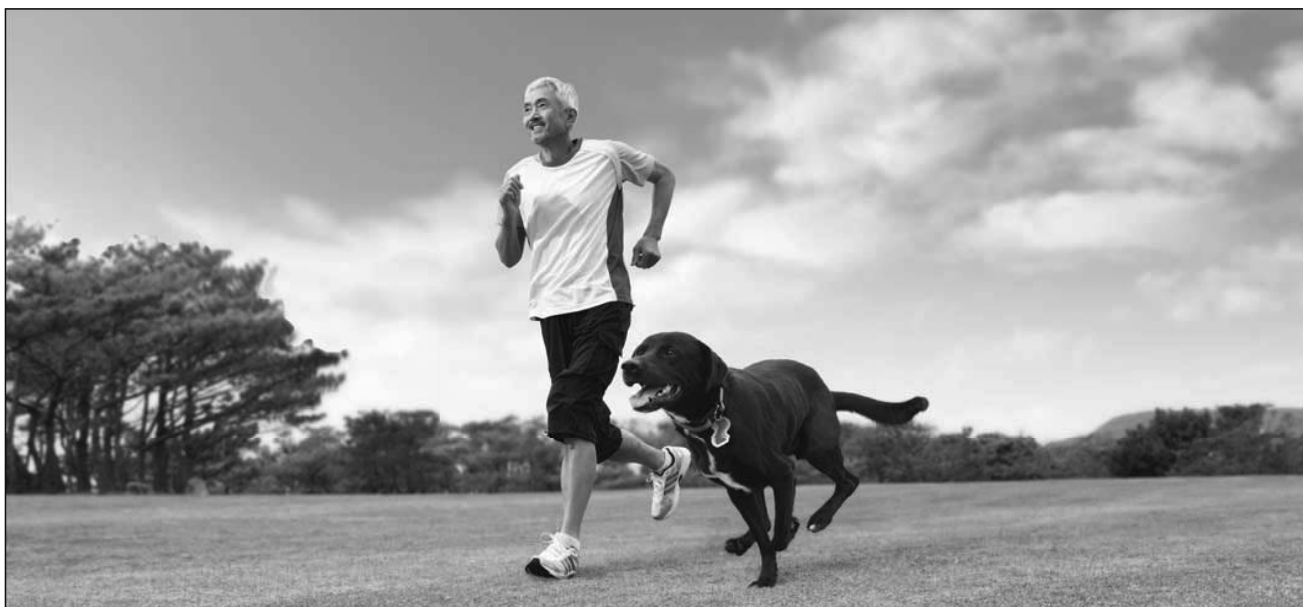
Daiichi-Sankyo

製造販売元(資料請求先)

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2013年7月作成



前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤

薬価基準未収載

効能・効果、用法・用量、警告・禁忌(原則禁忌)を含む
使用上の注意等については
添付文書を参照してください。

ザルティア錠[®] 5mg タダラフィル錠 2.5mg

処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

発売準備中

ザルティア[®]およびZalutia[®]は、米国イーライリリー・アンド・カンパニーの登録商標です。



発売元(資料請求先)

日本新薬株式会社
京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14



製造販売元

日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

2014年1月作成



過活動膀胱治療剤

薬価基準収載

トビエース錠[®] 4mg 8mg

Toviaz[®] Tablets 徐放性フェンテロジンフマル酸塩錠
処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

新発売

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については
添付文書をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先：製品情報センター

2013年3月作成

©円谷プロ

第4回 大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会 (ゆーりん研)

発 行 平成26年3月2日

発行者 三股 浩光 森 照明 佐藤 和子
研究会事務局

〒879-5193 大分県由布市湯布院町川南252

湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部内(ゆーりんチーム)
TEL0977-84-3171

印 刷 有限会社中央印刷

〒870-0025 大分県大分市顕徳町2丁目2-38

TEL097-532-3805

U R L <http://yulinken.jp>

ゆりりん 無料お試し キャンペーン実施中



膀胱内の尿量を数値で表示

病棟・施設・訪問看護・在宅
最適な小型で軽量！！

- ・ 残尿測定器
- ・ 適切な導尿タイミング
- ・ カテーテル抜去のお手伝い
- ・ 自立排尿リハビリをサポート

詳しくは、ゆりりんサポートセンター
コールセンター 0120-33-0405
ホームページ <http://yuririn.jp>
メー ル support@yuririn.jp

URICARE
for a better life

ユリケア株式会社 神奈川県相模原市中央区千代田4-12-6

お申し込みは、042-776-0656 へ FAX をお願いいたします。

フリガナ			
施設名			
フリガナ			
お名前			
送付先 ご住所			
電話番号		FAX番号	
ゆりりんについて	☐ 初めて知った	☐ 知っていたが使用した事はない	☐ 既にご使用された
ご使用目的	☐ 残尿の確認	☐ トイレ誘導	☐ 導尿の目安 ☐ 膀胱内尿量の記録
ご請求内容	☐ 残尿測定用 台 ☐ 定時測定用付属品 ☐ 資料 ☐ カタログ ☐ 価格表		

