

第2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25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】 12:50~16:25

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2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25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】 12:50~16:25

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	2
プログラム	3
午前の部	
適切なオムツの選び方・あて方	7
午後の部	
事例報告	31
研究発表	37
簡易排尿機能評価のすすめ	41
特別講演	49

第2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

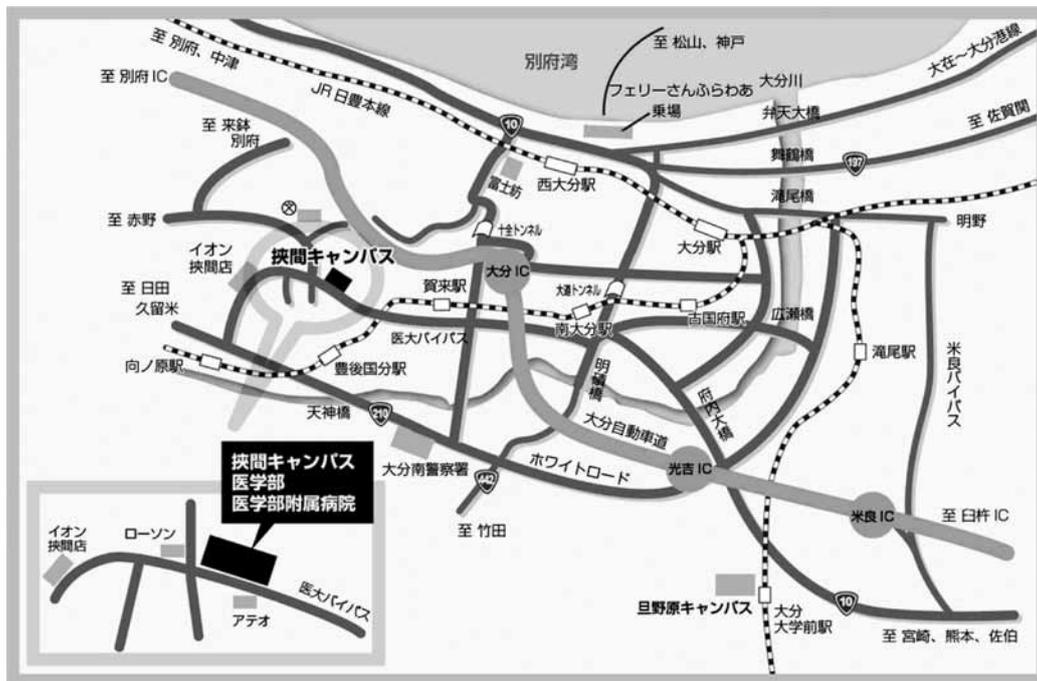
この度、第2回目の排尿リハビリテーション・ケア研究会を開催する運びとなりました。本会発足と、企画・運営に多大な貢献をして頂きました湯布院厚生年金病院の森病院長を始め、佐藤部長やスタッフの皆様に厚く御礼を申し上げます。

第1回は約150名が参加され、活発な討議が行われました。また、会終了後のアンケートでは、実技指導も是非して欲しいとの要望が多数ございましたので、今回は大分大学看護学科の三重野教授と佐藤前教授のご尽力により、『適切なオムツの選び方・あて方』をテーマにして、講義と実習を午前部で行われることになりました。日頃から疑問に思っていることやご自分で工夫されていることなどを率直に意見交換されて、参加される皆様全員が有益な情報を共有できる場となりますよう祈念しております。

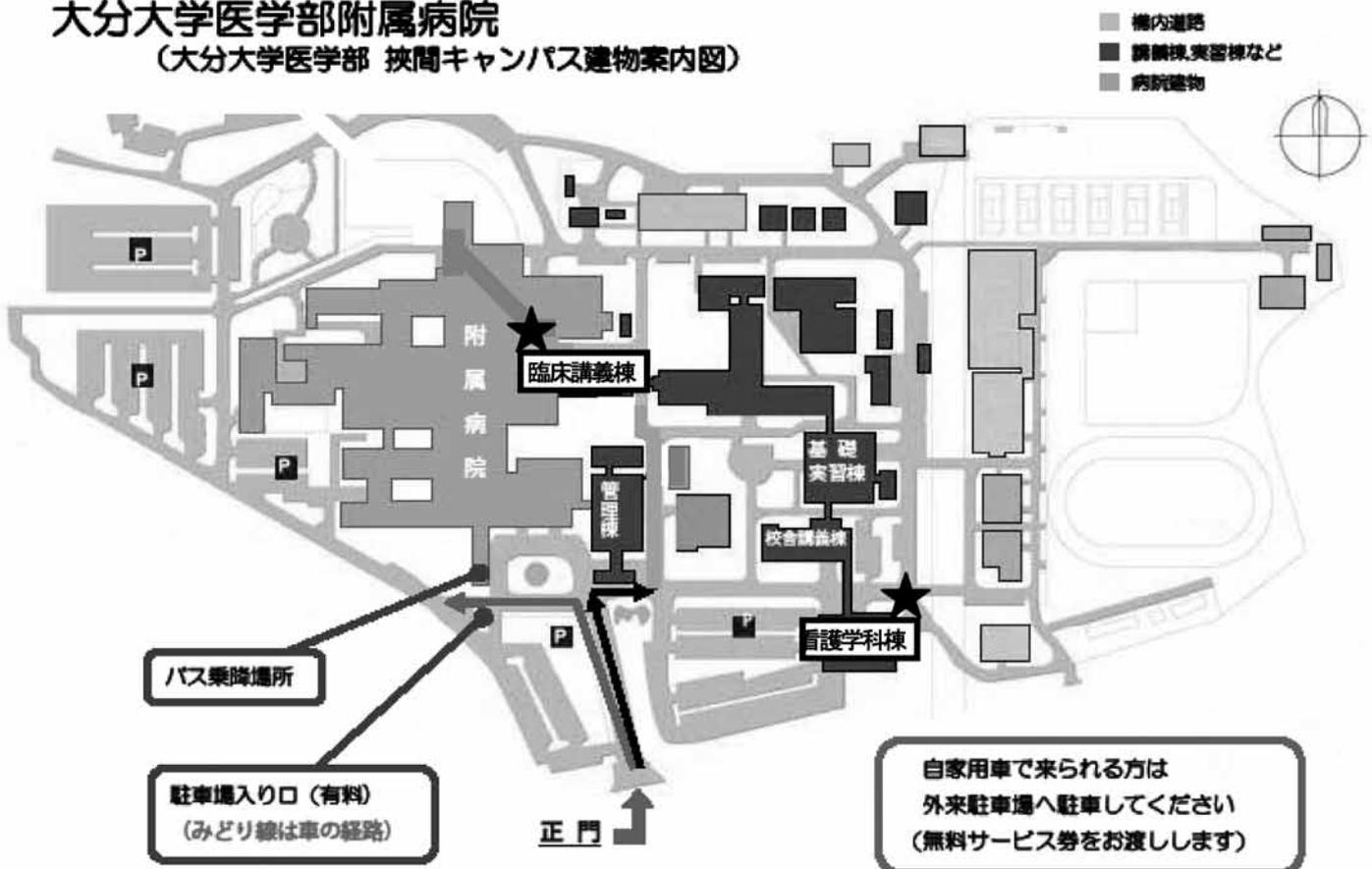
午後の部は事例報告5題と研究発表3題の後に、簡易排尿機能評価について2題の発表を予定しております。いずれの発表も実地臨床の場で役立つ内容ですので、活発な議論と率直な意見交換をお願い致します。最後に名古屋大学泌尿器科学教授の後藤 百万先生に、『排尿ケアに求められる心と技』と題した特別講演を頂戴する予定です。後藤先生はこの分野の第1人者として御高名ですが、旧帝国大学教授でありながら物腰の柔らかい大変優しい先生で、現在も介護職の方々と膝を交えて高齢者の排尿問題に取り組んでおられます。貴重な機会ですので、参加される皆様には是非、後藤先生に日頃の疑問や悩みについて遠慮なくお聞きして頂けましたら幸いに存じます。

第2回も盛会となりますよう、大分県の排尿問題に関わっておられる多数の皆様のご参加をお待ちしております。

会場案内



大分大学医学部附属病院 (大分大学医学部 狭間キャンパス建物案内図)



プログラム

■日時：平成25年3月2日（土） 10:00～16:25（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（前大分大学医学部看護学科 教授）

講義と実習 10:10～12:00

「適切なオムツの選び方・あて方」

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）

（10:10～10:40）

講 義：おむつの機能と選び方のポイント～外せるおむつと必要なおむつ～

講 師：船津 良夫（ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所 主任研究員）

（11:00～12:00）

実 習：自立と心地よさをもたらす上手なおむつのあて方

指導者：・ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所

研究員 梅林 真紀、林 博美

・湯布院厚生年金病院

看護部長 梅尾 さやか

“ゆーりんチーム”看護師・介護士

・大分大学医学部看護学科

助教 井上 加奈子

助手 佐藤 祐貴子

【午後の部】 12:50~16:25

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 13:05~13:55

座長：田村 恵子（特別養護老人ホーム日田翠明館 介護福祉士）

1. 「残存機能を活用した排泄ケアについて～背骨が湾曲された方のオムツ替え～」
難波 悦与（社会福祉法人 救護施設 大分県光明寮 介護福祉士）
2. 「夜間の排泄を変えてみた!!～あるお客様との夜間排泄方法の見直し～」
中田 美保（社会福祉法人 みずほ厚生センター 介護老人福祉施設 四季の郷 介護士）

座長：秋吉 信子（大分県看護協会 副会長）

3. 「失神発作に対し排尿管理が効果的であったシャイ・ドレーガー症候群の一例」
江藤 紘文（湯布院厚生年金病院 看護師）
4. 「介護老人保健施設における短期リハビリテーションの評価」
宇都宮 里美（杵築市立山香病院 杵築市介護老人保健施設 グリーンケアやまが 看護師）
5. 「尿道留置カテーテル抜去可否の判断について
～回復期リハビリテーション病棟における9事例の分析～」
倉橋 久美（湯布院厚生年金病院 看護師）

研究発表 13:55~14:35

座長：三重野 英子（大分大学医学部看護学科 教授）

1. 「三次元動作解析装置を活用した骨盤底筋体操の試作」
蓑田 もと子（湯布院厚生年金病院 理学療法士）
2. 「長時間尿量記録装置から捉えた排尿障害別排尿機能波形」
毎床 秀朗（湯布院厚生年金病院 作業療法士）
3. 「当科における腹圧性尿失禁に対する尿道スリング手術の治療成績」
住野 泰弘（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座）

= 休憩（15分） =

簡易排尿機能評価のすすめ 14:50~15:20

座長：佐藤 和子（前大分大学医学部看護学科 教授）

1. 「転倒・転落予防における排尿日誌の有用性についての事例検討」
足達 節子（大分赤十字病院 看護係長 皮膚・排泄ケア認定看護師）
2. 「ゆりりん使用による排尿評価」
太田 有美（湯布院厚生年金病院 作業療法士主任）

特別講演 15:20~16:20

座長：三股 浩光（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座 教授）

演 題：「排尿ケアに求められる心と技」

演 者：後藤 百万先生（名古屋大学大学院医学系研究科 泌尿器科学 教授）

閉会挨拶 16:20~16:25

副代表世話人 森 照明（湯布院厚生年金病院 病院長）

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

◎プログラム

時 間	内 容	会 場
10:10～ 10:40	<p>【講義】 「おむつの機能と選び方のポイント ～外せるおむつと必要なおむつ～」 ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所 主任研究員 船津 良夫 座長 大分大学医学部看護学科 教授 三重野 英子</p>	看護学科棟 211 講義室 (2階)
10:40～ 11:00	<ul style="list-style-type: none"> ・3階基礎看護学実習室へ移動 ・質問紙（普段行っているおむつ交換について）への回答 ・16ベッドにわかれ、自己紹介 	看護学科棟 基礎看護学 実習室 (3階)
11:00～ 12:00	<p>【実習】 「自立と心地よさをもたらす上手なおむつのあて方」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 知識のチェック〔5分〕 <ul style="list-style-type: none"> ・質問紙に対する解説 湯布院厚生年金病院 看護部長 梅尾 さやか 2. デモンストレーション〔10分〕 <ol style="list-style-type: none"> ①臥位姿勢でのテープ型おむつ・尿取りパッド（女性） のあて方 ②臥位姿勢でのパンツ型おむつ・尿取りパッド（女性） のあて方 ③男性の尿取りパッドのあて方 ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所 研究員 梅林 真紀、林 博美 3. グループ実習〔40分〕 <ul style="list-style-type: none"> ・①②③について、10分程度を目安に実施する。 ・患者役、ケア者役を交互に体験する。 ・おむつのあて方の原則をグループメンバーで確認する。 4. 質疑応答〔5分〕 	

適切なおむつの選び方・あて方

三重野 英子

大分大学医学部看護学科 教授

排尿障害がある方の尊厳を守り、安心と自立を支援するために、「おむつ」をどのように使用すればよいのか？ 今回、講義と実習を通して、参加者とともに検討したいと思います。

本研究会の立ち上げに際し、昨年7月、排尿リハビリテーション・ケアに関する課題について、調査を行いました。その結果、医療・介護現場で「おむつの選定」「おむつの適切なあて方」「排尿の自立に向けたケア（おむつ外しへの取り組み等）」等、おむつにかかわる課題が大きいことがわかりました。

「おむつ」は、排尿ケアの一つの道具ですが、日常的に使っている道具だからこそ、案外、おむつの機能を知らずに使っていたり、おむつをあてる時の原則があいまいになり自己流になっていたたりしているかもしれません。この講義・実習を通して、普段のおむつのあて方を振り返り、我流になっていないか点検してみてください。そして、おむつの機能と人体の構造を理解したおむつのあて方の原則を確認し、明日からのケアに活かしていただければと思います。

さらに、患者さん個々に応じた適切なおむつの選択・あて方を検討するためには、排尿アセスメントが絶対的に必要です。尿量が多くて尿漏れがある場合、尿取りパッドの種類やあて方を検討するばかりでは問題解決になりません。一日の排尿パターンや一回尿量を観察・記録し、尿量が多い原因を検討する必要があります。飲水量が多くて多尿になっていることが推論できれば、尿取りパッドの検討ではなく、飲水方法の検討が重要になるでしょう。午後の部で、排尿機能評価に関する講義がありますので、併せて学習の機会にいただければ幸いです。

◎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：ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所 主任研究員 船津 良夫

実 習 運 営：湯布院厚生年金病院 看護部長 梅尾 さやか

デモンストレーション：

ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所 研究員 梅林 真紀、林 博美

グループファシリテーター：

湯布院厚生年金病院看護部 ゆーりんチーム

副看護部長 河野 寿々代、主任看護師 平井 雅子、麻生 郁代

看護師 森山 志枝、楢原 早苗、倉橋 久美、小田原 孝征、江藤 紘文、
渡辺 亜利加

介護福祉士 荻本 照子、峯 恵子、麻生 周一、豆田 和也、日野 稜介、
中川 宏季、穴井 めぐみ、大久保 隆

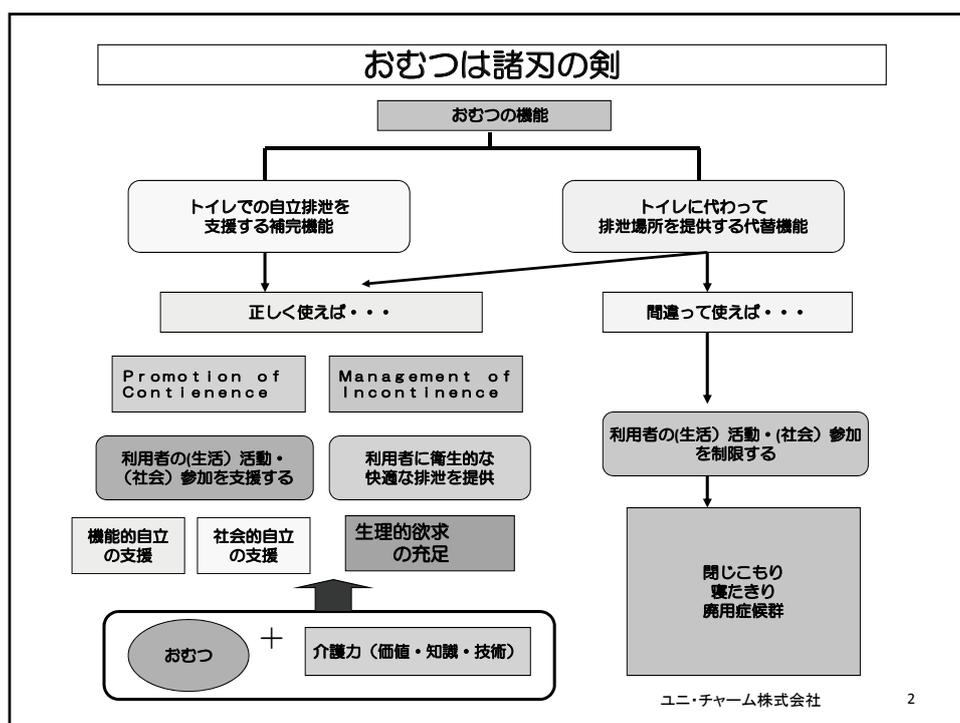
大分大学医学部看護学科

助教 井上 加奈子、助手 佐藤 祐貴子

おむつの機能と選び方のポイント ～外せるおむつと必要なおむつ～

船津 良夫

ユニ・チャーム（株）排泄ケア研究所 主任研究員



① 紙おむつは諸刃の剣

排泄ケアにおいて、おむつをどのように使っていくか、という課題は昔からさまざまに議論されてきました。安易なおむつの使用は常に戒められてきました。そして昨今、生活機能の維持・回復に向けて「おむつはずし」の推進が提唱されています。しかし、おむつをはずして布パンツに履き替えれば、高齢者の生活が豊かになると言えるほど、高齢者の排泄障害は単純な症状ではありません。

問題はおむつの使い方にあるので、おむつ自体が悪いわけではありません。おむつを自立排泄に向けて段階的に使っていく、あるいは外していくことが大切で、そのためには、おむつに関する知識と技術が必要なのだと思います。安易に使用されるおむつは、高齢者を寝たきりにしてしまふ凶器といえます。しかし、排泄障害によって、生活（活動）や社会参加に大きなダメージを感じ、力と言葉を失ってしまった高齢者に、「もう一度トイレで排泄」の意欲と勇気を与える安心と安全のための道具もおむつです。

失敗を恐れず、人に迷惑をかけるのではと思う気兼ねを本人から取り除き、排泄リハビリテーションの目標を本人や家族と共有し、介護の専門職が自立排泄を支援していくために、おむつは欠かせない、重要な役割を担っているといえます。おむつは使い方ひとつで、寝たきりの高齢者を増やす凶器にもなりますが、適切に使うことで、自立への道を切り開いていくための戦いの武器にもなります。 3

おむつ使用の定義とおむつはずしの定義

おむつ使用の定義

1日24時間おむつ（パッド）に排泄し、
ベッド上でおむつ（パッド）を交換している状態（ケア）

おむつはずしの定義

①すべての、おむつ（パッド）交換をベッド上でしない
②すべての、排泄をおむつ（パッド）にさせない

生活復帰への第1歩（テープ止めりハビリパンツへ）

「おむつ使用」の定義
「1日24時間、おむつに排泄し、
ベッド上でおむつ交換している」状態

自立排泄に向けてのケア
「トイレで排泄したい」
「トイレで排泄させてあげたい」

トイレで排泄すること
ができないから
「トイレの代わりにここに
排泄してください。」

1週間に1回でも
便のときだけでも
1日1回だけでも
風間だけでも

トイレで排泄させてあげたいから
「失敗したっていいんです。
これを使って、トイレに
行ってみましょう。」

トイレの代替機能
テープ止め+パッド

トイレでの排泄を補完する機能
リハビリパンツ用/テープ

ユニ・チャーム株式会社

5

② おむつ使用とおむつ外しの定義

自立排泄を支援することを目的に、「おむつ外し」を推進しようというプロモーションがあります。「自立排泄支援」をスローガンとした活動には意義があります。しかし、「おむつを外して、パンツに履き替えれば、高齢者の自立排泄が成立」する程、自立排泄支援は簡単な課題ではありません。どんなアセスメントのもとで、どんな対象者のおむつを、どのようなプロセスで外していくのか、を計画し、多職種連携によって実践していく必要があります。

まず、問題になる「おむつの使い方」から定義し、その問題を解決していくケアが「おむつ外し」と考えます。「トイレで排泄したい」と希望する高齢者に対して、介護専門職が「トイレで排泄させてあげたい」と考えたとき、問題になるおむつの使い方は、「1日24時間おむつに排泄させ、すべてのおむつ交換をベッド上で行うケア」にあると考えます。

解決すべき「おむつの使い方」を定義し、使い方を改めていくために取り組まなければならない課題を抽出します。おむつ外しは、「①すべてのおむつ交換をベッド上で行わない。 ②すべての排泄をおむつにさせない」の2つのテーマからスタートし、段階的に推進していく活動だと考えます。

6

排泄障害の進行と下着・おむつの選び方

ケアの段階 レベル	ADL	障害に合わせた 排泄ケアパターン	昼 夜	尿 便	アウトター	インナー (パッド)
自立	①	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄見守り ●排泄支援（言葉かけ、同行） 			<ul style="list-style-type: none"> ●ショーツ、ズロース、トランクス、フリース、失禁用・布パンツ 	<ul style="list-style-type: none"> ●要・不要 ●吸収量（尿量排泄頻度交換回数）
部分介助	②	<ul style="list-style-type: none"> ●トイレ誘導 ●ポータブルトイレ便座移乗 ●尿器・便器介助 			<ul style="list-style-type: none"> ●紙パンツ（アクティブパンツ、リハビリパンツ） 	
全介助	③	<ul style="list-style-type: none"> ●ベッドで臥位パンツ交換 ●ベッドで臥位テープ止め交換 			<ul style="list-style-type: none"> ●テープタイ プ紙おむつ 	
					選択のポイント ADLと嗜好性	選択のポイント 吸収量 形状

ユニ・チャーム株式会社

7

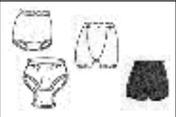
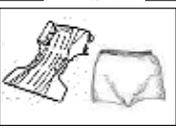
③ 排泄障害の進行と下着・紙おむつの選び方

排泄に障害のある高齢者の症状や状態に応じた排泄ケアのパターンがあります。障害はあるけれど、自分でトイレに行き、自分で後始末のできる方への排泄ケアは「見守り」だけで済みます。尿意が不安定な方には、排尿日誌からその方の排尿パターンが掌握できていれば、「そろそろ、トイレに行きましょう」と声をかけ、同行するケアで、トイレでの排尿に成功できるケースもあります。トイレに誘導し、衣類の着脱に介助が必要な利用者もいます。また、トイレまでの移動ができなくなれば、ポータブルトイレを使った介助が必要になります。ベッド上でおむつを交換するケアは、ほかに選択肢がなくなってしまった、最終のステージでの排泄ケアです。

まず、どんなケアができるのか、排泄ケアのパターンを選択します。そして、昼の課題と夜の課題を整理します。場合によっては、昼と夜の排泄パターンを変える必要もあります。そして、失禁の症状が尿なのか、便なのか、両方なのかで、おむつの選択は変わってきます。

8

排泄用具（おむつ）の種類

アウター		インナー（パッド、その他）	
失禁用下着		下着に入れる	
		紙パンツに入れる	
紙パンツ		テープ止めタイプ 他に入れる	
紙カバー ネットパンツ		面積が広い	
		夜間の多尿量や 軟らかい便にも 対処できる	
テープ止め タイプ		形状・機能に 特徴がある	

④ 下着（失禁用）・紙おむつの種類

おむつは、大きく2つのグループに分かれています。外側を覆い、パッドを固定し、パッドだけで吸収できなかつたときに吸収補完の機能を備えたアウターと呼ばれる製品群があります。布のパンツ、紙パンツ、テープ止め等がアウター製品です。そして、内側にあて、吸収の主体となるのがインナー（パッド）と呼ばれる製品群です。利用者の症状や介護者のニーズ、排泄ケアのパターンに応じて、アウターとインナーを組み合わせる使用するのが原則です。

アウター選びの基本は、利用者のADL、排泄時の体位、そして利用者の嗜好性にあります。どんなアウターを使用するか、利用者が納得する製品を選ぶことは大切です。そして、インナー選びの基本は、吸収量と形状です。利用者の排尿量や交換頻度、介護力に応じて十分な吸収量の製品を選ぶ必要があります。また、利用者の体動、体型、寝姿勢等による尿の流れに対応する、大きさや形状が選択のポイントになります。

インナー（パッド）は、それぞれのアウターに合わせて開発されてきました。アウターとの整合性のとれたパッドを選ぶことで、利用者への快適性の提供、もののトラブルの減少が可能になります。また、利用者の排泄時の体位に応じて、立位、座位、臥位に合わせて、パッドを選ぶことも大切です。

紙おむつの進化はパッドの進化

紙おむつはこの20年で目覚ましい進化を遂げたと、紙おむつメーカーの一員として感じています。なかでもパッドは最も大きく変化してきたといえます。さまざまな用途に応じた機能が開発されました。排泄時の体位に応じて、立位用、座位用、臥位用のパッドがあります。そのときの排尿量に応じて、3ml～1000mlの吸収力を備えた製品がラインナップされています。また、尿の流れや広がりに応じた面積や形状も揃いましたし、スキンケアの機能も向上しました。

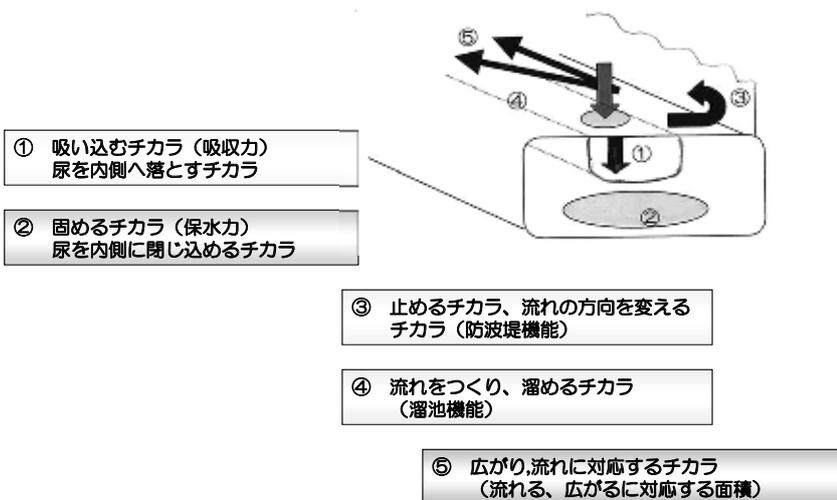
今、おむつの使い方のポイントはパッドの活かし方にあると思います。それぞれの利用者の、排泄時の体位、そのときの排尿量、その人の体型による流れ等を分析し、どの人に、どんな時に、どんなパッドが適切であるかをアセスメントし、パッドを使い分けることが重要です。テープ止めやリハビリパンツのアウトター製品の面積や吸収力に頼るのではなく、それぞれの利用者の症状や状態、介護力から機能を選択し、適切な位置にパッドを装着する、知識と技術が求められています。

アウトター製品には、パッドの力を補うホールド機能とパッドの吸収を補完する機能があれば充分だと考える使い方が、利用者の快適性、介護者の負担軽減、そしてコストの削減に繋がります。もれへの不安から、広く、厚く、かさばるアウトターに頼る排泄ケアから、より小さく、より薄いパッドを活かす排泄ケアへの変革を推進していかなければならないと感じています。

11

紙おむつの機能（紙おむつ・5つのチカラ）

【おむつの機能を知ること、症状に合わせた製品の選び方と機能を活かすあて方が見えてくる】



ユニ・チャーム株式会社

12

⑤ 紙おむつの機能（紙おむつ 5つのチカラ）

紙おむつには、尿を吸収し、もれを防ぎ、そして、利用者の快適性を追求し、介護負担を軽減するための5つの機能（チカラ）が装備されています。

一番目のチカラは、尿を肌の表面に広げず、ワンポイントで吸収する「吸い込むチカラ」です。肌を汚す面積をできる限り減らすためには、すばやくパッドの内側に尿を送り込む表面素材が必要です。そして、パッドの内側に吸い込んでいくためには、空間の大きな粉碎バルブの層が必要です。

二つ目のチカラは、尿をできるだけ肌から離れたパッドの奥に引き込んで、「固めてしまうチカラ」です。パッドに搭載された高分子ポリマーは、尿をジェル状に固めてしまいます。高分子ポリマーは、てんぷら油を固めてしまう素材と同じような粉末です。固められた尿は、表面に戻りにくくなるので、尿を吸収した後のパッドの表面は乾いて、サラサラになります。

そして、三つ目のチカラは、両側の立体ギャザーの尿の流れを堰きとめる、防波堤機能です。立体ギャザーの防波堤にぶつかった尿は流れを変え、パッドの中央に戻ってきます。この「（流れを）止めるチカラ」によって、股間からの横もれを防ぎます。

四つ目のチカラは、「（尿の）流れをつくり、溜めるチカラ」です。パッドの中に設けた溝は、尿の流れをパッドの縦方向に導き、横へ広がる流れを防ぎます。溝は溜池の機能を発揮するので、一度に多量の尿が勢いよく出ても、一旦この溜池に溜めてから吸収する余裕ができます。

そして、最後の五つ目のチカラは、「広がり、流れに対応するチカラ」です。さまざまな形状、大きさのパッドをラインナップすることで、それぞれの利用者の尿量や流れに対応できる面積と吸収力を提供しています。

紙おむつの機能を知ることで、それぞれの利用者の状態や症状に応じた紙おむつの機能を選び、機能を活かしたあて方を工夫することができます。

13

おむつを使った排泄ケアの形態分類

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～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

14

⑥ 紙おむつを使った排泄ケア業務の見直し

ベッド上でのおむつ交換から、ベッドサイドのポータブルトイレを使った介助へ、そして、トイレ誘導の介助へと、段階的に自立排泄を支援していく必要があります。それぞれの段階に応じた、おむつの選び方とあて方の工夫があります。トイレ自立、ポータブルトイレ自立、トイレ介助、ポータブルトイレ介助、それぞれの高齢者の症状と、残された機能を活かした、それぞれの自立があるはずで、少しずつ自立排泄の機会を増やしていくことで、おむつへの排泄は減っていきます。

おむつを使った、排泄障害のある高齢者への排泄ケアには、10通りのパターンがあると思います。高齢者の排尿障害で、加齢とともに多発する症状に、夜間頻尿・夜間多尿があります。また、夜間は介護負担も増大します。昼と夜に分けて排泄ケアのパターンを本人の症状やQOL、そして家族や職員の介護負担から見直していきます。自分でトイレに行き、自分でパッドの処理ができることが理想的なトイレ自立です。しかし、夜間のリスクを軽減するために、トイレ介助が必要な場合もあります。また、ポータブルトイレ介助が必要なケースもあります。すべての排泄をおむつにさせ、昼夜のおむつ交換をベッド上で行うケアは、最終段階のパターンといえます。

現在のおむつの使い方と排泄ケアのパターンがどの段階にあるのか、そして、10段階のパターンをひとつでもアップさせていくことができないのか、アセスメントしてみてください。そのことが、自立への道を切り開いていくきっかけになるかもしれません。今後は、安易におむつを使うのではなく、また、強引におむつを外すのではなく、生活機能の維持・回復に向けた自立排泄を支援する道具として、上手におむつの使っていただきたいと思います。 15

おむつのあて方

1. 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

つかまり立ちができれば、トイレ誘導は可能です。歩行が不安定になっても、杖介助歩行で、車椅子でトイレまでの移動ができるはずで、昼間はトイレに誘導し、夜間は、利用者の安全や介護負担からベッドサイドのポータブルトイレを利用する場合があります。

30秒のつかまり立ちができれば、介護者は利用者のズボンとパンツの上げ下ろしの介助ができます。トイレの手すり（介助バー）やベッドに取り付けられた介助バーを使って、つかまり立ちの姿勢で、パンツとパッドを膝までおろし、パンツやパッドが汚れていれば、便座に座った姿勢で交換します。

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たつかまり立ちの姿勢です。ベッド脇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交換
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。



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。パンツを引き上げた時、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。スレていればパッドの位置を調整します。最後にスポンを膝から上げて整えます。

ユニ・チャーム株式会社

17

2. 座位が保持できる利用者のリハビリパンツとパッドの交換

多くの介護現場で、つかまり立ちができなくなると、「すべての排泄をおむつにさせ、すべてのおむつ交換をベッド上で行う」、アウターにテープ止めを使用したケアに移行してしまいます。つかまり立ちをしてもらえないとパンツの上げ下ろしの介助ができないという理由からといえます。たとえ下部尿路系に大きな疾患がないケースでも、あるいは尿意・便意があり、それを介護者に伝えるコミュニケーションの能力が残存しているケースでも、「つかまり立ち」のADLが、パンツタイプを使ったトイレ誘導支援の限界と考えられています。

しかし、「座位の保持」ができれば、便座に座ることができるはずで、パンツタイプを使ったトイレ誘導の最後の一線は、「端座位の保持ができる」ADLにおくべきと考えます。端座位の保持が10分できれば、ポータブルトイレでの排泄が可能になります。高齢者は、尿が出始めるまでに時間がかかります。10分間は待つ介護が求められます。スポンとパンツはベッド上で、膝までさげて、腰にバスタオルを巻いてプライバシーを保護し、ベッドサイドのポータブルトイレに移乗させます。つかまり立ちのできない高齢者をベッド端座位からポータブルトイレに移乗させる介助技術は、利用者の症状、状態、体型によって、また介護者の介護力や体力によって、さまざまな手法があると思います。ここでは、その一例を紹介します。また、トランスファーボードやリフトなど福祉用具を活用した移乗介助もあると思います。

ユニ・チャーム株式会社

18

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）



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、お尻が直接シート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）



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。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。



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。



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。



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。

ユニ・チャーム株式会社

19

3. ベッド上でのリハビリパンツとパッド交換

寝た姿勢でのおむつ（アウター）は、テープ止めが適していると考えられがちですが、パンツタイプで過ごすことができないのか、数百のケースで検証してみたことがあります。一日中テープ止めとパッドを使用している高齢者を対象に、パンツタイプに臥位用パッドを併用することで、昼夜過ごしていただきました。テープ止めに比べて、もれる率が高くなることもありませんでしたし、介助の負担が増大することはありませんでした。むしろ、寝る前にパンツタイプをテープ止めに変えなくてすむのでコストが軽減できた、動きやすいので利用者が喜んでくれた、という評価を受けることができました。

パッドの進化によって、テープ止めのもれ防止の役割は減少してきました。昼はパンツタイプに立位・座位用パッドを併用し、夜はパンツタイプに臥位用パッドを併用するという使い方が、ほとんどのおむつ利用者に適応できるようになってきていると感じます。テープ止めは、仰臥位での安静を優先する利用者のために開発された製品で、ベッド上で動きの取れる方には、パンツタイプの伸縮性が有効なケースが多いといえます。また、昔は、浴衣の寝衣が一般的でしたが、今は、ほとんどの方がパジャマやジャージのズボンを履かれていますので、前開きのテープ止めの利便性も薄れてきましたし、逆に、テープ止めをあててから、ズボンをあげる負担が増えてしまうともいえます

ユニ・チャーム株式会社

20

ベッド上でのパンツタイプ・パッドの交換



①身体を側臥位にし、ズボンを下げられるところまでしっかり下げます。逆側に向きを変え、同様に側臥位にし、ズボンを下げます。



②排便されているか、パンツのスキマから確認します。身体を側臥位にし、パッドを押えながら、パンツを片方ずつ上げます。



③パッドのお尻側を押えながらパンツを下げ、側臥位の状態で、お尻側からパッドを抜きます。



④陰部洗浄または清拭後、パッドのあて位置の目安を決め、パッドを縦に2つ折にしなが、股間にはさみ込みます。

ユニ・チャーム株式会社

21



⑤側臥位の状態でパッドを押さえながら、パンツを片方ずつあげます。



⑥パッドと尿道口に隙間ができないように、最終確認として、パッドの前側、お尻側を引き上げます。



⑦パッドがパンツのギャザー内に収まっていることを確認し、パンツを引き上げ身体にフィットするように調整します。



⑧側臥位にしなが、ズボンあげ、背中、衣類を正します。

ユニ・チャーム株式会社

22

4. ベッド上、臥位でのテープ止めとパッドの交換

外側を覆うおむつ（アウトター）として、テープ止めが適しているケースは、離床ができなくなって、ベッドに横たわり安静を最優先しなければならない状態の急性期、終末期の高齢者に、短期的に使用する場合に限られると思います。たとえ、ベッド上でしか、おむつ交換ができない場合でも、利用者が自分で、寝返りや体位変換ができる場合は、身体の動きに合わせて伸縮するパンツタイプが適しています。テープ止めタイプは、広い面積の吸収体でおしり全体を包むので、すべての排泄をおむつにせざるを得なくなった高齢者の場合、パッドからの漏れを吸収し、シーツや寝衣への外漏れを防ぐ、安心感があります。また、介護する側が高齢で、パッドを適切な位置に、ていねいに装着できない介護技術でも、テープ止めなら、外漏れを防ぐことができます。

アウトターにテープ止めを使う場合、インナーとして併用するパッドは、吸収量や面積、形状から、小・中・大の3種類ぐらいを準備することをお勧めします。排尿の時間や1回の排尿量に合わせたタイミングで交換できれば、小パッドが適しています。介護力や尿量・頻度に応じて、中・大のパッドを選択するケースもあります。また、夜間は、介護負担や本人の状態から、大パッドの使用が適している場合もあります。介護ニーズや本人の症状に合わせて、パッドを使い分けることで、テープ止めを汚さず、パッドだけの交換で済めば、コストも削減できます。

ユニ・チャーム株式会社

23

ベッド上、臥位でのテープ止めとパッド交換



①利用者が仰向けの姿勢で、着けているテープ止めをはずし、広げます。この時、利用者の足を広げ、陰部を洗浄または清拭します。次に介護者は利用者の肩と腰に手を添えて、横向きに寝返りさせます。この時、おしり周りを洗浄または清拭し、汚れたパッドを内側に包むようにして抜き取ります。



②手前側の汚れたテープ止めを内側に丸めて、お尻の下にはさみ込みます。



③新しいテープ止めの端を丸めて、お尻の下にはさみ込みます。この時、テープ止めは、腰骨（ウェストのくびれ）の上まで覆えるように、テープ止めの縦の中心線が背骨の延長線上にくるように敷きます。パッドはギャザーを起こして、テープ止めの上に敷きます。この時、お尻の谷間をすっぽり覆えるように、後ろ側の位置を決め、テープ止めの両側のギャザーの内側に収めるように、パッドを置きます。（パッドの位置は、お尻の割れ目から、前側は恥骨を覆うところまでに定めます。ただし、尿や便の流れによっては前後にずらします。）体を手前に戻し、今度は反対向きに寝返りさせ、汚れたテープ止めを抜き取り、新しいテープ止めを広げ、整えます



④仰向けの姿勢に体を戻し、（女性の場合は）太ももまわりに合わせて、両手を使って、恥骨を覆うように、パッドを山型に尿道口に向かってあてます



⑤（男性の場合は）パッドをろうと状に組み立て、ペニスをもち、パッドの中に入れます。お尻に敷いたもう1枚のパッドを持ちあげ、ろうと状のパッドをかぶせるようにあてると、ろうと状のパッドのスリや便にも対応できるようになります。（ペニスが短く、パッドの中に収まらない場合は、女性の場合と同じようにあてますが、パッドは谷折して、ペニスを包み込むようにします。）

ユニ・チャーム株式会社

24



⑥テープ止めを山折にもち、お尻側にシワができないように、おへそところに中心がくるように引きあげます。次に、テープ止めギャザーの内側に人指し指を添え、中のパッドがテープ止めギャザー内側に収まるように、太ももに沿わせながら横に広げ、おへその上まで覆います。



⑦テープ止めのセンターをおへその位置に整え、下のテープは上向きに、上のテープは下向きに取り付けます。テープは「下、下、上、上」の順にとめます。最後に、もう一度体を横向きにして、背中側のシワを伸ばし、肌着がテープ止めにはさまらないように、ぴったりあたっていることを確認します。また、ウエスト部分や太もも周りがきつくないか、ゆるくないかを確認します。指1本が入る程度が理想です。また、ふともも周りのフリルが内側に折れていないか、パッドの端がテープ止めの立体ギャザーにはさまっていないかを確認します。

5. おむつからもれ 原因と対策

【おむつもれの原因】

「大きな、吸収力の高いパッドをテープ止めで覆って、あてているのに、もれることが多い」というお話をよく耳にします。もれの原因はさまざまです。大きな、吸収力の高い製品を使っていれば、もれが防げるとは一概にいえません。

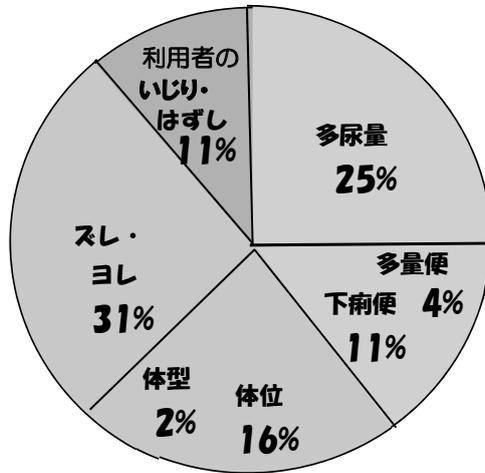
使っていたパッドの吸収力が不足していたことが原因でのもれは、もれの原因の25%程度です。多量な下痢便が原因のもれも15%程度あります。おむつの選び方が不適切で、おむつの機能が足りなかったことによる、もれは全体の40%程度といえます。もれの原因の50%は、おむつがズれたり、ヨしたりしてしまったこと、体型や排泄時の体位によるものです。

もれの原因を分析し、製品の選び方、あて方を工夫することで、大半のもれは防げます。もれの原因を見つけるためには、汚れたパッドやアウターを見て、どこが、どんな状態で汚れているのか、どこからもれたのかを分析してみるといいと思います。また、利用者がどんな姿勢で、どんな動きのときに、もれたのかも、もれの原因を見つけていく上で、参考になります。

おむつからのもれを防ぐポイントは、大きく分けると以下の2点です。

- ① 適切なおむつ（パッド）選び
- ② おむつのあて方技術

もれの原因

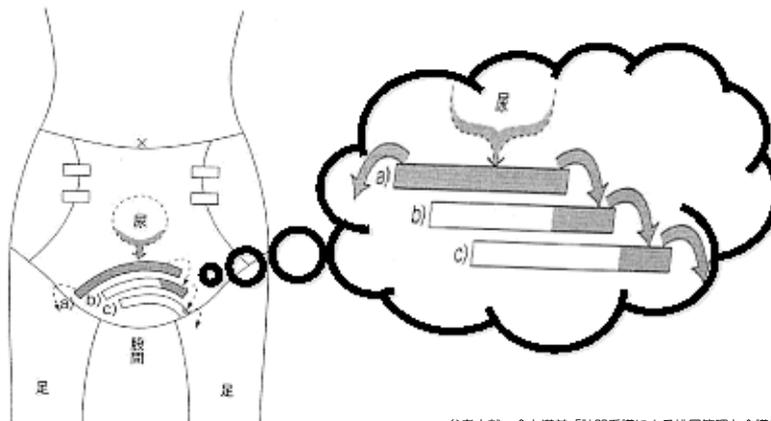


【もれの原因】

ユニ・チャーム株式会社

27

パッドを重ねてあてても、もれは減らせません
逆に、紙おむつの機能が活かされなくなります



参考文献：今丸満美「訪問看護による排尿管理と介護保険」

Copyright (c) 2012Unicharm Corporation. All rights reserved.

ユニ・チャーム株式会社

28

【適切なおむつ（パッド）選び】

● 適切なサイズの製品を選ぶ

アウターのサイズが大きすぎたり、小さすぎると、利用者に不快感を与えるだけでなく、スレやすく、ヨレやすくなり、もれの原因にもなります。

また、パッドの長さや形状もパッド選びのポイントです。パッドの長さは、お尻の割れ目を覆うところから、前側は恥骨を覆うところまでの長さが適切です。ただ、体型や姿勢によって、尿が流れるケースは長さと同面積が必要な場合もあります。また、形状も、ひょうたん型のパッドで横への流れを防ぐことができる場合もあります。

汚れたおむつを見て、どこの部分から、どのようにもれたのか、また、どんな姿勢のときもれたのかを分析し、適正なサイズの製品を選ぶようにしてください。

29

● パッドを重ねてあてても吸収力を高めることはできません

もし、パッドの吸収力が足りなくてももれたとすれば、パッド全体が汚れ、ぐっしょりと重くなっています。その場合は、排尿量がパッドの吸収量よりも多く、パッドの吸収機能が不足していたといえます。排尿日誌から排尿のタイミングと排尿量を分析し、排尿量に合う吸収量のパッドを選択しなければなりません。

しかし、もれが発生すると多くの場合、パッドの汚れ具合を見ることなく、パッドの吸収力が足りなかったと考え、もう1枚重ねてあててしまいます。それでも、もれるともう1枚とパッドの枚数が増えていきます。利用者のお尻は、雪だるまのように膨らんでいきます。

パッドを何枚も重ねてあてても、その分吸収力を高めることはできません。パッドの背面のバックシートは防水の素材でつくられていますので、重ねても下に敷いたパッドが尿を吸収することはありません。重なっていない、わずかな部分しか、吸収の役にたちません。パッドを重ねてあてれば、隙間ができ、かえってもれを増やすことにもつながります。また、カサが高くなるので、テープ止めのギャザーは防波堤機能を果たせなくなります。利用者にはゴワゴワした不快感や、動きにくい苦痛を与えます。

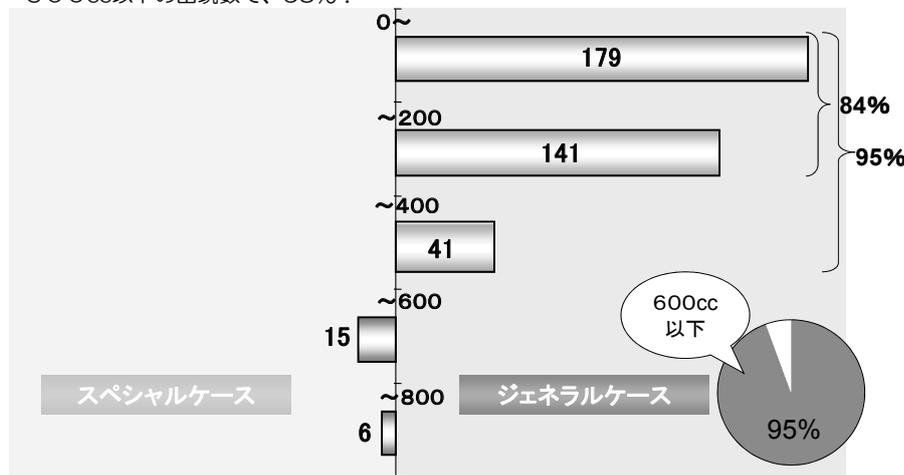
適切な吸収力と面積のパッドを1枚使うことをお奨めします。たとえ、安価なパッドでも何枚も使えば、割高の適正パッド1枚よりコスト高になるケースが多いと思います。

30

排尿量に合った吸収量のパッド選択

昼夜テープ止め使用の対象者10名のおむつ交換（1日4回）ごとの排尿量（交換382回）分布

600cc以下の出現数で、95%！



ユニ・チャーム株式会社

31

● 過剰装備になっていませんか

おむつもれが発生すると、「このパッドでは無理。もっと大きくて吸収力の高いものが必要」と考えがちです。ある慢性期病棟で、1日24時間、すべての排泄をおむつにしている利用者10名の排尿量を測定したことがあります。対象者の、1日平均の排尿量は、800ccの方から1800ccの方までいらっしゃいました。1日4回の交換で、10日間、382枚の使用後パッドを回収し、計量しました。結果、パッドに600cc以上の排尿量のあったケースは、全体の5%でした。95%は600cc以下で、全体の84%は400cc以下でした。

もちろん、排尿量には個人差も大きく、同じ人でも、体調や生活のリズム、環境の変化で、その都度排尿量に変化がありました。ただし、個人別に、それぞれの交換時の排尿量の幅を掌握することはできます。多くの場合、最も排尿量が多かった時に合わせて、それをカバーできる吸収量でパッドを選びがちです。突発的な多尿量に合わせたパッド選びは、どうしても、過剰装備に繋がってしまいます。

もれた時の、状況を分析すると、表示されている吸収量よりもパッドが多くの尿を吸収していることもあります。利用者別に、時間帯ごとの排尿量を測定し、平均値を算出し、平均値の1.5倍の吸収力を備えてパッドを使用すれば、充分対応できると考えます。それぞれの利用者にあった、それぞれの時間帯や状況にあった吸収力と形状のパッドを選ぶことが、利用者の快適性、介護者の負担軽減、コスト削減につながります。

32

もし予防のポイント！

1. 適切なおむつ選び
2. おむつのあて方技術

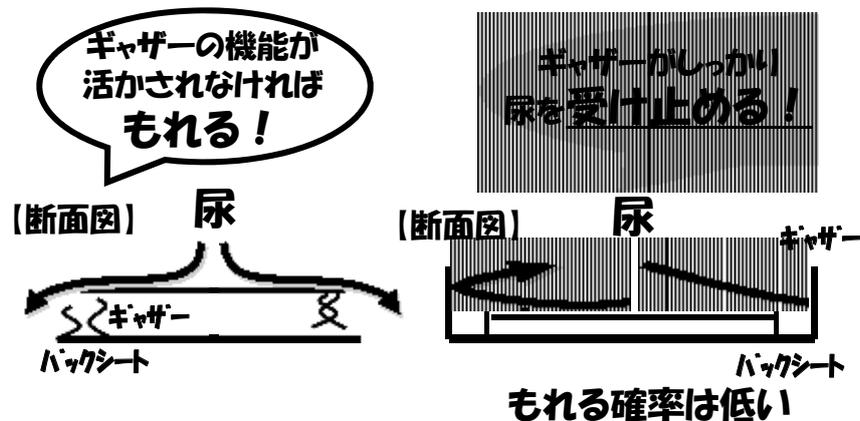
おむつのあて方
4つのポイント

- A. ギャザーの機能を活かす
- B. パッドが最も吸収する箇所に確実に当てる
- C. 体とおむつの間にスキマをつくらない
- D. おむつ全体をスラさない

ユニ・チャーム株式会社
Copyright (c) 2012Unicharm Corporation. All rights reserved.

33

おむつのあて方4つのポイント ギャザーの機能を活かす

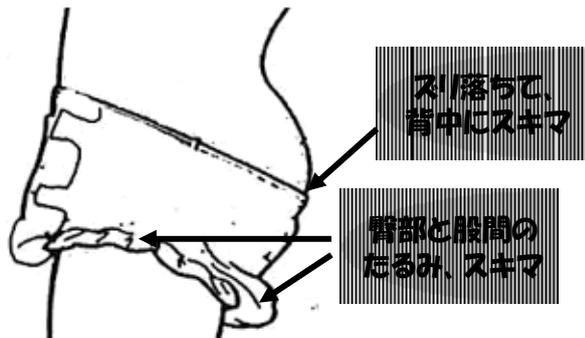


Copyright (c) 2012Unicharm Corporation. All rights reserved.

ユニ・チャーム株式会社

34

おむつのあて方4つのポイント
おむつ全体をズラさない



ズラ落ちて、
背中にスキマ

臀部と股間の
たるみ、スキマ

おむつのズレが防げると、
スキマが減り、もれにくくなる！

おむつのあて方4つのポイント
体とおむつの間にスキマをつくらない

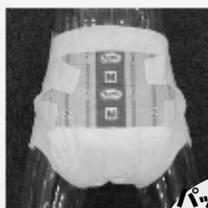
スキマができてしまう



パッドが尿道口に
フィットせず、
尿が肌を伝って
もれが発生！



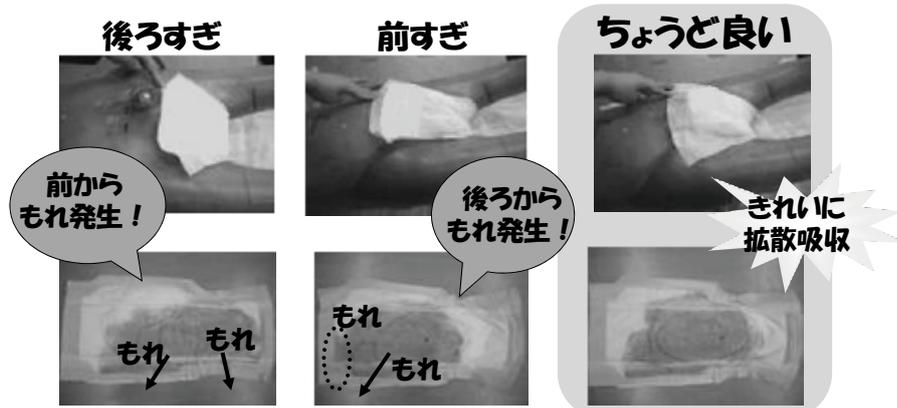
からだにフィットする



パッドが尿道口に
フィットし、パッドの
吸収機能が
活かされる



おむつのあて方4つのポイント パッドが最も吸収する箇所に 確実に当てる



検証方法：側臥位時（45度傾斜）に100ccを5分おきにパッドからモレだすまで実施（3回目でもれ）

Copyright (c) 2012Unicharm Corporation. All rights reserved.

ユニ・チャーム株式会社

37

おむつのあて方ポイント ～ 性別 ～

接点の取り方



女性

◇ 座位姿勢
前に流れる
or

◇ 臥位姿勢
後ろに流れる



男性

性器を包む
or
敷いて谷型に当てる
(仰臥位で)
下向き・上向き

Copyright (c) 2012Unicharm Corporation. All rights reserved.

ユニ・チャーム株式会社

38

おむつのあて方ポイント ～ 体型～

やせ型	肥満型	拘縮
スキマができやすい パッドがスリやすい ギャザーが機能しにくい	皮膚の溝、しわに沿って流れる (思わぬ方向に流れる) パッドがヨレやすい	山型に当てにくい スキマ、溝が出来やすい
対応	対応	対応
<ul style="list-style-type: none"> ☆山型あて・接点吸収 ☆スキマを埋める ☆スキマ作らない ☆ギャザーを活かす 	<ul style="list-style-type: none"> ☆流れる方向に広いパッドを敷く ☆インナー、アウターを左右、前後にスラす ☆面積で対応 	<ul style="list-style-type: none"> ☆スキマを埋める ☆ギャザーを活かす ☆マッサージ、温電法等で筋緊張を緩和させる

午 後 の 部

12:50~16:25

場所／大分大学医学部 臨床講義棟 『臨床大講義室』

事例報告

13:05～13:55

座長：田村 恵子（特別養護老人ホーム日田翠明館 介護福祉士）

1. 「残存機能を活用した排泄ケアについて

～背骨が湾曲された方のオムツ替え～」

難波 悦与（社会福祉法人 救護施設大分県光明寮 介護福祉士）

2. 「夜間の排泄を変えてみた！！

～あるお客様との夜間排泄方法の見直し～」

中田 美保（社会福祉法人 みずほ厚生センター 介護老人福祉施設 四季の郷 介護士）

座長：秋吉 信子（大分県看護協会 副会長）

3. 「失神発作に対し排尿管理が効果的であった

シャイ・ドレーガー症候群の一例」

江藤 紘文（湯布院厚生年金病院 看護師）

4. 「介護老人保健施設における短期リハビリテーションの評価」

宇都宮 里美（杵築市立山香病院 杵築市介護老人保健施設 グリーンケアやまが 看護師）

5. 「尿道留置カテーテル抜去可否の判断について

～回復期リハビリテーション病棟における9事例の分析～」

倉橋 久美（湯布院厚生年金病院 看護師）

『残存機能を活用した排泄ケアについて』 ～背骨が湾曲された方のオムツ替え～

○難波 悦与

社会福祉法人 救護施設大分県光明寮 介護福祉士

私の職場は、大分県の南に位置する、豊後大野市三重町にある救護施設 大分県光明寮です。救護施設とは、身体障がい・知的障がい・精神障がい・生活障がいの方々が入所される生活施設です。近年、高齢化が進んでおり、私どもの光明寮では、33歳から89歳までの方々が生きておられますが、利用者60名の平均年齢は67歳となっております。

今日ご紹介する利用者さんは、現在89歳の女性Aさんです。入所53年、人生の半分以上を光明寮で過ごしていることになります。Aさんは先天性脊髄性小児麻痺で背骨が曲がり下半身麻痺です。緑内障を患い全盲となっております。長年、和室に設置されている高さが10センチほどの水洗トイレを利用し、人の手を借りずトイレに座りたいと思う一心で頑張ってきましたが、年を重ねトイレへ行くまで間に合わず失禁を繰り返すようになりました。最初にオムツや紙パンツの提案をした際は断固として受け入れようとはしませんでしたので、介護士が二人がかりで抱えトイレに座って戴いていました。トイレへ行きたいときに介護士が行くことができれば良いのですが、そういうわけにもいかず、あまりにも失禁が続き自分の排せつ物の中で身動きが取れなくなってしまう日々が続きました。

一日をトイレの周辺で過ごすより、その時間を有意義に自分の趣味やもっと楽しいことに時間を使うことを提案すると、やっと心が動いたようでオムツをすることに納得して貰えました。

それからのAさんはとても協力的で、気持ち良いオムツの当て方を一緒に考え、ゆるくオムツをつけると「もっとしっかり着けて。ゴムの抜けたパンツをはいているみたいで不安になるわ。」など、しっかりと意見をおっしゃってくれます。尿パットの種類では、褥瘡が出来そうになる物もあり、布オムツや新しい種類の尿パットなどいろいろ試してみました。

最近左に湾曲した背骨が、さらに曲がってきたように見受けられます。「Aさん、両腕でベッドを押して背中を浮かせるようにして。」や「右側の壁の方へ体を向けて。」と言葉をかけるとベッド柵をつかみ、ある程度の介助で右側を向くことができます。ただ、以前よりさらに湾曲した背中で、真上を向くことは出来かねていましたが、顔を左にしっかり向けるだけで体を上に向けられ そのことで、隙間が出来ず横を向いても尿漏れしないオムツを当てることが出来るようになりました。視覚障がい者でもありますし、分かりやすい言葉かけやボディタッチでコミュニケーションを取りながら、これからもオムツの当て方を考えていきたいと思っております。

今、オムツ外しを多く耳にしますが、やむを得ずオムツを当てなければならなくなった利用者さんの立場で考え、介護福祉士として残存機能を生かしたオムツの当て方を、利用者さんも介護士もお互いに無理のないやり方で、寄り添う介護を目指していきたいと思っております。

『夜間の排泄を変えてみた!!』 ～あるお客様との夜間排泄方法の見直し～

○中田 美保

社会福祉法人 みずほ厚生センター 介護老人福祉施設 四季の郷 介護士

私は、臼杵市にある介護老人福祉施設四季の郷に勤務しています。社会福祉法人みずほ厚生センターは特養の他に、知的障害児施設、障害者支援施設（厚生施設、授産施設）、地域で生活されている障害のある方やその家族の方の相談支援業務が主のサポートセンター風車があります。

今回ご紹介するお客様は、現在82歳の女性H.Mさんです。認知症はありません。以前は独居で腰椎圧迫骨折、脳梗塞で入院経歴があります。家族（子供がいないので妹と弟）がいないこともあり在宅生活は困難なため当施設へ入所となりました。

排泄状態は、認知症はないのに夜間オムツ使用ということでした。入所後すぐにHさんには「こちらがお手伝いしますので、オムツではなくパンツとパットに変更してトイレに行きませんか。」と提案しました。しかし、「あんたたちに悪い。」と最初はなかなか受け入れてもらえませんでした。Hさんの不安な気持ちも考えながらHさんには「夜は私達がお手伝いしますから大丈夫ですよ。」と、他の職員にも協力してもらいながら何度もアピールし、時間はかかりましたがリハビリパンツとパットでトイレ介助に変更しました。最初は少しパットに尿漏れ程度はありましたが、うまくオムツ外しは成功しHさんもとても喜んでいました。また本人希望にて積極的にリハビリパンツから布パンツへも変更できました。しかし、その後すぐにパットでのかぶれがあり、Hさんもそれを悩んでいました。せっかく上向きになっているHさんが再度落ち込んでしまわないよう、家族やHさんも交えて再度カンファレンスを行いました。その時の提案は「思いきってパットはなしか、いちばん簡単なパットではどうでしょうか。」というものでした。Hさんも最初はびっくりしていましたが、家族も納得してくれました。少しは不安もあったみたいですが、今では布パンツでパットももっとも小さい尿取りパットに変更できました。夜間もコールを押しいただきトイレ誘導しています。

Hさんがオムツを使っていた原因は、排尿機能ではなく職員に気を使っていることが理由でした。そこを安心してもらうのに時間はかかりましたが、今では自分が気持ちいいというのが優先となり、以前ほど気にならなくなったようです。介護福祉士とは「お客様の生活に最も近い存在の専門職」と考えます。これからもお客様の気持ちに寄り添い「心身に応じた介護」を忘れないようにしていきたいと思います。

失神発作に対し排尿管理が効果的であった シャイ・ドレーガー症候群の一例

○江藤 紘文¹⁾、田中 淑子¹⁾、佐藤 史¹⁾、井上 龍誠²⁾

1) 湯布院厚生年金病院 看護師

2) 湯布院厚生年金病院 医師

I. はじめに

シャイ・ドレーガー症候群のA患者は、80歳代男性、自宅で独居生活を送っていたが、自宅内での転倒を繰り返していた。そのため、施設を利用しながら生活をし訪問ヘルパー介入の元、安否確認を行っていた。入院後も排泄前に意識消失発作による転倒が見られ、その要因として起立性低血圧と排尿障害が関与していると思われた。今後の生活を見据え患者のQOLを維持しながら安全な生活を送る為の関わりとして、要因を探求し意識消失発作軽減の援助方法を試みたので報告する。

II. 研究目的

シャイ・ドレーガー症候群の患者のQOLを維持しながら安全な生活を送るための援助方法を提供する。

III. 研究方法

1) 期間：平成24年6月1日～8月31日

2) 対象：A患者（シャイ・ドレーガー症候群）

3) 研究方法

①血圧と排尿の24時間のデータ収集

24時間血圧計・膀胱尿量測定機（ゆりりん）を使用。

②データを用いて、ケアの充実を図る。

③ケア実施前と実施後の意識消失発作の比較

倫理的配慮：対象者に研究目的の方法の説明を行い、了解を得た。

IV. 結果・考察

意識消失発作が起こる仮説として、シャイ・ドレーガー症候群の特徴である尿意を感じると排尿筋過反射が見られ、尿意切迫感が感じられ、神経反射性の低血圧が生じ、起居動作を行うことで起立性低血圧が発生しやすく、失神を起こしやすいと考えた。尿意を感じる前に排泄への介入をすることが、失神の頻度を軽減するのではないかと推測した。

排尿フローシートとゆりりんのデータより尿貯留量が200ml以上になると尿意をもよおし尿意切迫を感じ始めると考えたため、その1時間前に排尿促しの時間を設定した。

排尿促し前後の期間30日間で比較し、排尿促し前では35回の失神が促し後では18件と一日平均1.2回が0.6回と半減した。また排泄関連に関する件数が促し前では26件で、促し後で13件と排泄関連でも1日平均0.86回から0.43回と半減した。

今回の研究から、シャイ・ドレーガー症候群の患者の失神には、排尿の定時誘導が有効であり、失神の軽減に繋がると考える。

介護老人保健施設における短期リハビリテーションの評価

○宇都宮 里美¹⁾、岸川 房子¹⁾、高橋 寛行²⁾、木全 宣彦²⁾

1) 杵築市立山香病院 杵築市介護老人保健施設 グリーンケアやまが 看護師

2) 杵築市立山香病院 杵築市介護老人保健施設 グリーンケアやまが 理学療法士

【目的】

平成24年の介護報酬改定では、在宅サービス等の充実に加え自立支援型サービスの強化が重点化されている。中でも、介護老人保健施設（以下、老健）における通所リハビリテーション（以下、通所リハ）では、医療保険から介護保険の円滑な移行および生活期におけるリハビリの充実を目的に、短期集中リハビリテーションの加算等の見直しが行われ、その成果への期待も高まっている。今回、本施設の通所リハにおける短時間リハビリテーション（以下、短時間リハ）を通し利用者の排尿関連動作への効果を検討したので報告する。

【対象】

老健施設の短時間リハを週1～2回受けている8名。内訳は、要支援：3名、要介護：5名。平均年齢は78.13（±8.53）歳、男女比は2：6であった。

【調査方法】

①ADL評価である機能的自立度評価表（以下、FIM）の更衣下半身、トイレ動作、排尿コントロール、排便コントロール、車椅子移乗、トイレ移乗、移動の7項目の得点を、開始時と3か月後で比較した。②また、短時間リハビリ施行前後の血圧と脈拍の測定値においても、同様に開始時と3か月後で比較を行った。

なお、短時間リハは、トイレまでの移動や移乗といった排尿関連動作の維持・向上を目的としたスクワットなど、下部体幹及び下肢の筋力維持向上訓練を中心とした自主訓練10～20分間、体操30分間、理学療法士（以下、PT）による個別リハ20～40分間で構成している。また、利用者の排尿動作の自立に向けた関わりとして、対象者の排尿動作の能力をスタッフ間で共有し、トイレ誘導するようにした。

【結果及び考察】

①FIMの平均値は、開始時は43.50（±6.28）点、3ヶ月後は43.13（±5.88）点、（各動作は6点～7点）と統計上有意差はなく、現状の維持は図れていた。②収縮期血圧は、短時間リハ施行前後で6mmHg以内の変動で、極端な変化は認めず概ね低下していた。脈拍も施行前後で7/分以内の変動であった。血圧・脈拍ともいずれも正常範囲以内の変化で、特に血圧は短時間リハを継続することにより、正常値の範囲内で推移している対象者が増加した。対象者の反応は、短期リハ開始時は「キツイ」などの声も聞かれたが、リハを継続することにより、徐々に意欲的に取組む姿が見られた。

【結論】

今回の調査では、要介護および要支援者に短時間リハを提供することによる排尿関連動作の維持は示唆されたものの向上までには至らなかった。今後、提供サービスの質・量を検討する必要があるが、排尿リハプログラムの検討・確立への取り組みがあることから、このプログラムを短期リハに応用しさらに充実していきたい。

尿道留置カテーテル抜去可否の判断について ～回復期リハビリテーション病棟における9事例の分析～

○倉橋 久美¹⁾、渡辺 亜利香¹⁾、東 玲子¹⁾、豆田 和也²⁾、
日野 稜介²⁾、田中 祐樹²⁾、麻生 郁代¹⁾、平井 雅子¹⁾、
近藤 真智子¹⁾、佐藤 和子³⁾

1) 湯布院厚生年金病院 看護師 2) 湯布院厚生年金病院 介護福祉士
3) 前大分大学医学部看護学科 教授

【はじめに】

当院では、入院時に患者に対して排尿調査表を使用した排尿障害のアセスメントを行なっている。回復期リハビリテーション病棟（以下：回復期リハ病棟）入院時に尿道留置カテーテル（以下：カテーテル）が挿入されていた患者のうち、入院中にカテーテル抜去ができた事例と、抜去できなかった事例を経験した。今回、どのような理由・根拠で抜去の可否が判断されているかについて該当事例を分析することで、当院でのカテーテル患者に対する排尿アセスメントに関する課題が明らかになったので報告する。

【研究方法】

研究対象は、平成24年10月1日～平成25年1月31日の4か月間に回復期リハ病棟入院時にカテーテルが挿入されていた患者9名の電子カルテ。排尿調査表に記入された合併症、ADL、挿入理由等について、項目ごとに整理した。さらに、「高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコル」¹⁾に掲載されている「カテーテル抜去可否の判断に必要な情報」シートを使用し、抜去の可否判断について検討した。

【結果】

入院翌日にカテーテルを抜去した事例は4例（①、⑦、⑧、⑨）で、入院5日後、14日後、15日後に抜去できた事例は3例（②、⑤、⑥）であった。調査期間内で抜去できないまま退院になった事例が1例（④）、入院してから2か月以上経過しても抜去できない事例が1例（③）であった。入院翌日に抜去できた事例は、入院時点のバイタルサインは安定しており、腎機能の低下も認めなかった。また、ADLはベッド上が主であったが、体動や端座位は可能であった。入院5日後、14日後、15日後に抜去した事例は、入院時に無呼吸、不整脈が著明で、心機能が不安定で尿量測定を要した事例や、大腿骨頸部骨折で排泄ケアに苦痛を生じた事例、嘔吐を繰り返していた事例等であり、身体の状態が安定した時点で抜去になっていた。入院中に抜去に至らなかった事例は、入院中も呼吸状態が不安定で、頻脈や不整脈等の心機能にも問題があり、調査期間中を通して循環動態の管理が必要な事例であった。

【結果・考察】

入院翌日にカテーテルが抜去可能だった事例は、情報シートの「医学的根拠が確認できない」に該当し、抜去適応者と判断されることから、抜去判断は適切だった。入院5日後から15日後の抜去事例では、入院当初は嘔吐、骨折等の急性憎悪や、心機能評価のための正確な尿量測定を必要とする事例で、状態が安定したことで、「医学的根拠が確認できない」抜去適応者となり、抜去を行っていた。抜去できなかった事例は、急性期を脱却した後も呼吸状態が不安定で、正確な尿量測定を必要とした状態で経過しており、抜去が困難であったと考える。当院では、カテーテル抜去に向けた共通の評価ツールが無いので、カテーテルを継続すべきかどうかの判断の根拠に曖昧さがある。カテーテルが挿入された患者に対して、カテーテル挿入の医学的根拠や評価基準を明確に示せるツールの作成・使用が必要であることが確認された。

【参考文献】

1) 酒井郁子他：高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコル 連携と協働のために
日本看護協会出版、p.111 - 116、2010

研究発表

13:55～14:35

座長：三重野 英子（大分大学医学部看護学科 教授）

1. 「三次元動作解析装置を活用した骨盤底筋体操の試作」

蓑田 もと子（湯布院厚生年金病院 理学療法士）

2. 「長時間尿量記録装置から捉えた排尿障害別排尿機能波形」

毎床 秀朗（湯布院厚生年金病院 作業療法士）

3. 「当科における腹圧性尿失禁に対する

尿道スリング手術の治療成績」

住野 泰弘（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座）

三次元動作解析装置を活用した骨盤底筋体操の試作

○蓑田 もと子¹⁾、梅野 裕昭¹⁾、太田 有美¹⁾、洲上 祐亮¹⁾、
佐藤 浩二¹⁾、井上 龍誠¹⁾ (MD)、森 照明¹⁾ (MD)、
佐藤 和子²⁾、住野 泰弘³⁾、三股 浩光³⁾

1) 湯布院厚生年金病院、2) 前大分大学医学部看護学科、
3) 大分大学医学部腎泌尿器外科学講座

【はじめに】

排尿障害に対する骨盤底筋体操は、頻尿や腹圧性尿失禁の軽減に効果があると言われている。しかし高齢者や脳卒中患者においては、体操場面で骨盤底筋自体を意識することは難しい。先行研究では、骨盤底筋群とインナーユニットとして体幹部の安定性に関与する腹筋群（腹横筋、多裂筋、横隔膜）との関連性が示されている。また、一般に紹介されている多くの骨盤底筋体操には股関節内転動作が多用されている。そこで我々も股関節内転筋やインナーユニットである腹筋群の強化を中心としたオリジナルの体操を試作し、三次元動作解析装置を用いて股関節内転筋の活動の可視化を試みた。現在はまだ試作段階ではあるが、作成手順も含めてその内容の一部を紹介する。

【対象と方法】

健康成人（男3人、女2人 平均年齢24.8歳）に対し、表面筋電計（Noraxon社製）を用いて骨盤底筋群と骨盤周囲の粗大筋の関連性を検証した。その結果、股関節内転筋が骨盤底筋の収縮波形と類似し波形も大きく、関連が高いことが推察された。そこで骨盤底筋を強化するには股関節内転筋を強化することが大切という仮説を立て、股関節内転運動と腹圧を高める動作を作成した股関節内転筋の活動の可視化には、三次元動作解析装置リアルタイム筋活動表示ソフト^{*}を用いた。

【結果】

体操は臥位3パターンと座位3パターン、立位1パターンの計7パターンとした。7パターン連続で全て行った場合でも5分程度で行える。これら7パターンの内、座位と立位の3パターンについて三次元動作解析装置リアルタイム筋活動表示ソフト^{*}を用いてにより股関節内転筋の活動を可視化した結果、骨盤底筋の収縮と運動を確認できた。

当日は、三次元動作解析装置リアルタイム筋活動表示ソフトを用いた動画を基に座位1パターン、立位2パターンの体操を紹介する。

【まとめ】

三次元動作解析装置リアルタイム筋活動表示ソフトと表面筋電計を使用することで、イメージしにくい骨盤底筋の収縮と運動を可視化できることが明らかになった。このことは、高齢者や脳卒中患者に対して身近で取り組みやすい体操になることが期待できる。本体操を完成させ、頻尿や尿失禁の軽減に貢献したい。

^{*}三次元動作解析装置リアルタイム筋活動表示ソフト

三次元動作解析装置は、複数のカメラが赤外線を放ち、三次元空間にて身体の関節に貼付した反射マーカに光が反射し返ってくる仕組みになっている。これにより特定のポイントの軌跡や関節の角度の算出が行える。また、床反力の測定にて重心の位置やバランス能力、パワー、仕事量の算出が可能になる。これらを同期化させることで各関節の角度やトルク、マーカ速度や加速度など、目では見ることのできない客観的なデータの抽出が出来る。付随したリアルタイム筋活動表示ソフト HumanBodyModel を用いればこれらの情報から筋活動をカラーで可視化し表示することが可能となる。

長時間尿量記録装置から捉えた排尿障害別排尿機能波形

○毎床 秀朗、太田 有美、洲上 祐亮、佐藤 浩二、井上 龍誠 (MD)

湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部

【背景と目的】

我々は、排尿障害を抱える入院患者に対して長時間尿量記録測定器「ゆりりんTM」(以下、ゆりりん)を用いた排尿機能評価を行っている。本機器は、膀胱内の尿量の推移を連続的に記録し、折れ線グラフ(以下、波形)として表すことが可能である。

今回、排尿機能障害を呈する脳血管障害患者を対象に、ゆりりんTMで測定した24時間連続の波形を整理し、その特徴を検討した。

【対象と方法】

対象は、平成23年8月から平成24年12月の間に、作業療法士が排尿機能評価を実施した脳血管障害患者42名。その内、既往による排尿機能障害を除外するため、前立腺肥大症、糖尿病、脊髄損傷、パーキンソン病が既往にある者を除いた22名。それぞれの波形を、①蓄尿障害群、②排出障害群、③上記の2群に該当しない群の3群に振り分け、特徴を整理した。

【結果と考察】

①蓄尿障害群(6名:男性1名、女性5名、平均年齢 76.7 ± 9.3 歳)。

特徴は、膀胱の容量が不十分と考えられる群であり、最大蓄尿量は200~250ml以下、残尿量は50ml以下であった。排尿回数は日中8~12回、夜間3~5回以上であった。健常者と比較して蓄尿量が100ml程度と少なく、また排尿回数が多いため、波形は全体的に小さく、小刻みに震えるような線を示し、過活動膀胱に相応する所見と考えられた。

②排出障害群(1名:女性、年齢82歳)。

特徴は、蓄尿するが、排出が不十分と考えられる群であり、最大蓄尿量は500ml以上、残尿量は導尿のため不明。排尿回数は日中3~4回(導尿)、夜間はナイトバルーンであった。健常者と比較して蓄尿量が明らかに増加しており、また排出が導尿に依存しているため、波形は連続的で分かりやすい線を示し、低活動膀胱に相応する所見と考えられた。

③上記の2群に該当しない群(15名:男性7名、女性8名、平均年齢 75.1 ± 10.6 歳)。

特徴は、最大蓄尿量は350~450ml、残尿量は0~50mlであった。排尿回数は日中2~7回、夜間0~2回であり、健常者に近い値であった。波形は連続的で、また蓄尿の量と時間に一定のリズムを示した。この群は、排尿機能は正常であると推測され、機能的尿失禁と考えられた。

【まとめ】

今回、24時間連続した波形を見比べることで、特徴のある3群に仕分ける事ができた。今後、これらの特徴を基に波形から排尿機能障害を推察し、主治医や泌尿器科医を含めた関係職種との情報共有、ならびに排尿リハアプローチの向上に役立てていきたい。

当科における腹圧性尿失禁に対する 尿道スリング手術の治療成績

○住野 泰弘、篠原 麻由香、三股 浩光

大分大学医学部腎泌尿器外科学講座

【背景と目的】

尿失禁は高齢者の三大症候群の一つと考えられており、高齢者の生活機能の自立を阻害し健康管理に深刻な問題点を与え医療コストの増大の一因にもなっている。この中で腹圧性尿失禁は労作時や咳嗽時に不随意に尿が漏出する状態をいい、60歳代の女性の約40%に認められている。腹圧性尿失禁に対する治療として尿道スリング手術は確立された外科的治療法として定着している。今回、当科で尿道スリング手術を施行した腹圧性尿失禁患者の治療成績について検討した。

【方法】

2010年1月から2012年12月までの3年間で計29症例の腹圧性尿失禁患者（女性）に腰椎麻酔下に尿道スリング手術(TVT: tension-free vaginal tape 又は TOT: trans-obturator tape)を施行した。このうち術後経過が確認できた26症例（平均年齢73.3歳）についての周術期成績と治療効果について検討した。骨盤臓器脱手術など他手術を同時に施行した症例は除外した。

【結果】

尿失禁の内訳は腹圧性尿失禁18例、切迫性尿失禁との混合型が8例であった。尿道スリング手術の平均手術時間は53.4分（TVT: 51.5分、TOT: 53.5分）、平均出量28.6ml（TVT: 21.1ml, TOT: 39.2ml）、平均術後在院日数4.92日（TVT: 4.3日、TOT: 3.8日）であった。合併症としてはTVTにて膀胱誤穿孔が2例、TOTにて膣壁びらんが1例に認められたが深刻な合併症は認められなかった。手術後の尿取りパッド枚数は術後パッドフリー（寛解）57.6%（15/26）、パッド1枚まで（改善）11.5%（3/26）、切迫性尿失禁のみ残存11.5%（3/26）であり、80.8%に腹圧性尿失禁の改善が認められた（TVT: 76.9%、TOT: 86.7%）。

【結語】

腹圧性尿失禁に対する尿道スリング手術は低侵襲であり在院日数も短く有効な治療法であると考えられた。

簡易排尿機能評価のすすめ

14:50～15:20

座長：佐藤 和子（前大分大学医学部看護学科 教授）

1. 「転倒・転落予防における

排尿日誌の有用性についての事例検討」

足達 節子（大分赤十字病院 看護係長 皮膚・排泄ケア認定看護師）

2. 「ゆりりん使用による排尿評価」

太田 有美（湯布院厚生年金病院 作業療法士主任）

転倒・転落予防における 排尿日誌の有用性についての事例検討

○足達 節子

大分赤十字病院 看護係長 皮膚・排泄ケア認定看護師

【はじめに】

排尿日誌の使用は失禁タイプを診断し治療の方法を見出すことができる。また、排尿間隔を知ること、排尿前介助する事ができて、先取りの看護ケアに生かせ、患者に安全な日常生活を提供できる。今回私たちは、排尿日誌の転倒・転落予防の有用性について検討した。

【目的】

患者要因排尿に起因する転倒・転落の恐れのある3事例を振り返り、排尿日誌の有用性を探る

【方法】

1. 対象：
 - 1) 排尿介助を有する人。(ベッド上、室内、トイレまで) 2) 日常生活動作がB 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準 3) 70以上の高齢者 3名
2. 期間：平成25年1月28日～2月7日
3. 実施方法：
 - 1) 排尿日誌の記録
(飲水量のチェックを含んだ簡素化した排尿日誌、標準の排尿日誌)
 - 2) 1日以上連続で排尿日誌をつける。 3) 事前排尿介助の時間を探る。
 - 4) 排尿日誌で尿失禁タイプの診断することが可能か泌尿器科医師に依頼。
4. 評価：
 - 1) 排尿日誌の記録ができたか 2) 排尿前介助ができたか
 - 3) 泌尿器科医師による失禁タイプの診断ができたか

【結果】

1. 急性期病院回復病床期の患者3症例において排尿日誌の記録ができた。
2. 排尿日誌を参考に、2症例は事前排尿介助ができた。
3. 期間中の転倒・転落はなかった。
4. 飲水量のチェックでは、2症例は大まかな飲水チェックができたが、1症例においては、看護師がつききりで記録を行った。この症例において、飲水量のチェックを必要とすれば今後の排尿日誌の記録は不可能な状態であることがわかった。
5. 排尿日誌で泌尿器科医師から診断結果を得ることができた。

【考察】

排尿日誌は排尿介助に役立つことは承知のとおりであるが、当院ではなかなか活用されていない、それは後期高齢者の多い急性期病院で、在院日数も短縮され、業務の過密化を来している状況の中では患者1人1人にそのたびに関わることは、とても難しい。しかし今回、排尿日誌項目の、飲水チェックを簡素化し、患者参画してもらうことを条件にすれば、排尿日誌をつけることは可能であることがわかった。そして、排尿日誌を参考に、尿失禁タイプを診断することができ、事前排尿介助も可能になることが示唆された。

【まとめ】

排尿日誌は、患者に起因する排尿時の転倒・転落を予防するためのスケールとして活用できる。

始めに

排尿日誌の使用は失禁タイプを診断し治療の方法を見出すことができる。また、排尿間隔を知ることで、排尿前介助する事ができて、先取りの看護ケアに生かせ、患者に安全な日常生活を提供できる。

今回私たちは、排尿日誌の転倒・転落予防の有用性について検討した。



排尿 日誌の活用

✓ 排尿日誌に排尿時刻と排尿量、更に尿失禁の状態などを記録することにより、排尿状態や尿失禁のタイプをおおよそ把握することができる。又**排尿パターンを知ることは排尿ケアを考える上で大変役に立つ。**

✓ 排尿日誌の記録は難しいものではなく、また専門医の診断の助けともなるので、定期的な記録を心がけるとよい。



尿失禁の種類

腹圧性尿失禁:

咳・しゃみをしたり、重いものを持ち上げた時など、お腹に力が入った時に尿が漏れる。

切迫性尿失禁:

尿意を感じるとトイレまで間に合わず、尿が漏れてしまうタイプの尿失禁。膀胱に尿が十分にたまらないうちに、膀胱が勝手に収縮してしまい(過活動膀胱)、尿が漏れてしまうもの。

溢流性尿失禁:

常に膀胱内に尿が多量に残っているため、尿道から尿があふれるて漏れるタイプの尿失禁。尿漏れの頻度は高く、いつも少しずつチョロチョロもれている場合もある。

機能性尿失禁:

下部尿路機能障害以外の原因により尿失禁がみられるもの。身体的運動能力(ADL)の低下や痴呆原因としてあげられる。



問題点

当院の転倒・転落の現状:

1) 患者要因に起因する転倒・転落:

転倒のきっかけ要因は、排泄時の転倒が最も多い。

平成23年全体の44% 62件であった。

特に夜間の排泄時に転倒している。

その背景を探ると、睡眠剤の内服、高齢による足腰の弱り(活動障害)、筋力の低下(機能障害)であった。

排尿日誌記録における現状:

1) 項目の多い排尿日誌では、後期高齢者の多い急性期病院で、在院日数も短縮され、業務の過密化を来している状況の中では排尿の度に患者1人1人にそのたびに関わることは、とても難しい。

排尿日誌の記録ができない。

2) 回復期病床期の病棟で、排尿パターンを参考にして、事前の排尿介助が可能か。

3) 簡素化された排尿日誌で、診断できるか。

目的

患者要因排尿に起因する転倒・転落の恐れのある3事例を振り返り、排尿日誌の有用性を探る。

研究方法

1. 対象:

1) 排尿介助を有する人。(ベッド上、室内、トイレまで)

2) 日常生活動作がB

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

3) 70以上の高齢者 3名

2. 期間:平成25年1月28日～2月7日

3. 実施方法:

1) 排尿日誌の記録

(飲水量のチェックを含んだ簡素化した排尿日誌、標準の排尿日誌)

2) 1日以上連続で排尿日誌をつける。

3) 事前排尿介助の時間を探る。

4) 排尿日誌で尿失禁タイプの診断することが可能か泌尿器科医師に依頼。

4. 評価:

1) 排尿日誌の記録ができたか

2) 排尿前介助ができたか

3) 泌尿器科医師による失禁タイプの診断ができたか

結果

事例1

- 患者:70歳代 男性
- 疾患:閉塞性黄疸、下部胆管癌。
11月14日SSPPD手術施行
経腸栄養600Kcal
経口摂取約100Kcal
- 実際:
ベッド上で排泄を行う。
尿意を感じたらコールをして看護師に介助してもらいベッドサイドで尿器を用いて排尿をする。
- 標準排尿日誌の使用
- 事前排尿介助はできなかった。
- 期間中の転倒・転落はなかった。
- 診断では、夜間蓄尿障害がある。
切迫性尿失禁、尿路感染が疑われる。

時間	排尿	尿量	尿色	尿性状	備考
0800					
0900					
1000					
1100					
1200					
1300					
1400					
1500					
1600					
1700					
1800					
1900					
2000					
2100					
2200					
2300					
2400					
0100					
0200					
0300					
0400					
0500					
0600					



事例2

- 患者:70歳代 男性
- 疾患:CKD 肺水腫 MDS
水腎性腎不全(HD予定)
2月6日人工血管シャント形成術
飲水量600~800ml
ラシックス40mg1T)1×
- 実際:
ベッド上で排泄を行う。
尿意を感じたら自分でベッドサイドに設置している尿器を用いて排尿をする。
- 簡素化した排尿日誌に自分で記録をする。
- 事前排尿介助を行った。
- 期間中の転倒・転落はなかった。
- 診断では、夜間蓄尿障害あり、眠剤を服用する方法もある。

時間	排尿	尿量	尿色	尿性状	備考
0800					
0900					
1000					
1100					
1200					
1300					
1400					
1500					
1600					
1700					
1800					
1900					
2000					
2100					
2200					
2300					
2400					
0100					
0200					
0300					
0400					
0500					
0600					

事例3

- 患者:80歳代 男性
- 疾患:
CKD ネフローズ、高血圧、心不全
飲水量600~800ml
ラシックス10mg1T)1×
- 実際:
ベッドサイドで排泄を行う。
尿意を感じたら自分でベッドサイドに設置している尿器を用いて排尿をする。
- 簡素化した排尿日誌に自分で記録をする。
- 事前排尿介助を行った。
- 期間中の転倒・転落はなかった。
- 診断では、夜間蓄尿障害あり、眠剤を服用する方法もある。

時間	排尿	尿量	尿色	尿性状	備考
0800					
0900					
1000					
1100					
1200					
1300					
1400					
1500					
1600					
1700					
1800					
1900					
2000					
2100					
2200					
2300					
2400					
0100					
0200					
0300					
0400					
0500					
0600					

- 急性期病院回復病床期の患者3症例において排尿日誌の記録ができた。
- 排尿日誌を参考に、2症例は事前排尿介助ができた。
- 期間中の転倒・転落はなかった。
- 飲水量のチェックでは、2症例は大まかな飲水チェックができたが、1症例においては、看護師がつききりで記録を行った。この症例において、飲水量のチェックを必要とすれば今後の排尿日誌の記録は不可能な状態であることがわかった。
- 排尿日誌で泌尿器科医師から診断結果を得ることができた。

考察

排尿日誌は排尿介助に役立つことは承知のとおりであるが、当院ではなかなか活用されていない、それは後期高齢者の多い急性期病院で、在院日数も短縮され、業務の過密化を来たしている状況の中では患者1人1人にそのたびに関わることは、とても難しい。

しかし今回、排尿日誌項目の、飲水チェックを簡素化し、患者参画してもらうことを条件にすれば、排尿日誌をつけることは可能であることがわかった。そして、排尿日誌を参考に、尿失禁タイプを診断することができ、事前排尿介助も可能になることが示唆された。

まとめ

排尿日誌は、患者に起因する排尿時の転倒・転落を予防するためのスケールとして活用できる。



ゆりりん使用による排尿評価

○太田 有美¹⁾、洲上 祐亮¹⁾、佐藤 浩二¹⁾、井上 龍誠¹⁾ (MD)、
佐藤 和子²⁾

1) 湯布院厚生年金病院 リハビリテーション部

2) 前大分大学医学部看護学科教授

排尿行為をADL指標の一つであるFunctional Independence Measure (FIM) を用いて一連の動作として捉えると、トイレに近づく・離れる「移動」、トイレに乗り移る「移乗」、下衣の上げ下げ動作や後始末をする「トイレ動作」、「排尿管理」に分けられる。

私たちは、この一連の排尿行為に介入するにあたり、客観的な日中・夜間も含めた連続した結果が得られる排尿機能評価を行っている。排尿機能評価を適切に行うことで、情報内容が深まりセラピストも医師・看護・介護職との連携強化が図れると考える。このような取り組みから、現在試案であるが、排尿管理の工程表として「排尿リハケアアプローチの流れ(案)」を作成し活用している。

「排尿リハケアアプローチの流れ(案)」を紹介すると、入院から2日間、排尿状態のスクリーニングを行う。スクリーニングの目的は、尿路感染の有無と失禁の有無を調べ、排尿関連に問題があるか無いかの選別と、問題がある場合には、泌尿器科医師による診察を優先すべきかどうかを判断することである。

尿路感染があれば、まず感染の治療を行い、治療後に排尿の再評価を行う。尿路感染が無い場合は、失禁があるか無いかを確認する。失禁がある場合は、排尿機能評価として長時間尿量記録測定器「ゆりりん」(以下ゆりりん)を用いた排尿機能評価を行うようにしている。この評価からは、尿排出回数、最大蓄尿量、排出後の残尿量が分かり、また、これらの結果から排尿機能が正常かまたは問題があるかの判別につながる。排尿機能に問題がある場合には、大まかにではあるが蓄尿障害であるか排出障害かの分別が出来る。さらに、波形から得られた結果に加え疾患や既往歴等を踏まえることで、より詳細な排尿障害のタイプ分類が可能であると考ええる。

結果より、排尿機能に問題が無く失禁を認めれば、アプローチとして・トイレ誘導時間の再検討、・排尿動作方法の再検討、・排尿形態の再検討、・使用するオムツの再検討、・骨盤底筋体操のうちの5つから必要なアプローチを組み合わせる。排尿機能に問題があれば、泌尿器科医と連携したアプローチを行うという流れである。

当日は、症例を通し波形を用いた評価について紹介する。

ゆりりん使用による排尿評価



湯布院厚生年金病院
リハビリテーション部
太田 有美 洲上祐亮
佐藤 浩二 井上龍誠 (MD)

前大分大学医学部看護学科 教授
佐藤 和子

私達セラピストは、ADLの一つである排泄の評価を行うにあたって、評価指標にFIMを使用している。FIMによる排尿の評価は、「移動」「移乗」「トイレ動作」「排尿管理」の4つの項目となっている。

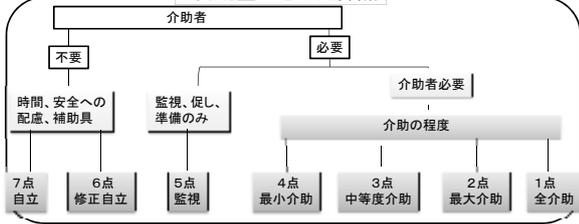
排尿管理の採点方法を次に紹介する。

FIMにおける排尿管理の採点方法

A失敗による採点

点数	具体例
7点	失敗はない
5点	失敗は月1回未満
4点	失敗は週1回未満
3点	失敗は1日1回未満
2点	失敗は毎日

B介助量に応じた採点



排尿管理の評価は、A失敗による採点、B介助量に応じた採点のどちらか低い方を排尿管理の点数とする。

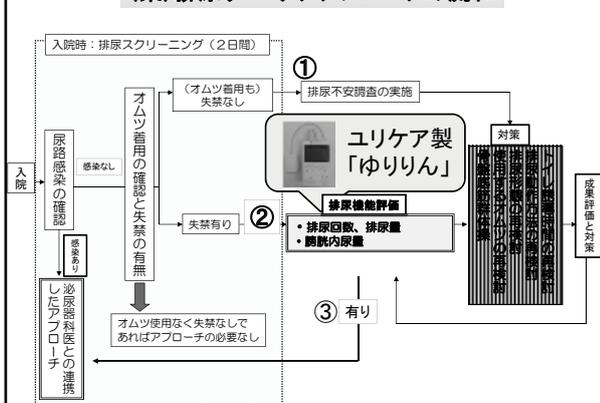
例) A: 失敗は毎日→2点、B: 介助量は4点とした場合は
排尿管理得点→2点となる。

これだけでは、排尿管理の原因把握には不十分であり、対策の立案までには至らない。

そこで、対策立案に向けたアプローチができるよう「(案) 排尿リハ・ケアアプローチの流れ」を作成した。また、これは医師・看護・介護士との情報共有の有効な手段となる。

以下、「(案) 排尿リハ・ケアアプローチの流れ」を事例を通して紹介する。

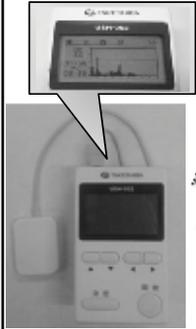
(案) 排尿リハ・ケアアプローチの流れ



(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、排尿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、排尿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。

評価器具 長時間尿量記録レコーダーゆりりん



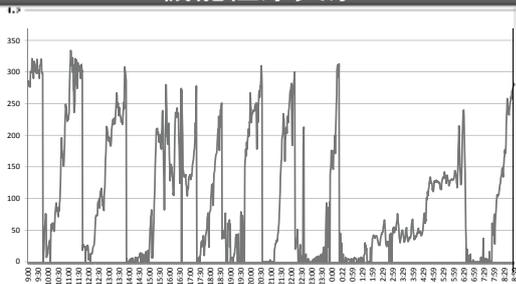
ゆりりんから分かること
 継続的に膀胱内の蓄尿量、尿排出後の残尿量が記録できる。
 さらに、24時間のデータをグラフ化できる。
 その結果から、排尿機能が正常であるかどうかの判別が行える。

留意点
 体動により測定結果に誤差を認めることがあるため、測定手技に慣れる必要がある

事例紹介：機能性尿失禁

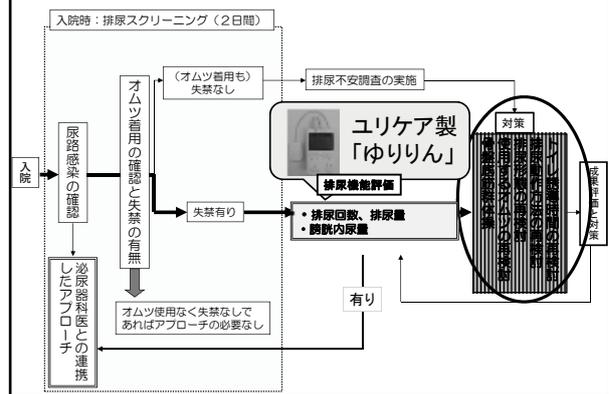
当院の実態調査結果では、失禁を認める者の約6割は機能性尿失禁であることが明らかとなっている。
 機能性尿失禁は、膀胱・尿道機能に問題がないにも関わらず、認知機能やADL低下によりトイレで排尿が行えず漏らすと定義されている。

ゆりりん測定結果 機能性尿失禁



尿失禁を認める患者の測定結果。排尿回数：日中6回・夜間2回、最大蓄尿量：約300ml残尿：20ml以下。排尿機能は保たれている。失禁の原因は、認知面又はADLの問題によると考えられた。

(案) 排尿リハケアアプローチの流れ



機能性尿失禁へのアプローチ

対策



骨盤底筋体操の導入



居室
 排尿環境の調整
 (トイレ場所の選定)



オムツの選定



福祉用具の選定



トイレ誘導時間の検討

まとめ

私達は、「排尿リハケアアプローチの流れ」を用いて、排尿評価も含めた介入を体系的に進めている。

今後は、事例を通して介入方法について体系化していきたい。

特別講演

15:20～16:20

座長：三股 浩光（大分大学医学部腎泌尿器外科学講座 教授）

「排尿ケアに求められる心と技」

後藤 百万 先生

（名古屋大学大学院医学系研究科泌尿器科学 教授）

排尿ケアに求められる心と技

後藤 百万先生

名古屋大学大学院医学系研究科泌尿器科学 教授



【プロフィール】

出身：愛知県

学歴：昭和55年 3月 三重大学医学部卒業

昭和55年 4月 名古屋大学大学院医学研究課程入学

昭和59年 3月 同修了

職歴：昭和59年4月1日

名古屋大学医学部附属病院泌尿器科 非常勤医員

昭和59年7月1日

マクギル大学（カナダ、モンリオール）留学（post-doctoral fellow）

昭和61年1月1日 名古屋大学医学部附属病院 泌尿器科 非常勤医員

昭和61年7月1日 名古屋大学医学部附属病院泌尿器科 助手

昭和63年3月1日 碧南市民病院 泌尿器科医長

平成 4年4月1日 碧南市民病院 泌尿器科部長

平成10年4月1日 名古屋大学医学部附属病院泌尿器科 講師

平成18年9月1日 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学講座
泌尿器科学 教授

名古屋大学排泄情報センター部長（兼務）

（平成16年4月～）

名古屋大学附属病院院長輔佐、安全管理部長

（平成19年4月～平成23年3月）

名古屋大学附属病院副院長

（平成19年9月～）

受賞：昭和60年 泌尿器科紀要 第2回 稲田賞

平成14年 第14回日本老年泌尿器科学会学会賞

平成14年 第9回日本排尿機能学会学会賞（論文部門）

平成14年 第14回日本Endourology・ESWL学会 オリンパス賞

平成15年 泌尿器科紀要 第20回 稲田賞

平成21年 第22回日本老年泌尿器科学会学会賞

日本泌尿器科学会（評議員）

American Urological Association（Corresponding Member）

日本排尿機能学会（副理事長）

日本老年泌尿器科学会（副理事長）

日本Endourology・ESWL学会（評議員）

非営利法人（NPO）愛知排泄ケア研究会理事長、日本痛治療学会、

日本小児泌尿器科学会、日本不妊学会、日本移植学会、

日本内視鏡外科学会、International Continence Society、

International Endourological Society、等

2003年に日本排尿機能学会が行った下部尿路症状に関する本邦での疫学調査では、夜間頻尿4,500万人、昼間頻尿3,300万人、尿勢低下1,700万人、尿意切迫感910万人など、極めて多くの者が排尿の問題を抱えていることが示されている。また、年齢別の有症状率は加齢とともに増加し、60歳以上の男女では、78%が何らかの下部尿路症状を有している。さらに、在宅高齢者の10%、老人施設入居高齢者の50%が尿失禁を有し、2020年には尿失禁を有する高齢者が1,000万人に達すると推計されている。排尿障害は生命に関わることはまれであるが、人間の尊厳に関わる問題で、日常生活の様々な活動に影響を及ぼしQOLを著しく障害し、高齢者においては本人のみならず介護者のQOLも阻害する。また、高齢者における不適切な排尿管理は、精神的打撃や運動制限を引き起こし、治療機会の喪失、寝たきりや認知症の誘発につながることも少なくない。

それでは、医療、介護の現場では、適切な排尿管理が行われているのであろうか。我々が愛知県内の老人施設、訪問看護センター、100床以上の病院について行った排尿管理実態調査では、カテーテル留置とおむつ使用者の割合は、老人施設入所高齢者13,466名では1.9%と51.2%、被在宅看護高齢者2,322名では9.7%と56.0%、さらに病院入院患者13,317名では、17%と30%であった。しかし、カテーテル留置やおむつ使用の理由は必ずしも適切なものではなく、その約30~40%は取り外し可能であることが示された。このように、老人施設や在宅看護において、安易なカテーテル留置やおむつ使用が少なくないことが示唆され、さらにこれらのカテーテル留置やおむつ使用の大多数が病院で開始されていることも明らかとなり、病院における排尿管理が不十分である問題も明らかとなった。また、排尿管理において、カテーテルやおむつは必ずしも「悪」というわけではなく、必要な排尿管理の手段のひとつであり、何がなんでも「カテーテルはずし」、「おむつはずし」を目指すのは正しくないが、関心・知識不足のために不適切に使われていることが問題となっている。

排尿障害は、小児から高齢者まで広い年代にみられ、またその原因は多岐にわたり、膀胱・尿道機能障害から全身疾患に関わる場合もある。まさに人間の尊厳に関わる排尿障害の改善は、医療におけるQOLの重要性が問われる現在、喫緊の課題である。排尿管理が不十分な原因として、知識、技術、関心の不足、標準指針の欠如、介護・看護・診療に関わる職種間の連携不足、専門コメディカル職種の欠如、泌尿器科専門医数、特に排尿管理に精通する専門医数の不足などが考えられる。排尿障害に悩む患者に関わる医師、看護師、介護系専門職には、排尿障害が患者さんにとっていかに重大で深刻な問題であるか、その心を理解し、排尿管理に必要な知識と技術を身につけて積極的に対処することが求められている。本講演では、排尿ケアに求められる心と技と題し、排尿ケアに求められる思いと技術、具体的には排尿障害のアセスメント、対処について解説する。また、愛知において行っている高齢者排泄ケア向上の取り組みについて紹介したい。

廣告



毎日が笑顔。デトルシール。



【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- (1) 尿閉(慢性尿閉に伴う溢流性尿失禁を含む)を有する患者
- (2) 眼圧が調節できない閉塞隅角緑内障の患者
- (3) 重篤な心疾患のある患者
- (4) 麻痺性イレウスのある患者
- (5) 胃アトニー又は腸アトニーのある患者
- (6) 重症筋無力症の患者
- (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. 過活動膀胱と類似した症状を示す尿路感染症、尿路結石、前立腺癌、膀胱癌等の疾患を有する場合は、その治療を行うこと。【重要な基本的注意】(2)の項参照 2. 前立腺肥大症における過活動膀胱の症状は、前立腺肥大症の治療により消失又は軽減することがあるので、前立腺肥大症の治療を優先すること。【重要な基本的注意】(2)の項参照

【用法・用量】

通常、成人には酒石酸トルテロジンとして4mgを1日1回経口投与する。なお、患者の忍容性に応じて減量する。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

腎障害がある患者、肝障害がある患者、又はマクロライド系抗生物質及びアゾール系抗真菌薬等のテトクロムP450分子種(CYP3A4)阻害薬を併用している患者においては、トルテロジン及びDD01(薬理活性を有するトルテロジン水酸化代謝物)の血清中濃度が増加する可能性があるため、酒石酸トルテロジンとして2mgを1日1回経口投与する。

【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) (1) 尿閉を発症するおそれのある患者【尿閉を招くおそれがある。】(2) 排尿困難のある前立腺肥大の患者【排尿困難又は残尿が更に悪化するおそれがある。】(3) 胃腸管運動が低下するおそれのある患者【腸管の閉塞を招くおそれがある。】(4) 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。】(5) 眼圧が調節可能な閉塞隅角緑内障の患者【眼圧の上昇を招き、症状を悪化させるおそれがある。】(6) 狭心症等の虚血性心疾患のある患者【抗コリン作用により頻脈が生じ、症状を増悪させるおそれがある。】(7) クラスIA(キニジン、プロカイナミド等)又はクラス

III(アミオダロン、ソタロール等)の抗不整脈薬を投与中の患者を含むQT延長症候群患者【重要な基本的注意】(5)及び【薬物動態】2.(7)の項参照 (8) 甲状腺機能亢進症の患者【頻脈等の交感神経興奮症状が悪化するおそれがある。】(9) 腎障害のある患者【用法・用量に関連する使用上の注意】及び【薬物動態】2.(5)1)の項参照 (10) 肝障害のある患者【用法・用量に関連する使用上の注意】及び【薬物動態】2.(5)2)の項参照 (11) 認知症、認知機能障害のある患者【抗コリン作用により、症状を悪化させるおそれがある。】(12) 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。】

2. 重要な基本的注意 (1) 慢性尿閉に伴う溢流性尿失禁の患者では、過活動膀胱の症状と類似した症状を示すことがあるため、溢流性尿失禁等の症状が疑われた場合には鑑別のため必要に応じて、投与前に尿流動態検査等を実施すること。(2) 尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁等の症状は、尿路感染症、尿路結石、前立腺癌、膀胱癌、前立腺肥大症等の疾患が原因となっている場合もあるので、問診及び尿検査等によりこれらの疾患を出来るだけ特定し、必要に応じて泌尿器科専門的検査を実施すること。(3) 本剤の服用中に尿検査等を適宜実施し、尿路感染症等の併発の有無を確認することが望ましい。

(4) 眼調節障害(霧視等)、めまい、眠気を起こすことがあるので、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。(5) QT延長症候群患者では、QT間隔の更なる延長がみられるおそれがあるため、必要に応じて心電図を測定することが望ましい。【薬物動態】2.(7)の項参照 (6) 認知症、認知機能障害患者で過活動膀胱の自覚症状の把握が困難な場合は、本剤の投与対象とならない。(7) 本剤投与で効果が認められない場合、漫然と使用すべきではない。

3. 相互作用 本剤の代謝にはCYP2D6及びCYP3A4が関与している。【薬物動態】2.(3)、(6)の項参照 併用注意(併用に注意すること) ●抗コリン作用を有する薬剤・抗パーキンソン剤・消化性潰瘍治療剤等 ●CYP3A4阻害薬・マクロライド系抗生物質・エリスロマイシン、クラリスロマイシン等・アゾール系抗真菌薬：イトラコナゾール、ミコナゾール等・シクロスポリン・ビシムプラステン 等

4. 副作用 国内における調査症例数302例中、副作用(臨床検査値異常を含む)発現症例は165例(54.6%)であった。その主なものは、口内乾燥99件(32.8%)、便秘23件(7.6%)、腹痛、消化不良各9件(3.0%)等であった。外国における調査症例数1705例中、副作用(臨床検査値異常を含む)発現症例は482例(28.3%)であった。その主なものは、口内乾燥319件(18.7%)、便秘71件(4.2%)等であった。(承認時までの調査の集計) (1) 重大な副作用 アナフィラキシー様症状(頻度不明)※1：アナフィラキシー様症状(血管浮腫を含む)があらわれることがある。観察を十分にに行い、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。尿閉(0.3%)：尿閉があらわれることがある。症状があらわれた場合には、投与を中止し、導尿を実施するなど適切な処置を行うこと。注：自発報告のため頻度不明

- その他の使用上の注意等の詳細は添付文書をご参照ください。
- 禁忌を含む使用上の注意の改訂には十分ご注意ください。



過活動膀胱治療剤

デトルシール® カプセル

2mg・4mg

Detrusitol® 徐放性酒石酸トルテロジンカプセル

【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

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

2009年12月作成



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
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
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2-3-11

■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



大鵬薬品

私たちは人びとの健康を高め
満ち足りた笑顔あふれる
社会づくりに貢献します。



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、カプセルは嚙んだり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か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)。

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)



プロモーション提携

大鵬薬品工業株式会社

〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27

http://www.taiho.co.jp

my OD
どこでも、すぐに。私のウリトス。

Kyorin



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ジンとして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、イミダフェナジンとして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. イミダフェナジンとして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。
- [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。]
2. 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
3. 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。投与後は残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[®]

薬価基準収載

過活動膀胱治療剤

ウリトス[®] OD錠0.1mg

URITOS[®] OD Tablets 0.1mg

一般名: イミダフェナジン(JAN)

注: 注意—医師等の処方せんにも併用すること

製造販売元

杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台2-5(資料請求先: ぐすり情報センター)

第2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25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

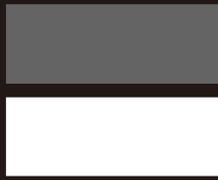
生命へのやさしさを。



環境へのやさしさを。



社会へのやさしさを。



やさしさをつくる。やさしさでささえる。

私達、ユニ・チャームは、生命の営みの負担の軽減、やさしさの追求を理念としています。

女性たちの輝き。お年寄りの尊厳。赤ちゃんのすこやかな成長。

そのひとつ、ひとつの生命へのやさしさをつくる。みんなでささえる。

それこそが、身近な社会へのやさしさ、環境へのやさしさへつながっていく。私達は、そう考えます。

自社認定エコラベルによる商品の環境価値の向上、カーボンオフセットへの取り組みなど、
一歩ずつ具体化していき、企業市民としての責務を果たしていきたいと考えています。

