

第5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11月1日

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5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11月1日

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
事例報告／研究発表①	7
事例報告／研究発表②	13
レクチャー講演	19
特別講演	31

第5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)

皆様、こんにちは。第5回大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会が来る11月1日土曜日に開催されます。今回は午前の実習は行なわれませんが、午後から事例報告、研究発表、ミニレクチャー、特別講演と盛りだくさんの内容です。ミニレクチャーは社会医療法人玄真堂 介護老人保険施設のみ副施設長の沖本稚佳子先生と社会医療法人敬和会 大分岡病院法人統括リハビリテーション管理部長の佐藤浩二先生です。沖本先生は老健施設における排尿支援の役割と実際についてお話頂き、佐藤先生には「排尿アセスメントの標準化に向けて」と題して、今年5月に山形市で開催された第27回日本老年泌尿器科学会ランチョンセミナーで講演された内容です。特別講演は愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻地域・高齢者看護学講座教授の陶山啓子先生で、「アセスメントに基づく排尿ケア—排尿日誌を活用した事例検討会の実際」について御講演を賜ります。いずれも実地臨床の現場からの問題提起と解決に向けた取り組みと思われ、皆様の日常診療・介護にお役に立てるものと存じます。

本研究会の取り組みは全国的に認められつつあり、9月に開催された日本排尿機能学会のシンポジウムでは多職種医療人が排尿ケアに取り組む事例の一つとして本研究会が紹介されました。また、日本老年泌尿器科学会が行なう全国の共同研究施設に社会医療法人敬和会 介護老人保健施設大分豊寿苑が参加することが決まり、さらに本研究会の実務を担当している太田有美先生が日本老年泌尿器科学会平成26年度研究助成金賞を受賞しました。大分県下の皆様の取り組みが高く評価されていることは大変喜ばしいことです。

実地臨床と介護における排尿に関する課題解決に向けて、皆様の活発なご討議をお願い致します。

第5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



「心をこめて尿・便を観察する」

大分大学医学部看護学科実践看護学講座

教授 三重野 英子

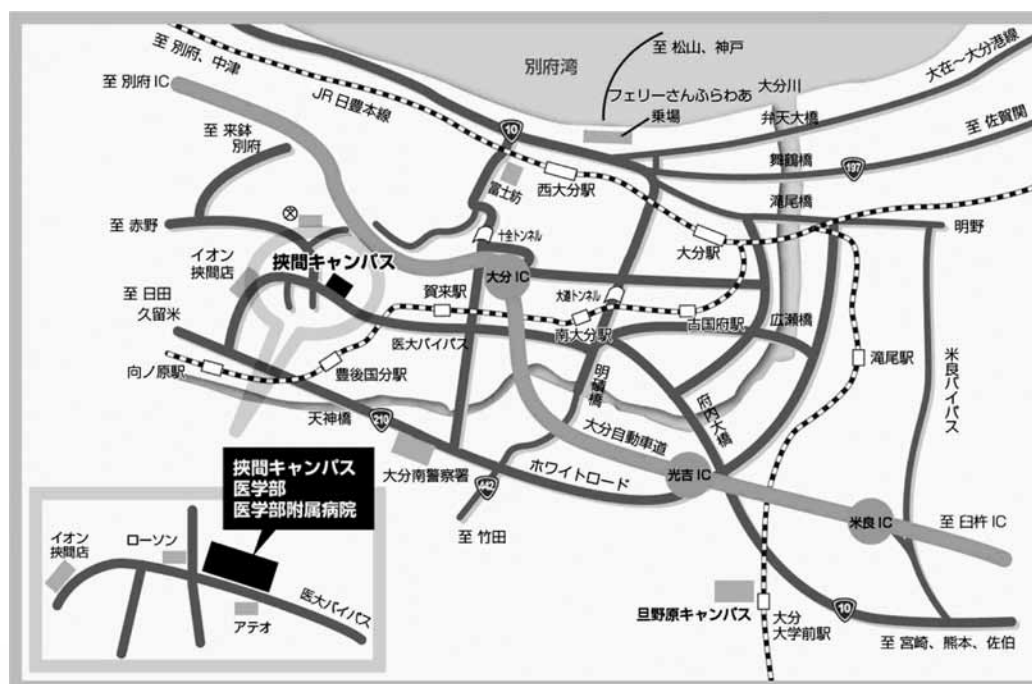
(大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会 世話人)

特別養護老人ホームで老年看護学実習を行っていた学生のエピソードです。学生は、尿便失禁がある寝たきりの高齢者Aさんを受け持っていました。施設職員は、トイレ移動が困難でオムツを使用しているAさんに対して、時間ごとに失禁の有無を確認し、長時間排泄物にさらされないようケアを行っていました。学生も職員のオムツ交換の技術を学びながら、Aさんにとって快適な排泄を考えかわっていました。

実習後半に入ったある日、私は学生と一緒にAさんのオムツ交換をしました。学生は、Aさんに終始声をかけ続け、ゆっくりと本人の動きに沿いながら体位を整え、そして便・尿が付着したオムツを丁寧に扱っていました。その姿をみて私は、“学生は20数年の人生の中で、他人の便や尿を見たり触れたりすることはなかっただろう。排泄物に触れることに抵抗がないように見えるこの学生はどんな思いでオムツ交換をしているのだろう。”と、素朴な疑問にかられました。そこで、ケア終了後、学生に「今のオムツ交換、とても丁寧でしたね。貴女はどんな思いで排泄物をみてたの？」と尋ねました。すると学生は、「便や尿は、Aさんの体の中をあらわす大切なものなので、大切なものとして扱います。」とにっこり笑って答えました。学生は、Aさんのものとして便・尿を観察しており、その性状・量等から健康状態を推論しようとしていたのです。“この学生、本物！”…私は只々感服しました。

第5回研究会は、排尿アセスメントがテーマです。アセスメントなき個別的ケアはあり得ません。この方にとって望ましい排尿か？望ましい排尿を妨げる原因・要因は何か？と、関心をもち観察することからケアはスタートします。今日は、排尿日誌を用いた観察に加え、多面的な観察を通して、排尿の問題・原因を分析し、ケアにつなげていく道筋について学びたいと思います。専門的知識と科学的手法をもった『心をこめた観察』からケアを開始しましょう。

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)



※車でお越しの方は『病院外来駐車場』にお停め下さい。尚100台分は無料券をご用意しておりますが、数に限りがございますので、出来るだけお乗り合わせの上お越し頂きますようお願い申し上げます。

プログラム

製品紹介 13:50~14:00

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 14:00~14:10

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）
当番世話人 三重野 英子（大分大学医学部看護学科実践看護学講座 教授）

事例報告／研究発表① 14:10~15:00

座長：佐藤 和子（聖徳大学看護部 看護学部長）

1. 「導尿と間欠式バルーンの導入にて在宅復帰できた排尿障害患者の事例」
竹野 歩（井野辺病院）
2. 「高齢女性への排泄ケアとストレス」
溝口 晶子（学校法人吉用学園 柳ヶ浦高校看護学科）
3. 「当院における間欠的自己導尿指導の実際」
鳥羽 くみこ（医療法人 椎迫泌尿器科）
4. 「当院回復期リハ病棟における排尿障害の傾向とその対策」
洲上 祐亮（社会医療法人敬和会 大分東部病院）
5. 「当院回復期リハ病棟における尿失禁患者の実態調査と課題」
黒田 康裕（医療法人 清明会 やよいがおか鹿毛病院 リハビリテーション部）

事例報告／研究発表② 15:00~15:40

座長：太田 有美（社会医療法人敬和会 大分東部病院 作業療法士主任）

6. 「本人の意思に沿った排泄援助」
樋口 あやの（介護療養型老人保健施設むらはし 介護福祉士）
7. 「大分豊寿苑における排尿リハビリテーション・ケアセンターの取り組み」
池永 紘士（社会医療法人敬和会 大分豊寿苑）
8. 「在宅高齢者への排尿障害アプローチ ～介護職員の取り組み～」
山本 悟（井野辺府内クリニック 通所リハビリテーション）
9. 「在宅復帰に向けた排泄自立支援への取り組み」
角 亜由美（社会医療法人 玄真堂 介護老人保健施設なのみ）

= 休憩（10分） =

レクチャー講演 15:50~16:30

座長：大久保 健作（社会医療法人 大久保病院理事長
／公益社団法人 大分県老人保健施設協会会長）

レクチャー①：「老健施設における排泄支援の役割と実際」

演 者：沖本 稚佳子先生（社会医療法人 玄真堂 介護老人保険施設なのみ 副施設長）

レクチャー②：「排尿アセスメントの標準化に向けて」（第27回日本老年泌尿器学会ランチョンセミナー講演内容）

演 者：佐藤 浩二先生（社会医療法人 敬和会 大分岡病院 法人統括リハビリテーション管理部長）

特別講演 16:30~17:40

座長：三重野 英子（大分大学医学部看護学科実践看護学講座 教授）

演 題：「アセスメントに基づく排尿ケア－排尿日誌を活用した事例検討会の実際－」

演 者：陶山 啓子先生（愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 地域・高齢者看護学講座 教授
／えひめ排泄ケア研究会 代表世話人）

閉会挨拶 17:40

第6回当番世話人 平田 裕二（津久見中央病院 泌尿器科部長）

事例報告／研究発表①

14:10～15:00

座長：佐藤 和子（聖徳大学看護部 看護学部長）

1. 「導尿と間欠式バルーンの導入にて

在宅復帰できた排尿障害患者の事例」

竹野 歩（井野辺病院）

2. 「高齢女性への排泄ケアとストレス」

溝口 晶子（学校法人吉用学園 柳ヶ浦高校看護学科）

3. 「当院における間欠的自己導尿指導の実際」

鳥羽 くみこ（医療法人 椎迫泌尿器科）

4. 「当院回復期リハ病棟における排尿障害の傾向とその対策」

洲上 祐亮（社会医療法人敬和会 大分東部病院）

5. 「当院回復期リハ病棟における尿失禁患者の実態調査と課題」

黒田 康裕（医療法人清明会 やよいがおか鹿毛病院 リハビリテーション部）

導尿と間欠式バルーンの導入にて在宅復帰できた 排尿障害患者の事例

○竹野 歩、峯 みゆき、河内 ルミ、佐藤 明香、
川野 嘉菜恵（看護師）、鈴木 順子、新関 佳子（医師）

井野辺病院

【はじめに】

尿排出障害の患者においては留置カテーテルよりも、間欠導尿による排尿管理が望ましいとされる。しかし夜間や外出先でも導尿が必要となると日常生活において制約を生じたり、本人・介護者の負担となったりする場合がある。今回間欠式バルーンの導入によって比較的スムーズに在宅生活再開に至った症例を経験したので報告する。

【患者紹介】

Nさん、77歳、女性、パーキンソン病で当院通院治療中、腰椎圧迫骨折を発症し2014年1月31日入院、5月10日尿路感染によるショック状態となり他院救急搬送。気管切開が施行され人工呼吸器管理となる。その後6月5日当院へ再入院となる。

再入院時の状態とその後の経過：意識は清明であったが、気管カニューレ、経鼻カテーテル、バルーンカテーテル留置の状態であった。リハビリ再開とともに気管カニューレは抜去され経口摂取も可能となったが、尿排出障害が持続していた。

【排尿管理の実際】

6/12 排泄カンファレンスにおいて一般状態の安定を確認しADL拡大目的で留置カテーテル抜去したが、発熱、自尿ないため再度挿入、持続洗浄中止と再開を繰り返す。一日尿量は2000-2300ml、腹部膨満感、腹痛の訴えや濃尿が見られた。

7/25 患者・家族よりバルーン抜去の希望がありカテーテル抜去。膀胱内貯留量300ml以下を目標に1日7回の導尿とトイレ誘導を開始するが、移動時に失禁あり、自尿なく導尿実施すると500mlということもあった。

8/1 泌尿器科受診で1日導尿回数3-4回、1回尿量300ml以下を確認。トイレへの移動は患者の負担と介助量を考慮し、ポータブルトイレを使用することにした。

8/5 排泄カンファレンスで医師より間欠式バルーンを助言され、尿量の多い夜間留置しセルフカテーテルによる導尿を日中3回と希望時に開始した。

8/13 自尿、失禁量、回数が増加する、泌尿器科受診で夜間尿量が50%を超えていることから日中の導尿は2回が目安と指示される

8/25 夫へ間欠式バルーンカテーテルの手技を指導し、自宅退院となる

【考察】

夜間多尿による頻尿や尿失禁は患者にとって苦痛であり、さらに陰部汚染や褥創につながる。間欠式バルーンカテーテルは血尿、尿混濁、抜去という合併症があるが、カテーテル留置を短期的に利用することで尿路感染症を最小限に抑え社会復帰上の問題解決につながる。今回は、本人、介護者がカテーテルを抜去しての在宅復帰を希望したことから導入に至った。その希望に応えるために、排尿量、残尿、排尿回数などの観察、他職種でのカンファレンス、泌尿器科受診での評価を行い、患者の状態に応じたケアができ退院にいたることができた。

高齢女性への排泄ケアとストレス

○溝口 晶子¹⁾、佐藤 和子²⁾、宇都宮 里美³⁾、帯刀 泉⁴⁾、
目代 啓乃⁴⁾

1) 学校法人吉用学園 柳ヶ浦高校看護学科、2) 聖徳大学看護学部看護学科
3) 杵築市立山香病院、4) グリーンケアやまが

【研究目的】

介護老人保健施設に入所中の高齢女性への夜間の個別の排泄ケアが、日中のストレスに与える影響を検証する。

【対象と方法】

入所中の高齢女性3名を対象に、無作為に連続する3日間は定時の排尿ケアを行い（以下コントロール期）、3日間は尿意や排尿パターンに合わせて個人に応じた排尿ケアを行った（以下介入期）。尿意の無い者にはオムツセンサーシステム（ニッポン高度紙工業株式会社）を使用し、尿失禁直後におむつを交換した。アクティグラフ（米国AMI社）を装着し、生活パフォーマンス反応速度時間効率（Effectiveness）で日中のストレスの状態を調べた。倫理的配慮は、大分大学倫理委員会の承認を得た後、調査施設の管理者、対象者、家族に文書と口頭で説明し、同意を得た。

【結果】

A氏、90歳代、脳血管疾患、尿意あり。HDS-R21点。夜間の排尿ケアは、コントロール期はおむつ内でケア回数0回、介入期は排尿パターンに応じてトイレ誘導を3回行った。日中の生活パフォーマンス反応速度時間効率（Effectiveness）はコントロール期が93%で、介入期は95%で、介入する方が日中の集中力が高くストレスは少なかった。

B氏、80歳代、骨関節疾患、尿意は不明瞭。HDS-R27点。夜間の排尿ケアは、コントロール期は定時のおむつ交換を0回、介入期は尿失禁直後に4回行った。日中の生活パフォーマンス反応速度時間効率（Effectiveness）はコントロール期が91%で、介入期は95%で、介入する方が日中の集中力が高くストレスが少なかった。

C氏、80歳代、骨関節疾患、尿意なし。HDS-R0点。夜間の排尿ケアはコントロール期は定時のおむつ交換1回、介入期は尿失禁直後に4回行った。日中の生活パフォーマンス反応速度時間効率（Effectiveness）はコントロール期が95%で介入期が99%で、介入するほうが日中の集中力が高くストレスが少なかった。

【考察】

施設入所中の高齢者への夜間の個別の排泄ケアは個人の排尿パターンに応じてトイレ誘導を促すことあるいは、尿失禁後すぐにおむつを交換することは、尿失禁したままの状態では夜間過ごすことよりも、日中の集中力を増しストレスを軽減させる可能性があることが推察された。

当院における間欠的自己導尿指導の実際

○鳥羽 くみこ、繁田 佳苗、松浦 ハル子、渡辺 里美、岩下 光一

医療法人 椎迫泌尿器科

【はじめに】

間欠的自己導尿（以下CIC）は、神経因性膀胱の治療法として幅広い年齢層の中普及している。

また、在宅医療の普及が推進されている中、在宅医療ケアとしても重要な手段となり排尿方法の変更を余儀なくされている患者の感染予防やQOLの向上につながっている。

当院では、自宅や施設で生活をしている神経因性膀胱の患者に対し、十分なアセスメントの後、CICの説明を行い指導・実施を行っている。

今回、感染予防やQOL向上につながった事例も含めCICの有効性と指導の実際を報告する。

【事例紹介・1】

性別：男性 84歳

病名：神経因性膀胱

既往歴：直腸がん（ストマ造設）・急性心筋梗塞

入院期間：H26年6月24日～7月1日（一週間）

指導場所：病室・トイレ

生活状況：妻と二人暮らし

アセスメント：身体面：歩行状態・座位や立位の保持・認知の有無 心理面：理解力・CICの受け入れ状態
社会面：キーパーソンの有無・周囲の環境・患者自身の役割

【指導の実際】

患者が自宅や出先などでCICを行う事を想定し出来る限り日常生活に合わせた指導を目標とする必要物品と指導方法はパンフレットに示す

【経過】

直腸がん術後より排尿障害あり。CIC習得目的にて入院となる。指導当初はCICに対して「出来るだろうか…」などの不安を表出していた。このことから、パンフレットを使用しご本人のペースで進めていく計画を立案した。開始から3日目で介助なく見守りで導尿可能となり約1週間の入院で手技を習得し退院の運びとなった。排尿機能も回復傾向にありCICを一旦中止。経過観察

【考察】

事例・1の患者は心筋梗塞や排泄変更の既往に加え高齢である事も不安の一つだった。患者を支える家族の存在が大きく、キーパーソンの存在が改めて重要と考えた。

10名中7名の患者はCICを行う前、感染や尿失禁を繰り返していたがCICを取り入れることで感染も改善し尿失禁も軽減している。このことから、神経因性膀胱による排尿障害の患者に対するCICは有効と考える。

【まとめ】

CICは膀胱機能障害に対する最も有効な治療法として確立されているが、対象患者の年齢も幅広く、生活環境も異なるため導入前のアセスメントが重要となる。

神経因性膀胱で感染や尿失禁を繰り返していた患者も、CICを行うことで感染のリスクが低下し、不安は残るが失禁が軽減することで、オムツや尿取りパット使用などから解放された。

当院回復期リハ病棟における排尿障害の傾向とその対策

○洲上 祐亮¹⁾、太田 有美¹⁾、尾上 加奈子¹⁾、朝倉 裕美¹⁾、
御手洗 菊実¹⁾、村井 明美¹⁾、佐藤 浩二²⁾、森 照明 (MD)²⁾

1) 社会医療法人敬和会 大分東部病院

2) 社会医療法人敬和会 大分岡病院

【はじめに】

当院は、2014年4月から回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）40床を開設し、9月に60床へ増床して運営している。当回りハ病棟の挙げる柱の1つに“尊厳のある排泄リハ・ケアの実践”がある。今回、開設半年間における入院患者の排尿障害の傾向をまとめると共にその対策としての現在の取り組みについて紹介する。

【対象】

2014年4月1日～9月30日の期間に回りハ病棟に入院した患者135名中、入院時に尿道カテーテルを留置していた9名と尿路感染を認めた1名を除いた125名。内訳は、男性63名、女性62名、平均年齢 75.1 ± 13.2 歳。疾患は、脳血管障害53名、整形57名、脊髄損傷5名、その他10名（内、廃用症候群5名）であった。

【方法】

入院時の排尿スクリーニングに沿って、失禁の有無と超音波尿量測定機器“ゆりりん”を使用した膀胱機能評価の結果をまとめ、失禁の要因を加えて整理した。

【結果】

125名中、失禁有りは53名（42.4%）であった。失禁有りの53名中、膀胱機能に問題有りは27名（50.9%）であった。内訳は、男性が10名で頻尿や残尿感を自覚症状としていた。また、女性は17名で頻尿や尿意切迫感を自覚症状としていた。失禁はあるが膀胱機能に問題の無い26名は、失語症や認知機能に低下のある、いわゆる機能性尿失禁であった。

【考察】

回りハ病棟60床を運営している中で、対象患者の42.4%は失禁を有し、この中の約半数は膀胱機能に何らかの問題を抱えている状況が窺えた。

地域包括ケアが叫ばれる中、回りハ病棟は、在宅生活へつなぐ重要な役割を担っている。在宅生活を少しでも快適に過ごして頂くためには、排尿障害の改善は欠かせない取り組みであると考え。当日は、当院のチーム協働による排尿障害へのアプローチを紹介する。

当院回復期リハ病棟における尿失禁患者の実態調査と課題

○黒田 康裕 (OT)

医療法人清明会 やよいがおか鹿毛病院 リハビリテーション部

【はじめに】

排尿障害は、人間の尊厳に関わり、QOL低下を招く大きな要因の一つであることは言うまでもない。回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟と略す）では、積極的に排尿障害へのアプローチが展開されるべきである。今回、当院回復期リハ病棟での排尿リハ・ケアの充実に向けて、実態調査を実施し、今後の課題を抽出したので、以下に考察を踏まえて報告する。

【対象・方法】

当院回復期リハ病棟入院中の患者40名（運動器疾患29名、脳血管疾患11名）に対して、当院で作成した排尿調査票にて失禁の有無、認知機能、排尿回数、排尿に関連するFIM項目等の調査を実施した。その内、尿失禁を認めた患者16名には排尿チェック票（愛知県高齢者排尿管理マニュアル引用）を用い、尿失禁のタイプ分類を行った。尚、今回の実態調査では、タイプが重複する場合は、合計得点が多いタイプへと分類した。

その中で機能性尿失禁に分類された13名に着目し、さらに調査実施日より1か月前からの経過が追跡できた6名（入棟して1か月以内の患者、ベッド上全介助の患者は除外）の訓練の実行状況、排尿に関連するFIM項目から尿失禁の改善度を後方視的に調査した。訓練の実行状況に関しては、各担当作業療法士からの聞き取りを実施した。

【結果】

尿失禁タイプの内訳は、腹圧性1名、切迫性0名、溢流性0名、機能性13名、排出障害2名であった。機能性尿失禁に分類された13名の平均年齢は86.18歳で、12名に認知機能の低下(HDS-R:20点以下)を認めた。経過が追跡できた6名は、10～20分程度の排泄訓練を1日に1回ないし2回、週5日以上実施していたが、移動、移乗、トイレ動作のFIMの向上を認めても、排尿管理の項目が改善したのは1名のみであった。

【考察】

機能性尿失禁は排尿機能に問題はなく、その治療には訓練、病棟で展開される個別的なケアが重要となる。上記の調査結果では、排尿管理の改善度は低く、トイレ動作訓練のみに重きを置いて実施しても、尿失禁の改善に繋がり難いことが示唆された。作業療法士は、排泄を動作のみならず、排出の間隔や回数、方法、環境等、広義に捉え且つ包括的にアプローチしていく必要がある。併せて、そのような視点を他職種にも発信し、全体で共有していくことが必要であると考ええる。

今後は、排尿障害にアプローチする視点や、排尿機能評価の必要性を説き、当院の排尿リハ・ケアの充実に向けて病棟全体で取り組んでいきたい。

事例報告／研究発表②

15:00～15:40

座長：太田 有美（社会医療法人敬和会 大分東部病院 作業療法士主任）

6. 「本人の意思に沿った排泄援助」

樋口 あやの（介護療養型老人保健施設むらはし 介護福祉士）

7. 「大分豊寿苑における排尿リハビリテーション・ケアセンターの取り組み」

池永 紘士（社会医療法人敬和会 大分豊寿苑）

8. 「在宅高齢者への排尿障害アプローチ～介護職員の取り組み～」

山本 悟（井野辺府内クリニック 通所リハビリテーション）

9. 「在宅復帰に向けた排泄自立支援への取り組み」

角 亜由美（社会医療法人 玄真堂 介護老人保健施設なのみ）

本人の意思に沿った排泄援助

○樋口 あやの（介護福祉士）

介護療養型老人保健施設むらはし

【目的】

夜間のオムツ外しが見られる利用者に対して、対応方法や課題を分析し本人の意思に沿った排泄援助を実施していく。

【対象】

95歳女性 要介護4

既往：H19胆石症（胆嚢摘出術）、H22左大腿骨頸部骨折（人工骨頭置換術）

H23左大腿骨頸部骨折（人工骨頭置換術）H24右とう骨尺骨遠位端骨折

アルツハイマー型認知症あり。移動は車椅子使用。日中夜間共にオムツ対応。昼夜逆転があり夜間オムツ外しが見られる。日中はウトウトしていることが多いがトイレに行きたいと離床時に訴えがある。夜間オムツ交換中に「寒い・なにするんかえ」と介護抵抗がある。

【方法】

夜間のオムツ外しは認知症がありオムツをパンツととらえ濡れたから脱ぐのではと考えられるので、オムツからリハビリパンツへ変更する。終始リハビリパンツで夜間はパット交換する。昼夜逆転に対し日中離床と活動量を増やすことで生活リズムを整える。職員へ統一した介助方法を伝達し、2時間ごとのトイレ誘導を行う（排尿誘導表を記入する）。

【結果】

日中離床開始時、ウトウトする姿が見られるが目を覚ましたときは職員に「トイレに行きたい」と日に1回程度は訴えることがある。パットに尿漏れはあるがトイレ内にも排尿排便がある。日中訴えが多くなった為、2時間を目安にトイレへ誘導を行う。トイレ内での排泄行為は90％成功。（パット内にはたまに尿漏れが見られる。排泄後はスッキリした表情をしていた。）徐々に自ら「行きたい」と言い車椅子を自走してトイレを探す姿が見られる。起立は日によってまちまちだが始めた当初よりも足の踏み立ちがよく、膝折れも少なくなっている。生活リズムが落ち着き夜間も良眠されている様子がある。だが、たまにパンツを脱いでベッド上で尿汚染していることがある。日中、トイレへ行き夜間も本人にとってはトイレに行きたいというサインと受け取り居室にポータブルトイレを配置し寝る前とオムツ交換時間帯時、覚醒していればトイレ誘導行う。（拒否するときもある）

【考察】

生活リズムが戻りトイレでの排泄もスムーズに出来るようになった。夜間も本人の意思を考慮した取り組みで不潔行為は少なくなった。リズムが整うことによって意欲と笑顔がみられ活気がでてきた。本人の持っている残存機能を生かし、意思に沿った排泄援助が出来たと考え、持続していく事とする。

大分豊寿苑における 排尿リハビリテーション・ケアセンターの取り組み

○池永 紘士、今村 真弓、村上 早紀、川原 ちひろ

社会医療法人敬和会 大分豊寿苑

【はじめに】

昨今、高齢者の尿失禁の頻度は極めて高く、在宅高齢者の約10%、病院や介護施設などに入所している高齢者では50%以上と高齢者尿失禁ガイドラインで報告されている。当施設においても何らかの排尿トラブルを抱えている利用者も多く、日々のケアの中で困難な事例に向き合うことも多い。

今回、排尿リハケアセンターの設立に伴い、現状の把握と今後の取り組みの方向性を確立する為、排尿形態の調査を実施したので報告する。

【対象と方法】

当老人保健施設のH26年7月1日現在の入所利用者83名のうち(バルーンカテーテル留置者4名を除く)79名を対象とする。

調査方法は、担当職員が①下着の種類②排泄形態③失禁の有無④トイレ誘導の時間状況、以上の項目について情報収集を実施した。

【結果】

排尿に関する状況として、利用者全体の約9割の方が尿取りパットやオムツ等を使用していた。日中はトイレを使用している方の約半数が夜間のみオムツを使用していた。そして、入所者のほとんどの方が失禁や尿漏れ・頻尿等何らかの排尿トラブルを抱えていることがわかった。

【考察とまとめ】

今回、利用者の排尿状況や排尿トラブルの有無は把握できたが、そこから、排尿トラブルの詳細を調査することや排尿機能の評価・個人に合った排尿方法の検討等新たな課題が出てきた。これまで尿意の訴えのある利用者以外は定時でのオムツ交換、トイレ誘導のみの対応であった。個々に合わせたケアの必要性を感じながらもどうアプローチすればよいのかわからず、ジレンマを抱えながらのケアを行っていた。今回のセンターの立ち上げで、施設のチームでの取り組みとして11月1日より新規入所者全員に対し、排尿カンファレンスの開催、排尿評価表の作成・他にも泌尿器科のDr.によるカルテ回診等を導入されることで、入所時から細かな排尿状況を把握する為のフローシートを作成し、もれなく、誰でも対応できる排尿ケアのシステムを確立していきたい。

在宅高齢者への排尿障害アプローチ ～介護職員の取り組み～

○山本 悟¹⁾(CW)、山田 智美¹⁾(NS)、原 正人¹⁾(CW)、
鈴木 新司¹⁾(PT)、田中 学¹⁾(OT)、高橋 美恵²⁾(CW)、
麻生 貴子²⁾(CW)

1) 井野辺府内クリニック 通所リハビリテーション、2) 訪問介護ステーションいのべ

【はじめに】

通所リハビリテーション（以下通所リハ）の利用者の中には排尿障害を合併しており、日常生活に支障をきたしているケースが多々見受けられる。また、通所リハ内で改善しても自宅で改善していないケースも多く、訓練効果が生活に般化していないこともある。そこで、今回排尿障害を呈している利用者に対して、通所リハ内だけでなく訪問介護と連携し排尿障害にアプローチを行ったので報告する。

【症例紹介】

70代、男性。体重40.4kg、身長163cm。自宅にて生活している。既往歴は、アルツハイマー型認知症、左蝶形骨縁髄膜腫。尿路感染症、尿路真菌症。服用はメマリー20mg、レバミピド100mg、ランソプラゾール口腔内崩壊錠15（胃薬）

【経過】

通所リハでの目標として「近隣の〇〇温泉に行くようにする」（お風呂の習慣化）があった。在宅よりN病院に入院しメマリーの処方を受け、当院に転院した。退院直後の平成25年2月より在宅生活の安定を目的に通所リハを利用することになった。利用開始当初は、身体的・精神的にもやや不安定であり、尿失禁や便失禁をすることも多く、本人より尿臭が認められた。その後、平成26年4月に1回目の排尿チェックと声かけ等でオムツの交換を一部行うようになり、尿臭は軽減された。しかし、在宅での排尿は、トイレ以外の場所で行い、部屋の中が尿臭で充満していた。そこで同年10月より通所リハだけでなく訪問介護でも、排尿チェック表を用い、再評価を行うこととした。結果、本人より「トイレへ行くことが間に合わない」との発言が聞かれた為、尿器等の提案を行ったが強い拒否が伺えた。現在は現物等を確認してもらい面接時間を利用時に毎回行うことで徐々にではあるが受け入れが可能となってきた。

【まとめ】

この症例では、排尿チェックを通所リハと訪問介護で行い、自宅での様子と通所リハでの様子を把握し、本人の排尿障害へのアプローチを行った。また、本人との面接時間を十分にとり、排泄に対する意思の確認を行うことで、身体的、精神的負担に配慮した介入が可能となってきた。

在宅復帰に向けた排泄自立支援への取り組み

○角 亜由美

社会医療法人 玄真堂 介護老人保健施設なのみ

【はじめに】

在宅復帰支援の中で最もポイントとなる点は、排泄の自立の有無とその介護量である。今回、長期入院後廃用症候群となり誰もが在宅生活は厳しいと思われたご利用者に対し、当施設でのリハビリ入所を通し、最終目標である排泄動作自立支援を行った。

その結果、ご本人・ご家族共に成果がみられ在宅復帰可能となったケースをここに報告する。

【事例紹介】

F様 女性 93歳 要介護度5 日常生活動作全般全介助

（疾患 両変形性膝関節症・急速破壊型股関節症・潰瘍性大腸炎）

【支援経過と結果】

入所時より微熱が続きベッド上生活が続いたが、体調管理実施し離床する事が出来た。移乗移動動作全介助、排泄は終日テープオムツで尿便意不明。家族は「せめてポータブルトイレで排泄できれば連れて帰りたい」という意向あり在宅復帰を考えたが、排泄全介助の為家族と話し一度は施設へと変更となる。排泄自立を目指し、まず移乗動作軽介助を目標に立案。移乗訓練開始、スカートガード付車椅子を使用し介助方法の統一化を図り立位保持可能となった。次にベッドに高低差をつけ移乗実施、徐々に車椅子一部介助となった。そこで排泄への取り組み開始。入所時より尿便意不明確、パット内に排泄後認識ある為、コールするよう指導。同時に排泄パターンの見直しを実施。毎朝排便傾向ある為、午前中1回全介助にてトイレ誘導実施。1～2週間続けたが空振りが多かった。次に毎食後のトイレ誘導を実施、時間を早め声かけするようにした。そのことでパットにほとんど漏れなくトイレ排泄できるようになった。自信が付き自力で食後早めに食堂を出てトイレに行くようになった。すると、パット内に漏れがなくトイレも見守りで行ける様になり、下着へ変更した。その間自信をなくし「もうダメ」「もう無理」などの発言あり、落ち込む事があった為、気分転換を目的に家族と相談し外出を勧め2、3度自宅に帰り、自宅のトイレを使用してもらった。それが自信へと繋がり家族も「これなら何とかできる」と思いが変わり在宅復帰可能となった。

【まとめ】

排泄自立支援を取り組むにあたり、本人・家族との目標の共有、排泄動作に必要なそれぞれの能力。排泄パターンの把握によるテープオムツからリハビリパンツへの変更するタイミング。失敗してもトイレに行き座ることの大切さ。トイレでの排泄が出来たことで喜びに繋がった。多職種で関わる事で皆の思いが一つになった。

レクチャー講演

15:50～16:30

座長：大久保 健作（社会医療法人社団 大久保病院理事長／公益社団法人 大分県老人保健施設協会会長）

レクチャー① 15:50～16:10

「老健施設における排泄支援の役割と実際」

沖本 稚佳子 先生

（社会医療法人玄真堂 介護老人保険施設なのみ 副施設長）

レクチャー② 16:10～16:30

「排尿アセスメントの標準化に向けて」

（第27回日本老年泌尿器学会ランチョンセミナー講演内容）

佐藤 浩二 先生

（社会医療法人敬和会 大分岡病院 法人統括リハビリテーション管理部長）

老健施設における排泄支援の役割と実際

沖本 稚佳子

社会医療法人玄真堂 介護老人保険施設なのみ 副施設長



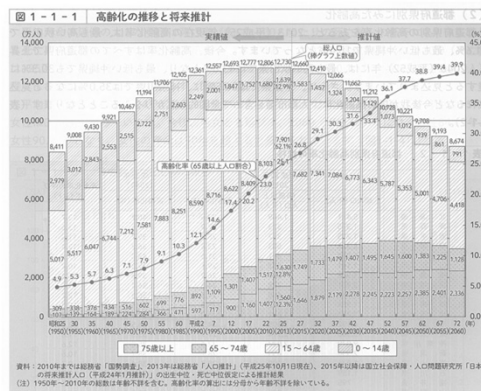
【プロフィール】

- 略歴：1994年 別府高等看護学院卒業
同 年 医療法人玄真堂 川罵整形外科病院 看護師勤務
2000年 同病院 病棟管理者として勤務
2005年 医療法人玄真堂 介護老人保健施設「なのみ」
ジェネラル・マネージャーとして勤務
*医療介護の現場管理・人材育成・経営管理を担当
- 2010年 大分県老健協会 看護・介護部会長
～現在 医療法人玄真堂から特定医療法人玄真堂へ
2011年 特定医療法人玄真堂から社会医療法人玄真堂へ
2012年 同法人 老健副施設長として勤務
2014年
- その他：2010年～ 大分県老健協会 看護・介護部会長として活動中
他部門と協力し、施設ケアの質向上に向けた研修会の企画
運営や各老健施設間のネットワーク事業運営など 推奨中
- 2013年～ 老健排泄ケアフォーラム立ち上げ
「利用者の生活の質向上」「業務の効率化」「経営の効率化」
をベースにフォーラムを開催中
2014年8月2日 第2回老健排泄ケアフォーラム開催（済）
- 2014年～ 高齢者介護予防事業参画（1／週）
地域の高齢者を対象とした健康増進教室講師

老健施設における 排泄支援の役割と実際

社会医療法人玄真堂
介護老人保健施設 なのみ
副施設長 沖本 稚佳子

Kawashima Orthopaedic Hospital



Kawashima Orthopaedic Hospital



高齢者人口の「ピーク前夜」へ

→2015年には「ベビーブーム世代」が前期高齢者（65～74歳）に到達し、その10年後（2025年）には高齢者人口がピーク（約3500万人）を迎える

認知症高齢者が「250万人」へ

→認知症高齢者（現在約150万人）が2015年には250万人になると推計される

「高齢者の一人暮らし世帯が570万世帯へ」

→2015年には、高齢世帯は約1700万世帯に増加。そのうち一人暮らし世帯は約570万世帯（約33%）に達する

「高齢者多死時代」へ

→年間死亡者数（現在約100万人）は今後急増し、2015年には約40%増の約140万人、2025年には160万人に達する

今後急速に高齢化するのは都市部

→今後急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」

「住まい」の問題を含め、高齢化問題は従来と様相が異なってくる

Kawashima Orthopaedic Hospital



老人保健施設が誕生した背景

- ・一人暮らし・高齢者二人暮らし世帯の増加
- ・家族介護の限界
- ・医療と福祉を効率的に提供するシステムの必要性
- ・医療の場と生活の場の橋渡しをする施設の必要性
- ・高齢者の増加と膨張する社会保障費
- ・ケアに対する国民のニーズの高まり

Kawashima Orthopaedic Hospital



高齢者ケアの変化

- ・施設ケア中心から在宅ケアへ
- ・ケアに対するニーズの多様化
- ・措置によるサービスから自分で選ぶサービスへ
- ・家族介護から社会全体で支える介護へ



介護の基本は『自立支援』『利用者主体』

Kawashima Orthopaedic Hospital



老健の理念と役割・機能

・理念

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上を目指し、総合的に援助します。また、家族や地域の人々・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

・役割と機能

1. 包括的ケアサービス施設
2. リハビリテーション施設
3. 在宅復帰施設
4. 在宅生活支援施設
5. 地域に根ざした施設

- * 機能訓練→リハビリテーション
- * リハビリテーションの明示
- * 在宅生活支援
- * 安全（リスクマネジメント）
- * 人権の尊重
- * 第三者評価

Kawashima Orthopaedic Hospital



老人保健施設の役割

- 医学的管理を必要とする要介護老人対策として老人保健法に規定。
- 医療施設と福祉施設、これらの施設と家族の間に存在する種々の問題を解決し、**在宅復帰を目指す施設。(中間施設構想)**
- 中間施設として担うべき役割
 - ・入院治療後に家族・社会復帰のためのリハビリテーション、生活訓練などを行う通過施設。
 - ・入院して治療するほどでないが、要介護老人に対して、医学的な管理と看護を中心としたサービスを行う。
 - ・**各種の居宅サービスを提供する在宅ケア支援施設。**
 - ・家族やボランティアなどに対する指導も行うことが期待される。
 - ・**他職種によるチームケアを推進。**(お世話→ケアへ)

Kawashima Orthopaedic Hospital



老健における医療包括の現状

薬剤(定期・臨時)→使用薬剤は 全て、施設負担

(内服薬、注射薬、外用薬、点眼薬、坐薬等)

* 出来るだけ低コストでの交渉、ジェネリック薬使用

受診→保険対象外とされ、受診料は、全て施設負担

* 老健は、医療保険併用が認められておらず、入所中の医療は、全て施設包括支払いとなる

治療・検査・処置→画像撮影以外全て施設負担

PEG、注射・点滴(薬剤・セット内容含む)、採血検査、創処置 等 内容・物品費全て老健施設での負担となる

Kawashima Orthopaedic Hospital



図 1-3-1 地域包括ケアシステム～老健施設が担うべき役割～

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進してまいります。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が減少し、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



資料：社会保険審議会介護保険部会（第53回）参考資料
 上記の図は、厚生労働省の掲げたものをもとに、老健施設が担うべき役割～老健施設の位置を加えたものです。

Kawashima Orthopaedic Hospital



図 1-2-3 在宅復帰だけでなく老健施設の医療機能(医療保険から介護保険へ) 2

(参考) なぜ、7対1一般病棟入院基本料等の在宅復帰要件にのみ在宅強化型老健が入ったのか？

(回復期リハビリ病棟の在宅復帰率要件に老健施設が入っていないのは？)

将来的に...



上記のような2つの流れの道筋が示された！

資料：老健「第19回マスコミ」専門協議会資料

Kawashima Orthopaedic Hospital



介護保険4施設の各機能別

	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特養老人ホーム)	認知症 グループホーム	介護療養型医療施設
設置根拠	介護保険法のみ	老人福祉法 介護保険法	医療法 介護保険法	医療法 介護保険法
医療	基本的には療養費に 包括	医療保険から給付	医療保険・介護保険 利用可	介護保険で給付
利用対象者	病状安定期にあり リハ・看護・介護を必要 とする要介護認定者 在宅生活までの通過 サポートとして	常時介護が必要で在 宅生活が困難な要介 護者	共同生活を営む住居 として介護その他日 常生活のお世話が必要 な方	常時医療管理が必要 で病状安定期にある 要介護者
機能	在宅生活への復帰 生活リハビリ	要介護高齢者の為の 生活施設として	認知症高齢者のため の共同住居	長期にわたる療養の 必要性が高い

Kawashima Orthopaedic Hospital



在宅・医療・介護を 必要とする利用者動向

介護老人保健施設



病院

小規模多機能型居宅介護

介護老人福祉施設(特養)

Kawashima Orthopaedic Hospital



現状把握（個人データ含む）

個別排泄ケアの実施

自立支援型トイレ

個人のオムツの種類を明記

ワークシート

24時間チェック表

個別排泄プランに沿って
タイムリーに記入するスタイル

個別オムツカート

お名前: 吉〇様 女性

使用状況・体型: 皮膚トラブルあり(軽い) 3時間毎交代
- 便せ型、拘束あり

困っていること: スタッフより...夜間不睡症があるので、交班時間を確保したい

排泄の訴え: なし

尿汚染状況: オムツ交換時に排泄あり汚染しやすい
+13~19時排泄量の多い時あり(700~800)

便汚染状況: 便はおよそオムツにて対応できている

【モニター結果より提案例】

提案パッド	使用時間
極薄パッド 男女兼用 (500cc)	6:00~ 9:00(11:00)~ 13:00(15:00)~
パワーガード エクストラ (1000cc)	19:00(20:00)~

時間別排泄量データ (12月15日~30日分)

時間別排泄量データ (12月15日~30日分)

排泄委員会議事録

委員の出席日 (2013年 4月 8日)

参加者 (氏名、担当科、出席、欠席)

【27】出席者

欠席 (27) 27-先月より 3日欠席

【28】出席者

欠席 (28) 28-先月より 3日欠席

【29】出席者

欠席 (29) 29-先月より 3日欠席

【30】出席者

欠席 (30) 30-先月より 3日欠席

【31】出席者

欠席 (31) 31-先月より 3日欠席

【32】出席者

欠席 (32) 32-先月より 3日欠席

【33】出席者

欠席 (33) 33-先月より 3日欠席

【34】出席者

欠席 (34) 34-先月より 3日欠席

【35】出席者

欠席 (35) 35-先月より 3日欠席

【36】出席者

欠席 (36) 36-先月より 3日欠席

【37】出席者

欠席 (37) 37-先月より 3日欠席

【38】出席者

欠席 (38) 38-先月より 3日欠席

【39】出席者

欠席 (39) 39-先月より 3日欠席

【40】出席者

欠席 (40) 40-先月より 3日欠席

【41】出席者

欠席 (41) 41-先月より 3日欠席

【42】出席者

欠席 (42) 42-先月より 3日欠席

【43】出席者

欠席 (43) 43-先月より 3日欠席

【44】出席者

欠席 (44) 44-先月より 3日欠席

【45】出席者

欠席 (45) 45-先月より 3日欠席

【46】出席者

欠席 (46) 46-先月より 3日欠席

【47】出席者

欠席 (47) 47-先月より 3日欠席

【48】出席者

欠席 (48) 48-先月より 3日欠席

【49】出席者

欠席 (49) 49-先月より 3日欠席

【50】出席者

欠席 (50) 50-先月より 3日欠席

【51】出席者

欠席 (51) 51-先月より 3日欠席

【52】出席者

欠席 (52) 52-先月より 3日欠席

【53】出席者

欠席 (53) 53-先月より 3日欠席

【54】出席者

欠席 (54) 54-先月より 3日欠席

【55】出席者

欠席 (55) 55-先月より 3日欠席

【56】出席者

欠席 (56) 56-先月より 3日欠席

【57】出席者

欠席 (57) 57-先月より 3日欠席

【58】出席者

欠席 (58) 58-先月より 3日欠席

【59】出席者

欠席 (59) 59-先月より 3日欠席

【60】出席者

欠席 (60) 60-先月より 3日欠席

【61】出席者

欠席 (61) 61-先月より 3日欠席

【62】出席者

欠席 (62) 62-先月より 3日欠席

【63】出席者

欠席 (63) 63-先月より 3日欠席

【64】出席者

欠席 (64) 64-先月より 3日欠席

【65】出席者

欠席 (65) 65-先月より 3日欠席

【66】出席者

欠席 (66) 66-先月より 3日欠席

【67】出席者

欠席 (67) 67-先月より 3日欠席

【68】出席者

欠席 (68) 68-先月より 3日欠席

【69】出席者

欠席 (69) 69-先月より 3日欠席

【70】出席者

欠席 (70) 70-先月より 3日欠席

【71】出席者

欠席 (71) 71-先月より 3日欠席

【72】出席者

欠席 (72) 72-先月より 3日欠席

【73】出席者

欠席 (73) 73-先月より 3日欠席

【74】出席者

欠席 (74) 74-先月より 3日欠席

【75】出席者

欠席 (75) 75-先月より 3日欠席

【76】出席者

欠席 (76) 76-先月より 3日欠席

【77】出席者

欠席 (77) 77-先月より 3日欠席

【78】出席者

欠席 (78) 78-先月より 3日欠席

【79】出席者

欠席 (79) 79-先月より 3日欠席

【80】出席者

欠席 (80) 80-先月より 3日欠席

【81】出席者

欠席 (81) 81-先月より 3日欠席

【82】出席者

欠席 (82) 82-先月より 3日欠席

【83】出席者

欠席 (83) 83-先月より 3日欠席

【84】出席者

欠席 (84) 84-先月より 3日欠席

【85】出席者

欠席 (85) 85-先月より 3日欠席

【86】出席者

欠席 (86) 86-先月より 3日欠席

【87】出席者

欠席 (87) 87-先月より 3日欠席

【88】出席者

欠席 (88) 88-先月より 3日欠席

【89】出席者

欠席 (89) 89-先月より 3日欠席

【90】出席者

欠席 (90) 90-先月より 3日欠席

【91】出席者

欠席 (91) 91-先月より 3日欠席

【92】出席者

欠席 (92) 92-先月より 3日欠席

【93】出席者

欠席 (93) 93-先月より 3日欠席

【94】出席者

欠席 (94) 94-先月より 3日欠席

【95】出席者

欠席 (95) 95-先月より 3日欠席

【96】出席者

欠席 (96) 96-先月より 3日欠席

【97】出席者

欠席 (97) 97-先月より 3日欠席

【98】出席者

欠席 (98) 98-先月より 3日欠席

【99】出席者

欠席 (99) 99-先月より 3日欠席

【100】出席者

欠席 (100) 100-先月より 3日欠席

BSCの考え方

質

教育

コスト

(知識・技術・業務改善)

利用者・家族・職員の満足度アップから、
職員の技術の向上→利用者様への質の高いケアの提供へ

Kawashima Orthopaedic Hospital

オムツ使用者への排泄支援目的は、

1、オムツ利用者様の快適性の向上

2、オムツ個別支援に伴う 介護負担の軽減

3、適切なオムツを使用することでのコスト削減

Kawashima Orthopaedic Hospital

科学的介護力

5つ(おむつ、骨折、胃瘻、拘束、褥創)
ゼロ と

4つ(認知症ケア、リハビリテーション、
口腔ケア、看取りケア)の自立支援

Kawashima Orthopaedic Hospital

⇒「健康になるため」だけではなく、
「生きていくために」を考える

* 家族へ期待させる医療行為をするのではなく、相手の状況に応じた倫理的行為が出来る。



全ての要素がリンクしており、どれが欠けても人間らしい生活をするのが困難となる。

「排泄支援」というテーマは、1人の力では効果的でない。他職種が協力し、現場スタッフを巻き込むことが必要。トップダウンの指示でなく、利用者のことを考えた現場スタッフの熱い思いこそが個々の利用者ケアには不可欠と考える。

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

排尿アセスメントの標準化に向けて (第27回日本老年泌尿器学会ランチョンセミナー講演内容)

佐藤 浩二

社会医療法人敬和会 大分岡病院 法人統括リハビリテーション管理部長



【プロフィール】

1981年	九州リハビリテーション大学卒業
同年	湯布院厚生年金病院リハビリテーション室 就職
1987年	佛教大学社会学部社会福祉学科卒業
1998年	湯布院厚生年金病院リハビリテーション室技師長
2008年	同リハビリテーション室総技師長
2009年	同リハビリテーション部部長 大分県リハビリテーション支援センター運営部長 兼務
2014年3月	湯布院厚生年金病院機構改革（地域医療機能推進機構）に伴い解雇（新機構での雇用を希望せず）
2014年4月	社会医療法人敬和会 法人統括リハビリテーション管理部長 大分岡病院 就職
現在に至る	

排尿アセスメントの標準化に向けて

第27回日本老年泌尿器学会ランチョンセミナー講演内容
担当：ユリケア社

社会医療法人敬和会
法人統括リハビリテーション管理部長
大分岡病院
佐藤浩二（作業療法士）
2014.11.1.

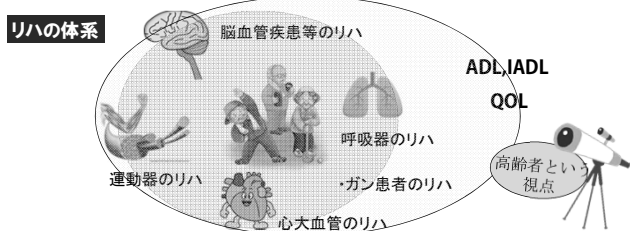


本日、私が述べること

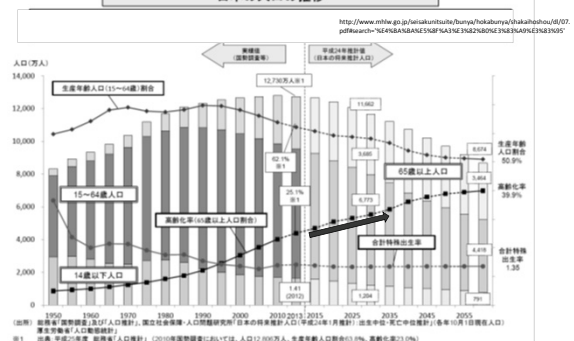
1. 私（作業療法士）が排尿（排泄）に関心を寄せる理由
2. 私たち療法士の排尿アセスメント、その取り組み
3. 組織活動としての取り組みの紹介

1. 私（作業療法士）が排尿（排泄）に関心を寄せる理由

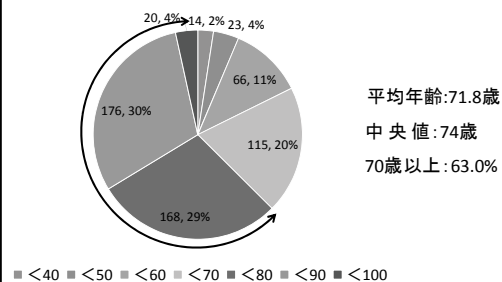
① 機能分化：疾患別リハビリテーションのはざ間で・・・



日本の人口の推移

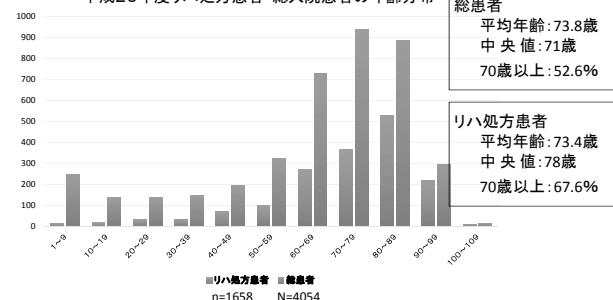


平成25年1月から12月までの Y病院回復期リハビリテーション病棟入院患者582名



大分岡病院:224床、急性期(DPC)

平成25年度リハ処方患者・総入院患者の年齢分布



1. 私（作業療法士）が排尿（排泄）に関心を寄せる理由

②リハ医療の目的は、ADLの自立・向上であるが、真に実用的な自立・向上に向けたかかわりとなり得ているか？

医科点数表の手引き

第7部 リハビリテーション

リハビリテーション医療（通則）

リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われる。

回復期リハビリテーション病棟（2000年4月制定）

目的：ADL向上による寝たきり予防と家庭復帰

全国に68,000床超え存在

- 病棟専従
- チーム協働
- 365日リハ提供
- 9単位（3時間）のリハ提供
- 早出・遅出

実用的になっていない？ 一例

- トイレ動作は全て自立（模擬的動作）と判断
→実際は尿意切迫感によりズボンの上げ下げに介助を要し実用的な動作獲得には至っていなかった。
- 排尿行為（トイレまで移動する、ズボンの上げ下げ、後始末する）は自立
→頻尿のため退院後活動範囲が狭くなり徐々に閉じこもり状態になった。

ADL評価指標

- ・Barthel Index: B. I.
 - トイレ動作：衣服の操作、後始末
 - 排尿コントロール：失禁の有・無、収尿器の取り扱い
- ・Functional Independence Measure：FIM
 - 失禁の有・無（失敗と介助量）

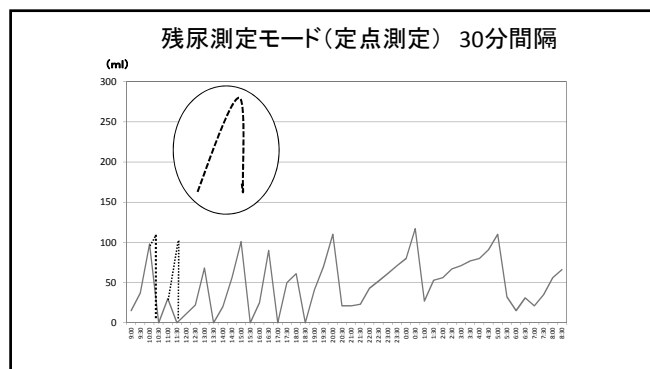
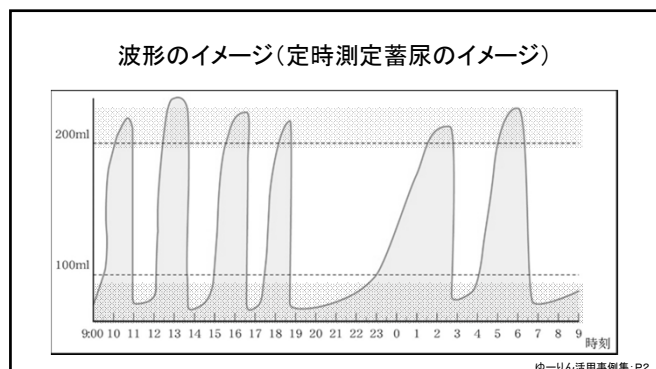
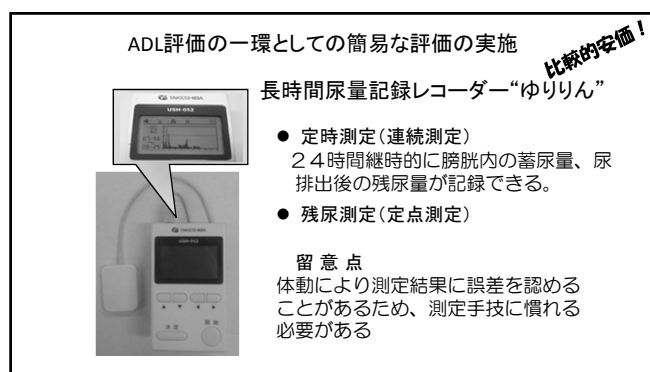
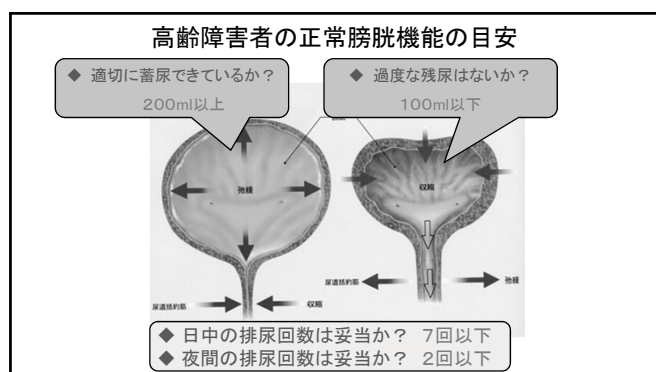
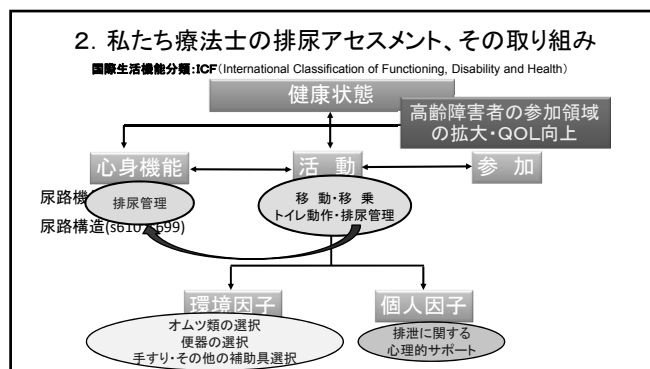
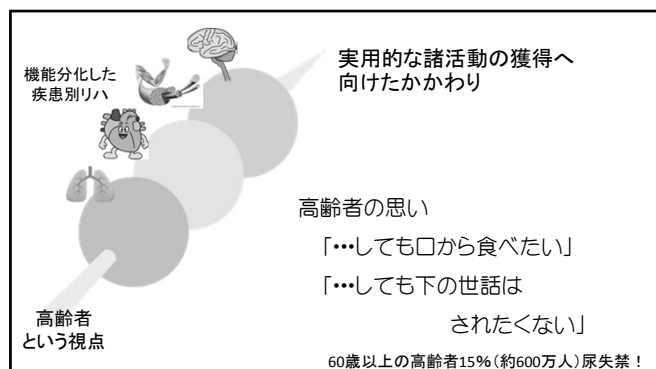


失禁タイプ

- | | | |
|--------------|---|--|
| 1. 機能性尿失禁 | → | 動作改善により失禁改善 |
| 2. 腹圧性尿失禁 | } | 動作改善しても失禁状態は改善しない
* 失禁の治療と並行した動作訓練・指導が重要！ |
| 3. 切迫性尿失禁 | | |
| 4. 溢流性尿失禁 | | |
| 5. その他混合性尿失禁 | | |

排尿に関する実用的諸活動の獲得に向けて

- 排尿管理（失禁状態）を踏まえた動作訓練・指導
- 失禁患者には、その原因を踏まえた適切な対応
- 適切なオムツ着用のもと、
社会参加へつながる動作訓練・指導



特 別 講 演

16:30～17:40

座長：三重野 英子（大分大学医学部看護学科実践看護学講座 教授）

「アセスメントに基づく排尿ケア －排尿日誌を活用した事例検討会の実際－」

陶山 啓子 先生

（愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 地域・高齢者看護学講座 教授／えひめ排泄ケア研究会 代表世話人）

アセスメントに基づく排尿ケア —排尿日誌を活用した事例検討会の実際—

陶山 啓子

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻 地域・高齢者看護学講座 教授 老年看護学を担当
えひめ排泄ケア研究会代表世話人



【プロフィール】

昭和59年3月	徳島大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程	卒業
59年4月	愛媛大学医学部付属病院	看護師として勤務（5年）
平成元年4月	愛媛県立医療技術短期大学	助手として勤務（5年）
平成6年4月	筑波大学大学院修士課程	入学
平成8年3月	〃	修了
平成8年4月	愛媛大学医学部看護学科	講師として勤務
8年10月	〃	助教授
平成17年4月	愛媛大学大学院医学系研究科	教授（現在に至る）
平成19年3月	大阪府立看護大学博士課程	修了
平成18年度より	えひめ排泄ケア研究会	代表世話人

アセスメントに基づく排尿ケア

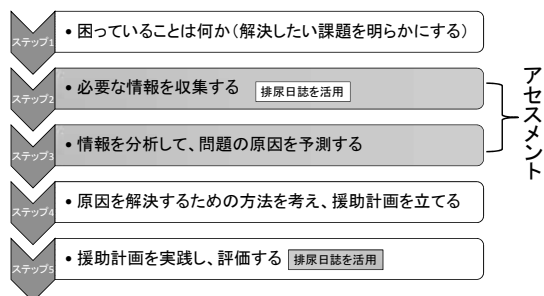
—排尿日誌を活用した事例検討会の実際—

愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
えひめ排泄ケア研究会代表世話人
陶山啓子

本日の予定

- 排尿のアセスメント
- 排尿日誌について
- 排尿日誌を活用した事例

排泄ケアのプロセス



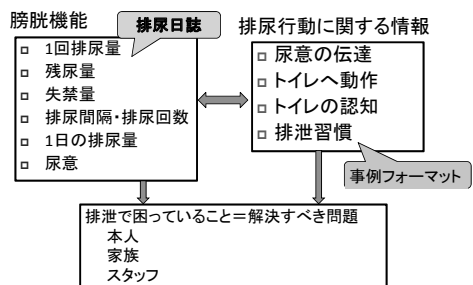
排尿アセスメントについて

排尿を成立させる機能

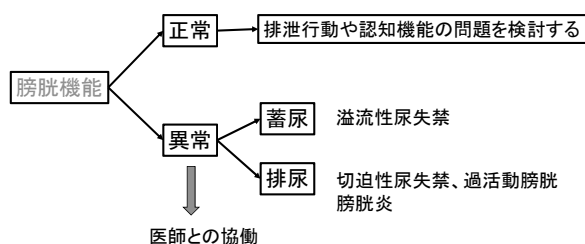
- 1) 膀胱機能
蓄尿・排尿・尿意
- 2) 排泄行動能力
トイレに移動する→便器に移乗する→下着をおろす→
便器に座る→おしりを拭く→下着をあげる
- 3) 認知機能
トイレの場所がわかる
排尿するタイミングがわかる

何が問題か

アセスメントに必要な情報



排尿のアセスメント → 膀胱機能を見極める



膀胱機能の評価

蓄尿機能(ためる力)

1回排尿量 + 残尿量(排尿後に膀胱内に残る尿量)

正常値 1回排尿量:150~200ml以上

排尿機能(出す力)

溜まった尿を出し切る=残尿なし~50ml

排尿のいきおい

排尿日誌

平成 年 月 日()

時間	尿意の有無 便意	排尿(ml)	失禁の有無・量	水分量	その他(機嫌、気づき、症状など)
0:00					
2:00					
4:00					
6:00	—		450		5時おむつ交換のみ
8:00	+	200	0	200ml	トイレ誘導
10:00					
12:00	—	100	40	200ml	トイレ誘導
14:00				200ml	
16:00	—	200	0	200ml	トイレ誘導
18:00					
20:00					
22:00					
24:00					

排尿日誌の記載内容

- ①排尿時の尿意の有無、
スタッフの排尿誘導の有無の確認
- ②1回の排尿量の測定
- ③失禁量(おむつの濡れの量)の測定
※何回分の排尿量かはわからない
- ④必要時、残尿測定
- ⑤排尿時刻

排尿状態を観察する道具



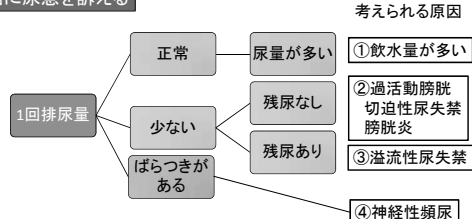
ユーリパン



ブラダスキャン

排尿日誌の読み込み

頻回に尿意を訴える



原因に応じた対処方法

- ①尿量が多い
 - 水分の取りすぎ → 水分量の調節
 - 薬の副作用(利尿薬) → 医師か看護師の相談
- ②過活動膀胱・切迫性尿失禁
 - 看護師か医師の相談 *抗コリン薬の内服が有効
- ③溢流性尿失禁 泌尿器科を受診
- ④神経性頻尿
 - 尿意が気にならないような生活を送れないか検討する

事例1

80歳代 女性

主な疾患: 認知症

排泄で困っていること: 職員を見かけるたびに尿意を訴える
さびしさによるものと判断し、関わりを持つが改善しない。

排泄状態: 日中は、パットとパンツ型オムツを使用。失禁していることもある。
訴えるが多いので、できるだけ気を紛らわせるように対応していた。

排泄動作: トイレへの移動・移乗動作には介助が必要
トイレでの座位は円背のため不安定であった。

時間	尿意 + -	尿量(失禁量) :ml	水分	その他
8:00	+	0(450)		定時誘導
9:00	+	0(80)		
10:00				
11:00	+	80(+)		
12:00				
13:00	+	100(+)	残尿15ml	定時誘導
14:00	+	少量(0)		
15:00	+	60(+)		
16:00	+	150(+)	残尿0ml	定時誘導
17:00				
		1日尿量 1000ml~2000ml		
		1日飲水量 1000ml		

排尿日誌から考えたこと

1. 円背で、身長も低く便器に座っても足底が床に着かないので腹圧がかからないのでは？
排出障害？ ⇒ 残尿測定
2. 膀胱許容量が少ないのでは？
泌尿器科受診
↓
検尿、残尿測定の結果
↓
膀胱炎と診断され、抗生物質が処方
スタッフを見て「姉ちゃん来てや。」と呼んでも、しばらく、話をすると落ち着いた表情を見せるようになった。

事例2

90歳代 女性

主な疾患: 脳血管性認知症、左大腿骨骨折

排泄で困っていること: 尿意の訴えが多い。排尿回数は、1日25回~30回

排泄状態: 排尿回数25~30回/日、排便回数1~3回/日
尿意・便意はあり、日中はパンツ

排泄動作: トイレまでは車椅子で自走するが、着衣動作ができないため、
ナースコールをおす。

時間	尿意 +	排尿(ml)	尿意 +	排尿(ml) 排便(g)	その他(機嫌、 気づき、性状など)
		10日			11日
9:00	+	100ml 50ml	+	50ml 50ml	
10:00	++	20ml, 少量			
11:00	+++ ++	少量	11:30+	150ml	
12:00					
13:00	++	100ml 少量	++ +++	50ml, 50ml 少量	
14:00					
15:00	15:30+	200ml			
16:00	+++	少量	+	200ml	
17:00	++	少量			

排尿日誌から考えたこと

Aさんは、レクリエーションに参加されている時間帯だけは、
排尿間隔があいている

神経性頻尿

援助計画

レクリエーションや興味のあることで、楽しみを見出していく
尿意が気にならないような生活を送れないか検討する

結果

Aさんの好きな写経・大正琴を行うことで、排尿間隔の延長がはかれた

- ☐ 何かに集中できる時間をつくる
- ☐ 尿がもれることを気にしないようよいと感じられるように関わる
- ☐ パットを上手に利用する

事例3

90歳代 男性

主な疾患: 前立腺肥大症、認知症

排泄で困っていること: 昼間の尿意の訴えが多く、間に合わないでパットが濡れて
いることが多い。

排泄状態: 尿意を訴えてトイレに行っても、失禁しており、自尿は少ない。
排尿後も立ち上がり時にもれる。

排泄動作: 移動は車いすで、移乗は介助が必要

内服薬: ハルナールD1丁(朝)、ウブレチド2丁(朝、夕)

時間	尿意 + -	尿量(失禁量) :ml	水分	その他
6:00	+	80(22)		
9:00	+	98(+)	300	
10:00	+	少量(30)		
11:00	+	29(0)		残尿100-150
12:00	+	10(14)		
13:00	+	20(70)		
14:00				
15:00			200	
16:00	-	94(+)		
18:00	+	40(30)	150	合計 537ml
				夜間700ml程度

排尿日誌から考えたこと

1. 夜間尿量が多く、総尿量には問題ない。
2. 残尿が多く、溢流性尿失禁になっている。

医師からのアドバイス

・排出障害に対しての投薬はおこなわれている
現在は、明らかな尿路感染も生じていない。

・残尿を減らし、尿路感染を予防する



援助計画

・パットを使用しながら意思を尊重したトイレ介助
・尿閉を早期発見できるように、排尿量・残尿量の観察を行う

事例4

90歳代 女性

主な疾患: 右大腿骨頸部骨折、変形性脊椎症、糖尿病
内服薬: カマグ、ナトリックス、ザイロックス、ランシックス

排尿状態

●尿意は問いかけると訴えることがあるが、「トイレに行くのはしんどい。」ということで、定時誘導

●以前は、トイレに行く回数は多かった

●1回の排尿量は少なく、お腹を押して排尿することもあった。
お腹を押すことは、いやがっていた。

F氏の排尿日誌

時間	排尿量	失禁量	残尿量	尿意
1日目 9:00	?	?	?	
12:00	140	20	320	+
15:00	5	85	355	-
19:00	40	40	380	
夜間	265	190	?	
2日目 ?	?	?	?	
13:00	0	120	640	+
18:00	0	130	510	
夜間	300	400	?	

とにかく、泌尿器科受診 ➡ 溢流性尿失禁

泌尿器科受診

医師からの指示: 導尿によって、1日3回の導尿の指示
1日2回へ

- 常に残尿は多かったが、トイレでの排尿量は増えた
- 夜間の睡眠の改善: 中途覚醒が減少
- 活動性の上昇: 施設内を自ら車椅子で駆動するようになった

オムツの使用によって異常のサインが見落とされる

残尿を疑うサイン: 1回量が少ない・でにくい
下腹部の張り
圧迫を嫌がる・痛がる

膀胱機能に関する情報の解釈と対処

失禁量

何回分の排尿量であるかは不明
いつどのような排尿状態にあるか把握することができない



定時誘導やおむつ交換で失禁がある場合

- ①時間間隔を短くする
 - ②1時間ごとなど、頻回に漏れをチェックすることにより、
排尿状態を把握する
- * 溢流性尿失禁の可能性もある

事例5

80歳代 女性

主な疾患: 脳梗塞、認知症、高血圧

排泄で困っていること: 陰部や臀部におむつかぶれによる発赤がある。

排泄状態: 尿意や便意の訴えは全くなく、全介助でトイレに座るが、常に失禁状態
測定していないが500ml吸収のパットがかなり濡れている。
失禁は多いが、残尿はないことを確認

誘導時間: 8時、12時半、15時、20時



誘導時間の検討が必要

日	時間																			
	0	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
1		+				+			+			+		+						
2		+				+			+			+		+						
3		+				+			+			+		+						
4		+				+			+			+		+						
5		+		○		○			+			+		+						
6		+		○		○			+			+		+						
7		+		-		+			+			+		+						
8		+		○		+			+			+		+						
9		+		○		○			+			+		+						
10		+		○		○		+			○			+						
11		+		○		○		○			○			+						
12		+		○		○		-			○			○						
13		○		○		○		○			○			+						
14		+		+		○		○			○			○						

○トイレで排泄

+バットに失禁

⊕ トイレで排泄
バットに失禁あり

排泄ケアに取り組むにあたって

- 排尿日誌は、必要なデータを選択して、完璧主義にならない
2日～3日でも十分判断できる情報が得られることが、多い。
継続が必要な場合は、特に必要なデータを簡便に記録できるように工夫する。

できることから始めて、継続できることが大切！！

memo

廣 告

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。

【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。
[本剤を1回0.2mg1日2回投与を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」の項参照〕
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」の項参照〕

【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。]
- (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、目の異常感等)、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。

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。

【併用注意】(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
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	健康成人男性においてイトラコナゾールと併用したとき、本剤のCmaxは約1.3倍上昇し、AUCは約1.8倍に上昇したとの報告がある。	本剤は主としてCYP3A4で代謝されるので、これらの薬剤により本剤の代謝が阻害される。
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	口渇・口内乾燥、便秘、排尿困難等の副作用が強くあらわれることがある。	抗コリン作用が増強される。

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。

3) 肝機能障害(頻度不明:自発報告による)

AST(GOT)、ALT(GPT)、ビリルビンの上昇等を伴う肝機能障害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投与を中止し、直ちに適切な処置を行うこと。

(2) 重大な副作用(類案)

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。

●その他詳細につきましては添付文書等をご参照下さい。

2014年6月改訂(第11版)

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)

作成年月:2014.6

過活動膀胱治療の新たな選択肢 Overactive Bladder (OAB)



選択的 β_3 アドレナリン受容体作動性過活動膀胱治療剤 (薬価基準収載)
(ミラベグロン錠)

ベタニス[®]錠 25mg 50mg
Betanis[®]

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)

【警告】

生殖可能な年齢の患者への本剤の投与はできる限り避けること。〔動物実験(ラット)で、精囊、前立腺及び子宮の重量低値あるいは萎縮等の生殖器系への影響が認められ、高用量では発情休止期の延長、黄体数の減少に伴う着床数及び生存胎児数の減少が認められている。〕

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

(1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 (2) 重篤な心疾患を有する患者 (3) 妊婦及び妊娠している可能性のある婦人 (4) 授乳婦 (5) 重度の肝機能障害患者(Child-Pughスコア10以上) (6) フレカイニド酢酸塩あるいはプロパフェノン塩酸塩投与中の患者

【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＞

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、膀胱癌や前立腺癌など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。

【用法・用量】

通常、成人にはミラベグロンとして50mgを1日1回食後に経口投与する。

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞

(1) 中等度の肝機能障害患者(Child-Pughスコア7～9)への投与は1日1回25mgから開始する。〔肝機能障害患者では血中濃度が上昇すると予想される。〔慎重投与〕の項参照〕
(2) 重度の腎機能障害患者(eGFR15～29mL/min/1.73m²)への投与は1日1回25mgから開始する。〔腎機能障害患者では血中濃度が上昇すると予想される。〔慎重投与〕の項参照〕

【使用上の注意】(抜粋)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1) 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」の項参照) (2) 重度の徐脈等の不整脈、急性心筋虚血等の不整脈を起こしやすい患者 (3) 低カリウム血症のある患者 (4) 肝機能障害患者(重度を除く)及び腎機能障害患者 (5) 高齢者 (6) 緑内障の患者

2. 重要な基本的注意 (1) 本剤投与によりQT延長を生じるおそれのあることから、心血管系障害を有する患者に対しては、本剤の投与を開始する前に心電図検査を実施するなどし、心血管系の状態に注意を払うこと。 (2) QT延長又は不整脈の既往歴を有する患者、及びクラス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)の抗不整脈薬等QT延長を来することが知られている薬剤を本剤と併用投与する患者等、QT延長を来すリスクが高いと考えられる患者に対しては、定期的に心電図検査を行うこと。 (3) 現時点では、過活動膀胱の適応を有する抗コリン剤と併用した際の安全性及び臨床効果が確認されていないため併用は避けることが望ましい。 (4) 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(α遮断薬等)を優先させること。 (5) 緑内障患者に本剤を投与する場合には、定期的な眼科的診察を行うこと。 (6) 現時点では、ステロイド合成・代謝系への作用を有する5α還元酵素阻害薬と併用した際の安全性及び臨床効果が確認されていないため併用は避けることが望ましい。

3. 相互作用

本剤は、一部が薬物代謝酵素CYP3A4により代謝され、CYP2D6を阻害する。また、P-糖蛋白阻害作用を有する。

(1) 併用禁忌(併用しないこと) フレカイニド酢酸塩(タンゴコール)、プロパフェノン塩酸塩(プロノン、ソビアル) (2) 併用注意(併用に注意すること) カテコールアミン(アドレナリン、イソプレナリン等)、イトラコナゾール、リトナビル、アタザナビル、インジナビル、ネルフィナビル、サキナビル、クラリスロマイシン、テリスロマイシン、リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピン、CYP2D6の基質(デキストロトルファン、フェノチアジン系抗精神病剤(ペルフェナジン)、ドネペジル等)、三環系抗うつ剤(アミトリプチン塩酸塩、ノルトリプチン塩酸塩、イミプラミン塩酸塩等)、メプロロール、ピモジド、ジゴキシン

4. 副作用

国内で過活動膀胱患者を対象に安全性を評価した総症例数1,207例中、臨床検査値異常を含む副作用発現症例は313例(25.9%)で、主なものはγ-GTP上昇45例(3.7%)、便秘35例(2.9%)、CK(CPK)上昇31例(2.6%)、Al-P上昇30例(2.5%)、口内乾燥21例(1.7%)、ALT(GPT)上昇21例(1.7%)、AST(GOT)上昇19例(1.6%)、尿中蛋白陽性17例(1.4%)、白血球数減少15例(1.2%)であった。(承認時:2011年7月)

(1) 重大な副作用 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投与を中止し、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。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
東京都中央区日本橋本町2-5-1

〔資料請求・お問い合わせ先〕営業本部DIセンター ☎0120-189-371



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

2014年6月1日より
投薬期間制限が
解除になりました。



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。]
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】 (抜粋)

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) 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。]
- (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、本剤の一時休薬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。

2014年6月作成

製造販売元

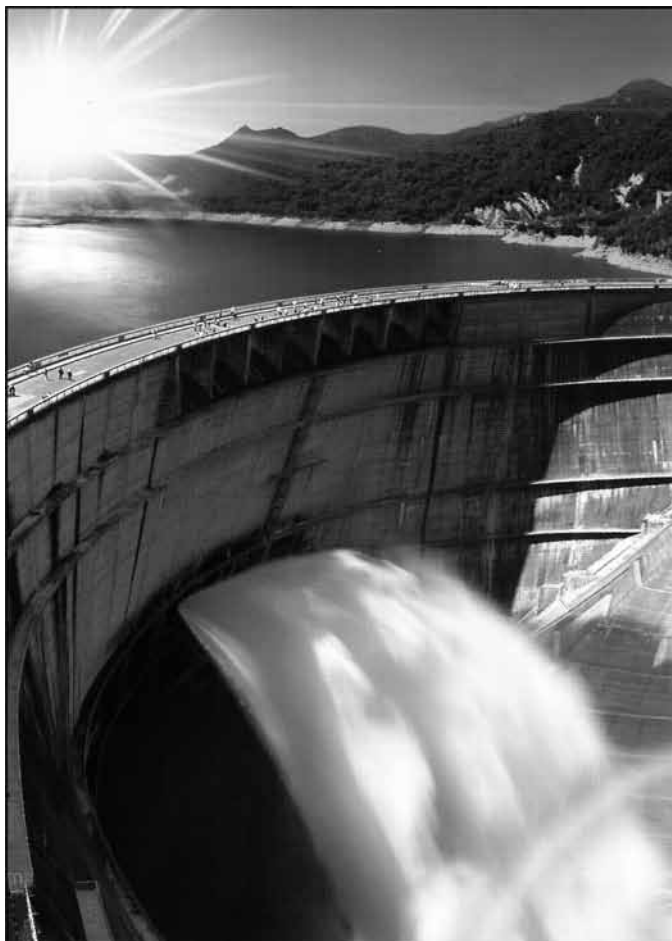


久光製薬株式会社

〒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



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 (ナフトビシル錠)

Flivas® OD Tablets (ナフトビシル口腔内崩壊錠)

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

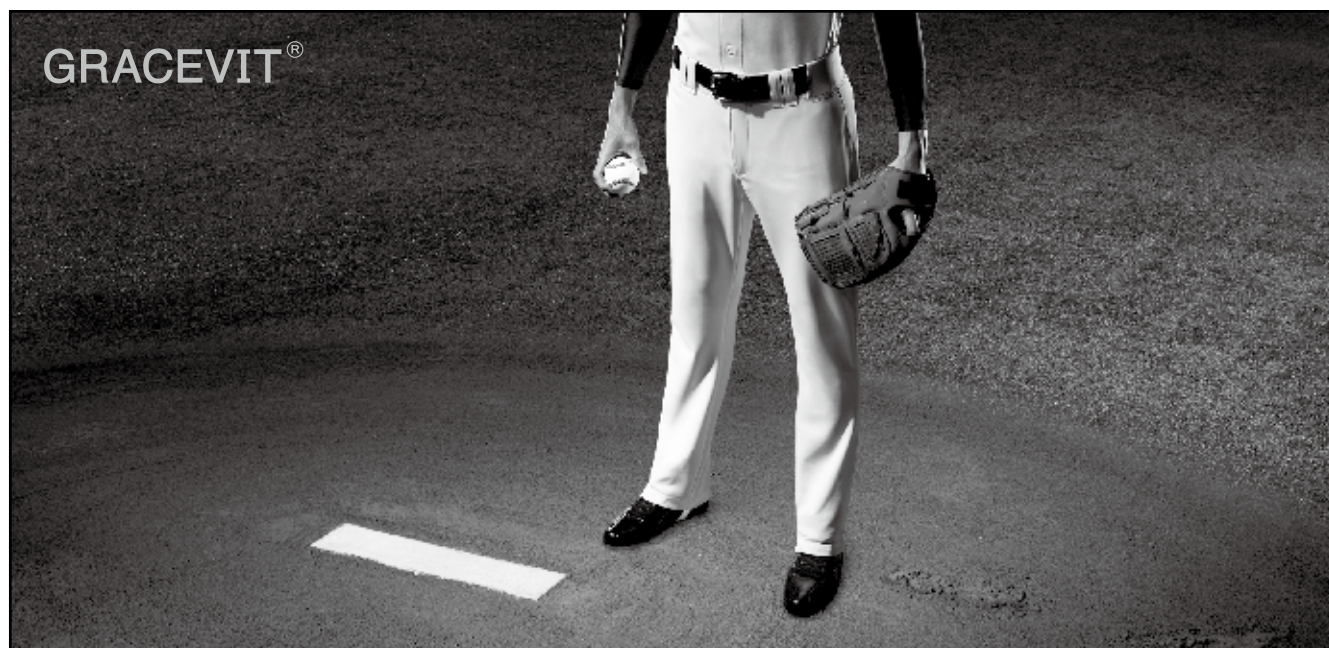
医薬情報部 ぐすり相談窓口

〒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

★効能・効果、用法・用量および禁忌を含む使用上の注意等については、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

2014年5月作成



前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤

薬価基準収載

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 2.5mg
タダラフィル錠
Zalutia[®]
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

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4月作成



©円谷プロ



過活動膀胱治療剤
トビエース[®] 錠 4mg
Toviaz[®] Tablets 徐放性フェンテロジンフマル酸塩錠
薬価基準未収載
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

2014年1月作成

第5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11月1日

発行者 三股 浩光 森 照明 佐藤 和子
研究会事務局

〒870-0261 大分県大分市志村765

大分東部病院（おしっこ支援隊チーム）

TEL097-503-5000

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

