

第7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27年10月25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7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27年10月25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
特別講演	7
ミニレクチャー	11
事例報告／研究発表①	19
事例報告／研究発表②	23
事例報告／研究発表③	29

第7回大分県排尿リハビリテーション・ケア 研究会開催に当たって



大分大学医学部腎泌尿器外科学講座

教授 三股 浩光

(大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会 代表世話人)

みなさま、こんにちは。来る10月25日に大久保病院理事長 大久保健作先生のお世話により、第7回大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会が大分大学医学部臨床大講義室で開催されます。今回は午後からの開催になりますが、本研究会顧問である日本コンチネンス協会会長 西村かおる先生のミニレクチャー「コメディカルの排尿管理」と国立長寿医療研究センターの吉田正貴先生の特別講演「高齢者排尿障害の特徴と排尿ケアへの取り組み」を予定しております。みなさまもよくご存知のとおり、西村かおる先生は看護における排尿管理の第一人者であり、吉田正貴先生は下部尿路機能の研究で国際的に著名な先生で、お二人とも日本のリーダーとして国内外で広く活躍されておられます。実地臨床に有益なお話を拝聴できるものと存じます。また、事例報告と研究発表には13題のご応募がありました。ご多忙のところ、しかも日曜にもかかわらず、いろいろな施設から演題を出していただきまして深く感謝申し上げます。

みなさまもよくご存知のように、2025年には団塊の世代がすべて75歳以上となり、4人に1人が後期高齢者となることから、医療と介護の制度が大きく変わりつつあります。医療や介護の現場では排尿・排泄のトラブルがますます重要な問題となっています。医療・介護に関わる方々には排尿・排泄に関する医学的知識が必須となり、さらに患者・要介護者の家族に対する指導や一般人に対する啓発も必要となってきます。本研究会が益々発展し、大分県の高齢者の医療・介護に貢献できますよう、是非多くの皆様のご参加と活発なご討議をお願い致します。

第7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



「排尿障害へのリハビリテーション」

社会医療法人社団 大久保病院

理事長 大久保 健 作

(大分県排尿リハビリテーション・ケア研究会 副世話人)

第7回大分県排尿リハビリ研究会の担当世話人を仰せつかりました社会医療法人社団 大久保病院の大久保健作と申します。よろしくお願い致します。

私の私見ですが排尿排泄障害は、色々な要因があり、排泄は生きるための生理現象であります。しかし人は、失禁してしまった時には、失敗すると恥ずかしいとか申し訳ないという思いがあり、ひどい時は人間としての尊厳を否定されたかのようにまで、思うようになります。とくに身体が不自由な御高齢の方はいつもご自分が欲する時に、嫌な顔をしないでかかわってほしいと願っています。しかし、麻痺している多くの方々は膀胱直腸障害のためにやむなくおむつに頼り、介護依存的生活が避けられないのも事実であります。

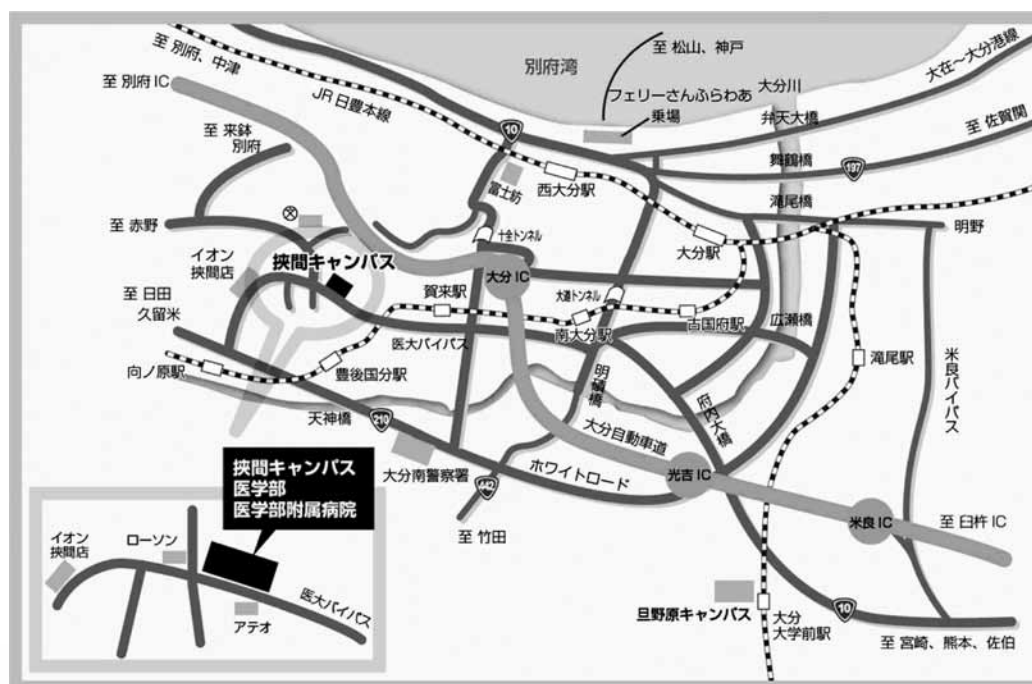
各種介護施設等の現場に於いては

おむつが濡れるのは排尿なのか失禁なのかとの区別が難しいという夜間の介護力不足等、問題がいろいろあります。

特に脳卒中に合併する排尿障害は、リハビリテーションの阻害因子となる為、排尿パターンの観察、残尿測定、尿水力学の検査により、十分な評価を行うことが求められています。まずは患者教育・リハビリ指導（男性）⇒バイオフィードバックを用いた蓄尿感覚、膀胱収縮抑制、随意的な括約筋収縮の習得、（女性）⇒骨盤底筋トレーニングなどの治療を行うことが勧められ病態に応じて、薬物療法、排尿器具が必要となりますが、実際に抜去可能と考えられるものが約4～50％は存在すると言われています。

老健施設などでは、おむつ外し、尿道留置カテーテル抜去の努力はされているものの、尿失禁のある脳卒中患者は、一般的に、在宅復帰率が低いと言われており、リハビリテーション入院治療する事が、排尿障害の軽減を導くという報告も多くあります。この研究会ではいかにして在宅復帰を可能にし人間の尊厳を取り戻すべく介護現場で排尿障害を正しく評価し理解した上で行われるリハビリテーションの考え方技術を勉強する機会になればと思っています。

会場案内



大分大学医学部附属病院 (大分大学医学部 挟間キャンパス建物案内図)



※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

■日時：平成27年10月25日（日） 13:30～17:35（受付13:00より）

■場所：大分大学医学部 臨床講義棟『臨床大講義室』

大分県由布市挾間町医大ヶ丘1-1 TEL097-549-4411

■参加費：500円（当日参加費として徴収させていただきます）

製品紹介 13:30～13:40

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 13:40～13:50

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 大久保 健作（社会医療法人社団 大久保病院 理事長）

ミニレクチャー 13:50～14:05

座長：三重野 英子（大分大学医学部看護学科）

テーマ：「コメディカルの排尿管理」

講師：西村 かおる先生（日本コンチネンス協会 会長）

事例報告／研究発表① 14:05～14:45

座長：篠原 美穂（杵築市立山香病院）

1. 「排尿の自立に向けて 排尿管理に目を向けよう」
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 作業療法士）
2. 「機能性尿失禁患者の改善した者と改善しなかった者の要因についての調査」
尾上 佳奈子（社会医療法人 敬和会 大分東部病院 リハビリテーション部 作業療法士）
3. 「当院における排泄動作阻害因子の検討」
阿南 捺希（社会医療法人社団 大久保病院 理学療法士）
- 4.

事例報告／研究発表② 14:45～15:25

座長：溝口 晶子（柳ヶ浦高校看護学科）

5. 「泌尿器科対診によるチーム医療」
齊藤 保子（大分岡病院 看護師）
6. 「老健施設における泌尿器科対診から得られたこと」
小野 幸代（社会医療法人敬和会 大分豊寿苑 看護師）
7. 「排尿障害がある患者の在宅復帰に向けた排尿支援～本人と妻への間歇導尿の指導を試みて～」
山本 美香（日田リハビリテーション病院 回復期病棟 看護師）
8. 「在宅へ向けて自立した排泄ケアの獲得」
本人の望む生活が送れるように、また介護者にとっても良い方法」
後藤 いずみ（グリーンケアやまが 看護師）

= 休憩（10分） =

事例報告／研究発表③ 15:35～16:25

座長：岡田 八重子（大分岡病院）

9. 「オムツ外しを目指して～機能性尿失禁のための夜間帯のオムツ使用ゼロへの道～」
池永 紘士（社会医療法人敬和会 介護老人保健施設 大分豊寿苑 介護福祉士）
10. 「オムツ外しをされる方の対応～不快感の原因を考えて～」
田村 恵子（介護老人福祉施設 ひた翠明館 介護福祉士）
11. 「意志疎通の困難な高齢者に対する排泄介助の検討」
大場 喜弘（特別養護老人ホーム情和園 生活相談員）
12. 「夜間頻尿を訴える高齢者の援助～骨盤底筋体操への取り組み～」
後藤 ひとみ（社会医療法人社団 大久保病院 看護師）
13. 「排尿の自立を目指して～自分でトイレに行けるようになって帰りたい～」
池内 めぐみ（社会医療法人社団 大久保病院 看護師）

= 休憩（10分） =

特別講演 16:35～17:35

座長：大久保 健作先生（社会医療法人社団 大久保病院 理事長）

演 題：「高齢者排尿障害の特徴と排尿ケアへの取り組み」

演 者：吉田 正貴先生（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 手術・集中治療部 部長）

閉会挨拶 17:35

第8回当番世話人 森 照明（社会医療法人敬和会 統括院長 大分岡病院院長）

特 別 講 演

座長：大久保 健作先生（社会医療法人社団 大久保病院 理事長）

「高齢者排尿障害の特徴と 排尿ケアへの取り組み」

吉田 正貴 先生

（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 手術・集中治療部 部長）

高齢者排尿障害の特徴と排尿ケアへの取り組み

よしだ まさき
吉田 正貴

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 手術・集中治療部 部長



【プロフィール】

所属：国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

職名：手術・集中治療部 部長（泌尿器科）

学位：昭和62年 3月 医学博士

略歴：昭和56年 3月 熊本大学医学部卒業

昭和62年 3月 熊本大学大学院医学研究科修了（医学博士）

昭和62年10月 熊本大学医学部附属病院泌尿器科助手

平成 元年 4月～平成3年 3月

エール大学（米国）泌尿器科へ留学

平成 3年 12月 熊本大学医学部附属病院泌尿器科講師

平成 7年 10月 熊本大学医学部泌尿器科助教授

平成19年 4月 熊本大学大学院医学薬学研究部 泌尿器病態学分野
准教授に配置換え

平成21年 7月 独立行政法人 労働者健康福祉機構 熊本労災病院
医療情報部 部長

平成24年 4月 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
手術・集中治療部 部長（泌尿器科）

専門分野：

神経泌尿器科、下部尿路機能障害、内視鏡手術 など

所属学会：

日本泌尿器科学会（指導医）、日本排尿機能学会（理事）、日本腎臓学会（指導医）、日本老年泌尿器科学会（評議員）、日本性機能学会（評議員）、日本泌尿器内視鏡学会（評議員）など

International Continence Society（ICS：国際禁制学会）、Société Internationale D'Urologie（SIU：国際泌尿器科学会）、American Urological Association（AUA：アメリカ泌尿器科学会）、European Association of Urology（EAU：欧州泌尿器科学会）など

下部尿路症状（Lower urinary tract symptoms: LUTS）は、さまざまな病因によって引き起こされ、加齢とともにその頻度が増加することが報告されている。また、LUTSを有する患者は排尿に関わる精神的あるいは身体的苦痛から著しいQOLの低下を余儀なくされている。高齢者では排尿に影響するさまざまな疾患が増加するが、一方では、LUTSは加齢あるいは生活習慣病に起因する心血管系疾患発症リスクを有するものに多くみられるとの報告があり、特に動脈硬化などによる下部尿路の血流障害がその主な病態であるとも言われている。

我々は高齢者の排泄（排尿・排便）ケアの具体的な内容を科学的見地から分析し、可能な限り排泄を自立してQOLが維持できるよう、老人保健施設や在宅における適切なケア基準の作成や、人材育成に関するプログラムの開発および地域における高齢者排泄ケアのネットワークの構築を担うためのセンター（高齢者排泄ケアセンター）の設立を目的とした取り組みを行っている。

これまでに行った老人保健施設や訪問看護ステーションへのアンケート調査の結果、おむつ外し、尿道留置カテーテル抜去の努力はされているが、あまり実績が伴っておらず、実際に抜去可能と考えられるものが約40％は存在することが明らかになった。また、おむつや尿道留置カテーテル、CICなどの導入や中止の判断基準が明らかではなく、それらをマニュアル化したものは少なかった。さらに施設や介護者と専門医師との連携が十分とは言えず、排泄ケアの内容についても具体的な問題点が明らかとなった。

排泄ケアに関する教育システムについて、名古屋大学排泄情報センターで養成された排泄機能指導士へのアンケート調査の結果、取得された資格についての認知度の低さ、資格取得者の職場内での待遇の悪さ、資格取得後に取得した知識や処置などを業務で十分に生かし切れていない、などの問題点が挙げられた。全国で排泄ケアに積極的に取り組んでいる事業体からの意見として、高齢者排泄ケアの重要性が十分周知されていない、資金難で運営が難しい、地域開業医や行政、医師会との連携が困難、自分たちの活動が地域の排泄ケアのレベルアップに寄与できているのか検証ができていない、などの意見が寄せられた。

これらの結果などを踏まえて、「高齢者排泄ケアセンター」の設立を目指して、高齢者排泄ケアの基準として、実地診療に即した高齢者排泄ケアマニュアルの作成（Clinical Question 形式を中心に）、高齢者排泄ケアに関わる人材育成のための講習会用資材（テキストやスライド）や教育のためのラダーの作成、ホームページの運用による施設・介護関係者間の連携の場の構築、作成された資材を用いた講習会の開催を行っている。さらに、今後はこの領域に関する全国的あるいは地域における臨床研究の計画・実施や支援についても積極的にかかわってゆきたいと考えている。

ミニレクチャー

座長：三重野 英子（大分大学医学部看護学科）

「コメディカルの排尿管理」

西村 かおる 先生

（日本コンチネンス協会 会長）

コメディカルの排尿管理

西村 かおる先生

日本コンチネンス協会 会長



【プロフィール】

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

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

所属学会・組織：

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

著者（絶版を除く）：

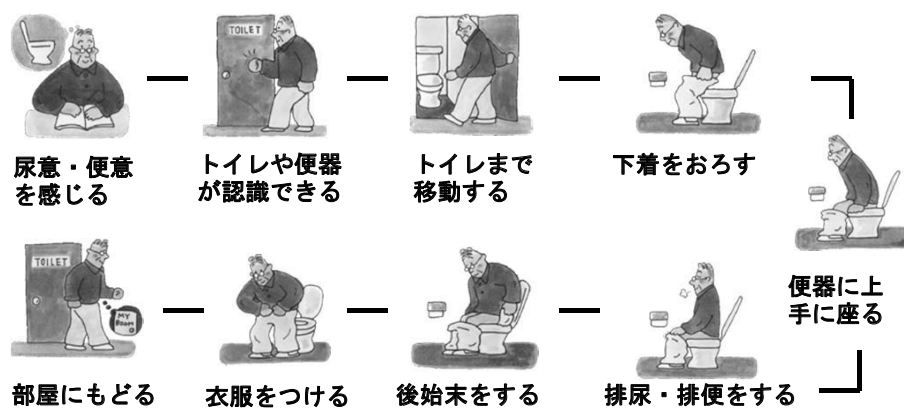
生活を支える排泄ケア（監修）	2002年	医学芸術社
排泄学ことはじめ（共著）	2004年	医学書院
患者さんと家族のための心地よい排泄ケア	2008年	岩波書店
アセスメントに基づく排便ケア	2008年	中央法規出版
ステップアップのための排泄ケア	2009年	中央法規出版
排便アセスメント&ケアガイド（編集）	2009年	学研
排泄ケアブック（編著）	2009年	学研
パンツは一生のともだち	2010年	現代書館
新排泄ケアワークブック	2013年	中央法規出版

排泄ケア・メディカルスタッフチームの役割と連携



日本コンチネンス協会
コンチネンス・ジャパン
西村かおる

問題なく「排泄」できるとは？



排泄には多くの生活動作が含まれる



移動



更衣



保清



食事



排尿・排便

排泄に必要な機能



運動機能

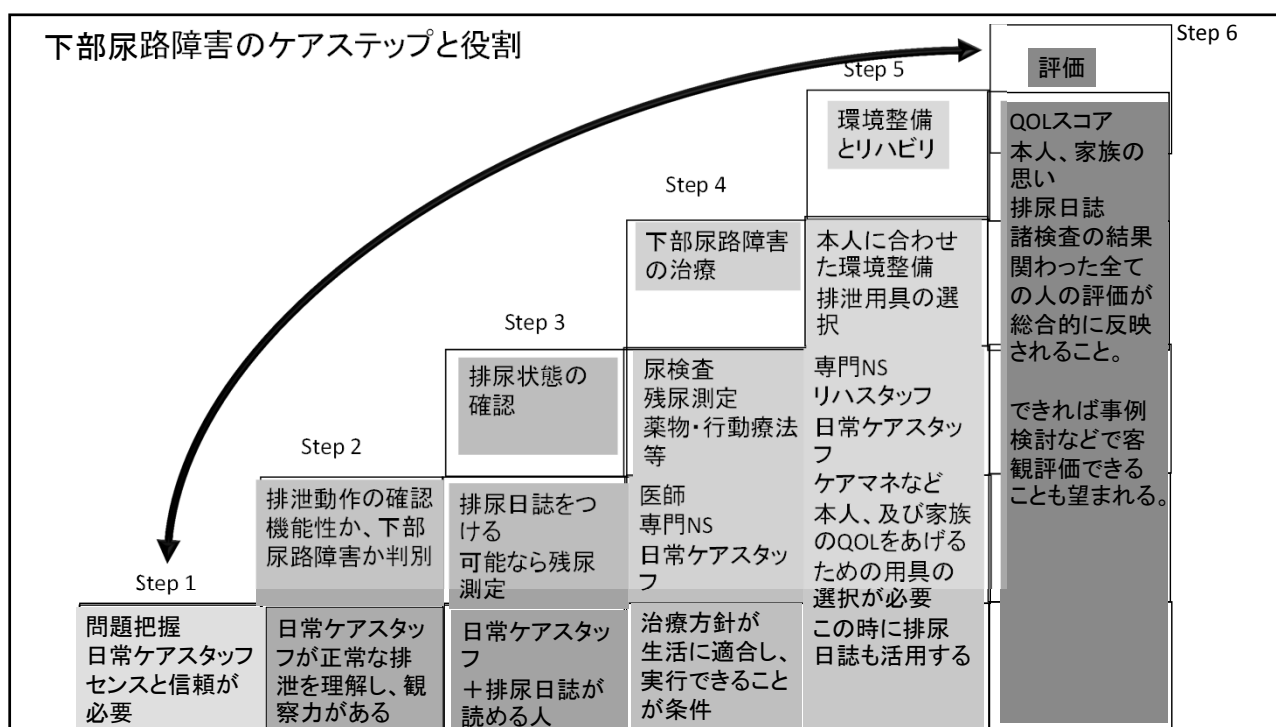
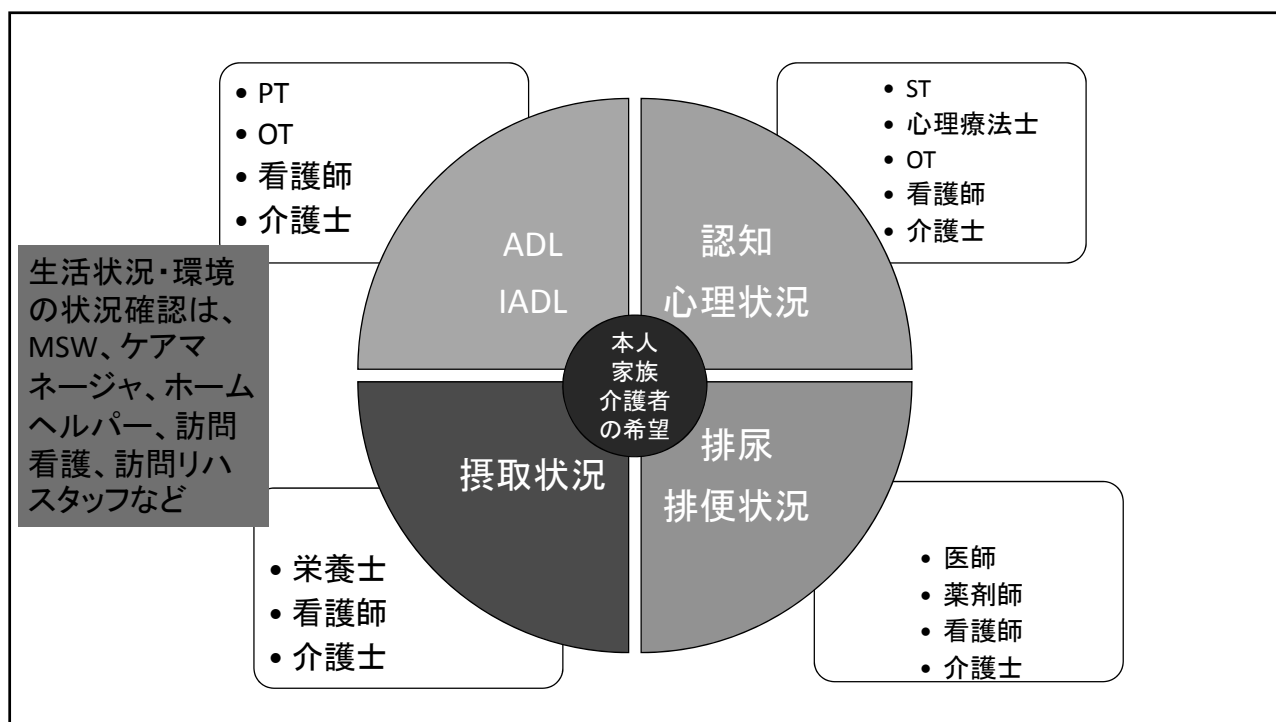


判断力



泌尿器・
消化器機能

+ 適合した環境



排尿ケアチームで必要なこと

頼む側 頼むことを明確にする

・アセスメントが基本
問題になっていることは何か？
排尿動作
排尿状態・排尿チャート
介護状況

➡ 誰にお願い？

相談できる相手は誰？

職種による役割
技量
思い



職種をよく知ること
組織的なネットワーク
個人的な情報

思いを持つことって？

- 良くしたいという熱意
- ぜひ協力して欲しいと願う
- 勇気を持つ
- 困っているケースを思う
- 自分がやるという気持ちを持つ
- 一人ではできないと訴える



仲間が不可欠！
ゆ～りん研究会の
意義はここにありま
す！



コンチネンスケア

全ての人が
気持ちのよい排泄
ができる社会を
目指して！

事例報告／研究発表①

座長：篠原 美穂（杵築市立山香病院）

1. 「排尿の自立に向けて 排尿管理に目を向けよう」

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 作業療法士）

2. 「機能性尿失禁患者の改善した者と

改善しなかった者の要因についての調査」

尾上 佳奈子（社会医療法人 敬和会 大分東部病院 リハビリテーション部 作業療法士）

3. 「当院における排泄動作障害因子の検討」

阿南 捺希（社会医療法人 大久保病院 理学療法士）

排尿の自立に向けて 排尿管理に目を向けよう

○黒田 康裕（作業療法士）¹⁾、川邊 千津子²⁾、松雪 孝広¹⁾、
山本 吉雄¹⁾

1) 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

2) 医療福祉専門学校 緑生館 作業療法学科

【はじめに】

我々は排尿行為の自立について、FIM移動、トイレ移乗、トイレ移動の動作項目のみならず、排尿管理を含めた4項目（以下、トイレ関連4項目）について介入する必要があると考えている。

当院回復期リハビリテーション病棟における先行調査にて、認知機能の低下を認める患者のトイレ関連4項目を調査したところ、認知機能の低下を認めていても、動作項目（移動、トイレ移乗、トイレ動作）は有意に向上するが、排尿管理にはばらつきがあり、排尿の自立に影響を及ぼすことが確認された。

調査を行う中で、「そもそも作業療法士は、どのような意識のもと訓練介入しているのか」という点に疑問を持ち、アンケート調査を実施した。以下、得られた結果に考察を踏まえ報告する。

【対象】

臨床現場で勤務する作業療法士27名（複数施設）

【方法】

セルフケア5項目とトイレ関連4項目に関して、作業療法士（回答者）の関心度、介入度をVisual Analogue Scale（VAS）方式にて数値化した。次に、数値化した関心度から介入度を引き、その差、つまりは「関心に対してどの程度介入出来ていると捉えているか」を算出、これを統計学的に比較した。統計学的手法としては、一元配置分散分析、多重比較（Bonferroni法）を用い、危険率5%未満（ $p<0.05$ ）を有意水準とした。尚、研究に関するデータの利用は、回答者に書面にて同意を得ている。

【結果】

セルフケア5項目では排泄が関心度、介入度共に最も高値であり、排泄は、食事や入浴よりも有意に高値であった。また、更衣は食事よりも有意に高値であった。トイレ関連4項目では、移動、移乗、トイレ動作よりも排尿管理が有意に低値であり、その他の組み合わせでは有意差を認めなかった。

【考察】

今回の結果より、セルフケア5項目の中では、排泄に最も関心があった。また、トイレ関連4項目で比較すると、その介入は動作項目に偏り、排尿管理への介入度は低い状況が示唆された。作業療法士は動作に偏った介入になっていないか見直し、今一度排尿管理に目を向けることが必要であると考ええる。

【結語】

今回の調査結果をネガティブデータとして捉えるのではなく、OTのアプローチ範囲拡大の可能性として前向きに発信していきたいと考える。

機能性尿失禁患者の改善した者と 改善しなかった者の要因についての調査

○尾上 佳奈子（作業療法士）、太田 有美

社会医療法人 敬和会 大分東部病院 リハビリテーション部

【はじめに】

当院回復期リハビリテーション病棟（以下、回りハ病棟）の入院患者で機能性尿失禁を呈した患者のうち改善した者と改善しなかった者それぞれに視点をあてその背景を見直し、機能性尿失禁に対する今後の関わり方の一助とする。

【対 象】

平成26年4月1日～平成27年3月30日までに回りハ病棟を入退院し、機能性尿失禁を呈した患者30名とした。リハ病名は、脳血管障害18名、運動器疾患8名、廃用症候群4名であった。

【方 法】

機能性尿失禁を呈した患者30名のうち退院時に失禁がなくなった者を改善群、失禁が継続したものを非改善群とし、さらに非改善群は、FIM得点30点以下、31点～50点、51点以上（最高88点）に分類し失禁が改善した理由、又は改善しなかった理由について整理した。

【結 果】

改善群7名、非改善群23名であった。FIM得点は、改善群は平均 98.5 ± 18.1 点、非改善群は平均 57.4 ± 27.8 点であった。改善群は、認知機能はMMSE平均 22.6 ± 2.5 点と正常の者が殆どであり、全員が移乗や移動、排泄動作が自立し、結果失禁がなくなった。

非改善群の内、FIM得点30点以下の者6名は、意思疎通や尿意の表出が困難であり、移動・移乗・排泄動作全般に介助量が多く、オムツ主体の対応であった。この6名は、出来る限りトイレに座るための介助量軽減や環境調整と併せ、個別的なオムツの選定や交換のタイミングを見極める事が必要と考えられた。

31～50点の者は5名であり、3名は尿意の表出が乏しく、日中は排尿パターンを元にした個別のトイレ誘導と併せた動作訓練を行っていた。しかし、完全に排尿のタイミングを掴むことは困難であり、夜間はオムツ主体にて対応していた。この3名は、尿意を捉えるための福祉機器の活用や伝達方法の工夫が必要と考えられた。残りの2名は、全身状態等の影響によりトイレでの排尿は困難であった。

51点以上の者は12名であった。その内8名は、日中の排尿はトイレにて行え、失禁は軽減したが、夜間帯はオムツ主体となっており、夜間帯の介入は不十分と考えられた。残りの4名は、動作習熟が図れておらず失禁を認めた。その為、動作指導と併せてパットの自己管理等への介入が必要と考えられた。

【考 察】

機能性尿失禁を認める者に対し、排尿の評価とトイレ誘導は積極的になされていたものの、介助量の多い者に対する動作方法の工夫や、福祉機器の活用、夜間帯の介入方法についてさらに検討を重ねる必要があると考えられた。

当院における排泄動作阻害因子の検討

○阿南 捺希（理学療法士）

社会医療法人社団 大久保病院

1. はじめに

我が国の高齢化率は、45年後の2060年には39.9%になると見込まれている。健康寿命の短縮には、運動器疾患・脳血管疾患・認知症・高齢による衰弱が大きく関わっている。当院においても、転倒や加齢による変形等により、下肢整形外科手術が施行されている。日常生活動作獲得による早期退院が可能となれば、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで送ることが出来るようになる。しかしながら、リハビリテーションや退院の阻害因子として、排泄動作の自立という問題が挙がることもある。今回の研究では、当院における排泄動作の阻害因子を検討することとする。

2. 方法

当院にて平成27年5月から8月の間に、大腿骨頸部骨折による骨接合術・人工骨頭置換術、変形性膝関節症による人工膝関節全置換術を施行した65歳以上の患者13名について、9月時点での排泄動作の自立度・年齢・既往歴・HDS-R・CS-30・BBSをデータとして抽出した。排泄動作の自立群・介助群に分け、更に自立群を退院した群・入院中の群に分けた。そして、3群の比較検討を行った。

3. 結果

- ・手術既往歴に対する差は見られなかった
- ・年齢に対する下肢筋力については平均を上回っている対象は1名のみであった
- ・HDS-Rにおいて自立群は、対象全てカットオフ値を上回っていた。非自立群は、上回っている対象が1名のみであった。
- ・BBSにおいて自立群は、カットオフ値を下回っている対象は1名・非自立群は、上回っている対象はいなかった。

4. 考察

認知症の発症には、脳の器質的な変化が起こるとされているが、その他に認知症予防の観点から、運動を推奨するといったことも多く話題として挙がっている。

下肢整形外科手術を施行した患者は、日常生活動作能力低下による運動量の低下、そして周囲の環境も変化することから、認知症の症状を進行させてしまう可能性が高い。

私達が排泄動作自立に向けて提供出来る事として、日常生活動作能力向上の支援はもちろんのこと、①リハビリテーション開始時より認知機能の評価を定期的に行っていくこと。そして、その評価結果を他職種にフィードバックすること。②適切な介助方法を、対象者に関わる病棟スタッフと共有することがあると考えられる。

5. まとめ

当院における排泄動作阻害因子として、今回の評価項目・排泄動作自立群・非自立群との比較から、認知症が関係していることが分かった。また、排泄動作の自立に関して、バランス能力の関与が示唆されたが、対象者数が少ないため、今後の課題である。

事例報告／研究発表②

座長：溝口 晶子（柳ヶ浦高校看護学科）

5. 「泌尿器科対診によるチーム医療」

齊藤 保子（大分岡病院 看護師）

6. 「老健施設における泌尿器科対診から得られたこと」

小野 幸代（社会医療法人敬和会 大分豊寿苑 看護師）

7. 「排尿障害がある患者の在宅復帰に向けた排尿支援

～本人と妻への間歇導尿の指導を試みて～」

山本 美香（日田リハビリテーション病院 回復期病棟 看護師）

8. 「在宅へ向けて自立した排泄ケアの獲得

本人の望む生活が送れるように、また介護者にとっても良い方法」

後藤 いずみ（グリーンケアやまが 看護師）

泌尿器科対診によるチーム医療

○齊藤 保子（看護師）¹⁾、大嶋 久美子¹⁾、岡田 八重子¹⁾、
太田 有美²⁾、佐藤 和子²⁾、渋谷 智子³⁾、小野 幸代³⁾、
森 健一⁴⁾

1) 大分岡病院、2) 大分東部病院、3) 大分豊寿苑、4) 大分大学附属病院

【はじめに】

当法人では、平成26年8月に排尿リハビリテーション・ケアセンター（通称：おしっこ支援隊）を立ち上げ、患者、利用者の排尿ケアや排尿リハビリテーションのアプローチに取り組んでいる。また、同年10月から法人内の3施設を泌尿器科医の診察が開始され、組織横断的に他職種でのチーム医療に取り組んでいる。

【経過・方法】

泌尿器科対診：平成26年10月～平成27年4月 月2回（第2・第4金曜日）

1日平均診察患者数：9.4名

平成27年5月～平成27年9月 毎週木曜日に変更

1日平均診察患者数：11.7名

排尿リハビリテーション・ケアスタッフを選出（各病棟より看護師、介護福祉士、リハビリスタッフ）し、病棟の責任者を決め、対診時の泌尿器科医師への情報提供、診察介助、病棟内への情報発信・共有を図った。

排尿評価表を作成し、泌尿器科医師への情報提供の標準化。

対診日当日の朝、看護管理室朝礼にて各病棟の対診患者を把握し情報収集を行う。

初診患者に対しては、超音波検査の準備。対診時は他職種（看護師・リハビリスタッフ・介護福祉士）で回診に同行する。対診前後に敬和会排尿リハビリテーション・ケアセンター顧問によるケアの確認・指導を受ける

【結果および考察】

泌尿器科医師の診療が開始された事で、早期に膀胱機能を評価し、専門医の診療、治療を受けることができるようになった。外部の泌尿器科医院への受診の為に外出することがなくなり、患者・家族の負担が減り、DPC対象病院として、外部医療機関への保険診療費の支払いが無くなった。

チームで診察に同行することで、治療方針、ケアの方法をその場で検討でき早期に介入ができるようになった。

老健施設における泌尿器科対診から得られたこと

○小野 幸代（看護師）、渋谷 智子

社会医療法人敬和会 大分豊寿苑

【はじめに】

当苑は、2014年11月より入所利用者に対し泌尿器科医師による対診を実施している。

入所者の中から泌尿器科的に問題のある利用者を選定し、9月上旬までに19名の利用者が泌尿器科対診を受けている。この9か月間の泌尿器科対診の状況から、利用者の傾向、老健施設における泌尿器科対診の重要性についての分析・考察結果を紹介する。

【対象】

2014年11月～2015年9月3日までに当苑に入所中の利用者のうち泌尿器科対診を受けた19名の利用者。

【方法】

泌尿器科対診を受けた利用者の受診に至った経過、利用者・職員が抱える問題点を分析した。

【結果】

初診時の主訴が明らかだった利用者は4名。入所時の排尿機能評価で異常が認められた利用者が12名。そのうちゆりりんによる残尿測定で異常値を認めた利用者は5名。頻尿の利用者は7名であった。また膀胱留置カテーテル抜去目的の利用者が1名であった。

【考察とまとめ】

受診した利用者のうち、利用者自身が排尿問題を実感しているケースは全体の2割にとどまった。認知症などの認知機能の低下なども影響しているとも考えられるが、尿失禁等の泌尿器科的問題を抱える利用者が全体の9割程度であることから考えると非常に少ないといえる。

老健施設においては、客観的な正しい膀胱機能評価と、泌尿器科医師による介入、それを受けた早期からのアプローチが非常に大きな意味を持つといえる。これらの取り組みを系統化し日常業務の中で多職種で取り組むことでより尊厳ある排泄ケアを実施できると考える。

排尿障害がある患者の在宅復帰に向けた排尿支援 ～本人と妻への間歇導尿の指導を試みて～

○山本 美香（看護師）、穴井 はるみ、小河 泉

日田リハビリテーション病院 回復期病棟

1. はじめに

「脳梗塞患者の排尿障害は膀胱機能のみならず、片麻痺や認知症などの因子も関与しており、これらはリハビリテーションの予後との関連性も指摘されている。したがって、患者の日常生活動作や、社会的適応も考慮した適切な排泄管理が望まれる。」と夏目修氏らは述べている。

今回、脳梗塞で腸間膜脂肪織炎を併発し、尿閉から膀胱カテーテルを留置した患者が転院してきた。当院の排尿リハケアチームは、カテーテルを抜去し自然排尿を支援したいと考えた。しかし、自尿は認めるものの残尿が多い状態であった。患者は職場復帰を希望していたこともあり、カテーテル留置は受け入れ難く、間歇導尿を選択した。

左片麻痺があり自己導尿を行うには介助が必要なため、妻の協力を得ることにした。患者と妻が協力して行う間歇導尿を指導した結果、手技を習得出来た。その後、サービス付き高齢者住宅へ退院し、間歇導尿をしながら生活を送ることが出来た。

2. 事例紹介

男性 82歳 疾患：脳梗塞（左片麻痺・左注意欠如） 腸間膜脂肪織炎 糖尿病 前立腺肥大 慢性膀胱炎
職業：保険代理店経営 介護度：要介護3（入院中に認定） 家族構成：妻（80歳）と2人暮らし
ADL：移乗軽介助 車椅子移動介助 トイレ介助（リハビリパンツ） 入院時の本人の目標：職場復帰
キーパーソン：次女（患者宅から車で1時間かかる所に在住）

3. 方法

- 1）第1段階：カテーテル抜去後より、尿意の有無・1回尿量・1回失禁量・性状等を排尿日誌に記録。（8日間）
尿意を感じた時や、尿意がなくても一定時間あいた場合は、排尿を促しその前後に長時間尿動態データレコーダゆりりん（以下ゆりりと略す）を使用して蓄尿量を測定。
- 2）第2段階：排尿日誌による傾向や生活パターンを考慮し、8回／日を目安に排尿誘導。
排尿後にゆりりんにて残尿測定を施行。泌尿器科医に相談し500mlを目安に間歇導尿を行う。
- 3）第3段階：本人と妻へ間歇自己導尿の指導。

4. 結果

第1段階：尿意は膀胱内に400～500ml以上たまると感じていた。1回尿量は0～300ml。1日尿量は2000～3000ml。夜間尿量は1000～1400ml。自尿後のゆりりんによる残尿測定は200～500ml。尿混濁あり。夜間の尿失禁量は500～1000ml。日中の尿失禁はほとんどなし。排尿中は腹圧をかけているが排泄までに時間を要していた。尿排出障害、夜間の溢流性尿失禁が考えられた。タムスロシン（前立腺肥大治療薬）、ウブレチド（尿排出障害治療剤）が開始となるが、残尿量に大差はなかった。

第2段階：起床時、9時頃（リハビリ前）、昼食前または後、14:30頃、リハビリ後、夕食後、消灯前、夜間は目覚めた時に排尿誘導した。尿意は曖昧な時もあり、日中の自尿は1回量が50～150ml位で夜間には150～350mlあった。500mlを目安に導尿を施行し1回量は700mlのこともあり、夕方から消灯時にかけては2回導尿することがあった。本人より導尿回数を減らして欲しいという申し出があり2～3回／日程度（午前・午後・眠前）とした。同時に、残尿量を少しでも減らすための排尿誘導は継続した。誘導時に排尿がなければ、30分後に再度誘導した。

第3段階：手順表をもとに指導した。実施は、見学→一部実施→実施と段階を経て指導した。夫婦共に前向きな姿勢で臨んでいた。尿道口の消毒とカテーテルの挿入・抜去は本人が行い、それ以外を妻が行った。カテーテル挿入は本人が右手で行う事で痛みに応じて加減できていた。出来ない部分より、できた部分を伝えることで自信に繋がるように努めた。退院前日まで行ううちに、二人で声をかけ合いながら協力して導尿できるようになった。

老々介護の負担を減らし、より安全に排泄管理を行うために退院後は訪問看護を導入した。

在宅へ向けて自立した排泄ケアの獲得

本人の望む生活が送れるように、また介護者にとっても良い方法

○後藤 いずみ（看護師）、宇留嶋 清香、笠置 文女、宇都宮 里美

グリーンケアやまが

【はじめに】

平成27年度の介護報酬改定では、老健の在宅復帰への役割を強く意味づけている。この方針の元、本施設グリーンケアやまが（以下GCとする）は在宅強化型施設として在宅復帰率50%超えを目標としている。入所者にとって、入所中の生活から在宅への生活へ変わることは、本人のみならず、家族の負担の軽減を考慮したケアを考えなくてはならない。今回、依存心の強い利用者が、排泄動作の獲得に向けてチームで取り組んだ経過を報告する。

【事例紹介】

A氏 91歳 女性 要介護3 自立度B2 長谷川式8点 性格：せっかちで依存心が強い

入所期間 H25,7,31～H26,3,27（1ヵ月間尿路感染症にて入院）
H26,4,30～ 現在に至る

既往歴：心不全・認知症・慢性気管支炎・DM・HT・両変形性膝関節症・第1腰椎破裂骨折

現状 左肩の痛みと膝の変形により、立ち上がりが不安定なため移乗時は全面介助を行っていた。排泄は、リハビリパンツ使用中で、尿意、便意はあり、トイレに全介助で行っていた。今回、本人が在宅復帰を強く希望されたこともあり、一連の排泄動作獲得に向けて、取り組みを行った。在宅になれば、60歳代の息子と同居予定。

【取り組み方法】

- ①排泄日誌・膀胱容量測定からの評価
- ②OTによる排泄による一連動作の評価
- ③在宅と施設での排泄環境を同一にする

【実施】

起床時から昼間にかけ、トイレコールが頻繁な為、本人・家族に了承を頂き、排泄日誌ブラザーズキャンで膀胱の蓄尿量・排尿量・残尿量を測定し膀胱機能の評価を行った。ベッドサイドにPトイレを設置し、OTより排泄動作の一連の評価をしてもらい、NS・CWでPトイレでの排泄動作介助の統一を図った。また家屋調査に同行し、在宅生活を想定した排泄方法を考慮した。

【考察・まとめ】

- *入所者の希望を傾聴し、実現できる生活動作の獲得に向けたケアが実地出来た。
- *多職種が同じ目標に向かうことで効果的な介入が出来た。
- *排泄後のパンツ・ズボンの上げる動作が上手くいかず、時間がかかると、喘鳴や息上がりの出現があるため、今以上に着脱しやすいパンツや着衣の見直しを行っていく必要があると思われた。

memo

Handwriting practice lines consisting of 28 horizontal dotted lines.

事例報告／研究発表③

座長：岡田 八重子（大分岡病院）

9. 「オムツ外しを目指して～機能性尿失禁の

ための夜間帯のオムツ使用ゼロへの道～」

池永 紘士（社会医療法人敬和会 介護老人保健施設 大分豊寿苑 介護福祉士）

10. 「オムツ外しをされる方の対応～不快感の原因を考えて～」

田村 恵子（介護老人福祉施設 ひた翠明館 介護福祉士）

11. 「意志疎通の困難な高齢者に対する排泄介助の検討」

大場 喜弘（特別養護老人ホーム情和園 生活相談員）

12. 「夜間頻尿を訴える高齢者の援助

～骨盤底筋体操への取り組み～」

後藤 ひとみ（社会医療法人社団 大久保病院 看護師）

13. 「排尿の自立を目指して

～自分でトイレに行けるようになって帰りたい～」

池内 めぐみ（社会医療法人社団 大久保病院 看護師）

オムツ外しを目指して～機能性尿失禁のための 夜間帯のオムツ使用ゼロへの道～

○池永 紘士（介護福祉士）¹⁾、松田 和也¹⁾、今村 真弓¹⁾、
渋谷 智子¹⁾、佐藤 浩二²⁾

1) 社会医療法人敬和会 介護老人保健施設 大分豊寿苑

2) 社会医療法人敬和会 大分岡病院

【はじめに】

高齢者の排尿障害では、原因は疾病のみでなく加齢によるものも多く、その結果尿失禁を余儀なくされている方も多い。当苑では、排尿カンファレンスを多職種で行うことで失禁対策を行っている。しかしながら、夜間の尿失禁への対応は十分とは言えず、日中はトイレを使用する方でも夜間はオムツ内やパット内に尿失禁をしているという現状がある。

今回、当苑の排尿リハケアセンターが設立され1年と半年が経ち、改めて入所利用者全体の排泄形態の分析を行った。その結果から介護士を中心として始まった夜間帯のオムツ使用ゼロに向けた取り組みについて、症例を通して報告する。

【対象と方法】

当苑にH27年9月20日現在で入所している利用者87名を対象に、排泄形態の調査を行った。①自立、②トイレ誘導、③終日オムツ、④その他の形態別に分かれた。その中から②トイレ誘導の方で、日中の失禁はないが夜間に尿失禁をしている方を対象とした。評価は長時間尿導態データレコーダゆりりと排尿日誌を用いて、夜間における膀胱容量や排尿パターンを調査した。評価や対象者の情報のもと、夜間の状況に応じた個別の最適な排尿方法を提案し実施する。

【症例紹介】

Fさん 男性 84歳 右不全麻痺 失語症

【支援と経過】

評価の結果、夜間は3～4時間おきに排尿があることを確認した。検討結果、尿器の使用を提案した。尿器の使用方法についてはセラピストと動作の評価を行った。対応として排尿パターンに合わせたタイミングで介護士から尿器使用の声かけを行った。

【結果】

1日目、2日目とも排尿パターンに合わせ尿器をあてても排尿なく、その1時間後に再度確認するとパット内に排尿していた。3日目はパターンを変えず、5分程度尿器をあてておくようにした。すると、3回中2回尿器に排尿することができた。尿器の声かけをする度に少し嫌がる仕草もあったが、尿器に排尿があった時にはFさんの喜ぶ表情が窺えた。

【考察】

オムツ内やパット内への尿失禁に定着してしまうと利用者、職員共に現在の排泄形態に疑問や不快感を抱きにくくなる。本症例を通して、オムツ内、パット内に排尿せず、尿失禁しない他の形で排尿することで不快な排尿を喜びに変えることができ、成功体験につながったと考える。夜間機能性尿失禁への取り組みを、今後とも継続していく。

オムツ外しをされる方の対応～不快感の原因を考えて～

○田村 恵子（介護福祉士）

介護老人福祉施設 ひた翠明館

【はじめに】

夜間多尿、おむつ外しによる放尿、認知症による理解力の低下などから夜間失禁・更衣が多い入居者に対し、課題を分析し対応を検討した。

【事例紹介】

- ・90歳代男性。要介護度4・既往歴～慢性心不全・高血圧・ネフローゼ症候群など。H27.3 心不全・腎不全にて入院。退院するもH27.5 下肢浮腫・脱水症・胸水貯留等により入院。5月末退院と同時に当施設入居となる。入院中は終日オムツ交換にて対応していたとのことだったが、日中は尿意訴える為トイレ誘導にて失禁なし。夜間のみテープ止めオムツ対応で様子見るも、オムツを外されるため毎日夜間（21時～7時）2～4回更衣する事が続いた。常にテープ止めオムツの中に手を入れている。夜間の尿意は曖昧でコールの理解は出来ず、ポータブルトイレ介助行うも1時間経たずに放尿されていた。心不全・腎不全・薬の関係から夜間多尿であり、日中臥床を促すも起きて過ごす事を強く希望された為、日中の尿量少なく夜間多尿であった。
- ・発表にあたり、家族・施設長の許可を得た。また、個人が特定されないよう実施した。

【方法】

- ・その方に合った排尿のタイミングをつかむ。失禁の原因を探る。（排尿日誌）
- ・オムツへの不快感を考え、テープ止めオムツ・リハビリパンツの種類等検討。

【結果】

- ・夜間2時間おきにポータブルトイレ介助行うも、1時間も経たずに失禁されていたため1時間半～2時間おきの誘導と体動時にポータブルトイレ介助行ったところ、そのうちコールでトイレに行きたいことを知らせてくださるようになり、失禁はなくなった。
- ・テープ止めオムツを「快適さらさらカバータイプ」や「リハビリパンツスーパー」やその他メーカーも試したところ、リハビリパンツにインナーの対応でオムツを外される事はなくなった。
- ・常にオムツに手を入れていることに対しては、両上下肢の浮腫軽減目的で使用した抱き枕を抱いていただく事で安心したのかオムツに手を入れることはなくなった。

【考察】

おむつ外しは、オムツに対する不快感とトイレへ行きたい思いの表れであり、こまめに対応した事が意欲の向上に繋がったのではないかな。本人の思いに添っていく事で寝たきりの状態から、日中離床し新聞や好きな歴史の本を読まれる等活動も増え、QOLの向上に繋がった。

【残された課題】

- ・1回の尿量が少ない為残尿測定したところ残尿がみられたが、その後すぐ心不全で入院となり残尿や夜間頻尿に対する課題解決は出来なかった。

意志疎通の困難な高齢者に対する排泄介助の検討

○大場 喜弘（生活相談員）

特別養護老人ホーム情和園

入所者：T氏 89歳（男）要介護度3（現在は要介護度4）

障害高齢者の日常生活自立度：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

家族関係：妻、二男と同居。子供4人（長女、次女、長男、次男）

既往歴：外傷性クモ膜下出血、左慢性硬膜下血腫（H27.7）

アルツハイマー型認知症、高血圧症、前立腺肥大症、神経因性膀胱、胸部大動脈瘤、
高脂血症、多発性心室性期外収縮、狭心症、低カリウム血症

内服薬：（入所時）ミカルディス錠40mg（1×朝）・メキシトール100mg（2×朝・夕）

・ユリーフ4mg（2×朝・夕）・プルゼニド12mg（1×夕）

経過：農業を中心に生計を立てていた。平成9年頭部打撲後、硬膜下血腫手術。平成20年頭部CT脳萎縮あり定期受診。平成26年9月作業中にろれつが回らず救急搬送、異常なく帰宅。10月より発熱続き主治医受診、通院。人格が変わったように怒る、話しの繰り返し、欠かさずつけていた日記が書けなくなる。11月夜間せん妄強く（大声、易怒性、抵抗顕著）救急搬送、かかりつけ医へ転院となるが過鎮静、興奮状態を繰り返し12月に精神科転院。内服薬調整にて徐々に穏やかとなり改善。平成27年2月下腹部膨満、排尿困難にて7～8時間ごと導尿。ハルナール開始。3月泌尿器科受診し前立腺肥大、神経因性膀胱の診断。ユリーフへ変更。その後自然排尿見られ改善。自宅での介護困難で退院後、平成27年4月より特別養護老人ホーム入所となる。

課題：多動、不明発語、不穏の際、パッド内に排尿見られる（直後に見られる）が多かった。入院中も日中リハビリパンツにてトイレ介助との引継ぎ。入所時よりトイレでの排泄（排尿）介助行い多動、不明発語、不穏の改善につながる可能性を試行した。

取り組み経過：日中リハビリパンツ、尿取パッドW（800cc）併用。夜間テープ付オムツ使用、尿取パッドあんしん（1200cc）。入所後よりトイレ介助行うも排泄動作（トイレであることの認識、立ち上がり、ズボンを下ろす、着座、排尿）の理解困難であった。起床時、食後にトイレに座ってもらう。介助者が腹部をマッサージ、腹圧をかける、ジェスチャー、水音等行うも排尿見られなかった。3日に1回程度トイレでの排尿見られたが、尿意や排泄動作、状況を理解して排泄している様子ではなかった。食事全量摂取、水分摂取量900～1200cc。日中トイレ介助時は排尿見られず、昼食後昼寝をした後に尿取パッドW内に多量の排尿見られることが多かった。夜間はオムツ内尿取パッドあんしんに排尿見られた。

結果：2週間トイレ介助実施するも排泄状況は変わらず、日中も布団に横になったほうが尿取パッドに排尿見られた。また、排尿後は表情も穏やかで機嫌良く笑顔が多い様子であった。

考察：認知症のためトイレ介助行うも一つひとつの動作理解困難で介助にも時間を要した。不穏や興奮時は抵抗もあり2名で対応することもあった。2週間様子を見たが状況変わらず、臥床し少し眠ったほうが排尿見られた。介護者の想いで無理にトイレ介助にこだわらず本人に合った排泄方法を選択していく視点も重要であると感じた。

今後の課題：平成27年7月に居室内で転倒し入院。同月末に退院となった。排便は下剤にて概ねコントロールできている。認知症の周辺症状の原因として今回排泄面からアプローチしたが排泄だけでなく並行して日中笑顔で活動的に過ごせるケアの内容を常に検討する必要がある。

夜間頻尿を訴える高齢者の援助 ～骨盤底筋体操への取り組み～

○後藤 ひとみ（看護師）

社会医療法人社団 大久保病院

I、はじめに

排泄は、生理的欲求のひとつであり、個人の尊厳を保つという意味においても重要なケアのひとつである。その中で尿失禁は加齢と共に頻度が高くなり、精神的な苦痛や日常生活での活動性低下をもたらす。今回T氏は夜間頻尿に対し苦痛を感じている中で「尿が近いから手をとる」「迷惑をかけたくない」という思いから誰にも打ち明けられずにいた。入院時立位保持できず、移乗動作には介助が必要であったが、一人でトイレに行く行為もあった。いつでも気持ちよく排泄できる援助とは何かT氏の症例を通して学び、骨盤底筋体操への取り組みから今後のケアに繋げていく課題を検討した。

II、事例紹介

T氏 80歳代 女性 要介護2
(現病歴) 運動器不安定症
(既往歴) 50歳 脊椎損傷 68歳 右膝OA 77歳 左膝OA
78歳 左大腿骨頸部骨折 82歳 右鼠径ヘルニア・右大腿骨転子部骨折

III、経過

平成27年7月 夜間頻尿の訴えあり。尿意切迫感あり。残尿なし。排尿時痛なし。夜間30分～1時間おきのNsコールにてトイレ介助実施。泌尿器科受診にてOABSS 9点。排尿前膀胱内エコー検査にて残尿22ml。尿検査 潜血3+ 細菌3+ 蛋白定性+ WBC、RBC正常範囲内。過活動膀胱の診断にて抗コリン剤服用開始。その後、長時間尿動態データーレコーダーゆりりん（以下 ゆりりん）にて夜間の膀胱機能評価施行。結果、内服開始直後は150ml～250mlの蓄尿量で30分から1時間おきの尿意であった。しかし内服開始1カ月後、300～500mlの蓄尿量で夜間3時間から5時間おきの尿意へと変化した。また、症状出現時より骨盤底筋体操を実施し、T氏へ実際に行いながらの指導を行った。円背が強く長時間の実施は困難な状況であった。そこで短時間で回数を増やし1日3回5分毎で実施した。しかし実際に看護師が介入する以外では自発的な取り組みは見られなかった。本人への意欲の低下により自力での実施は困難な状況であった。

IV、まとめ

抗コリン剤内服開始直後から内服開始1カ月後、ゆりりんでのデーターを比較すると蓄尿量が上昇しており蓄尿障害は改善していた。T氏自身も「少しは変わったかな」との発言が聞かれた。仰臥位での骨盤底筋体操に取り組んだが、円背により長時間の仰臥位は困難な状況であったため有効ではなかった。個々の骨盤底筋運動を本人または指導者が直接確認できなかったため、評価することが困難であった。手すりに捕まり立位保持は可能であったことから、仰臥位だけでなく立位といった他の方法の検討も必要であった。また、骨盤底筋体操に取り組むにあたり、看護師の知識不足もあった。骨盤底筋体操の課題として骨盤底筋の収縮感覚のない人に対し収縮感覚を自覚してもらえるよう個々に合った訓練方法を見つけ出すことが大切である。

骨盤底筋体操は長期的な介入が必要であると共に介入チームとの接触が多いと改善率も高い。ゆえに、多職種での関わりが必要である。また本人の症状がどのように変化しているかを観察していくことが大切である。T氏が自覚でき、喜びを感じることが出来るアプローチが必要である。

今後は、気持ちよく排泄し「すみません」ではなく気持ちよく「ありがとう」と言ってもらえる排泄の援助を多職種で検討し関わっていきたい。

排尿の自立を目指して ～自分でトイレに行けるようになって帰りたい～

○池内 めぐみ（看護師）、佐藤 英三

社会医療法人社団 大久保病院

【はじめに】

排泄は誰もが最後まで人の世話にならず自分で行いたいと思うものであり、自尊心を尊重したケアが大切である。排泄の自立は患者、家族にとって切実な思いである。入院による環境の変化や手術による侵襲が身体に及ぼす影響は大きく、術後廃用性症候群に陥り肺炎・尿路感染症を発症した。90歳代と高齢であり入院前からADLの低下が見られていたため回復は困難となった。自分でトイレに行けるようになりたいという本人の思いとその望みを叶えてあげたいという家族の強い思いがあり、自然排尿を促すための取り組みを報告する。

【事例紹介】

90歳代H氏女性、日常生活自立度J2 要介護1、HDS-R8点、自宅にて独居

病名 廃用症候群

既往症：脳梗塞後遺症、発作性心房細動

【経過】

入院当日夜間トイレに行こうとし転倒、右大腿骨頸部骨折を発症する。骨接合術後骨粗鬆症の進行もあり床上安静となる。術後3日目にバルーンカテーテル抜去、自尿確認する。術後8日目発熱あり尿路感染症の診断にて抗生物質開始するが発熱を繰り返すため、再度泌尿器科受診する。排尿障害・腎盂腎炎の診断を受け、再度バルーンカテーテル挿入となる。また術後から嚥下機能が低下し食事摂取量は半分程度、飲水も促すが1日300ml程度のみの摂取量であった。認知機能の低下もあり尿意の有無は不明確であり、神経因性膀胱にて内服開始する。水分摂取量と尿意、排尿間隔、残尿測定などを一目で確認できるチェックシートを作成した。時間を設定し尿意の確認、自尿の有無、ゆりりんを使用し残尿測定後導尿を行っている。今までに2回ポータブルトイレにて自尿があった。尿意があればポータブルトイレへ介助で座り、自分で排泄することですっきり感を味わい今後のやる気に繋がるよう取り組んでいる。

【まとめ】

H氏は自立した独居生活を送っていたが入院によって出来ていた動作を制限された。転倒後オムツを装着したことで尊厳の喪失となり意欲低下と繋がった。また床上安静が続くことで嚥下機能の低下があり、食欲の減退、肺炎や尿路感染症を併発した。「正常な排泄には、適切な量と種類の食事が欠かせない。しかし、加齢や障害により、食事への関心が減る、食欲がわからない、噛むこと・飲み込むことが困難などの理由で、適切な食事ができないことが多い。食生活に関連する要因が排泄障害に結びつくことも多い」と言われている。また「不適切な排泄管理は寝たきり状態や認知症の助長、治療機会の喪失に繋がり、積極的な排泄管理は生活の質の改善、心身機能の改善をもたらす」と言われていることから、「トイレに行きたい」というH氏と家族の希望を叶えるために気持ちの良い排泄に繋がるようなアプローチ、ケアを模索しながら今後も取り組んでいきたい。

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」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いおそれがある。]
- (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、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。

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%)、腰部不快感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)

処方箋医薬品^(B)

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-医師等の処方箋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:2015.6



前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤 薬価基準収載
日本薬局方 ナフトピジル錠・ナフトピジル口腔内崩壊錠

フリバス[®]錠 25mg・50mg・75mg
フリバス[®]OD錠 25mg・50mg・75mg

Flivas[®] Tablets
Flivas[®] OD Tablets

処方箋医薬品※

※注意—医師等の処方箋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
製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
(資料請求先)

旭化成ファーマ株式会社

医薬情報部 くすり相談窓口

〒101-8101 東京都千代田区神田神保町一丁目105番地

☎ 0120-114-936 (9:00~17:45/土日祝、休業日を除く)

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

AsahiKASEI

2014.11

〈グループ理念〉

私たち旭化成グループは、世界の人びとの“いのち”と“くらし”に貢献します。

まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。



www.astellas.com/jp/

明日は変えられる。

 **astellas**
Leading Light for Life
アステラス製薬

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)。

2014年4月改訂 (第5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® カプセル0.5mg
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)



【警告】

1. 本剤と硝酸剤又は一酸化窒素(NO)供与剤(ニトログリセリン、亜硝酸アミル、硝酸イソソルビド等)との併用により降圧作用が増強し、過度に血圧を下降させることがあるので、本剤投与の前に、硝酸剤又は一酸化窒素(NO)供与剤が投与されていないことを十分確認し、本剤投与中及び投与後においても硝酸剤又は一酸化窒素(NO)供与剤が投与されないよう十分注意すること。【禁忌】の項参照]
2. 死亡例を含む心筋梗塞等の重篤な心血管系等の有害事象が報告されているので、本剤投与の前に、心血管系障害の有無等を十分確認すること。【禁忌】の項及び「副作用」の項参照]

【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. 硝酸剤又は一酸化窒素(NO)供与剤(ニトログリセリン、亜硝酸アミル、硝酸イソソルビド等)を投与中の患者
3. 可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC)刺激剤(リオシグアト)を投与中の患者
4. 次に掲げる心血管系障害を有する患者
 - (1) 不安定狭心症のある患者
 - (2) 心不全(NYHA分類Ⅲ度以上)のある患者
 - (3) コントロール不良の不整脈、低血圧(血圧<90/50mmHg)又はコントロール不良の高血圧(安静時血圧>170/100mmHg)のある患者
 - (4) 心筋梗塞の既往歴が最近3ヵ月以内にある患者
 - (5) 脳梗塞・脳出血の既往歴が最近6ヵ月以内にある患者
5. 重度の腎障害のある患者
6. 重度の肝障害のある患者

【効能・効果】 前立腺肥大症に伴う排尿障害

<効能・効果に関連する使用上の注意>

本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること。

【用法・用量】 通常、成人には1日1回タダラフィルとして5mgを経口投与する。

<用法・用量に関連する使用上の注意>

1. 中等度の腎障害のある患者では、本剤の血漿中濃度が上昇する可能性があること及び投与経験が限られていることから、患者の状態を観察しながら1日1回2.5mgから投与を開始するなど考慮すること。【薬物動態】の項参照]
2. ナイトクロームP450 3A4(CYP3A4)を強く阻害する薬剤を投与中の患者では、本剤の血漿中濃度が上昇することが認められているので、1日1回2.5mgから投与を開始し、患者の状態を観察しながら適宜5mgへ増量すること。【相互作用】の項参照]

【使用上の注意】*

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1) α遮断剤を投与中の患者
 - (2) 軽度・中等度の腎障害のある患者
 - (3) 軽度・中等度の肝障害のある患者
 - (4) ホスホジエステラーゼ(PDE)5阻害剤を投与中の患者
 - (5) 高齢者
 - (6) 陰茎の構造上欠陥(屈曲、陰茎の線維化、Peyronie病等)のある患者
 - (7) 持続勃起症の素因となり得る疾患(鎌状赤血球性貧血、多発性骨髄腫、白血病等)のある患者
 - (8) 出血性疾患又は消化性潰瘍のある患者
 - (9) 網膜色素変性症患者
2. 重要な基本的注意
 - (1) 他のPDE5阻害剤と同様に、本剤は血管拡張作用を有するため一過性の軽度



の血圧低下があらわれる場合がある。本剤投与の前に、心血管系障害の有無等を十分確認すること。(2) α遮断剤と併用する場合は、降圧作用を増強するおそれがあるため、患者背景を考慮して治療上の有益性が危険性を上回る場合にのみ慎重に投与すること。【相互作用】の項参照](3) 4時間以上の勃起の延長又は持続勃起(6時間以上持続する痛みを伴う勃起)が外国にてごくまれに報告されている。持続勃起に対する処置を速やかに行わないと陰茎組織の損傷又は勃起機能を永続的に損なうことがあるので、勃起が4時間以上持続する症状がみられた場合、直ちに医師の診断を受けるよう指導すること。(4) 本剤投与後に急激な視力低下又は急激な視力喪失があらわれた場合には、本剤の服用を中止し、速やかに眼科専門医の診察を受けるよう、患者に指導すること。【その他の注意】の項参照](5) 臨床試験において、めまいや視覚障害が認められているので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。(6) 本剤投与後に急激な聴力低下又は突発性難聴(耳鳴り、めまいを伴うことがある)があらわれた場合には、速やかに耳鼻科専門医の診察を受けるよう、患者に指導すること。【副作用】の項及び「その他の注意」の項参照](7) 国内において他の前立腺肥大症治療薬と併用した際の臨床効果は確認されていない。(8) 本剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意し、本剤投与により期待する効果が得られない場合は、手術療法等、他の適切な処置を考慮すること。

3. 相互作用

本剤は主にCYP3A4により代謝される。

(1) 併用禁忌(併用しないこと)

薬剤名等
硝酸剤及びNO供与剤(ニトログリセリン、亜硝酸アミル、硝酸イソソルビド等)
sGC刺激剤(リオシグアト(アデムバス))

(2) 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等
CYP3A4阻害剤(イトラコナゾール、クラリスロマイシン、テラプレビル、グレープフルーツジュース等)
HIVプロテアーゼ阻害剤(リトナビル、インジナビル、サキナビル、ダルナビル等)
CYP3A4誘導剤(リファンピシン、フェニトイン、フェノバルビタール等)
α遮断剤(ドキサゾシン、テラゾシン等)
降圧剤(アムロジピン、メトプロロール、エナラプリル、カンデサルタン等)
カルベリチド

4. 副作用

承認時までに、日本を含むアジアで実施されたプラセボ対照二重盲検並行群間比較試験(3試験)において、本剤を投与された総症例894例(日本人患者680例を含む)中98例(11.0%)に副作用が認められた。主な副作用は、消化不良15例(1.7%)、頭痛12例(1.3%)、CK(CPK)上昇8例(0.9%)、筋肉痛8例(0.9%)、ほてり8例(0.9%)等であった。

(1) 重大な副作用

過敏症(発疹、蕁麻疹、顔面浮腫、剥脱性皮膚炎、Stevens-Johnson症候群)(頻度不明):本剤の投与により(男性勃起不全治療剤及び肺動脈性肺高血圧症治療剤としての投与を含む)、発疹、蕁麻疹、顔面浮腫、剥脱性皮膚炎、Stevens-Johnson症候群等の過敏症が、ごくまれに報告されている。このような症状が認められた場合には、本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。

その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。

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。

*2015年2月改訂(第2版)



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

2015年5月作成

OAB治療に新たな選択肢

貼る

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、本剤の一時休業又は使用を中止するなど適切な処置を行うこと。

3. 相互作用

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

併用注意(併用に注意すること)

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

4. 副作用

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

(1) 重大な副作用

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

●その他の使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

2015年3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：學術部 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



©円谷プロ

過活動膀胱治療剤

トビエース錠 4mg 8mg

Toviaz® Tablets 徐放性フェソテロジンフマル酸塩錠

【処方せん医薬品】

【薬価基準収載】

注意一医師等の処方せんにより使用すること

【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

1.尿閉を有する患者 2.眼圧が調節できない閉塞隅角緑内障の患者 3.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 4.胃アトニー又は腸アトニーのある患者 5.重症筋無力症の患者 6.重度の肝障害のある患者 (Child-Pugh分類C) 7.重篤な心疾患の患者 8.本剤の成分あるいは酒石酸トルテロジンに対して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。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。【重要な基本的注意】の項参照

【用法・用量】

通常、成人にはフェソテロジンフマル酸塩として4mgを1日1回経口投与する。なお、症状に応じて1日1回8mgまで増量できる。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

重度の腎障害（クレアチニンクリアランス30mL/min未満）のある患者、中等度の肝障害のある患者（Child-Pugh分類B）、又は強力なチトロムP450（CYP）3A4阻害薬を投与中の患者では、本剤の活性代謝物トルテロジン5-ヒドロキシメチル体（5-HMT）の血漿中濃度が上昇する可能性があるため、1日投与量はフェソテロジンフマル酸塩として4mgとし、8mgへの増量を行わないものとする。【相互作用】及び【薬物動態】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)下部尿路閉塞疾患（前立腺肥大症等）を合併している患者 (2)消化管運動が低下する危険性のある患者 (3)潰瘍性大腸炎の患者 (4)眼圧が調整可能な閉塞隅角緑内障の患者 (5)狭心症等の虚血性心疾患のある患者 (6)腎障害のある患者 (7)肝障害（重度は除く）のある患者 (8)CYP3A4阻害薬を投与中の患者 (9)甲狀腺機能亢進症の患者 (10)パーキンソン症状又は脳血管障害のある患者 (11)認知症、認知機能障害のある患者

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（霧視等）、めまい、眠気等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を操作する際には注意させること。(3)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。(4)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】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：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阻害薬：アタザナビル、クラリスロマイシン、インジナビル、イトラコナゾール、ネルフィナビル、リトナビル（ブースト療法における全てのリトナビル投与を含む）、サキナビル、テリスロマイシン等 CYP3A4誘導薬：フェニトイン、カルバマゼピン、リファンピシン、フェノバルビタール等/セイヨウオトギリソウ（St.John's Wort:セント・ジョーンズ・ワート）含有食品 CYP2D6阻害薬：キニジン、パロキセチン等

4.副作用

日本を含むアジアで実施した臨床試験及び国内長期投与試験における調査症例数785例中（うち日本人症例数651例）、副作用（臨床検査値異常を含む）発現症例は444例（56.6%）であった。その主なものは、口内乾燥321例（40.9%）、便秘65例（8.3%）等であった。外国で実施した臨床試験における調査症例数2288例中、副作用（臨床検査値異常を含む）発現症例は1207例（52.8%）であった。その主なものは、口内乾燥848例（37.1%）、便秘142例（6.2%）、頭痛117例（5.1%）等であった。

(1) **重大な副作用 尿閉（1.1%）**：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。**血管浮腫（頻度不明[※]）**：顔面浮腫、口唇腫脹、舌腫脹、喉頭浮腫があらわれることがあるので、観察を十分に行い、これらの症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な措置を行うこと。

(2) **重大な副作用（類薬）** 類薬（他の過活動膀胱治療剤）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、観察を十分に行い、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。注）外国での市販後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。

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

T0V72E009B



ニューキノロン系注射用抗菌製剤 処方せん医薬品*

クラビット®

点滴静注バッグ 500mg/100mL
点滴静注 500mg/ 20mL

CRAVIT® (シプロフロキサシン水和物、略名: LVFX)
※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、禁忌を含む使用上の注意等の
詳細につきましては、製品添付文書をご参照ください。



Daiichi-Sankyo

製造販売元(資料請求先)

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2013年12月作成



第7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27年10月20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

社会医療法人敬和会 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



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		

