

第13回

大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会

(ゆーりん研)

平成30年10月28日

場所／大分大学医学部 臨床講義棟 『臨床大講義室』

主催／大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会

共催／株式会社大塚製薬工場

第13回

大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会

(ゆーりん研)

平成30年10月28日

場所／大分大学医学部 臨床講義棟 『臨床大講義室』

主催／大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会

共催／株式会社大塚製薬工場

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	7
シンポジウム	15
特別講演	23

「第13回大分県排泄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

(大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会 共同代表世話人)



大分大学医学部総合診療・総合内科学講座 教授

宮崎 英士

(大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会 共同代表世話人)

皆様、こんにちは。

本研究会は排便を取り扱うようになって3回目になります。排便に関してはむねむら大腸肛門科院長の宗村 忠信先生に排便障害に関する特別講演を賜り、排尿に関しては排尿自立指導料に関するシンポジウムを企画しております。例年予定時間を超過してしまい、遠方からの参加者にご迷惑をおかけしているため、今回は一般演題を6題に絞っておりますが、活発な質疑応答をお願い致します。

本研究会の活動は全国的にも注目されつつあり、日本老年泌尿器科学会総会が2021年に大分で開催されることが決まりました。この学会は高齢者の排尿と泌尿器癌に関する問題を主に扱っていますが、高齢者の排尿に関しては本研究会を通じて、多職種の皆様と連携して排尿・排便の問題に取り組んできた活動が認められたものです。本研究会の活動を全国にアピールする絶好の機会となりますので、2021年に向けて本研究会がさらに発展するよう、皆様のご協力をお願い申し上げます。

第13回大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会 当番世話人



いつまでも、排泄自立は万人の切なる願い

JCHO 湯布院病院 副院長／リハビリテーション部長

井上 龍誠

(大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会 当番世話人)

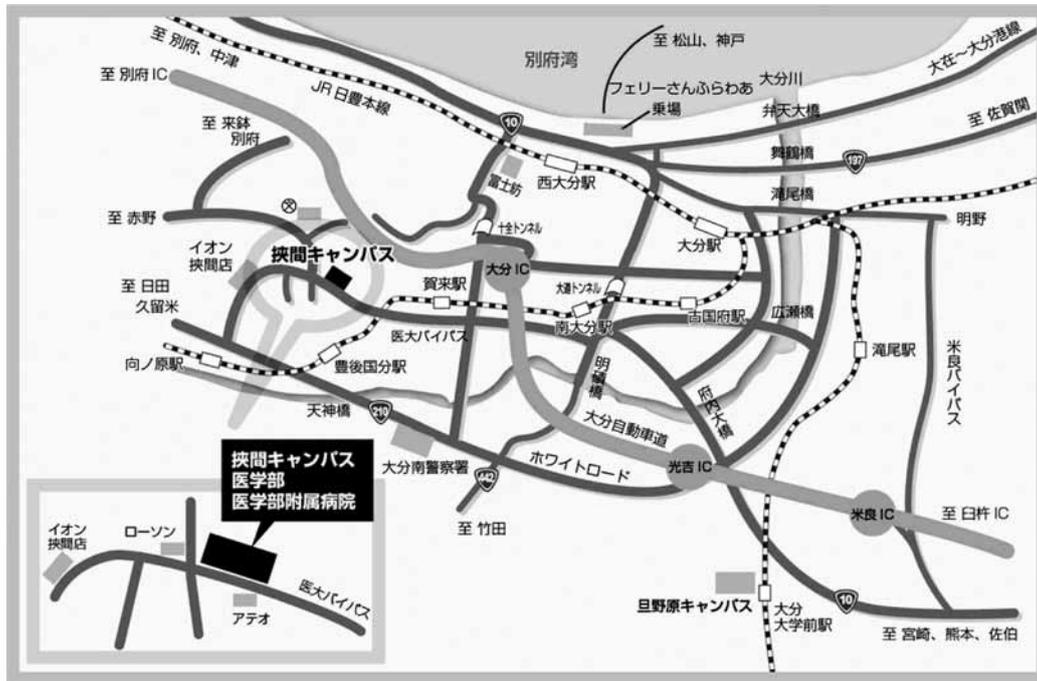
平成24年9月、医療・介護・福祉に関する専門職がともに排尿のリハビリテーションとケアについて学びあう場として発足した本研究会は、今回で13回目となりました。多職種の集まりによる本会は回を重ねるごとに中身も充実し、他県の関係者からも高い評価を得ています。平成28年度には診療報酬に「排尿自立指導料」が新設されたことで、一層関心も高まり、また平成29年10月の11回目からはさらに排便の問題にも研究対象を拡大し、会の名称を排泄リハビリテーション・ケア研究会と改めました。

排尿排便の機能障害の内容は多岐に及びますが、オムツやパッドが本当に必要となる失禁に限った疫学的調査によれば、60歳以上の尿失禁者は男女で計16.9%（日本排尿機能学会）、65歳以上の便失禁者は男女で計15.3%（訪問面接調査）とのことです。わが国はこれから超高齢社会を迎えようとしています。排尿排便の問題は不可避です。若い頃には何ともなかった機能が、齢を重ねるとともにいつしか異常を来し、しばしば他人様には決して知られたくはない状況が訪れてきます。これは本人だけでなく家族や介護者にとってもつらい深刻な問題です。叶うことならば最期まで他人様の世話にはなりたくないのは、全ての人の切なる願いかと思います。その意味で、本研究会の果たせる役割は、今後さらに大なるものがあるといえるでしょう。

本日は、午後の部のみで、自由演題6題、「排尿自立指導料算定から2年－その動向と私たちの取り組み－」についてのシンポジウム、および特別講演「排便障害の診療 ～大腸肛門科の診療所から～」を準備しています。排尿自立指導については、各医療施設のチームによる取り組みを報告頂き、相互に学びあいたいと思います。また特別講演では、日々臨床の現場で下部消化管の診療に携わっておられる「むねむら大腸肛門科」の宗村忠信先生に実地医科の立場からご講演頂きます。

本日の会が、病院や施設で日々奮闘しておられる皆さんの明日からの活動のためのよいヒントとなれば幸いです。最後まで活発なご討議を宜しくお願いいたします。

会場案内



大分大学医学部附属病院 (大分大学医学部 挟間キャンパス建物案内図)



※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30年10月28日（日） 13:00～17:00（受付12:30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：1,000円（学生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 13:00～13:10

尿道留置カテーテル抜去パスとリリアムα

株式会社大塚製薬工場（星野隆）

開会挨拶 13:10～13:15

共同代表世話人 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 井上 龍誠（JCHO 湯布院病院 副院長／リハビリテーション部長）

事例報告／研究発表 13:15～14:15

座長：伊東 朋子（大分県立看護科学大学基礎看護科学講座 准教授）

1. 「尿道カテーテル抜去後の排尿障害へのアプローチ」

大海 十（社会医療法人社団 大久保病院 看護師）

2. 「多職種で取り組む排尿ケアチームの現状と今後の課題」

佐藤 真由美（社会医療法人三愛会 大分三愛メディカルセンター 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師）

3. 「10種類の便秘薬に依存した排便コントロールからの脱却」

～N氏の排便コントロールの支援から見えてきた課題～

後藤 佳代（日田リハビリテーション病院 看護師 排泄リハケアチーム リーダー）

4. 「脊髄損傷患者の排泄自立に向けてのケア」

宮成 美穂（社会医療法人敬和会 大分リハビリテーション病院 看護師）

5. 「前立腺全摘除術患者に対する骨盤底筋訓練の早期介入効果について」

鳴山 裕文（独立行政法人国立病院機構 大分医療センター リハビリテーション科）

6. 「難治性過活動膀胱に対する仙骨神経刺激療法の試み」

住野 泰弘（独立行政法人国立病院機構 大分医療センター 泌尿器科）

= 休憩（10分） =

シンポジウム 14:25~15:50

座長・コーディネーター：佐藤 和子（元 大分大学医学部看護学科基礎看護学講座 教授）

宮崎 英士（大分大学医学部総合診療・総合内科学講座 教授）

テーマ：「排尿自立指導料算定から2年－その動向と私たちの取り組み－」

- 報告者：1. 笠置 仁美（独立行政法人国立病院機構 別府医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師）
2. 宮成 美弥（大分県立病院 看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師）
3. 足達 節子（大分赤十字病院 看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師）
4. 廣崎 めぐみ（杵築市立山香病院 看護師 排尿チームメンバー）
5. 大嶋 久美子（社会医療法人敬和会 大分岡病院 副看護部長 排尿リハ・ケアチームリーダー）

特別講演 16:00~17:00

座長：井上 龍誠（JCHO 湯布院病院 副院長／リハビリテーション部長）

演 題：「排便障害の診療 ～大腸肛門科の診療所から～」

演 者：宗村 忠信先生（むねむら大腸肛門科 院長）

閉会挨拶 17:00

第14回当番世話人 小野 隆司（杵築市立山香病院 院長）

事例報告／研究発表

13:15～14:15

座長：伊東 朋子（大分県立看護科学大学基礎看護科学講座 准教授）

1. 「尿道カテーテル抜去後の排尿障害へのアプローチ」

大海 十（社会医療法人社団 大久保病院 看護師）

2. 「多職種で取り組む排尿ケアチームの現状と今後の課題」

佐藤 真由美

（社会医療法人三愛会 大分三愛メディカルセンター 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師）

3. 「10種類の便秘薬に依存した排便コントロールからの脱却

～N氏の排便コントロールの支援から見えてきた課題～

後藤 佳代（日田リハビリテーション病院 看護師 排泄リハケアチーム リーダー）

4. 「脊髄損傷患者の排泄自立に向けてのケア」

宮成 美穂（社会医療法人敬和会 大分リハビリテーション病院 看護師）

5. 「前立腺全摘除術患者に対する骨盤底筋訓練の早期介入効果について」

鳴山 裕文（独立行政法人国立病院機構 大分医療センター リハビリテーション科）

6. 「難治性過活動膀胱に対する仙骨神経刺激療法の試み」

住野 泰弘（独立行政法人国立病院機構 大分医療センター 泌尿器科）

尿道カテーテル抜去後の排尿障害へのアプローチ

○大海 十（看護師）、森 愛梨咲

社会医療法人社団 大久保病院

I はじめに

排泄行為は尊厳や自己実現などの高次の欲求に大きな影響を与える。今回A氏は、肺化膿症の治療に伴い5週間膀胱留置カテーテルを留置していた。カテーテル抜去後、尿閉となり間欠導尿を行った。A氏の排尿行動の自立に取り組んだ結果、排尿機能の回復につながったケースを報告する。

II 事例紹介

A氏 60歳代 男性 日常生活自立度J1 内縁の妻と二人暮らし
現病歴：発熱で受診。自宅で内服治療し経過観察を行っていたが解熱せず、喘鳴、呼吸苦の増強で再度受診。肺化膿症と診断され加療目的で入院となる。

既往歴：46歳 2型糖尿病、高血圧症

性格：協力的だが自分の嫌なことは譲歩をしない

III 経過

人工呼吸器離脱し翌日膀胱留置カテーテルを抜去した。その後自尿、尿意なく尿閉となり、腹満感を訴えゆりりんで確認し1日3～5回導尿を施行していた。抜去後5日目、尿意の訴えが聞かれはじめ。車椅子への移乗動作は介助にて可能であり、咳嗽の際「おしっこがでた。」との発言が一度聞かれたため、トイレ誘導を試みるが拒否される。抜去後9日目、尿意がはっきりしないため泌尿器科受診にて神経因性膀胱、前立腺肥大の診断あり、内服開始となる。抜去後13日目、尿意があった際にトイレ誘導を進めると納得される。翌日尿意あり、疲労感がないことから坐位姿勢で排泄する必要性を説明しポータブルトイレへの移乗を促した。移乗介助しトイレ内に自尿あり。ゆりりんにて残尿0mlであり、自ら「でたな。スッキリしたわ。」との発言が聞かれ排尿できたことを共に喜び共有した。その後、3日間ゆりりんで排尿後の残尿量を確認したが0～48mlであった。自尿が出て以来、導尿することはなくなり、ポータブルトイレでの排泄が確立していった。

III まとめ

真田氏は、「医療者は個人の葛藤を受け止め、寄り添い、徐々に現実を受け入れながら新たな排泄方法を確立していくように支援する必要がある」と述べている。患者の意志を尊重し、個人に合わせたトイレ誘導、排泄援助のタイミングがアプローチとして重要であった。今後排泄管理のアセスメントを行い可能な限り排泄を自立し個々に合わせた排泄支援に取り組んでいきたい。

多職種で取り組む排尿ケアチームの現状と今後の課題

○佐藤 真由美（看護師）²⁾、川上 ちづる²⁾、松村 めぐみ³⁾、池田 勇太¹⁾、
福田 朋弥¹⁾、大野 仁⁴⁾

1) 社会医療法人三愛会 大分三愛メディカルセンター

2) 同 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 3) 同 皮膚・排泄ケア認定看護師 4) 同 泌尿器科

【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。急性期を脱した後、積極的に排尿障害へのアプローチを行うことを目的に排尿ケアチームがある。A病院でも多職種で取り組んでいる排尿ケアチームの現状と今後の課題について検討した。

【目的】

排尿ケアチームの関わりの中で、実践的な活動を通し患者がどのように向上したかを知り次のステップに繋がられた事例を報告する。

【事例紹介】

19歳 男性 小脳出血で高度意識障害がありADLは全介助 発語はなく意思疎通も困難で四肢麻痺であった。硬膜外膿瘍と細菌性髄膜炎にてスパイナルドレナージ管理となった。スパイナルドレナージし感染がコントロールできたことで意識レベルも1桁に急速に改善し尿道カテーテルを抜去したが機能性尿失禁があったため「ゆりりん」を装着し排尿パターンの確認を行った。

【結果】

「ゆりりん」から得られた情報をもとに排尿パターンを理解し、午前中の時間帯にリハビリスタッフと連携しトイレに座る事で自排尿を試みた。病棟では手指の力が弱いためナースコールの工夫を行った。ADLは全介助だったが多職種と情報共有を行いその人にあった排尿スタイルの検討が行えた。機能性尿失禁は残存したが日中は尿意を訴えリハビリパンツで対応が可能となった。そして転院先の病院のスタッフに来院してもらい同じケアをスムーズに移行することができた。

【考察】

今回の事例を経験し、尿道カテーテル抜去後の排尿日誌の重要性を理解でき、早期に尿道カテーテルを抜去することで離床やおむつの除去に向けた工夫などADLの拡大が図れた。今回の事例の様に難渋した症例には、排尿ケアチームの協力を得て多職種で意見交換することが、とても有効であったと考える。

【今後の課題】

今後も様々なケース、特に実践の場において対応に難渋している症例は、泌尿器科医の協力を得て多職種で意見交換を行い、早期にアセスメントしスムーズな排尿、排便コントロールに繋がるよう努力していきたい。そのためには看護師一人ひとりが病態を理解し、排尿に関して積極的にアセスメントしていくよう意識づけしていくことが大事である。

今後も排尿ケアチームとして多職種での活動を継続していくこととする。

10種類の便秘薬に依存した排便コントロールからの脱却 ～N氏の排便コントロールの支援から見えてきた課題～

○後藤 佳代（看護師）¹⁾、山本 美香¹⁾、小河 泉²⁾

1) 日田リハビリテーション病院 看護師 排泄リハケアチーム リーダー

2) 同 総看護師長

I. はじめに

排泄は、問題を抱えている人が多くても羞恥心から表面化しにくい傾向にある。16年前より慢性便秘の患者が、右脛骨近位端骨折で入院した。当初、便秘薬を10剤内服していたが、退院時は3剤までに減った。便秘薬が減量出来た看護を振り返り、便秘に対する課題を検討したので報告する。

II. 事例紹介（オレムの看護過程を用いた）

(1) 経緯と看護問題

N氏76歳女性。独居。自転車で転倒し受傷した。保存的治療を行い、目標は自立した生活。入院時、10種類の便秘薬を服用。看護上の問題点を3つ挙げた。①骨折による疼痛②身体可動性障害による転倒のリスク・セルフケア不足③排便コントロール障害

(2) 患者を支援できる人

キーパーソン：義姉 社会資源：ケアマネージャー、かかりつけ医療機関と調剤薬局

(3) 看護問題③の治療的セルフケア・ダイヤモンド

入院時の便は、1日6回。ブリストルスケール⑥～⑦少量。肛門周囲の発赤と疼痛あり。「便秘になるとお腹が苦しい。」「あなたの腸は長いから便秘になりやすい。薬は飲み続けなさいと先生が言ってた。」と訴えた。排便コントロールの改善が必要である。

(4) 看護問題③の分析

- ・排便環境・習慣の変化による更なる排便困難の可能性。
- ・過剰な内服による2次障害（下痢・肛門の発赤・疼痛）の出現。
- ・形のない便で、便が出た自覚が乏しく、出ていないと判断していた。
- ・かかりつけ医の便秘薬を減らす事への不安。

(5) 患者のセルフケア能力

月1回受診し、お薬手帳は持参。処方通り内服。水分と野菜を多く摂取し、腹部マッサージを実施。

(6) 看護問題③の実践	評価
1. 移動が自立するまでは、トイレまで車椅子で移動介助。 医師に便の性状を報告。下剤の減量や中止が可能か検討。 2. 栄養管理（普通食1600kcal）と水分摂取の促し。 3. リハビリテーションによる運動療法 4. 患者指導・教育 ・排便日誌を開始。患者自身で記入。目標は有形便。 ・自己で観便しブリストルスケールで記入。内服した薬も記入した。	・排便1日1～2回。ブリストルスケール④～⑤。マグミット、セチロ配合錠、センノシド錠の3種類を内服し退院。 ・お茶以外乳酸菌飲料を飲んでた。 ・全荷重後、自主的にウォーキング。 ・排便日誌で、便の性状を記録した。 下痢時は、自ら下剤を減量していた。

(7) 看護問題③の修正

退院前、「独りだから相談できる人がいない。帰ったら、また薬が増えないか」と心配していた。対策：ケアマネと義姉を含め協議し、月1回薬剤師による訪問薬剤指導を在宅サービスに計画。

III. 考察

今回の事例で、便秘と認識する患者の多くは、医療者へ正しく便の性状を伝えられていないのではないかと考える。排便状態を正しく把握するためには、患者と医療者が共通した認識が必要。その尺度としてブリストルスケールを活用し、排便の支援につなげたい。

脊髄損傷患者の排泄自立に向けてのケア

○宮成 美穂（看護師）¹⁾、村井 朋美¹⁾、安部 純佳¹⁾、笠野 和代¹⁾、
汐月 真由美¹⁾、河野 真太郎¹⁾、河野 銀次¹⁾、太田 有美¹⁾、
後藤 美貴代¹⁾、佐藤 和子²⁾

1) 社会医療法人敬和会 大分リハビリテーション病院

2) 社会医療法人敬和会 排尿リハビリテーション・ケアセンター 顧問

【目的】

脊髄損傷患者の在宅・仕事復帰においては排泄自立に向けたケアが重要となる。今回、脊髄損傷により対麻痺と膀胱直腸障害を呈した患者のリハ・ケアを経験した。自宅退院・復職への希望が強く、それを可能にするケアの実践に取り組んだ。その過程を振り返ることで、脊髄損傷患者の今後のケアに役立てることを目的とした。

【事例紹介】

- 1) 事例：20歳代 男性
- 2) 疾患名：脊髄損傷（T12：Frankel A） 対麻痺、膀胱直腸障害
- 3) 入院時ADL（排泄）：ベッド上排泄 オムツ全介助
排尿…自尿なく導尿。前医で自己導尿手技修得し、ベッド上で自己導尿実施。
排便…便意なくオムツ内排泄。緩下剤や坐薬で調整

【ケアの実際】

- 1) 入院から車椅子・トイレへの移乗動作自立まで
入院時からベッド上で自己導尿は行えており、リハビリによる身体可動性の拡大に伴い、排泄自立に向けたケア介入が可能であったが、障害の受容ができていないと判断し、この間は排尿評価とともに緩下剤等の調整による排便コントロールを主体とした。
- 2) 移乗動作自立～退院まで
リハビリに取り組み、笑顔も見られるようになってきたため、ベッド上導尿からトイレでの導尿へと切り替えた。手技自体の修得は問題なく、導尿時間前の腹部の張り、体動時の尿失禁、尿路感染による発熱等が出現したため排尿評価を実施。復職時の業務時間も考慮した導尿時間の変更を行った。また、夜間睡眠確保や外出時を考え、間歇式バルーンカテーテルとレッグバックの使用方法を指導し、手技を獲得して退院となった。排便管理では、最終的に自己摘便と緩下剤、イチジク浣腸との併用とし、排便の自己管理ができるようになった。
- 3) 退院後の初回外来受診時の合同カンファレンス開催
初回外来受診時、患者・母親・セラピスト・外来看護師・病棟看護師で合同カンファレンスを実施し、自宅での排泄管理の状況や指導が必要な点の確認を行った。復職は今後の課題であるため、引き続きフォローし復職の実現を支えたい。

【考察】

排尿チームを中心に排泄自立に向けたリハ・ケアを実施し在宅復帰ができた。障害の受容段階を考慮するとともに、排泄に関する問題を患者とともに検討・改善したこと、外来での合同カンファレンスの開催を行ったことが当事例においては有効だったと考える。

前立腺全摘除術患者に対する骨盤底筋訓練の 早期介入効果について

○鳴山 裕文¹⁾、溝口 智紀¹⁾、甲斐 均¹⁾、伊東 直子²⁾、
住野 泰弘³⁾、中島 駿佑³⁾、甲斐 友喜³⁾、奈須 伸吉³⁾

1) 独立行政法人国立病院機構 大分医療センター リハビリテーション科
2) 同 看護部 3) 同 泌尿器科

【背景と目的】

当院では前立腺全摘除術（開腹術または腹腔鏡手術）を年間40例程度実施しており、合併症である尿失禁の改善のため骨盤底筋訓練を実施している。しかしながら、骨盤底筋訓練の指導介入時期に関しては一貫しておらず、これまでほとんどが術後から指導を実施していた。できるだけ早期からの骨盤底筋訓練の介入が予後に好影響を与えると予測されるが、術前介入による研究報告は少ない。今回、骨盤底筋訓練の早期介入の効果について検討した。また術式（開腹手術と腹腔鏡手術）による訓練効果の差があるのかについても比較検討を行った。

【対象と方法】

2015年に前立腺全摘除術後に骨盤底筋訓練を指導した群と2016年に前立腺全摘除術後に骨盤底筋訓練を指導し、術前2～3ヶ月間、自主訓練を実施した群の入院期間中の失禁量を排尿日誌に記載し、失禁率の変化を比較した（術式による失禁量、失禁率の比較も実施）。また、自主訓練内容に関するアンケートによる実感度・満足度の効果判定も行った。

【結果】

（術前指導なし群）

リハビリ開始時（カテーテル抜去後）失禁量：709 失禁率：37%（腹腔鏡下790 40%、開腹652 35%）
終了時（退院時）失禁量：467 失禁率：32%（腹腔鏡下616 35%、開腹363 21%）

（術前指導あり群）

リハビリ開始時（カテーテル抜去後）失禁量：544 失禁率：25%（腹腔鏡下726 32%、開腹417 30%）
終了時（退院時）失禁量：408 失禁率：20%（腹腔鏡下521 23%、開腹328 18%）

- ①アンケート結果：ほぼ全ての患者で術前の骨盤底筋訓練に効果があると実感しており、満足されていた。
- ②術前指導あり群の退院時の尿失禁率は、術前指導なし群と比べ、より高い改善がみられた。
- ③術式（開腹術、腹腔鏡下術）の違いで、骨盤底筋訓練による訓練効果の差はなかった。

【考察】

訓練を実施する患者の中には、導入時にすでに挫折し、訓練を習慣化することができず継続できないケースも少なくない。今回、術前から早期介入を行えたことで、訓練期間を多く設けることが出来た事に加え、患者の予後の不安やストレスの軽減も図ることができたことが尿量・失禁率の減少につながったと考えられた。

難治性過活動膀胱に対する仙骨神経刺激療法の試み

○住野 泰弘¹⁾、中島 駿佑¹⁾、甲斐 友喜¹⁾、奈須 伸吉¹⁾、
安部 怜樹²⁾

1) 独立行政法人国立病院機構 大分医療センター 泌尿器科

2) 大分県厚生連鶴見病院 腎臓外科・泌尿器科

【緒言】

行動療法や薬物療法に抵抗性の難治性過活動膀胱にたいして2017年9月より仙骨神経刺激療法が保険適用になった。今回われわれは同治療法を試みたため報告する。

【症例】

44歳女性 てんかんの既往あり。20年前の出産後より頻尿、尿失禁が継続していたが3年前より徐々に増悪し近医泌尿器科で薬物治療（抗コリン薬、 β 3刺激薬）を受けるも改善しなかったため2017年7月X日に紹介受診となった。各種検査（排尿日誌、尿流動態検査、鎖膀胱造影なども含む）により難治性過活動膀胱、切迫性尿失禁と診断し、仙骨神経刺激装置埋込み術を施行した。まず初回手術として全身麻酔下にリード埋込み術（手術時間92分、出血少量）を行った。その後試験刺激にて有効性を確認し初回手術から7日目に局所麻酔下に刺激装置本体埋込み術を施行した（手術時間35分、出血少量）。術後経過は良好で2回目手術後8日目に退院となった。術後頻尿、尿失禁は改善し術後8ヶ月目の現在も増悪なく経過観察中である。

【結語】

仙骨神経刺激療法は難治性過活動膀胱にたいして有効な方法であると考えられる。

シンポジウム

14:25～15:50

座長・コーディネーター：

佐藤 和子（元 大分大学医学部看護学科基礎看護学講座 教授）

宮崎 英士（大分大学医学部総合診療・総合内科学講座 教授）

「排尿自立指導料算定から2年 －その動向と私たちの取り組み－」

1. 「当院の排尿自立指導の導入による現状と今後の課題」

笠置 仁美（独立行政法人国立病院機構 別府医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師）

2. 「排尿ケアチーム立ち上げ及び活動報告」

宮成 美弥（大分県立病院 看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師）

3. 「急性期病院における包括的排尿ケアへの取り組み」

足達 節子（大分赤十字病院 看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師）

4. 「当院の排尿自立指導料算定チームの取り組みの実際」

廣崎 めぐみ（杵築市立山香病院 看護師 排尿チームメンバー）

5. 「排尿リハビリテーション・ケアチームの活動の実際」

大嶋 久美子（社会医療法人敬和会 大分岡病院 副看護部長 排尿リハケアチームリーダー）

シンポジウムのねらい

座長・コーディネーター：

佐藤 和子 元 大分大学医学部看護学科基礎看護学講座 教授

宮崎 英士 大分大学医学部総合診療・総合内科学講座 教授

平成28年度の診療報酬の改定で「排尿自立指導料」が新設されたことは、これまで日常生活援助の一部として位置づけられていた排尿ケアが、診療報酬を得るに相応しい専門的ケアであることが公に認められたことです。今年4月には介護老人保健施設においても算定が可能になりました。長年、排尿ケアにかかわり、診療報酬算定の実現のために努力を重ねてきた医療従事者・関係者にとって大変喜ばしいことです。

しかし、排尿自立指導料算定（以下、算定）から2年余が経過した現在、算定状況は順調に進展しているでしょうか。平成30年4月の段階で算定施設は全国で550施設（全体の約0.1%）に過ぎないことが明らかにされています（吉田、2018）。大分県内の算定状況も今年6月の段階で11施設（溝口、足達、2018）であり、このままでは存続が危ぶまれる状況にあることが危惧されています。

この背景には、申請条件を満たす専門的知識・技術をもった多職種によるケアチームの編成や人材育成の困難性、ケアマニュアルの準備や院内での研修など、準備・調整の遅れなどが指摘されています。

算定以来、日本創傷・オストミー・失禁管理学会（以下、WOC）を中心に、日本コンチネンス協会、日本老年泌尿器科学会、日本排尿機能学会などで講習会が行われ、研修修了者は1,000人を超えています。受講希望者に応じた研修が追いつかない状態です。また、WOCにより「排尿自立指導料の手引き」が刊行されているものの、まだまだ十分に活用、普及されているとは言えません。

せっかく獲得した制度を発展させ、排尿自立指導料の趣旨である下部尿路機能障害者の排尿の自立、QOLの向上に向けて、多職種による専門的、包括的ケアを充実するためには、さらなる取り組みを強化していく必要があります。

そこで、算定に向けてどのような課題があるか、さらに多くの施設が申請していくためにはどのような取り組みが必要かについて、本シンポジウムを通して考えたいと思います。

今回は、比較的スムーズに算定がなされた施設（設置主体別）で活躍されておられる看護職の方々に、どのように導入したか、その経過や活動の実際、成果や課題について紹介していただき、算定に向けての示唆を得たいと思います。

当院の排尿自立指導の導入による現状と今後の課題

○笠置 仁美（皮膚・排泄ケア認定看護師）

独立行政法人国立病院機構 別府医療センター

【はじめに】

排尿自立指導とは、尿道カテーテル抜去を早期に行うことで寝たきりを予防し、感染を防止することや排尿を自立させることを前提としている。平成28年4月より排尿自立指導料の診療報酬改定を機に、当院では、平成30年6月に排尿ケアチームを設立し、ラウンドを開始。今回、排尿ケアチームの取り組みや、病棟ラウンドで関わる中での現状を把握し、今後の課題を明らかにする。

【活動内容】

1. 対象者：泌尿器科、消化器外科、整形外科の術後患者。
2. 内容：①チーム構成②マニュアル作成③集合教育④各病棟へ指導⑤病棟ラウンド（週1回の活動時間内）を実施した。

【結果・考察】

①介入内容：各病棟で尿道カテーテル抜去後のケアに関する管理において、統一したケアの指導が必要であり、担当看護師を中心に支援を行った。ラウンド時には、患者個々の下部尿路機能評価や排尿自立度を担当看護師とともに観察し、ディスカッションを行った。患者の最善を検討し、個々の方針を立て排尿ケアを実施できている。ケアの統一を図るため、担当看護師から病棟スタッフに情報共有・ケアの連携ができるようにケア計画を立案した。②病棟スタッフの反応：「どのような患者が対象なのか」、「介入時の依頼方法が難しい」といった意見が挙がった。③チーム内の反応：介入患者では、ラウンド時に担当看護師の同行があり、記録に残すことができた。排尿ケアチームの介入により、計画通りのケアはされていた。しかし、適応患者の把握ができておらず介入が遅れ、排尿管理ができていない現状もあった。介入患者に関しては、ケアの継続ができていたため、リンクナースやコアメンバーを設立し、看護ケアの底上げの必要性を感じている。

スタッフが対象者を抽出できるようになるためには、適応者の疾患や症状の理解が必要である。学びの場として研修会だけではなく、OJTや事例検討などを重ね、現場で共有できるように指導する必要がある。

【結語】

下部尿路障害は適切な対処によって、確実にQOLを向上させることができる。そのためには、看護ケアの底上げと他職種との協働が必要であり、排尿管理に関するサポートシステムを院内に周知していくことが課題である。

排尿ケアチーム立ち上げ及び活動報告

○宮成 美弥（皮膚・排泄ケア認定看護師）

大分県立病院 看護部

平成28年度診療報酬改定時に、「排尿自立指導料」が新設された。排尿自立指導の目的は、尿道留置カテーテルを一日でも早く抜去し、尿路感染を防止するとともに排尿自立の方向に導くことである¹⁾。A病院では、排尿ケアに関する専門的知識をもった多職種からなる排尿ケアチームを立ち上げ、下部尿路機能障害のある患者を対象に排尿自立指導に取り組んだ。チーム立ち上げから活動の実際までを報告する。

排尿ケアチームは、泌尿器科医師、理学療法士、看護師で構成され、平成28年4月に発足した。スクリーニング及び下部尿路機能評価方法の検討、マニュアル作成、膀胱用超音波画像診断装置の購入、院内研修会等を行った。5月から直腸がん・子宮がん術後患者を対象に週1回チームカンファレンス・回診を開始した。チーム構成員は専任であるため、チーム医療による業務負担を考慮して、計画的に業務を拡大する必要があった。現在は、整形外科・脳外科術後まで対象を拡大している。平成28年5月～平成30年4月までの2年間の新規回診患者数は49名（直腸がん術後23名、子宮がん術後17名、脳血管障害4名、脳腫瘍1名）、回診延べ患者数は122名であった。全患者とも、尿道留置カテーテルを抜去でき、尿路感染を防止できた。自己導尿を導入して退院した患者においては、自己導尿を離脱できるまで、泌尿器科外来で継続フォローしている。

今後は、院内研修会等で症例発表や活動報告を行い、各科診療科への周知徹底を図り、対象を拡大していく予定である。また、A病院の排尿ケアチームは成長途中の段階であり、効果を検証するまでには至っていない。チーム活動を発展させ、活動の評価を行っていくことが課題である。

引用文献

- 1) 日本創傷・オストミー・失禁管理学会「排尿自立指導に関する手引き」, 照林社, 2016.

急性期病院における包括的排尿ケアへの取り組み

○足達 節子（皮膚・排泄ケア認定看護師）²⁾、佐藤 竜太¹⁾、
亀井 奈央子²⁾、増井 里香²⁾、安部 美紀²⁾、河野 数俊³⁾、
田崎 綾花³⁾

1) 大分赤十字病院 泌尿器科 2) 同 看護部 3) 同 理学療法課

【目的】

2016年度の診療報酬改定で「排尿自立指導料」が新設された。当院もこの新設を取り入れ、フォーレ抜去後に発生する下部尿路機能障害の解決のために、包括的排尿ケアに取り組んでいる。取り組みの中で、課題を見出したので報告する。

【方法】

1. 排尿ケアチーム設立
 - ・排尿ケアチームメンバーの選出、排尿自立指導マニュアル、排尿チャート記録用紙
 - ・診療計画書、看護コンサルトの各用紙を作成した。
 - ・排尿ケアに関する院内研修の実施
 - ・2017年4月「排尿ケアチーム」を設立。同年8月から各病棟を対象に算定を開始した。
2. 活動の実際
 - ・「排尿ケアチーム」によるラウンド 週1回 金曜日 14時から約1時間
 - ・専任看護師は各病棟からのコンサルトの確認、対象患者の情報を整理する。
 - ・チームメンバーはチーム会の前に電カルから、コンサルト内容を情報収集。カンファレンスで、問題点を明確にする。

【結果】

包括的排尿ケア介入のコンサルトがあったケースの症状は、尿閉・排尿困難（残尿100ml以上）尿意の問題、頻尿・尿失禁の3つであった。フォーレ抜去から介入退院までの時間が短く、問題を抱えたまま転院していくケースが多いことが分かった。

【考察】

包括的排尿ケア介入を開始して、フォーレカテーテル抜去後尿閉や排尿困難で残尿が多く、腎機能の低下につながる症例を早期に介入できた症例もあった。このことから排尿記録は、重症化リスク軽減に繋がるといえる。フォーレカテーテル抜去後排尿障害を抱えたまま退院していく患者の多くは高齢者である。排尿機能が落ちている高齢者の回復は時間を要する。初期のフォーレ挿入を画一的に行うのではなく、医療者がフォーレカテーテル挿入時に抜去後の下部尿路機能障害を予測する必要がある。

【まとめ】

フォーレカテーテルを挿入する際に行うアセスメント方法、基準があれば下部尿路機能障害を低減する近道になるであろう。基準表の作成は喫緊の課題といえる。

当院の排尿自立指導料算定チームの取り組みの実際

○廣崎 めぐみ（看護師 排尿チームメンバー）、富岡 和代、常見 藍、
篠原 美穂、三宮 真琴、佐藤 崇史、河野 由依、藤井 猛

杵築市立山香病院

【はじめに】

平成28年4月の診療報酬の改定により排尿自立指導料が新設された。当院でも排尿自立指導チームを立ち上げ、平成29年6月より算定を開始した。尿道留置カテーテル（カテーテル）を早期に抜去し下部尿路機能障害を予防しつつ排尿の自立を目指している。今回、排尿自立指導料算定開始以降の実績を整理して報告する。

【チームの紹介】

チームメンバーは、泌尿器科医師・看護師・理学療法士・作業療法士・各病棟看護師で構成している。毎週火曜日に全病棟をラウンドしてカンファレンスを行っている。また適宜臨時カンファレンスを行っている。

【実績】

平成29年6月1日～平成30年8月31日の間にカテーテル留置した患者222名のうち165名に排尿自立指導料を算定した。排尿自立指導料を算定した患者は月平均で13.8件であり、地域包括ケア病床では指導料は包括化されるが月平均3.2件カンファレンスを行なっている。排尿自立指導料を算定した患者の男女比は、6割以上が女性であり、年齢については、平均 84.3 ± 9.7 歳となり平均年齢80歳を超えていた。主疾患の内訳は、泌尿器疾患33名、整形疾患33名、呼吸器疾患28名、心疾患25名、脳血管疾患7名、消化器疾患20名、その他の疾患18名となった。この165名中137名（83.0%）がカテーテル抜去に至り、2名（1.2%）は間歇自己導尿となった。抜去に至るまでの留置期間は平均 16.6 ± 19.0 日であり、疾患別でみると消化器疾患の患者が平均8.0日と最も短く、脳血管疾患の患者が平均30.2日と最も長期間留置した。算定回数については地域包括ケア病床での包括算定もカウントすると、1回のみ患者が94名（57.0%）となった。抜去後複数回の算定になった患者は自尿がなく、再留置や服薬調整に関わったケースや排泄誘導のためのタイミング評価を要したケースであった。特に複数の疾患を抱え発熱を繰り返したケースはカテーテルを抜去した生活が定着するまでに難航した。今後もチームでの取り組みを強化し、一人でも多くの患者の排尿自立を目指したい。

排尿リハビリテーション・ケアチームの活動の実際

○大嶋 久美子(副看護部長 排尿リハ・ケアチームリーダー)¹⁾、
桃田 めぐみ¹⁾、平石 卓¹⁾、山形 凌央¹⁾、西川 悦子¹⁾、
斉藤 保子¹⁾、岡田 八重子¹⁾、佐藤 和子²⁾、山中 直行³⁾

- 1) 社会医療法人敬和会 大分岡病院 排尿リハ・ケアチーム
- 2) 社会医療法人敬和会 排尿リハビリテーション・ケアセンター
- 3) 大分大学医学部 腎泌尿器外科学講座

【はじめに】

当院は大分市東部地区における地域医療支援病院、2次救急指定病院としての役割を担っている。2017年の救急車受け入れ台数は2333件、平均在院日数は14日であり、主たる疾患が治癒・軽快をした時点で退院となる。急性期からの患者の尊厳やQOLの向上を目指し、2014年7月に排尿リハビリテーション・ケアセンター(以下、排尿リハ・ケア)を設立した。この4年間の取り組みと今後の課題を明らかにする。

【方法】

泌尿器科非常勤医師、看護師、セラピスト、介護福祉士と多職種からなるチームを構成し、各病棟にリンクナースを配置した。下部尿路機能障害の症状を有する患者選定のためのフローを使用し患者を抽出した後、毎週カンファレンスを行い、泌尿器科医師の診断後、排尿リハ・ケア計画を作成、実施した。カンファレンスでは、主に尿道カテーテル留置中の患者の抜去についてのプロトコルを作成し、抜去前後の介入について検討した。

【結果】

2014年7月より泌尿器科医師と排尿リハ・ケアチームが介入した延べ患者数は614名であり、2017年6月から2018年9月までに排尿自立指導料が算定できた延べ患者数は146名である。そのうち尿道カテーテルが抜去できずに転院をした患者は介入患者の約10%であり、その後の経過は十分把握できてない。

【考察】

多職種によるチームの編成により、各々が職務に基づいて積極的に活動に参加した。毎週のカンファレンスでは、メンバーの情報から下部尿路機能障害の患者の評価・抽出がスムーズになり、回を重ねるごとにディスカッションも活発になった。尿道カテーテル抜去の時期や抜去後の介入については、プロトコルの作成が適切な介入につながった。また、排尿誘導や排尿動作の獲得に向けて、セラピストによる患者のADLの把握や膀胱用超音波画像診断装置を用いて排尿動態の確認等、包括的に計画を実践することができた。

このようなチームの活動を通して、職員の排尿リハ・ケアへの理解が深まり、協力体制が強化され、対象者への介入が充実し、主治医への情報提供・共有が行えるようになった。

【まとめ】

排尿自立指導料の取得にあたり、排尿リハ・ケアチーム設立後3年間の実践を基盤に円滑に準備・申請することができた。排尿リハ・ケアチームのメンバーのみならず、医師、病棟スタッフが排尿に問題を抱える患者をスムーズに抽出できるように協働し、泌尿器科医師へのタイムリーな受診につなげることが可能になった。しかし、急性期病院は在院日数が短いことから、回復期や生活期へ移行した患者の回復までの経過は十分確認できていない。今後は、よりよい排尿リハ・ケアに向けて、アセスメントのさらなる充実と退院後の患者の病状の経過を把握できるよう、施設や在宅との連携・強化に努めていきたい。

特別講演

16:00～17:00

座長：井上 龍誠 (JCHO 湯布院病院 副院長／リハビリテーション部長)

「排便障害の診療 ～大腸肛門科の診療所から～」

宗村 忠信 先生

(むねむら大腸肛門科 院長)

排便障害の診療 ～大腸肛門科の診療所から～

宗村 忠信先生

むねむら大腸肛門科 院長



【プロフィール】

略歴：

大分医科大学医学部卒業
北海道大学大学院 腫瘍外科卒業
J A北海道厚生連総合病院勤務
白石肛門科胃腸科病院 大腸肛門科
札幌医科大学第一内科消化器グループ
大腸肛門病センター日高病院
大腸肛門病センター高野病院 後開業

所属学会 専門医・認定医・会員：

日本外科学会 専門医・指導医
日本消化器外科学会 専門医
日本消化器内視鏡学会 専門医
日本消化器病学会 専門医
日本胸部外科学会 認定医
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
日本消化管外科学会 消化器がん外科治療認定医
日本大腸肛門病学会 会員
日本内視鏡外科学会 会員

排便障害の診療 大腸肛門科の診療所から

むねむら大腸肛門科
宗村 忠信

20181028 大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会

便秘の定義

本来体外に排出すべき糞便を十分量
かつ快適に排出できない状態

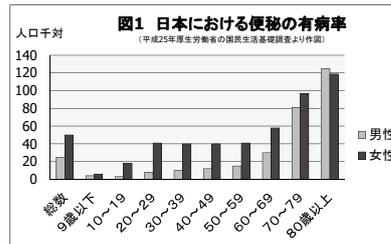
本来体外に排出すべき糞便を
…排便回数、排便量の減少が便秘とは限らない

排便強迫神経症

本来体外に排出すべき糞便は存在しないが残便感を
訴えて過度に怒責したり頻回にトイレに行ったりする

便秘症ではない！

慢性便秘の有病率



2-5%
加齢とともに有病率は増加
50歳以下では女性に多い
70歳以上で男女比1対1
施設入所者50%程度

便秘と大腸がんとの相関

便秘が大腸癌発生のリスク増加させるかどうかは未
だはっきりしてない

- ①便秘と大腸癌に正の相関がある
- ②便秘と大腸癌に負の相関がある

便秘と合併症

慢性便秘は生命予後が良好であるため治療の必要
性が認知されにくい

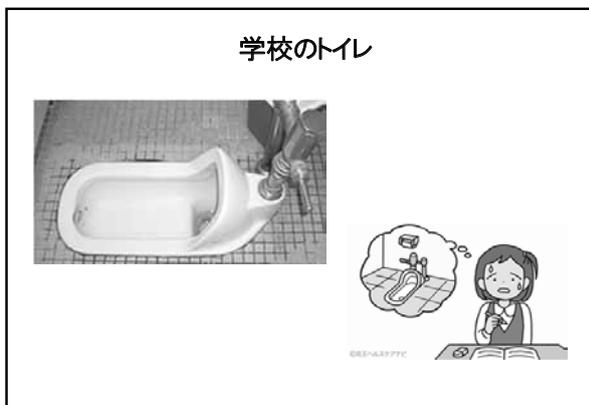
1. 直腸潰瘍、肛門疾患、S状結腸軸捻転など
2. 尿閉、下肢静脈瘤、イレウスによる誤飲性肺炎
3. パーキンソン病、多発性硬化症の罹患率が高い
4. 心筋梗塞、狭心症

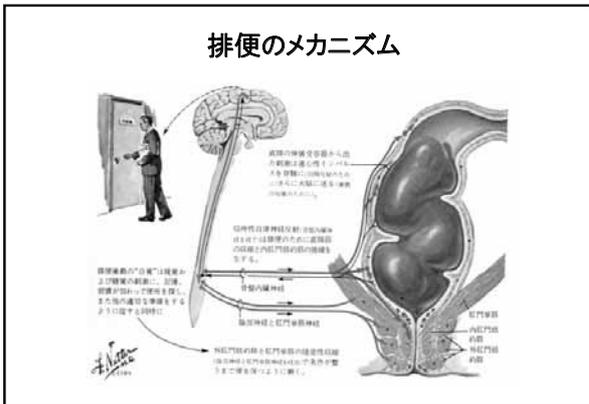
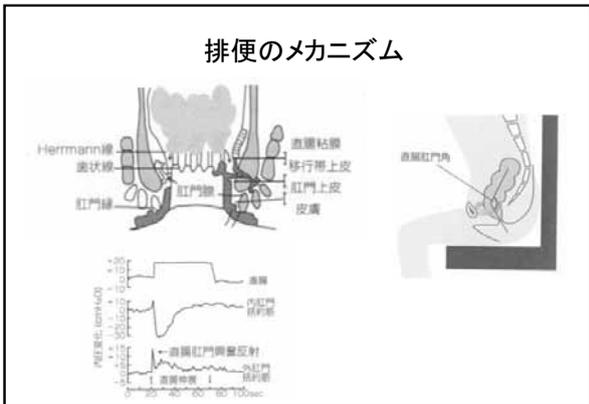
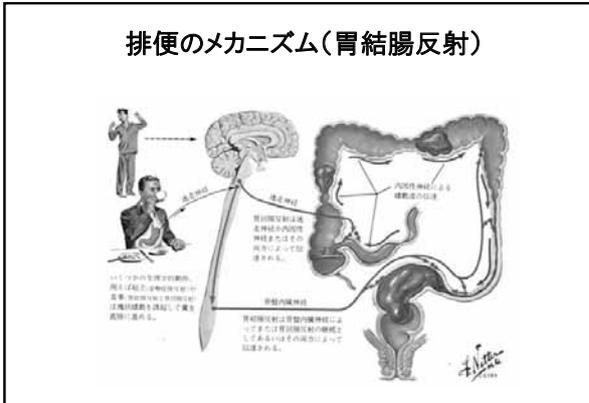
プリストル便形状スケール		
1		小塊が分離した木の屑状の硬便・通過困難
2		小塊が融合したソーセージ状の硬便
3		表面に亀裂のあるソーセージ状の便
4		平滑で柔らかいソーセージ状の便
5		小塊の辺縁が鋭く切れた軟便・通過容易
6		不定型で辺縁不整の崩れた便
7		固形物を含まない水様便

タイプ4が通常の糞便である。数字が小さくなると糞便水分量が少なく、数字が大きくなると糞便水分量が多くなる。タイプ3からタイプ6までが通常の糞便の範囲であり、タイプ1とタイプ2が便秘の糞便、タイプ6とタイプ7が下痢の糞便である。

慢性便秘症の診断基準

表2 慢性便秘症の診断基準
1. 「便秘症」の診断基準 以下の6項目のうち、2項目以上を満たす a. 排便の4分の1超の頻度で、強くいきむ必要がある。 b. 排便の4分の1超の頻度で、残便感または硬便（BSFSでタイプ1か2）である。 c. 排便の4分の1超の頻度で、残便感を感じる。 d. 排便の4分の1超の頻度で、直腸肛門の閉塞感や排便困難感がある。 e. 排便の4分の1超の頻度で、用手的な排便介助が必要である（摘便・会陰部圧迫など）。 f. 自発的な排便回数が、週に3回未満である。
2. 「慢性」の診断基準 6ヶ月以上前から症状があり、最近3ヶ月間は上記の基準を満たしていること。





慢性便秘症の分類

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類
器質性	狭窄性	大腸内視鏡検査 注腸X線検査など	
	非狭窄性	排便回数減少型 (3回未満/週*) 排便困難型	腹部X線検査 注腸X線検査など 排便造影検査など
機能性	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型
	排便困難型	大腸通過時間検査 排便造影検査など 排便造影検査など	大腸通過正常型 機能性便秘障害

Roma IV分類

Rome IV Classification of the Functional Gastrointestinal Disorders-Disorders of Gut-Brain Interaction

A. Esophageal disorders
B. Gastrointestinal disorders
B1. Functional dyspepsia
Bowel disorders

C1. Irritable bowel syndrome (過敏性腸症候群)
IBS with predominant constipation
IBS with predominant diarrhea
IBS with mixed bowel habits
IBS unclassified

C2. Functional constipation (機能性便秘) ←慢性便秘ではない!
C3. Functional diarrhea
C4. Functional abdominal bloating/distension

Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain
Gallbladder and sphincter of Oddi disorders

過敏性腸症候群と機能性便秘症は同時に罹患できないことになる!

RomaIV分類

表3 機能的便秘・排便障害のRome IVによる診断基準

以下の両条件を満たす:

1. 機能的便秘又は便秘を伴う過敏性症候群の診断基準を満たす。
2. 排便動作を繰り返す中での検査所見として、以下の3検査の内2検査以上で、排便障害の所見を呈する。
A. バルーン排出検査での異常所見
B. 直腸肛門内圧検査や肛門表面筋電計での排便パターン以上の所見
C. 画像(排便造影検査など)による排便障害の所見

*6カ月以上前から症状があり、最近3カ月間は上記の基準を満たしていること。

F3a. 排便出力低下 (inadequate defecatory propulsion) の診断基準

排便動作時に、骨盤底筋協調運動障害の有無にかかわらず、排便出力が不十分(怒責時の直腸内圧上昇が45mmHg未満)である。

F3b. 骨盤底筋協調運動障害 (dyssynergic defecation) の診断基準

排便動作時の怒責力は十分だが、骨盤底筋群の不適切な収縮か、不十分な弛緩(肛門管制止圧の低下が20%未満)を認める。

IBSを慢性便秘症から除外 実際はIBSの1症状の慢性便秘がある
器質性排便障害もこの診断基準にあてはまる

便秘の診察前問診票(案)-1

- いつから便秘ですか(数字を記入し、日、月、年から該当するものにマルをして下さい)
日、月、年 前
- 今までに大きな病気をされていますか。あればカッコ内に具体的に記入して下さい。
なし あり()
- 今治療中の病気はありますか。あればカッコ内に具体的に記入して下さい。
なし あり()
- 服用している薬はありますか。あればカッコ内に具体的に記入して下さい。
なし あり()
- 日頃の平均的な排便回数を教えてください。
1日に 回、または 日に1回
- いつもの便の硬さや形を、図を参考に、該当する番号で教えてください。



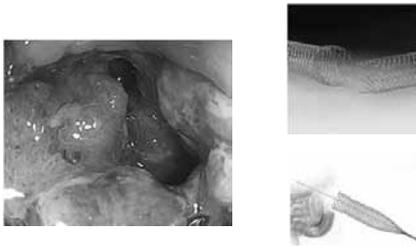
便秘の診察前問診票(案)-2

- 症状を教えてください。複数回答可
お腹が痛い お腹が張る 便が出にくい 残便感がある 排便時に肛門付近を押す必要がある
便意がない 便意があってもトイレに行っても何も出ない その他()
- 当てはまるものにチェックをして下さい。複数回答可
決まった時間に便が出ない 便をするときにお腹や肛門付近をおさえる 朝食を食べない
家で排便できない
- 以下の症状はありますか。複数回答可
熱がある 関節が痛む 排便習慣の急激な変化 便に血が混ざる 体重が減った
お腹にかたまりが触れる お腹に水がたまる
- 以下にあてはまるものはありますか。複数回答可
・50歳過ぎてから便秘になった なし あり
・大腸の病気をしたことがある なし あり
・家族に大腸の病気のひとがいる なし あり

慢性便秘症の分類

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類
器質性	狭窄性	大腸内視鏡検査 注腸X線検査など	
	非狭窄性	排便回数減少型 (9回未満/週*)	腹部X線検査 注腸X線検査など
		排便困難型	排便造影検査など
機能的	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型
		大腸通過時間検査 排便造影検査など	大腸通過正常型
	排便困難型	排便造影検査など	機能的排便障害

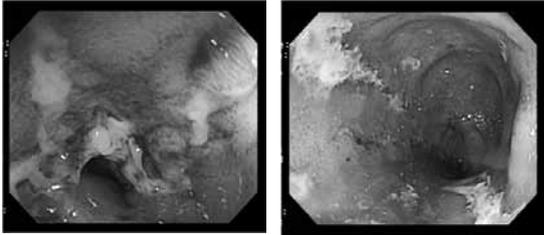
器質性・狭窄性便秘(大腸癌)



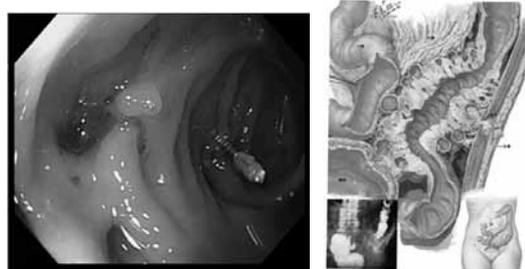
器質性・狭窄性便秘(クローン病)



器質性・狭窄性便秘(クローン病)



器質性・狭窄性便秘(大腸憩室症)



ニーハオ トイレ



文化の違い



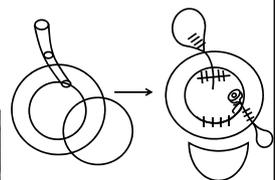
ローマの温泉

慢性便秘症の分類

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類
器質性	狭窄性	大腸内視鏡検査 注腸X線検査など	
	非狭窄性	排便回数減少型 (3回未満/週*) 排便困難型	腹部X線検査 注腸X線検査など 排便造影検査など
機能性	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型
	排便困難型	大腸通過時間検査 排便造影検査など 排便造影検査など	大腸通過正常型 機能性便秘排出障害

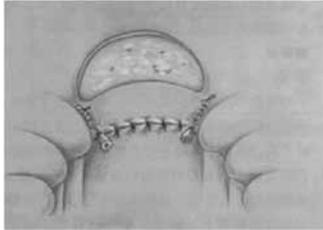
II LC型+狭窄+内外痔核

硬い狭窄がある場合
SSGを追加
lay open単独では難しい



器質性・狭窄性便秘(肛門狭窄)

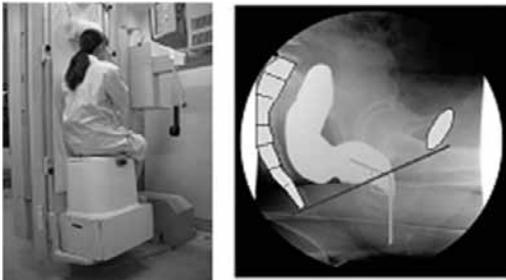
治療(皮膚弁移動術)



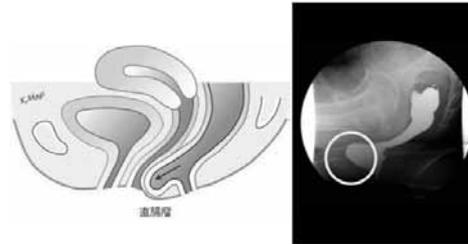
慢性便秘症の分類

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類	
器質性	狭窄性	大腸内視鏡検査 注腸X線検査など		
	非狭窄性	排便回数減少型 (3回未満/週*)	腹部X線検査 注腸X線検査など	
		排便困難型	排便造影検査など	器質性便排出障害
機能性	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型	
		大腸通過時間検査 排便造影検査など	大腸通過正常型	
	排便困難型	排便造影検査など	機能性便排出障害	

ディフェコグラフィー

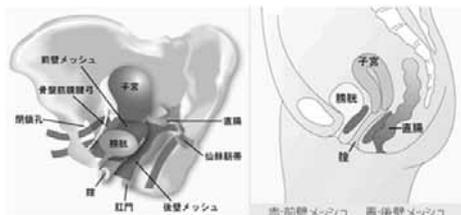


器質性・非狭窄性排便回数減少型便秘 直腸癌

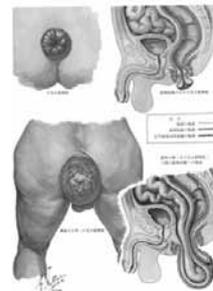


直腸癌の手術

TVM手術(Tension-free Vaginal Mesh)



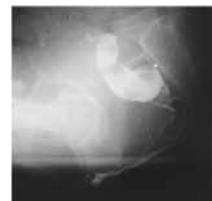
直腸脱



術式

手順

1. 直腸・S状結腸の授動
2. 後方括約筋形成
3. 直腸間膜の仙骨へのつり上げ固定
4. S状結腸の腸腰筋腱膜への固定
5. 子宮・膀胱のつり上げ固定
6. 骨盤底形成・re-peritonization

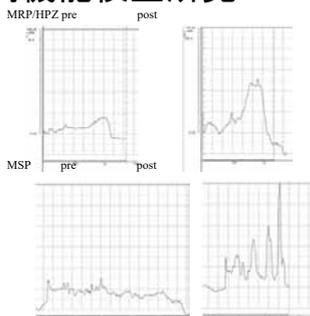


直腸肛門機能検査所見

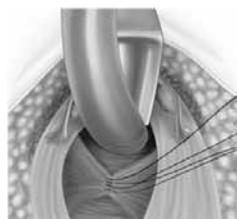
MRP
18mmHg→56mmHg
24mmHg→33mmHg

MSP
36mmHg→122mmHg
88mmHg→146mmHg

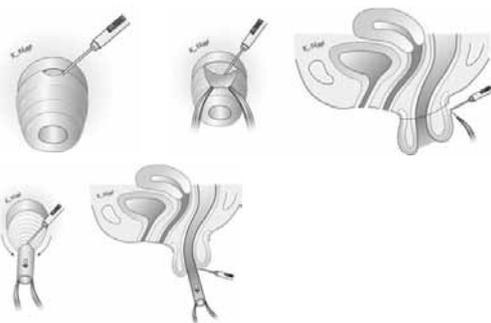
HPZ
42mm →38mm
46mm →43mm



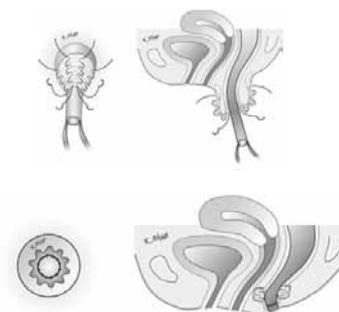
経腹的手術に伴う後方括約筋形成



Delorme法



Delorme法



直腸脱とDelorme法



慢性便秘症の保存的治療

- 内服薬による治療
 - i) プロバイオティクス★
 - ii) 膨張性下剤
 - カルボキシメチルセルロース、ポリカルボフィルカルシウム★など
 - iii) 浸透圧性下剤
 - a. 塩類下剤 酸化マグネシウム、クエン酸マグネシウム、水酸化マグネシウム 硫酸マグネシウムなど
 - b. 糖類下剤 ラクトロース★、D-ソルビトール★、ラクチール★など
 - c. 浸潤性下剤 ジオクチルソジウムスルホサクシネート
 - iv) 刺激性下剤
 - a. アントラキノン系 セノシド、センナ、アロエ など
 - b. ジフェニール系 ビサコジル★ ビコスルファートナトリウム

慢性便秘症の分類

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類
器質性	狭窄性	大腸内視鏡検査 注腸X線検査など	
	非狭窄性	排便回数減少型 (3回未満/週*)	腹部X線検査 注腸X線検査など
		排便困難型	排便造影検査など
機能的	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型
		大腸通過時間検査 排便造影検査など	大腸通過正常型
	排便困難型	排便造影検査など	機能的排便障害

慢性便秘症診療ガイドラインから

機能的・排便回数減少型

大腸通過時間検査 SITZMARKS® Test



機能的・排便回数減少型

If 5 or less markers remain, patient has grossly normal colonic transit.



If most rings are scattered about the colon, patient most likely has hypomotility or colonic inertia.



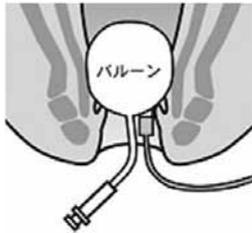
If most rings are gathered in the rectosigmoid, patient has functional outlet obstruction.



機能的・排便回数減少型・大腸通過遅延型 基礎疾患

- 内分泌・代謝疾患** 糖尿病(自律神経障害を伴うもの)、甲状腺機能低下症、慢性腎不全(尿毒症)
- 神経疾患** 脳血管疾患、多発性硬化症、Parkinson病、Hirschsprung病、脊髄損傷(あるいは脊髄病変)、二分脊椎、精神発達遅滞
- 膠原病** 全身性硬化症(強皮症)、皮膚筋炎
- 変性疾患** アミロイドーシス
- 精神疾患** うつ病、心気症
- 大腸の器質的異常** 裂肛、痔核、炎症性腸疾患、直腸脱、直腸瘤、骨盤臓器脱、大腸腫瘍による閉塞

直腸肛門機能検査



機能的・排便困難型・ 大腸通過時間正常型

硬便

残便感・・・IBS-Cを含む

慢性便秘症の分類

原因分類	症状分類	分類・診断のための検査方法	専門的検査による病態分類
器質性	狭窄性	大腸内視鏡検査 注腸X線検査など	
	非狭窄性	排便回数減少型 (3回未満/週*)	腹部X線検査 注腸X線検査など
		排便困難型	排便造影検査など
機能的	排便回数減少型	大腸通過時間検査など	大腸通過遅延型
		大腸通過時間検査 排便造影検査など	大腸通過正常型
	排便困難型	排便造影検査など	機能的便排出障害

機能的・排便困難型・ 機能的便排出障害

骨盤底筋協調運動障害

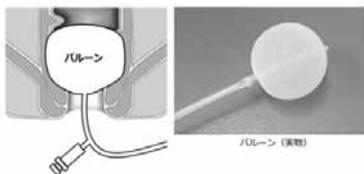
腹圧低下

直腸感覚低下

直腸収縮力低下

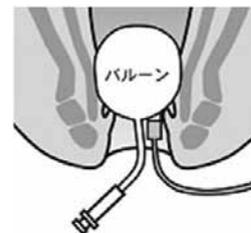
機能的・排便困難型・ 機能的便排出障害

直腸感覚低下



機能的・排便困難型・ 機能的便排出障害

直腸感覚低下

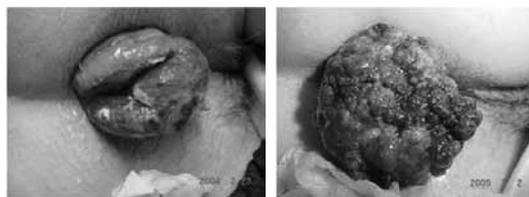


機能的・排便困難型・
機能的便排出障害

直腸感覚低下



機能的・排便困難型・
機能的便排出障害



トリミング

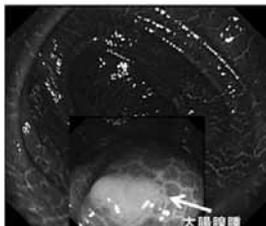
慢性便秘症の保存的治療 生活習慣

1. 水分摂取 1500mlの水分摂取
2. 食事量 特に朝食
3. 食物繊維を適切に 20g位
多すぎても排便量が多すぎて逆に憎悪
4. 腸内細菌 ヨーグルト、チーズ、味噌、漬物
5. 生活リズム
6. 十分な睡眠 朝の大蠕動につながる
7. 便意を感じたらすぐに排便
8. 便意がなくても毎朝トイレで排便努力
9. 適度なエクササイズと休息
10. 腹壁マッサージ 大腸壁への直接的な刺激

慢性便秘症の保存的治療

- v) 上皮機能変容薬
(種類) a. クロライドチャネルアクチベーター (一般名) ルビプロストン
b. グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト (一般名) リナクロチド★
- vi) 消化管運動賦活薬
(種類) 5-HT4受容体薬 (一般名) モサプリド★
- vii) 漢方薬 (一般名) 大黄甘草湯、麻子仁丸、大建中湯★など
- ★:「便秘症」での保険適用なし

大腸メラノーシス



慢性便秘症の保存的治療

外用薬による治療

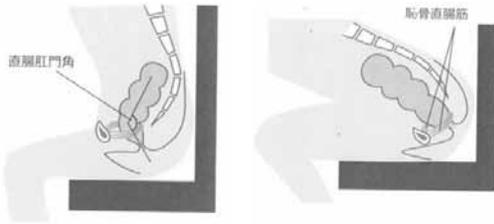
- i) 坐剤 炭酸水素ナトリウム坐剤、
ピサコジル坐剤

- ii) 洗腸 グリセリン洗腸、
微温湯洗腸

摘便

(直腸下部に貯留した便を自力で排出出来ない場合、手動的に便を排出)

排便に適したトイレ姿勢



ロダンの考える人



排便に適した姿勢の提供

1. トイレの誘導

2. 姿勢を作る

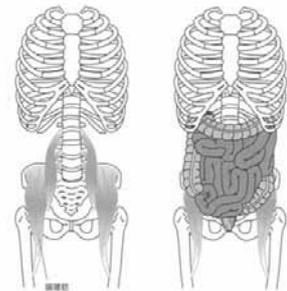
大きなクッション
小さなテーブル
足台



排便に必要な3つの要素

1. 大腸の蠕動運動 身体を起こすこと

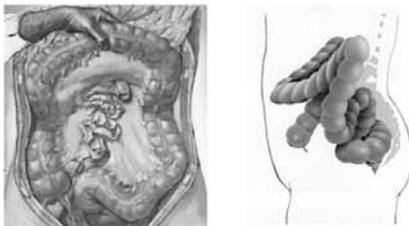
腸腰筋



排便に必要な3つの要素

2. 重力の法則

仰臥位での排泄は重力の法則に反してる



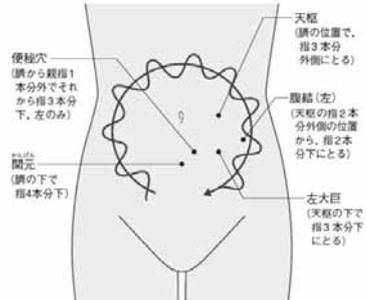
排便に必要な3つの要素

3. いきむ、踏ん張るチカラ

排尿 チカラを入れないで自然に出す
排便 直腸に外圧が必要

いきむ呼吸筋と踏ん張る腹筋の外圧
便は便意がないと出せない点と便意は我慢すると喪失
してしまう 尿意との違い

腹壁マッサージ



尊厳を傷つけない

ご清聴ありがとうございます。

講演の機会をいただき大変光栄です。

廣 告



Azmedic 株式会社 アズメディック

おまかせください！

- ★福祉用具の販売・レンタル
- ★高齢者・障害者様の住宅改修
- ★施設に必要な物は全て揃えます!!



- ① 誠実かつ迅速な対応
- ② 良質の商品をご提供
- ③ 安心・まごころのサービス



お気軽にお電話ください!!



株式会社 アズメディック

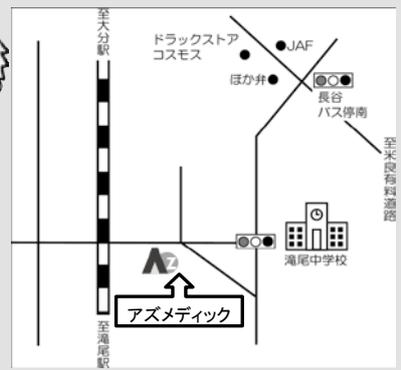
TEL(097) 503-9751

FAX(097) 594-0237

(住所)大分市大字羽田675番の3

営業時間/月曜～金曜日8:30～17:30

(休日:土日・祝日)



ブラダースキャナー **CUBESCAN™**

BioCon-900

Bladder Volume Measurement System

More Functional

More Accessible

携帯性

耐久性

測定精度

現場のニーズに応えるブラダースキャナー新登場!



Man, Machine & Medicine
Mcube Technology Co., Ltd.
Since 1999

選任製造販売元:

JCT 株式会社ジェイシーテ

〒731-0138 広島市安佐南区祇園1-28-7
TEL(082)871-3308 / FAX(082)850-3235

販売名: キューブスキャン BioCon-900

管理医療機器: 特定保守管理医療機器

一般名称: 膀胱用超音波画像診断装置

認証番号: 229AFBZ100071000

製造業者: 株式会社エムキューブテクノロジー

第13回
大分県排泄リハビリテーション・ケア研究会
(ゆーりん研)

発 行 平成30年10月28日

発行者 三股 浩光 宮崎 英士 森 照明 大久保 健作 佐藤 和子
研究会事務局

〒870-0192 大分県大分市西鶴崎3-7-11

社会医療法人 敬和会 大分岡病院 総合リハビリテーション課
TEL097-522-3131

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

URL <http://yulinken.jp>

