

排尿(排泄)障害改善事例検討会 事例報告書

| | | | | | |
|--|--|--------------|---------------------------|---------|-----|
| 報告者 | 職種 | 作業療法士 | 所属 | 病院 | |
| 事例提出理由 頻尿により、夜間の不眠や日中の活動性の低下、疲労感を認めている症例に対する関わり方についてアドバイスを頂きたい。 | | | | | |
| 事例 | 90歳代 女性 | 生活場所 | 回復期病棟 | | |
| 本人・家族の希望 | 自身は頻尿で困っているという自覚はないが、明らかに夜間はまとまった睡眠は取れていない | | | | |
| 疾患名 | 第12胸椎・第1・4腰椎圧迫骨折（第4腰椎に対し、第3～5腰椎後方固定術） | | 内服状況 | | |
| 既往歴 | 高血圧、鉄欠乏性貧血、骨粗鬆症、慢性胃炎 | | バルサルタン、マグミット、アムロジピン、センノシド | | |
| 排尿状態 | 日中：環境(トイレ) P-トイレ おむつ 尿器 導尿) 介助量(全介助(一部介助) 見守り 自立) 尿意を感じると自らトイレへ向かう場面も見られるが、失禁している事もある。尿意を感じトイレに座るが、50ml程度と少なく頻回である(詳細は下記参照)。また、1週間に1日程度は終日眠り込んでしまう、または疲労感が強く臥床傾向となり失禁で経過する日もある。 | | | | |
| | 夜間：環境(トイレ) P-トイレ おむつ 尿器 導尿) 介助量(全介助(一部介助) 見守り 自立) 夜間も同様に、尿意を感じるとトイレまたはP-トイレに向かう場面があるが、失禁をしている事もある。 | | | | |
| | 日中排尿回数 | 8回 | 最大膀胱容量 | 100ml程度 | 残尿量 |
| 夜間排尿回数 | 7回 | 一日総排尿量 | 630ml + α | 尿意 | 有 |
| 排便状態 | 正常 下痢(便秘) その他 | 2～3日に1回の排便あり | | | |
| ADL | 起立動作(全介助(一部介助) 見守り 自立) 移乗(全介助(一部介助) 見守り 自立) 下衣操作(一部介助(見守り) 自立) トイレ(洋式 和式) 手摺り(有 無) セルフケアは全般に歩行器を使用し軽介助～見守りで行える。MMSE10点と認知機能の低下もあり、尿取りパットの修正や交換には介助が必要である。日中は、リハビリ以外の時間はベッド臥床しており、疲労感を認め易い。排尿回数が多い事に対し、本人は気にしていない。 | | | | |
| 取り組み内容 | 4/22尿失禁と動くと尿漏れあり。頻尿状態であり、泌尿器科受診にて内服薬スピロペントが開始になる。しかし、1ヶ月内服を継続するが、症状に変化なく中止となった。夜間は睡眠がとれるよう日中のリハビリ時には歩行訓練等を行い、離床を促している。 | | | | |
| ディスカッション | Q. 頻尿の原因として考えられることは？ Dr.：動くと尿漏れを認めているため、腹圧性尿失禁の可能性が高いが、服薬効果がなかった為、腹圧性か切迫性尿失禁か精査が必要。混合性であることも想定される為、「バップフォー」の使用検討も出来るが、認知症様の副作用が見られる為、注意が必要。夜間頻尿が多尿か、可能であれば、夜間の尿量の測定が必要である。 Q. 頻尿により睡眠時間の短縮があり、対策を知りたい。 Ns.：入浴前の活動や眠剤の服用時間調整、足浴での効果を検討する余地あり。ゆりりん等を使用して客観的に評価をすると良いのではないか。 OT：夜間の飲水量や摂取のタイミングの再検討はどうか | | | | |

排尿(排泄)障害改善事例検討会 事例報告書

| | | | | | | |
|--|---|---------------|--|------------|-----|--------|
| 報告者 | 職種 | 作業療法士 | 所属 | 病院 | | |
| 事例提出理由 脊椎圧迫骨折で疼痛あり、安静の為導尿カテーテル留置した。座位開始となり抜去したが尿量少なく、残尿あり再留置となった。さらに1週間経過し抜去を開始したが尿意がはっきりしない。その要因とこれからの対応の検討をしたい。 | | | | | | |
| 事例 | 80歳代 女性 | | 生活場所 | 息子夫婦と3人暮らし | | |
| 本人・家族の希望 | シルバーカー歩行でトイレまで移動し排泄動作は一人で行いたい。 | | | | | |
| 疾患名 | 第11胸椎圧迫骨折 | | 内服状況 | | | |
| 既往歴 | LCS急性増悪、右手関節骨折、両側白内障、慢性関節リウマチ、左右膝OA、 | | リビトール、リーゼ、ネキシウムカプセル、フレドニゾン、リリカカプセル、フェロミア、アミテューザカプセル、トリプタノール、リマプトアルファデクス、アザルフィジンEN、キョーリンAP、フォロセミド | | | |
| 排尿状態 | 日中:環境(トイレP-トイレおむつ尿器 導尿) 介助量(全介助 一部介助 見守り 自立) 自身で尿意を伝えることは1.2回。蓄尿160~170ml程度では尿意なく200でも訴えないことがあるが、トイレを促している。しかし、排出できない事や座位になった時点でオムツ内に出ることが度々みられた。徐々に尿意の伝達見られてきておりトイレ動作の要領も向上してきた。 | | | | | |
| | 夜間:環境(トイレP-トイレおむつ尿器 導尿) 介助量(全介助 一部介助 見守り 自立) オムツ内に出ている自覚あり。コールや伝達はなく定時のオムツ交換を待っている。 | | | | | |
| | 日中排尿回数 | 3~4回 | 最大膀胱容量 | 250~300 | 残尿量 | 10~200 |
| 夜間排尿回数 | オムツ内に3回前 | 一日総排尿量 | 900~1700 | 尿意 | 不明確 | |
| 排便状態 | 正常 下痢 便秘 <u>その他</u> | 便秘を心配して服薬2回/日 | | | | |
| ADL | 起立動作(全介助 一部介助 見守り 自立) 移乗(全介助 一部介助 見守り 自立) 下衣操作(一部介助 見守り 自立) トイレ(洋式 和式) 手摺り(有 無) 1回目のバルーン抜去時には端座位で血圧低下あり、耐性がついても起立移乗での下肢・体幹の支持弱く介助量大きかった。食事は車椅子座位であるが、日中の離床意欲低くベッド臥床で過ごす。 | | | | | |
| 取り組み内容 | 1回目バルーン抜去：排尿なく間欠導尿実施(390、200ml)するが尿意もなく再留置となる。起居、座位訓練とポータブルトイレへの移乗訓練を行った 2回目バルーン抜去：Ns.コール使用を促しトイレ誘導を実施。パットやオムツ内への排便に気付かない場面があるが、トイレでは他者の目が気になり排尿のし難さを感じている。本人からの伝達時やリハでのトイレ動作時に促している。 | | | | | |
| ディスカッション | Q. 現状はどのような状態か？ Dr. : X線より脊髄症状があると考えられ、神経因性膀胱が疑われる。また残尿もあるため、排出障害と考えられる為、「エブランチル」や「ウブレチド」の効果も期待できる。 Q. 今後の対応はどのように考えたらよいか。 Ns. : 間欠導尿だけでなく、トイレ誘導も行っていくことが大切である。残尿に対しては用手排尿はどうか。(←Dr.より腎機能障害が疑われる場合には、評価を行い慎重にする。便秘への対応も大切) Ns. : 排便チャート作りも大切であり、形状を整える、出し切る方法を検討する OT : 改善には長期的な関わりが必要と予測される為、パット交換ができるかの視点も大事だと考えられる。 | | | | | |

排尿(排泄)障害改善事例検討会 事例報告書

| | | | | |
|---|---|-------------------|--------|---|
| 報告者 | 職種 | 理学療法士、作業療法士、介護福祉士 | 所属 | 介護老人保健施設 |
| 事例提出理由 入所時や通所リハビリ利用中は、トイレで排泄が行えているが、自宅では常に失禁状態が続いているためオムツ対応となっている。老健退所後は通所リハビリに通う予定であり、施設、自宅とで排泄形態が異なる事例に対して今後の対応を検討している。 | | | | |
| 事例 | 60歳代 男性 | | 生活場所 | 介護老人保健施設 |
| 本人・家族の希望 | 本人からの聴取は困難。 家族：自宅での介護に疲れている、少し休みたい。 | | | |
| 疾患名 | | | | 内服状況 |
| 既往歴 | 右被殻出血、高次脳機能障害、認知症、脳梗塞、高血圧、脂質異常症 | | | アムロジピン、ドネペジル塩酸塩OD、リバロ、フリバス、イグザレルト、ベタニス、酸化マグネシウム |
| 排尿状態 | 日中：環境(トイレ P-トイレ おむつ 尿器 導尿) 介助量(全介助 一部介助 見守り 自立) 尿意を感じると自発的に車椅子で移動し、トイレで排泄するが、尿が出ないことが多い。排便については、内服にてコントロールしており2~3日おきに排便を認める。 | | | |
| | 夜間：環境(トイレ P-トイレ おむつ 尿器 導尿) 介助量(全介助 一部介助 見守り 自立) 夜間は睡眠時間確保のため、オムツを装着し、オムツ内への排尿を行っている。23、1、4時で定時のオムツ交換実施。 尿意記では臥位、座位でも出しきれず残尿が多い。ポータブルトイレでの排尿は3時間おきに声かけを行っており、動作は便座への移乗とズボンの上げ下げを介助している。 | | | |
| | 日中排尿回数 | 7~8回 | 最大膀胱容量 | 不明 |
| | 夜間排尿回数 | 不明 | 一日総排尿量 | 不明 |
| | | | 残尿量 | 150~250ml |
| | | | 尿意 | 有 |
| 排便状態 | 正常 下痢(便秘) その他 | | | |
| ADL | 起立動作(全介助 一部介助 見守り 自立) 移乗(全介助 一部介助 見守り 自立) 下衣操作(一部介助 見守り 自立) トイレ(洋式 和式) 手摺り(有 無) ①起居動作：見守り ②移乗動作：L字柵を把持すれば見守りで可能。 ③排泄動作：縦手すりを把持して起立し、寄りかかり立位でズボンを下げるまでは見守り、ズボンを上げる際は介助が必要。 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(II b) | | | |
| 取り組み内容 | リハビリ：排泄動作訓練、排尿姿勢の指導 介護：膀胱訓練、排尿姿勢の指導、トイレ誘導、尿器、ポータブルトイレの使用検討・練習 今後は、自宅退所し通所リハビリ利用予定である。施設ではトイレでの排尿は出来ているが、自宅では家族の介助でポータブルトイレに座るも排尿を認めない状況であるため、才 | | | |
| ディスカッション | Q. 事例の症状をどのように捉えるか？ Dr.：神経因性膀胱であると考えられる。排尿反射の抑制ができない。脳血管障害後の神経因性膀胱により残尿を認めている状況であり、OABの要素もある。 Q. 今後の取り組みをどのように行ったらよいか？ Dr.：まずは、下部尿路機能障害の評価を行う。前立腺肥大があればアボルブ、なければウブレチド(その場合、内服中のベタニスは要検討)を提案する。また、残尿を減らすため排尿後、導尿を行い尿意の間隔がどのように変化するか観察する。 Ns：家族の介護負担を軽減することが優先される。トイレに行かずに排泄できる方法もトイレと合わせて検討を行う。 Ns：ポータブルトイレでも安心して行えるような環境を作る。 OT：自宅での訪問リハビリやヘルパーなど介護保険サービスも再度検討する。 | | | |