

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	回復期病院		
事例提出理由 事例は糖尿病による排尿障害を呈し症状の改善に約4ヶ月を要した。糖尿病による排尿障害についてと、その関わり方(泌尿器科受診による内服薬の調整と合わせて、リハやケアをどうするべきであったか)についてアドバイスを頂きたい。						
事例	70歳代 男性	生活場所	回復期病院			
本人・家族の希望	本人：歩いて帰れるようになりたい。 家族：身の周りのことができるようになってほしい。					
疾患名	急性硬膜下血腫、頭部外傷	内服状況 ユリーフ、ベタニス、アボルブカプセル、マグミット、グットミン、イコサペント酸、メトグルコ酸、アミティーザカプセル、アムロジピンOD錠、ジャヌビア錠				
既往歴	腎症、高血圧、糖尿病、脳梗塞(H23年)、椎弓切除術					
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歩行器歩行で移動し、トイレでの排泄が行えている。排便については、内服にてコントロールしており1~2日置きに排便を認める。					
	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)					
	夜間は睡眠時間を確保するためオムツを装着し、オムツ内へ排尿行っている。歩行器でトイレに行くこともあるが、動作は見守りで可能。					
入院時評価(8月20日)						
	日中排尿回数	5~6回	最大膀胱容量	400ml	残尿量	150~240ml
	夜間排尿回数	10回	一日総排尿量	未測定	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(全介助 一部介助 見守り(自立) トイレ(洋式)和式) 手摺り(有)無) 歩行器歩行にてセルフケアは全般に見守り~軽介助。日中は訓練時以外は臥床していることが多いが、徐々に活動意欲は向上しており自発的に新聞閲覧を行うこともある。訓練は、ADL訓練や歩行訓練、言語訓練を実施している。取り組みとして、日中は歩行器を使用し自立して排泄を行っており、夜間は睡眠時間を確保するために、夜間の排尿はオムツを使用している。糖尿病の管理については、現在は内服にてコントロールできている。					
経過	8月13日：泌尿器科受診にて神経因性膀胱と診断。 ユリーフ4mg、バップフォー開始。→夜間頻尿継続し、残尿量。 9月3日：バップフォー中止、ユリーフ4mg→8mgへ増量。 9月24日：ユリーフに加えてアボルブ開始。残尿は200ml あるが、導尿等はせず経過観察。 10月29日：高血圧を認め、服薬変更(ベタニス)。水分量は食事以外で1000mlと問題ない。排尿回数は15回程度となっている。					
	最終評価(11月30日) 日中排尿回数：7回 夜間排尿回数：3回 残尿量：60~70ml					
ディスカッション	Q.糖尿病による排尿障害について? Dr.：末梢神経障害の影響として尿意の低下また亢進がある。頻尿から尿意が低下し排尿困難となるケースもある。事例のように頻尿であれば、残尿をとることで膀胱リズムと整えることで改善してくる。 Ns.：糖尿病はコントロール状態の低下があると体のきつさがみられてくる。 Q.リハやケアはどのように関わるべきであったか? OT.：退院後は自身でのコントロールが行えると良いと思われるため排尿日誌の指導を行う。					

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	回復期病院		
事例提出理由						
回復期リハ病棟での今後の排泄ケアの展開、退院後（退院先は施設方向）に向けてのマネジメント、次施設への情報提供を行う際に提供しておくべき内容など、多施設、多職種からの助言を頂きたい。						
事例	80歳代 男性		生活場所	回復期リハ病棟		
本人・家族の希望	本人からの聴取は困難。家族は「できることはしてあげたい…」					
疾患名	外傷性くも膜下出血 正常圧水頭症（シャント術施行）			内服状況		
既往歴	高血圧症			オスメテック錠20mg（降圧剤） ロゼレム錠8mg（不眠症治療薬） 塩化ナトリウム		
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） 9時～15時はリハビリパンツキパッドを着用。セラピストの訓練介入の際にトイレ誘導（2人介助）を実施。しかしながら、セラピストの介入時間にはばらつきがあり、誘導時にはすでに失禁していることも多かった。					
	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） 15時～翌日9時まではテープ止めオムツパッドを着用。オムツ交換の時間（定時業務）は、20時、24時、3時、（6時）、9時 セラピスト介入時以外は、ベッド上にて失禁で経過中。失禁は概ねパッド内であり、衣類、シーツ汚染はほとんど認めない。					
	日中排尿回数	4回	最大膀胱容量	300cc	残尿量	70～180cc
	夜間排尿回数	不明	一日総排尿量	不明	尿意	無
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（全介助 一部介助 見守り 自立）トイレ（洋式 和式）手摺り（有 無） 食事：経管栄養（胃瘻）整容：全介助 排泄：オムツ内失禁 更衣：ベッド上にて全介助 入浴：機械浴2人全介助 リハスタッフの訓練介入時以外は、セルフケアはベッド上にて1～2人全介助。 障害高齢者の日常生活自立度（C2） 認知症高齢者の日常生活自立度（IV）					
取り組み内容	介入の問題点として、排泄動作訓練が下部尿路機能や排出のタイミングとの関連性の裏付けがなかった事であった。日中（9時～18時）の排出回数は4回、それらの時間帯にトイレ誘導ができるよう介入時間を固定した。また、意識障害のある事例の場合にも、蓄尿量が一定量溜まっている状態では、正しい尿意が判断できトイレでの排出があることが確認された。また、残尿測定により臥位の状態よりも、トイレで排尿のほうが排出量は多く、残尿量も少ないことが確認できた。					
ディスカッション	<p>Q.今後の排泄ケアの展開について？ Dr.：トイレでの排泄後、残尿が70ccになることもあるため、導尿は必要ないと思えるが、膀胱炎がある場合には導尿は必要である。今後、尿検査（沈査）を行い確認すると良い。 Ns：水分摂取量と排出量をみると良い。栄養や皮膚トラブルの予防に看護サイドは努めなければならない。</p> <p>Q.次施設への情報提供時に伝達しておくべき内容は？ OT：回リハ病院で生活の中で行われていた排泄介助は、次施設でも行ってもらえる可能性が高い。そのため、セラピストだけでなくより生活に関わる介護職ができる方法を伝達すると良い。</p>					

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	介護老人保健施設	
事例提出理由 起立性低血圧により、リハビリが進みにくい。泌尿器科受診し、薬物療法を行うも残尿、頻尿は持続した。この利用者様に対する具体的な対応や工夫、また、残尿、頻尿の改善に向けた効果的なチームアプローチについてのアドバイスを頂きたい。					
事例	70歳代 女性	生活場所	病院		
本人・家族の希望	本人：いきなり起きるめまい、体のきつさが今後生活していく上で不安。 家族：夜間トイレに行くことが多い。主治医やお薬が何度も変わり体調が悪くなっていったので家族として今後不安。				
疾患名				内服状況	
既往歴	レビー小体型認知症、起立性低血圧、パーキンソン症候群、過活動膀胱			メトリジン錠、メチクール錠、ドブスOD、ベタニス、大建中湯、八味地黄丸、ピオスリー	
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) トイレ回数10回以上と頻回であり、本人の訴えで誘導している。しかし、誘導し座位を取ると尿意が無くなったという訴え多く聞かれる。その際は、体幹前傾を取り腹圧をかける等行えば少量の排出を確認している。また、9月下旬ごろから排尿の確認取れず導尿を開始。導尿により300~400ml程度の排出確認。				
	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) 尿意があった際にはナースコールを押し、ホータブルトイレにて見守り~一部介助で行っている。夜間時の排尿回数10回程度と多い。				
	日中排尿回数	19回	最大膀胱容量	441ml	残尿量
夜間排尿回数	20回	一日総排尿量	900ml	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：寝返りはベッド柵使用し、見守りで可能。起き上がりは一部介助を要す。 ②移乗動作：L字バーを把持すれば見守りで可能。 ③排泄動作：L字手すりを使用し、起立、移乗が可能。下衣操作は見守りで可能。 ④端座位にて血圧低下著明で意識消失、めまいが頻回にあり。				
取り組み内容	1) 排泄の目標：残尿と頻尿が改善し、排泄トラブルが軽減する。 2) 取り組み：一日のスケジュール作成 リハビリ：プロファンド(看護、介護も)、歩行訓練(歩行器)、下肢内転筋トレーニング 看護：一週間毎の排尿評価(排尿回数、残尿量、一日尿量、一回尿量)、排便コントロール 介護：水分摂取の声掛け、摂取量の確認、椅子に腰掛ける、ボール挟み				
ディスカッション	Q.残尿や頻尿に対するアプローチ方法は？ Dr.：レビー小体型認知症やパーキンソン症候群により、過活動膀胱になる可能性は考えられる。ジスチグミンはパーキンソンを罹患している患者へは禁忌である。残尿が多いのであれば、導尿の必要性もある。女性が下部尿路障害閉塞様の症状がある場合は、骨盤臓器脱も疑われる。股関節内転筋を鍛えるトレーニングは骨盤底筋の筋力強化にもつながり、効果はあると考えられる。 Q.事例に対する具体的な対応や工夫について？ OT：転倒や骨折、頭部外傷に注意する必要がある。進行性である為、トイレは動きを限定して転倒予防を図る事と次施設に繋がるような関わりが重要。 Ns.：眠前に温める、楽な排尿が行えるような関わりをする必要がある。まずは夜間良眠でき、洞生活自体を整えるかを考えることが大切である。				

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					
尿意の表出がはっきりしない、残尿あるが排出がうまくできていない。本事例の排尿機能障害を分析して適切なトイレ誘導に取り組むためのアドバイスを頂きたい。					
事例	70歳代	女性	生活場所	病院	
本人・家族の希望	家族：元通りの生活ができれば（夫）		本人：帰りたい		
疾患名	誤嚥性肺炎 パーキンソン病		内服状況		
既往歴	H21 右大腿骨骨折 H23 脊椎圧迫骨折 H26 肺炎		アスピリン原末微粒、アテゾ錠、ラジコ細粒、イソソルソール酒石酸塩錠、プロパサルチンNa塩錠、レプリソト配合錠、ラソプラゾールOD錠、ニューロパッチ		
排尿状態	日中：環境（入院時：カテーテル留置、現在：オムツ全介助（リハビリ時にトイレ誘導）、時々尿意やでたことを伝えることがある） 入院時（10/19）pH7.5 蛋白- 潜血- 亜硝酸- エステラーゼ- 白血球0-1 比重1.015 42日後（11/30）pH8.0 蛋白- 潜血- 亜硝酸+ エステラーゼ- 白血球3-5 比重1.010 真菌類3+				
	夜間：環境（入院時：カテーテル留置、現在：オムツ着用）				
	日中排尿回数		最大膀胱容量	600ml程度	残尿量
夜間排尿回数		一日総排尿量	1500~2000ml	尿意	曖昧
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(全介助 一部介助 見守り 自立) トイレ(洋式 和式) 手摺り(有 無) 座位での血圧値が低く、疲労の訴え強い。現在、食事はソフト食を3食経口で自力摂取しているが、時間がかかるため一部介助また、耐久性が浮動的でありベッドアップにて実施。訓練以外はベッド主体である。認知機能低下あり、妄想様発言や独語を認める。入院42日目にカテーテル抜き直後は尿意頻回であったが、数日後には「帰る」「バックがとられた」などの訴えに変わった。簡単な指示理解は可能だが、落ち着きがなくなると指示どおりの動作に拒否傾向。				
取り組み内容	抜去直後は300-400ml以上の蓄尿量で尿意を認めるが不確実。トイレ誘導にて、自尿あり残尿量140-170ml、残尿感聞かれず再度促すと排尿みられる。排尿開始まで時間かかり、尿線が途切れることあり。不穩時は蓄尿量500ml超えても尿意聞かれず、トイレ誘導にて自尿あるが残尿量200-400ml。便意の訴えなく、トイレ誘導時に少量の排便あるが便器内を見て、排便に気づく。現在、主治医は内服を検討中。トイレ誘導は訓練時間に実施している（午前、午後1回ずつ）が、今後はNsや療法士でタイミングを合わせてトイレ誘導の実施を検討している。落ち着いて過ごせる環境設定も必要だと考える。				
ディスカッション	Q.排尿機能障害の分析と適切なトイレ誘導の方法は？ Dr.：蓄尿量が300mlを超えないくらいでトイレへ誘導する方が良い。尿意低下の原因として、既往の脊椎圧迫骨折の可能性もある。パーキンソン病では中枢の制御がきかなくなるため尿意の低下がみられ、尿道括約筋のコントロールができなくなってくる（ゆるくなる人が多い）。この事例は認知機能の低下も原因の一つとなり得る。薬物については、α1ブロッカー（尿道を開く薬）などを試みても良いかも。 Dr.：誰にでもトリガーポイント（排尿を促すもの）があるため、それを探してあげると良い。 Ns：不穩じゃない時間帯にトイレに座る習慣をつけ、トイレの様式や環境も色々試してみても良いのでは。アルブミン値などの栄養管理を行い体力をつけ生活を整えていくと良い。				

排尿(排泄)障害改善事例検討会 事例報告書

報告者	職種	看護師	所属	病院		
事例提出理由 術後のバルン抜去後排尿障害が発生した場合の対応はどのようにしていけばよいのかアドバイスを頂きたいと提出します。						
事例	80歳代	男性	生活場所	病院		
本人・家族の希望	術後も今まで通り歩行によるトイレ移動、排泄が行える。					
疾患名	進行性胃癌Ⅲ 7/14幽門側胃切除術		内服状況			
既往歴	前立腺肥大 認知症 心房細動 閉塞性動脈硬化 両鼠径部人工血管留置ステント挿入		ワーファリン、シロスタゾール、メマリー、レザルタス、メネシット、イコサパント酸エチルカプセル、六君子湯、ユリーフ、メチコパール			
排尿状態	<p>日中:環境(トイレ)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)</p> <p>術前:トイレまで歩行でリハビリパンツ着用。センサーマットで移動はNs.が確認し見守っていた。</p> <p>術後:全介助でオムツ着用、尿意の訴えあるも歩行しなかった。車椅子でトイレ誘導するもオムツ内に少量失禁がある程度。Ns.コール頻回だが、排尿回数は術前と著変なし。</p>					
	<p>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)</p> <p>術前:尿器使用。Ns.が処理していた。リハビリパンツ着用。</p> <p>術後:全介助にてオムツ着用。尿意訴えあり、確認しても少量の失禁であり、残尿感を訴えることも多かった。</p>					
	日中排尿回数	2回	最大膀胱容量	不明	残尿量	不明
	夜間排尿回数	3回	一日総排尿量	不明	尿意	有
排便状態	正常 下痢 便秘 (その他)	術前2~3日おきに排便あり				
ADL	<p>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)</p> <p>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)</p> <p>術前はほぼ自立。食事はセッティング介助し、自力摂取行っていた。起き上がりや歩行は見守りを行いセンサーマット使用していた。意思疎通は可能であったが、ルートの自己抜去後、ポンプを見て「火を消してくれ、字を忘れた」などの発言が見られた。術後は、左頸部から肩痛訴えあり介助しても体動困難。食事は軽介助、トイレ誘導しても歩けず、ベッド上でオムツでの排泄が多くなった。</p>					
取り組み内容	7/14手術。術直後は抑制施行。7/16バルンカテーテル抜去。尿意はあるが、歩行困難でトイレ誘導できなかつたり、オムツ内に自尿が少量で残尿感を訴えるようになった。1回量がどの程度か術前に把握できていなかった。術後より左頸部~肩痛あり、ADLに制限あり。バルン抜去後数日しても残尿感、頻尿、1回量の尿量低下あり。7/23泌尿器科初診にて両側水腎水尿管症と診断。残尿多量の診断あり、バルン留置、ユリーフ服用開始となった。					
ディスカッション	<p>Q.バルン抜去後、排尿障害が発生した場合の対応はどのようにしたら良いか?</p> <p>Dr.: この事例に関しては、尿検査や残尿測定の実用性があった。</p> <p>OT: メマリーを服用しており、認知症があると考えられるが、尿意自体は正確だったのか検討が必要と思われる。</p> <p>Ns.: 排尿に対する異常が継続している中で経過観察では不十分だったのではないかと。歩行能力が改善してからバルン抜去を考えてもよいのではないかと。</p>					