

2022年1月20日

ナースの星 WEBセミナー

# 排尿ケアを行う意義と 看護師が知っておきたい ケアのポイント

小牧市民病院泌尿器科  
排尿ケアセンター  
吉川羊子



## 排尿自立指導料の見直し

### 入院における排尿自立指導の見直し

- 入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア(排尿自立指導料)について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

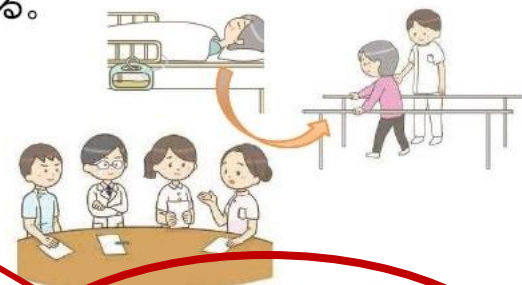
### (新) 排尿自立支援加算 200点(週1回)

#### 〔算定要件〕

入院中の患者であって、**尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者**又は**尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの**に対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、**週1回に限り12週**を限度として算定する。

#### 〔施設基準〕

- (1) 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される**排尿ケアチーム**が設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、**排尿ケアに関するマニュアルを作成**し、当該医療機関内に配布するとともに、**院内研修を実施**すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。



#### <新たに算定可能となる入院料>

- ・ 地域包括ケア病棟入院料
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・ 精神科救急入院料
- ・ 精神療養病棟入院料 等

### 外来における排尿自立指導の評価

- 退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「**外来排尿自立指導料**」に見直す。

#### 現行

**排尿自立指導料** 200点

#### 〔算定要件〕

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。

#### 改定後

**外来排尿自立指導料** 200点

#### 〔算定要件〕

**入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、**排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する**。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。



※ 別に厚生労働大臣が定めるもの及び施設基準は排尿自立支援加算と同様

# 「排尿自立指導料支援（指導）」の目的

- 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へ導く
- ここでいう排尿自立とは「排尿管理方法は問わず**自力で排尿管理が完結**できること」である

⇒留置カテーテルを抜去後にどう管理するか？

⇒「抜いたけど出ない」、あなたはどうします？

⇒最終的に留置やむを得ずならどうします？

# 留置カテーテルの適応

- 尿道カテーテルの**絶対的**な適応患者
  - 厳密な尿量測定が必要な場合
  - 尿による**汚染**を防ぐために局所管理が必要な場合
  - **下部尿路の手術における局所管理**が必要な場合
    - 膀胱、尿道、前立腺手術後
- 尿道カテーテルの**相対的**な適応患者
  - 上記に含まれず尿道カテーテル留置以外の排尿管理方法が検討できる場合
  - ⇒ 適切な排尿ケアを行うことで排尿自立の可能性

# カテーテル留置：悪女の深情け

## ◎何がおこるか？（合併症）

### ・尿路感染

→複雑性尿路感染（反復、長期化）  
留置後48時間で必発！！！！

### ・結石形成

→たった数日の留置で4cmの結石！

### ・瘻孔（皮膚と尿道との間に潰瘍形成→皮膚瘻）

→男性の陰茎下裂

### ・出血（物理的刺激）

### ・自己抜去

→尿道損傷

→カテーテル断裂（先端膀胱内残留）

挿入時の損傷のみならず、尿道に異物が留置されていること事態が、**尿路上皮の損傷**を招く

一度はまるとずるずると手が切れず、大火傷する

# 留置カテーテル抜去後の対処

- リハビリテーション
  - 運動機能回復
  - 骨盤底筋トレーニング
- 排尿環境整備
- 生活指導
- 間欠導尿(CIC)

# 症例：1

- 70代 女性
- 下血にて緊急入院(虚血性腸炎)
- 入院前に排尿困難の自覚はあるも、支障なし
- 入院後、下血、下痢、嘔吐のためベッド上排泄
- 入院3日目より食事開始
- 入院6日目よりトイレ排泄開始
- 入院9日目にトイレ移乗時に尿失禁出現
- 入院10日目に熱発あり、腎機能障害発症

# 症例: 1

Cre: 0.63



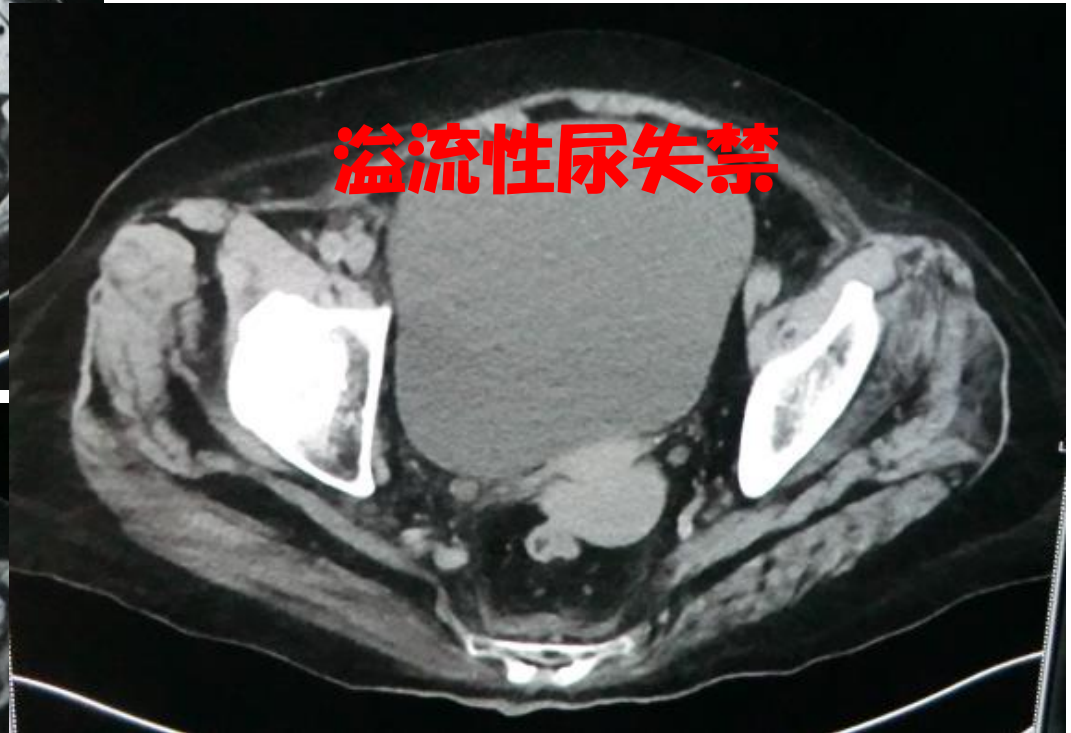
Cre: 2.65





# 症例: 1

Cre: 2.65



溢流性尿失禁



導尿にて1270ml排出

# 症例：1

- 入院11日目バルン留置し、腎機能改善
- 入院15日目、泌尿器科依頼あり、即日バルン抜去、間欠導尿指示
- 自己導尿指導開始し、指導10日でほぼ自立
- 在宅退院し、間欠自己導尿中
- 自然排尿漸増⇒退院3ヶ月で間欠導尿離脱

**トイレに行けないだけで排出障害は起きる！**

**頻尿・尿失禁は正しく評価を！**

膀胱内尿量

# 正常な排尿機能 排尿量にかかわらず残さず出せる

500ml

尿がたまる

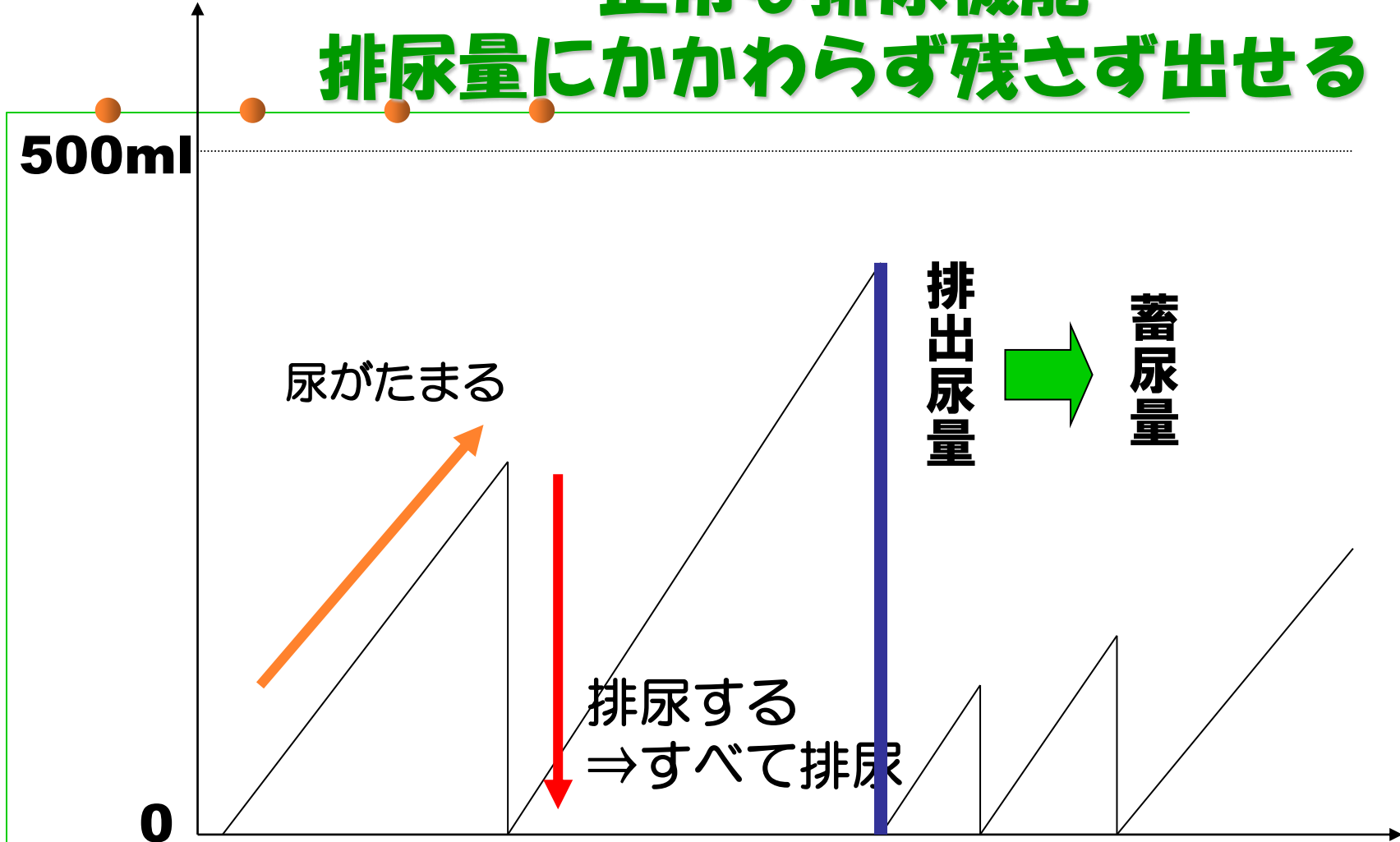
排出尿量

蓄尿量

排尿する  
⇒すべて排尿

0

時間経過



# 頻尿症例の排尿状態: その1

膀胱内尿量

少量しか蓄尿できない  
しかし残尿はない

500ml

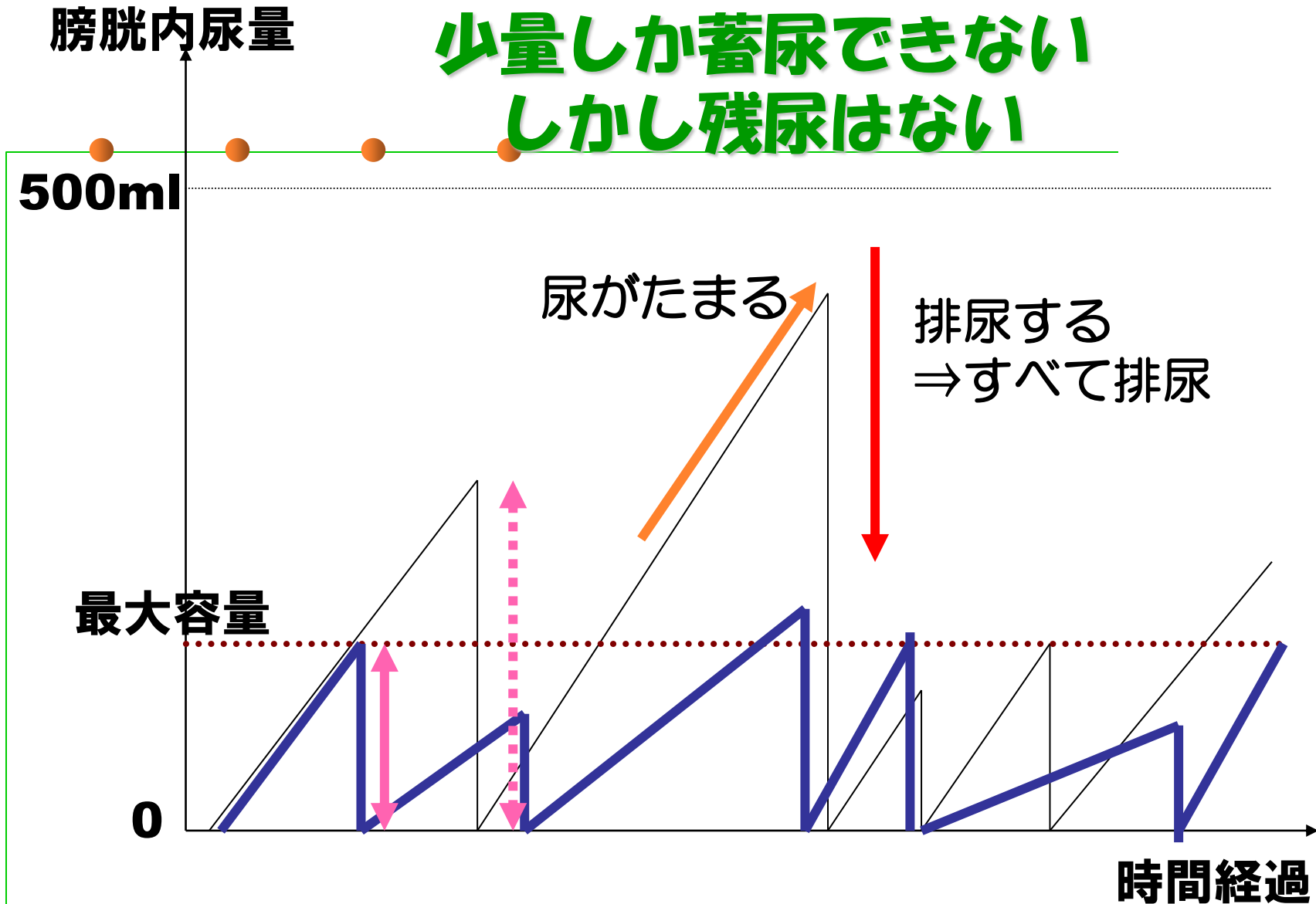
尿がたまる

排尿する  
⇒すべて排尿

最大容量

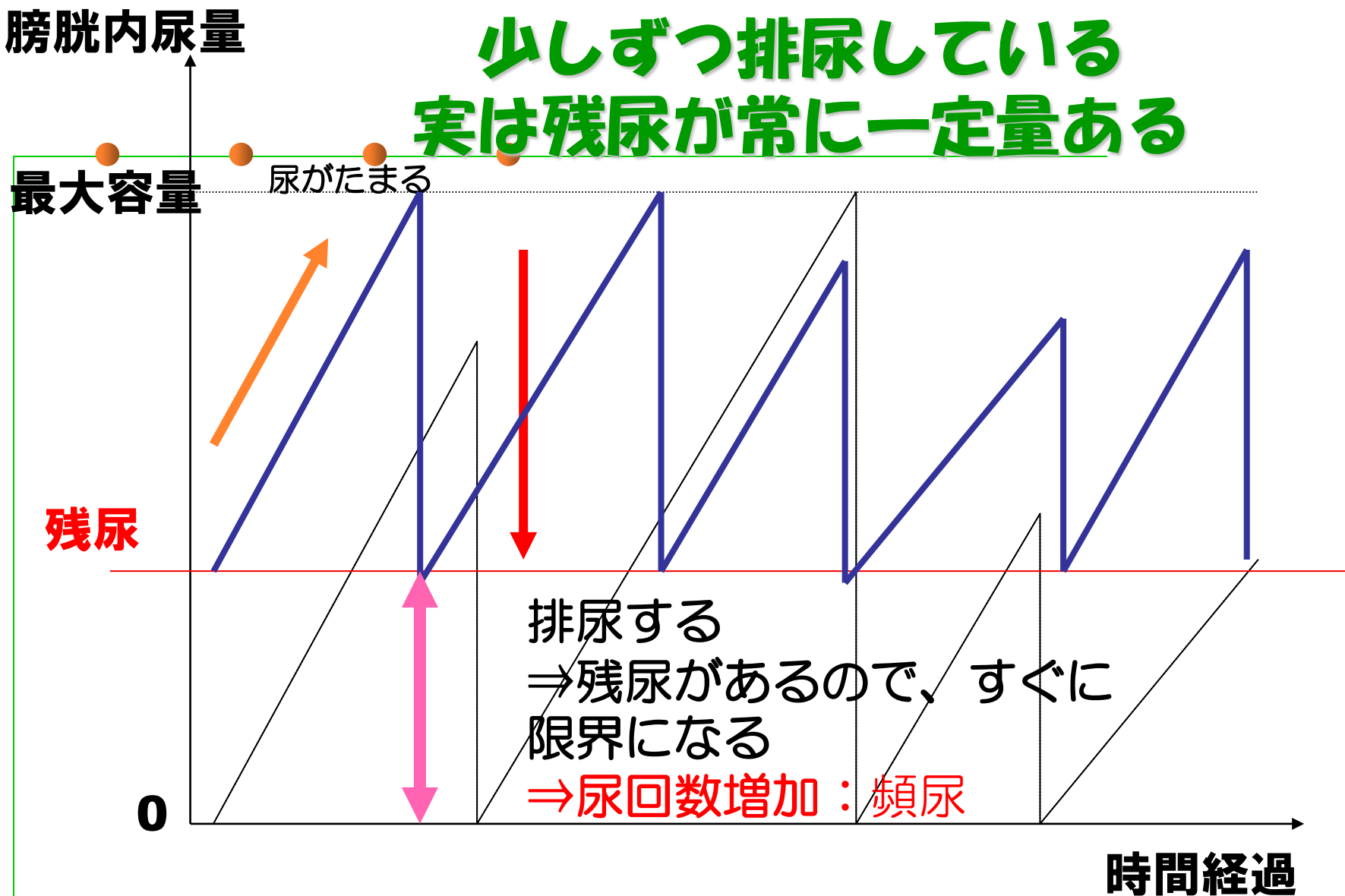
0

時間経過



# 頻尿症例の排尿状態: その2

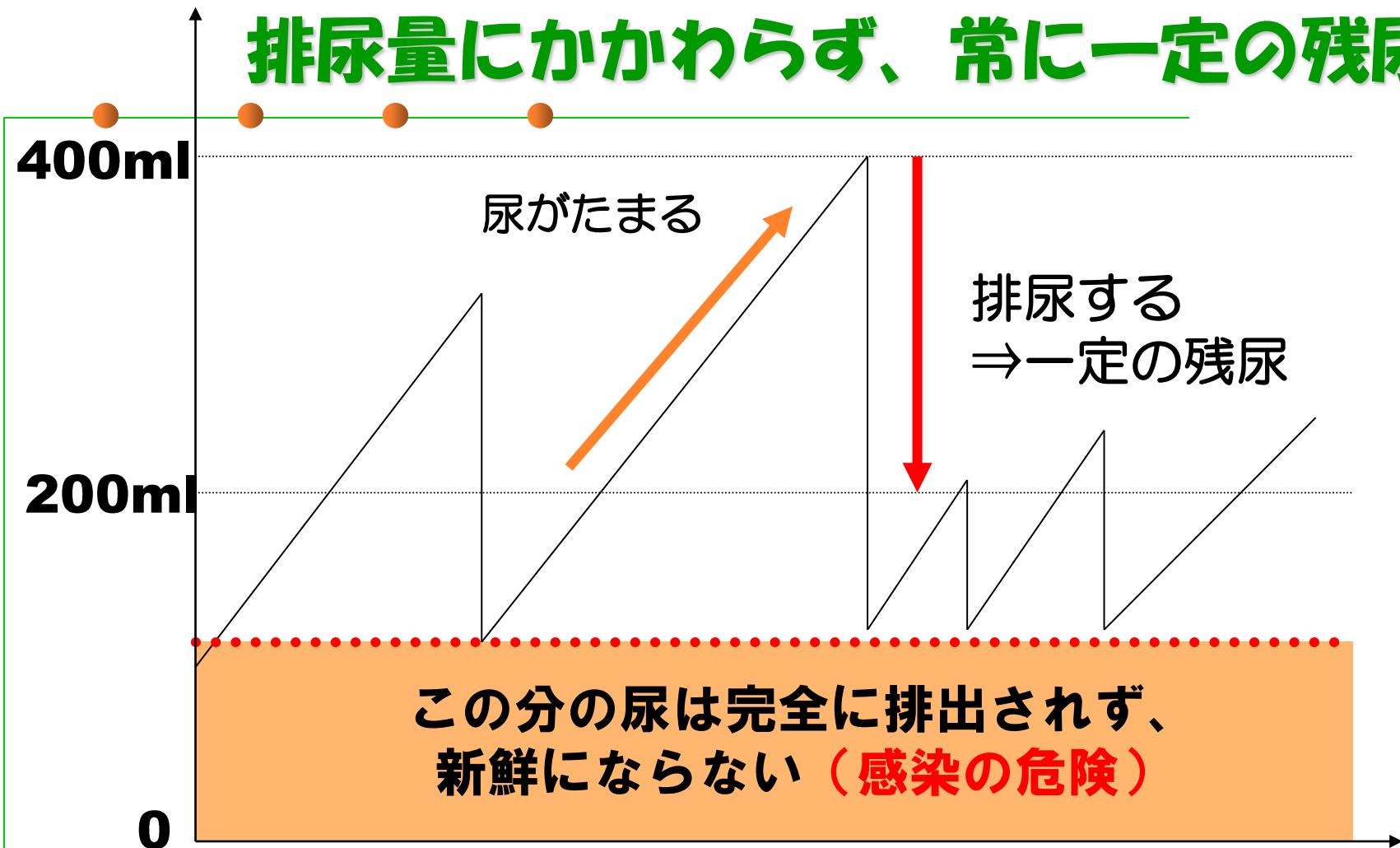
少しずつ排尿している  
実は残尿が常に一定量ある



# 残尿があると何が問題？

膀胱内尿量

排尿量にかかわらず、常に一定の残尿



この分の尿は完全に排出されず、  
新鮮にならない (感染の危険)

水槽の水替えはきちんとしないと濁るのと同じ

時間経過

# 頻尿症例の排尿状態: その3

膀胱内尿量

排尿のたびに徐々に残尿が増加

最大容量

尿がたまる

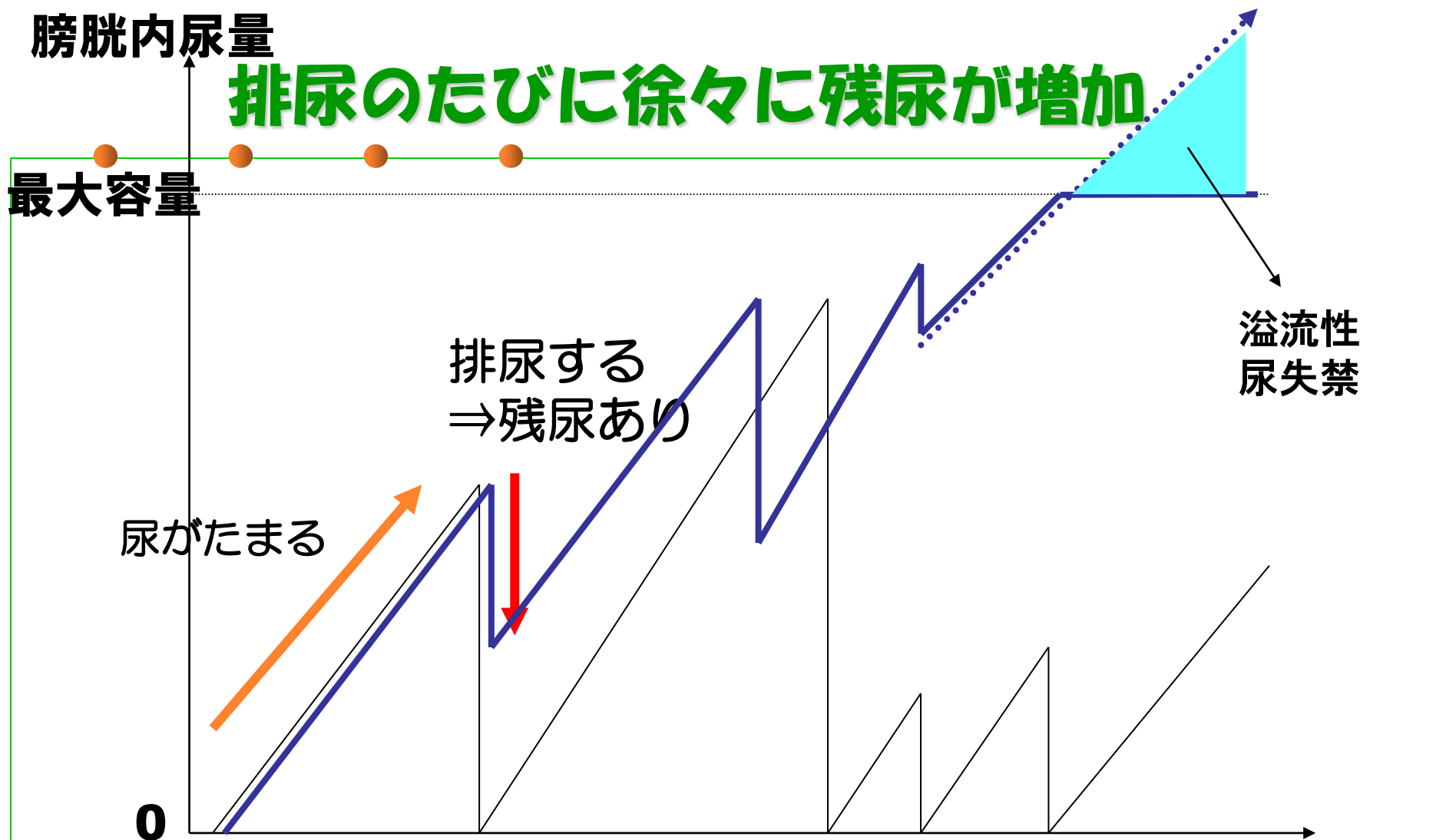
排尿する  
⇒残尿あり

溢流性  
尿失禁

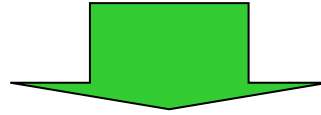
0

時間経過

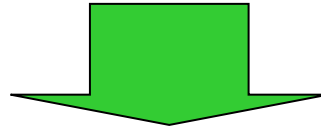
出たものを見ているにもかかわらず起きていることが解らない



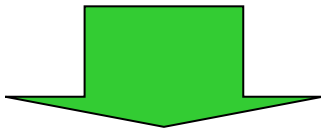
# 排尿管理の目的



尿路感染の回避  
低圧蓄尿の維持



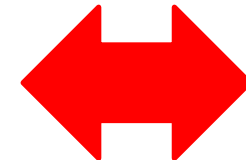
上部尿路の保護



リスク  
管理



生命活動  
(腎機能の維持)



尊厳  
QOL



# Clean Intermittent (Self) Catheterization

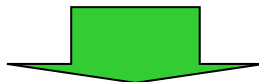
Clean, intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease

Jack Lapides, et al. *J Urol* 107, 1972

14例に対して試行し、その有用性を報告

A clean and an **not an aseptic** technique

無菌ではない

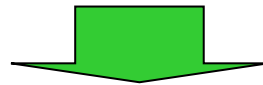


医師、看護師による滅菌導尿でなくとも管理は可能

# 清潔間歇導尿の基本理念

滅菌ではない操作で、**頻回**に導尿を行うことで、尿路感染を回避し、尿路ダメージを避ける

**なぜ「頻回に...」(時間厳守) が重要か？**



尿路感染と膀胱血流の関連性に着目

# Mechanisms of urinary tract infection

Jack Lapides UROLOGY 14:217-225, 1979

尿路感染の多くは、  
宿主における抵抗性の低下の結果発症する。

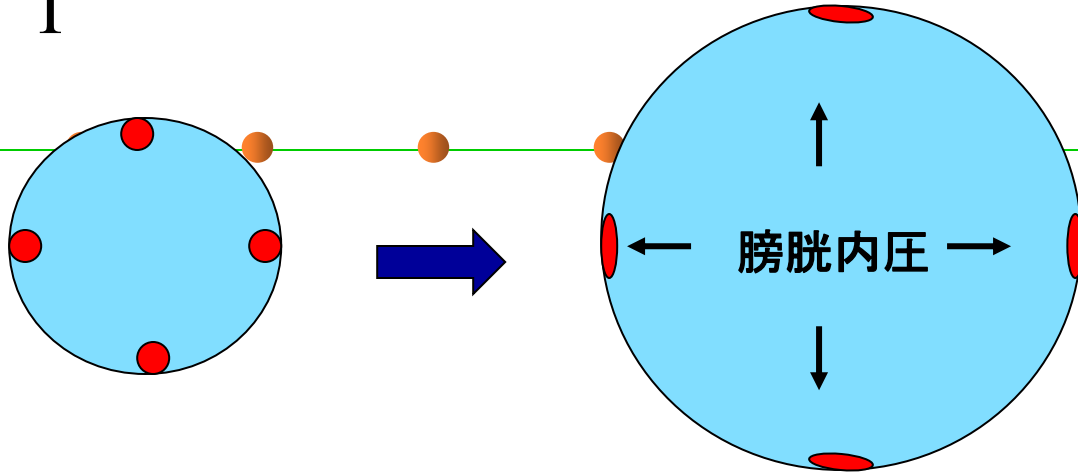
抵抗性の低下は、  
**組織損傷**や**血流低下**の結果として生じる。

膀胱における血流低下は、  
**膀胱過伸展**や**膀胱内の高圧状態**により生じる。

**留置カテーテル**

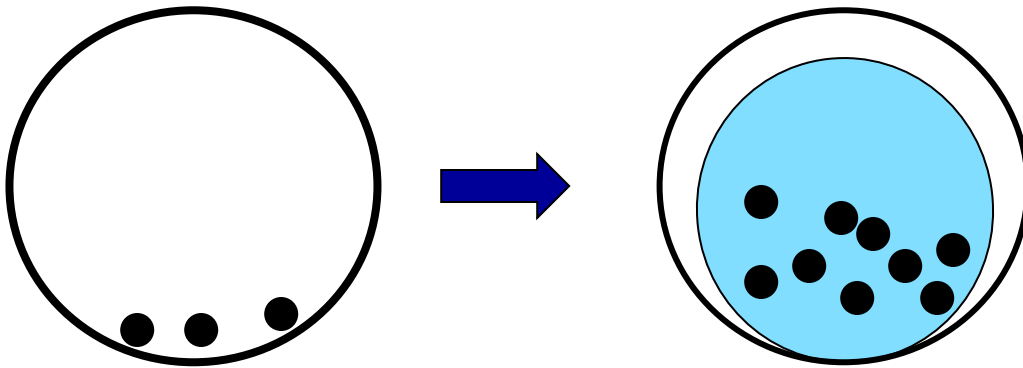
## 間歇(自己)導尿における時間厳守の重要性

I



膀胱過伸展に伴い、  
粘膜・筋層の血管が閉塞。  
結果として、膀胱全体が**虚血**  
状態となり、**膀胱壁の線維化**・  
**粘膜の抵抗性低下**を来す。

II



導尿間隔が長くなると、  
膀胱内の僅かな**細菌**が  
**加速度的に増殖**し、  
**感染が成立**する。

# 排尿自立指導のポイント

- 可能な限り「**トイレ**」で**排尿**
- そのための身体機能評価
- リハビリテーション
- **ポジショニング**と環境整備
- 適切な間欠導尿 (CIC)

排尿機能を  
向上させる  
リハビリは？

カテーテルの選択が重要

# 症例:2

- 30代女性
- 1年前年 右乳癌と診断  
右乳房切除＋リンパ節郭清術施行
- 術翌年 多発脳転移  
⇒髄腔内播種
- 入院時、極めて高度の頭痛・嘔吐が持続
- 同時期より尿閉出現し、間欠導尿施行  
→頭痛・嘔吐のため間欠導尿すら苦痛(＋)
- 入院3日 **尿道カテーテル留置**

# 症例:2

- 入院後3日 尿道留置カテーテル留置
- 頭痛・嘔吐に対する緩和ケアにて症状改善
- 入院後1か月 車椅子移動可能  
本人希望もあり、退院を検討
- 同月 リハビリテーション開始

# 退院支援カンファレンス（入院1か月半）

- 退院後は、在宅療養
  - 80代実母が身体介護（介護保険は適用できない）
  - 夫は就業後に介護を行って岩倉に帰宅
  - 訪問看護を利用
  - 当面、通院は当院（往診の依頼は未定）
- 問題点
  - 疼痛コントロールは安定した
  - 移乗動作は介護力も含めて難度が高い
  - 排便はトイレ移乗より摘便コントロールがよさそう

排尿については「バルン管理で問題なし」とされた



# 経過

- 入院1か月半 試験外泊施行
- 夜間に尿道留置カテーテル完全閉塞（混濁尿）  
⇒外泊中断して帰宅しカテーテル交換  
⇒1000ml膀胱内尿貯留を認める
- 癌疼痛認定看護師より排尿管理の再評価提案  
⇒「排泄ケアチーム」依頼へ

# 排泄ケア評価

- 尿混濁による閉塞のためCICに切り替え
- カテーテル管理の再評価

入院3日目 バルン留置

留置1か月後 尿混濁・バルン閉塞にて交換

⇒以後同月中に4回バルン閉塞・交換（計5回）

⇒翌月 外泊中のバルン閉塞で帰院

- CIC導入後、自排尿認めず

膀胱洗浄？  
高濃度クランベリー  
ジュース？

# 退院支援再評価

- 排尿障害：髄腔内播種による神経因性膀胱
  - 腰痛のため自己導尿は困難な場合がある
  - 夜間尿量増加(1000ml前後)⇒夜間導尿は負担
  - 夫は通勤途中のみ実施可能だが負担では？
  - 介護者が高齢なので、CIC可能か疑問(←スタッフ)
- 当科からの提案
  - 間欠バルーン導入(夜間等)
  - まず本人、夫、母にCIC指導を試みてから検討を！

**実母はCIC手技を問題なく習得し意欲も十分**

## ● 間欠バルーン管理



持続留置カテーテル



間欠バルーンカテーテル

- \* 昼間は実母（あるいは本人）がCIC**
- \* 夕刻、夫が訪問時に、導尿しバルーン設置**
- \* カテーテルの水洗を徹底することを指導**

## 退院時経過

- CIC、間欠バルーン管理は夫、母ともに習得
  - 留置からCICとしてから尿路感染消失(抗生剤不要)
- 往診依頼せず、通院は当院(主科は2週毎通院)
- 同年12月初旬 退院
  
- 外科受診時に夫が代診(2週に1度)
  - ⇒カテーテルトラブルなく経過
- 退院後2ヶ月月初旬 急激な傾眠傾向にて緊急入院
  - ⇒2日後 永眠(乳癌脳転移、髄腔内播種、多発肝転移)

# 急性期病院での排尿管理

- 術後早期からのバルン抜去、間欠導尿(CIC)管理
  - あわてて再留置しても排尿状態は観察できない
- リハビリテーションにより、ADL拡大
- in-outのバランスに配慮してCICの回数、時間調整
  - 経口摂取、補液の調整を主治医と検討
  - 食事形態と水分量の変化に気を付ける
- 積極的なトイレ誘導、尿意のサインなど読み取り

どの基礎疾患においても同様の視点が必要

⇒排尿自立支援加算を介して院内で認識を共有

# 基礎疾患が排尿に与える影響・例

- 呼吸器疾患
  - 酸素化不良
  - 嚥下障害
- 消化器疾患
  - 排便障害
  - 熱発
  - 腹痛
- 運動器疾患
  - 疼痛
  - 装具

合併疾患  
併用薬  
認知症...

リハビリテーション  
中断・遅延

栄養摂取不良

トイレ排泄拒否

**排尿関連  
動作破綻**

**排尿行動は強力な学習から成り立つ  
可能な限り症例本来の習慣再獲得を**


# 排尿自立指導のポイント

- 可能な限り「**トイレ**」で**排尿**
- そのための身体機能評価
- リハビリテーション
- **ポジショニング**と環境整備
- 適切な間欠導尿 (CIC)



**現場で指揮をとるのは看護職！**





排尿自立支援実践により、  
患者の排尿自立のみならず  
スタッフの排尿支援スキルの  
自立が期待できます！