

『排尿自立支援』『排尿ケアチーム』 『排尿障害の診療』について

柏崎総合医療センター
排尿ケアチーム
泌尿器科 羽入修吾

排尿自立支援加算

令和6年度 診療報酬 点数表

A 2 5 1 排尿自立支援加算（週1回） 200点

入院患者で、尿道カテーテル抜去後に、尿失禁・尿閉等の下部尿路症状を有する患者、あるいは下部尿路症状を生ずると見込まれる患者に対して

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

12週を限度として所定点数に加算する。1回の入院で最大200点×12回=2400点

* 非対象者

尿量測定のためのカテーテル留置。
入院時からカテーテル永久留置の患者。

局所の尿汚染を防ぐためのカテーテル留置。
寝たきりで完全尿失禁のオムツ使用の患者。

排尿ケアチームの目的と構成員

病棟看護師と排尿ケアチームが共同し、尿道留置カテーテルを抜去し、尿路感染を防止するとともに、自力で排尿管理ができるように排尿ケアを提供する。

排尿ケアチームの構成員

- 1) 専任医師 1 名： 3 年以上の経験を有する常勤泌尿器科医師。
- 2) 専任看護師 1 名： 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験が3 年以上、所定の研修を修了した常勤看護師（**WOC認定看護師**）。
（WOCとは、**W**ound創傷、**O**stomyストーマ、**C**ontinence禁制のこと）
- 3) 専任理学療法士 1 名： 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する常勤理学療法士。
- 4) 看護師長 1 名。 5) 看護主任 2 名。 6) リンクナース：各部署 1 名

排尿ケアチームの役割

- ・「**排尿自立支援に関する診療の計画書**」を記載する。
- ・ 排尿自立支援の実施状況を把握する。
- ・ 排尿自立支援の評価する。・ リンクナース、病棟看護師への相談とサポートを行う。

専任医師は、排尿ケア計画の策定、治療のアドバイス、医局内での排尿自立支援の周知を行う（まずは本日、このレクチャーで）。

専任看護師は、排尿ケア計画の策定、各部門との連携、ケア継続の支援、院内への排尿自立支援の周知を行う。排尿ケアに関する研修を行う。

専任理学療法士は、排尿自立度を評価し、ケア計画を立案する。排尿動作を妨げる問題点を抽出する。排尿ケア動作の指導・サポート等を計画し実践する。問題点の改善にむけて**病棟看護師と共同する**。必要時にリハビリテーション依頼書を要請する。

排尿ケアチームの運営・活動内容

＊ 排尿自立支援マニュアルの作成・配布・改定

＊ 「排尿自立支援に関する診療の計画書」作成と運用方法の制定

＊ 院内研修の実施

＊ 包括的排尿ケア計画の実践

- ・ 病棟ラウンド：週 1 回木曜日 9 時 3 0 分～

- ・ 火曜日 1 6 時までに病棟看護師が対象患者を排尿ケアチームに依頼する。

- ・ 専任看護師がチームメンバーに対象患者を連絡する（病棟ラウンドまでに）

＊ 排尿ケアチームの定期的カンファレンス

- ・ 偶数月第 4 木曜ラウンド前に、活動状況、実施内容、運営方法を話し合う。

＊ 排尿自立の評価と病棟への連絡 ＊ リンクナースとの連携

＊ 排尿自立支援加算の算定の決定（週 1 回、12 週を限度に算定していただく）

排尿自立支援加算と 回復期リハビリテーション強化加算

回復期リハビリテーション病棟（西3病棟、45床）において
患者1人につき 1日に80点加算 されます。

西3病棟に 1日平均 43人が入院しているならば、
 $80\text{点} \times 30\text{日} \times 43\text{床} = 103,200\text{点/月}$
 $\text{約}100\text{万円/月} = \text{約}\underline{1200\text{万円/年}}$ の加算を得られます。

排尿について

1、正常な排尿

- ①1回排尿量 200ml～300ml （時には100ml～400ml）
- ②排尿時間 20～30秒
- ③1日排尿回数 日中4～7回、夜間0～1回（高齢者では0～2回）
- ④1日の尿量 1000～1500ml （飲水が多いと、2000ml）

	自律神経	神経伝達物質	受容体
蓄尿	交感神経	ノルアドレナリン	α 1 受容体、 β 3 受容体
尿排出	副交感神経	アセチルコリン	ムスカリン受容体

排尿機能障害の症状

1)蓄尿症状

①昼間頻尿： 日中の排尿回数が多い（8回以上）

②夜間頻尿： 夜の排尿回数が多い（2～3回以上）

③尿意切迫感： 急に起こる激しい尿意で、我慢が難しい。＝過活動膀胱

④尿失禁： 不随意に尿が漏れる

i. 腹圧性尿失禁： 運動、動作、咳などの時に漏れる。

ii. 切迫性尿失禁： 尿意切迫感の直後に漏れる。

iii. 混合性尿失禁： 上記 i.腹圧性と ii.切迫性の両方がある。

iv. 溢流性尿失禁： 大量の残尿が溢れて少しずつ漏れ出てくる。

v. 機能性尿失禁： 排尿動作に時間がかかる。トイレに辿りつかない。

vi. 持続性尿失禁： 常に尿が漏れている。

vii. 遺尿： 不随意に排尿が始まってしまう。夜間遺尿＝夜尿症。

排尿機能障害の症状 2)尿排出症状(排尿障害)

- ①尿勢低下（尿線細小）：（以前に比べて／他人と比べて）尿勢がない
- ②尿線分割・尿線散乱： 尿線が割れて、尿が散ってしまう。
- ③尿線途絶： 排尿中に尿線が1回以上途切れる。
- ④排尿遅延： 排尿開始までに時間がかかる
- ⑤再延排尿： 排尿に要する時間が長い（1分以上かかる）
- ⑥腹圧排尿： 排尿するために強い腹圧をかける。
- ⑦終末滴下： 排尿の最終段階で尿線が細くなり、滴下が続く。
- ⑧**(完全)尿閉**： 尿を自力で出せない。膀胱が膨隆。通常、膀胱痛あり。
- ⑨**不完全尿閉**： 溢流性尿失禁が起こる。膀胱が膨隆。通常、膀胱痛あり。

排尿機能障害の症状 3)排尿後症状

- ①残尿感： 排尿後に膀胱に尿が残っている感じがする。
- ②排尿後の尿滴下： 排尿後に、不随意に尿が沁み出てくる。
 - * 男性では、便器から離れた後
 - * 女性では、立ち上がった後

排尿障害の診療

1)腹圧性尿失禁

1) 腹圧性尿失禁 (SUI) : **骨盤底筋の支持力低下による。**

診断…症状質問票 (ICIQ-SF、IPSS・OABSS)。

排尿日誌 (Padで尿失禁量も計測)

尿流測定・残尿測定。

膀胱鏡＋咳テスト。

治療…①骨盤底筋体操、②尿道スリング手術 (TVT手術、TOT手術)

①骨盤底筋体操 には 保険点数はありません。

②尿失禁防止手術 K823

1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの 23,510点 、医療材料費を含む。

2 その他のもの **20,680点** (TVT、TOTなど)、医療材料費を含む。

排尿障害の診療

2) 切迫性尿失禁

2) 切迫性尿失禁 = **過活動膀胱 (OAB)** …非常に多い

- ①特発性… **加齢** (脳脊髄神経系、膀胱・尿道の機能低下)
- ②症候性… **脳脊髄の疾患、下部尿路閉塞** (前立腺肥大症・神経因性膀胱など)

診断…症状質問票 (IPSS・OABSS)、排尿日誌、尿流測定・残尿測定、
腎・膀胱・前立腺のエコー、脳脊髄のCT・MRI

- 治療…
- ① 残尿<40ml、軽症なら、 β 3 刺激薬 (ベオーバ、ベタニス)
 - ② 残尿<40ml、中等症以上なら、抗コリン薬 (ウリトス、トビエース)
 - ③ 残尿50ml以上ならば、 α 1 遮断薬 (エブランチル、タムスロシンなど)
 - ④ 前立腺癌、前立腺肥大症、神経因性膀胱などが疑われれば、
診断を進めて治療を行う。
 - ⑤ 高齢で、ADLや心機能の低下が著しい場合は、おむつ管理とする。

排尿障害の診療

3) 溢流性尿失禁(尿排出障害)

原因は、**排尿困難・尿閉**をきたす疾患

① **神経因性膀胱 (NB) = 脳脊髄障害・末梢神経障害**

② **尿路閉塞 = 前立腺肥大症 (BPH)、前立腺癌 (PC)、尿道狭窄など**

診断…質問票 (IPSS・OABSS)、排尿日誌、理学的所見、尿流測定・**残尿測定**、**腎・膀胱・前立腺のエコー**、尿道膀胱鏡検査、脳脊髄のCT・MRI

治療① 薬 1) **α 1 遮断薬 (タムスロシン、シロドシン、ウラピジルなど)**

薬 2) **コリンエステラーゼ阻害薬 (ジスチグミン = ウブレチド®)**

治療② 手術療法 (**TURP**、尿道狭窄手術など)。前立腺癌は内分泌療法など検討。

治療③ 間欠的導尿 (認知機能・上肢機能がOKならば 患者自身による **自己導尿**)

治療④ **Foley 長期留置管理** (尿道カテーテル、膀胱瘻カテーテル)

排尿障害の診療 4)機能性尿失禁

原因は、①トイレに辿りつけずに、失禁する（移動障害、歩行障害）

②トイレの場所がわからない、下着の脱着ができない。

間に合わずに失禁する（認知機能障害）

治療は、おむつ。尿瓶。ポータブルトイレ使用訓練。歩行訓練。

定時トイレ誘導（尿意が強くなる前に定時にトイレに誘導する）

*** 理学療法士によるリハビリ、看護師・介護士による介護が重要。**

残尿が少ないことが判明していれば、過活動膀胱の病名をつけて薬を併用。

第1選択は β 3刺激薬（ベオーバ、ベタニス）

第2選択は抗コリン薬（ウリトス、バップフォー、トビエースなど）

排尿障害の診療

5)尿排出障害

- ① 神経因性膀胱 = 脳脊髄障害・末梢神経障害
- ② 尿路閉塞 = 前立腺肥大症、前立腺癌、尿道狭窄など
… 前々のスライド 3) 溢流性尿失禁(尿排出障害)と同じ。
- ★まず、残尿測定をおこなう。(導尿か、**リリウムワン**で測定)

2 プローブ部に超音波検査用ジェルを塗ります



＊ジェルの量が少なすぎると空気が入り込み適切に測定できません

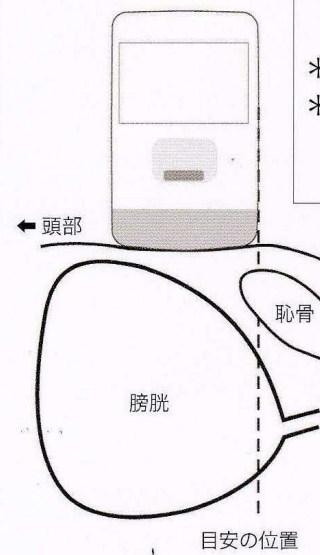
3 ボタンを押して、本体の電源を入れます



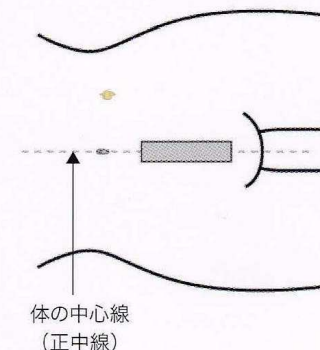
＊この状態で60秒間何も操作せずに放置した場合は、自動的に電源が切れます

ボタン

5 正中線上かつ恥骨結合部の直上に少し被るように(1cm程度を目安に)、本体のプローブ部をあてます



- ＊本体の左右は、どちらを恥骨結合部の直上に合わせても問題ありません
- ＊本体は押し付けず手で支える程度
- ＊本体がベッドと垂直になるくらいを目安に、本体を立てて保持してください



体の中心線
(正中線)

排尿自立支援のコツ

◎フォーレ抜去後の排尿困難、頻尿・尿失禁が予想される患者を抽出する。

- 1) 脳障害、脊椎障害、筋力低下で座位が困難、トイレに行けない患者。
- 2) 歩行障害・下着の脱着困難がある患者（神経障害、筋力低下）
- 3) 認知機能低下がある患者
- 4) 夜間頻尿で困っている患者（心不全や不眠症が疑われる）。

◎フォーレ抜去後、残尿が多そうな患者、尿閉と考えられる患者。

まず、残尿測定（**導尿**で測定、**リリアムワン**で測定）

◎フォーレ抜去後、尿失禁が新たに出現した患者。

◎可能ならば**排尿日誌**を記録してもらう（Pad重量計測で失禁量も記録できる）

※ 病棟看護師からWOC看護師（中村看護師）に排尿ケアチーム介入依頼を連絡。
重症は、泌尿器科に診療依頼。