

事例 I さん 55 歳女性

150cm,65kg 74 歳,仕事は茶道の先生

家族構成：子供は 3 人,現在は 20 歳の娘と夫の 3 人暮らし。

既往歴：胆石 出産歴：3 回

現病歴：半年前から強い尿意があり思うように我慢ができず尿が漏れることがある。もともと買い物好きだが 急な尿意がありトイレの場所がはっきりわからない所には行かなくなった。友人から日帰りバス旅行を誘われても高速道路の渋滞が怖くて断っている。最近体重も増えいつの間にか便秘気味である。尿漏れを気にして早め早めにトイレに行くようにしている。

ADL：自立

起床時間 6 時 00 分 就寝時間 23 時 00 分

	朝起きてから寝るまで			夜寝てから起きるまで		
	排尿時間 (尿意など)	排尿量 (ml)	尿失禁有無 失禁量 (g)	排尿時間 (尿意など)	排尿量 (ml)	尿失禁有無 失禁量 (g)
1	08:00	50				
2	09:00 洗い物をしている時に 強い尿意	140	有 5 g			
3	10:20	60				
4	11:30	100				
5	13:00	120				
6	14:15	50				
7	15:40 茶道教室の時に強い尿 意あり	140	有 5 g			
8	17:00	100				
9	18:30 炊事時に強い尿意あり	40	有 5 g			
10	20:00	80				
11	21:30	100				
12	23:00 就寝	120				
13				2:00 強い尿意	140	
14				3:30 強い尿意	90	
15				5:00 強い尿意	80	
16				翌 6:00 起床 トイレに行こうと して強い尿意	140	

昼間：尿量 排尿回数 失禁回数 失禁量

夜間：夜間尿量 排尿回数 失禁回数 失禁量

1 日排尿量/回数

<アセスメント>

1. 蓄尿について：
2. 排尿について：
3. 考えられる問題：
4. さらに必要な情報：
5. アドバイス：

事例 N さん 40 歳女性 身長 157cm,体重 52kg,自営業の夫の手伝い。計理の仕事をしている。

家族構成：子供は 2 人中学生と小学生,夫と 4 人暮らし

既往歴：高脂血症 出産歴：2 回 出生体重 2870g,3200g

現病歴：最近尿が近くて夜中は 2 回トイレに行きぐっすり眠れない。昼間は 10 回程トイレに行く。尿漏れ、残尿感はない。悪い病気ではないかと心配になり内科を受診したが異常はなかった。

ADL：自立

起床時間 5 時 00 就寝時間 23 時 00 分

	朝起きてから寝るまで			夜寝てから起きるまで		
	排尿時間 (尿意切迫感)	排尿量 (ml)	尿失禁有無 飲水量 (ml)	排尿時間 (尿意など)	排尿量 (ml)	尿失禁有無 飲水量(ml)
1	6:00	100	無 牛乳コップ 1 杯			
2	7:00	150	無 コーヒー 1 杯 お茶 1 杯 味噌汁 1 杯			
3	9:00	250	無 お茶 1 杯			
4	12:00	100	無 お茶 2 杯 コーヒー 1 杯			
5	15:00	200	無 紅茶 1 杯			
6	17:00 軽く有	250	無 お茶 1 杯			
7	19:00 軽く有	300	無 お茶 1 杯 味噌汁 1 杯 ビール大 1 缶			
8	20:00		無 焼酎 1 杯			
9	21:30	100	無 水 1 杯			
1 0	23:00 就寝	100	無 水 1 杯			
1 1						
1 2				2:30	160	無 水 1 杯
1 3				4:00	150	
1 4				翌 5:00 起床	250	無 水コップ 1 杯

昼間：尿量 排尿回数 失禁回数 失禁量

夜間：夜間尿量 排尿回数 失禁回数 失禁量

1 日排尿量 / 回数

<アセスメント>

1. 蓄尿について：
2. 排尿について：
3. 考えられる問題：
4. さらに必要な情報：

5. アドバイス :

事例Tさん 70歳男性

身長 178cm 体重 78kg

家族構成：妻,大学生の息子と3人暮らし

既往歴：HT 高脂血症 前立腺肥大症は経過観察中

Tさんは警察官を定年退職し町のボランティア活動に励んでいた。性格は明るく社交的でゴルフやお酒タバコが趣味。3/28朝から手先がしびれると訴え救急外来を受診した。CT,MRIの結果脳梗塞（内包）と診断された。点滴と膀胱留置カテーテルが使用され入院。再脳梗塞の発症はなく3/29に膀胱留置カテーテルを抜去した。1週間後の4/4頻尿のために排尿ケアチームに介入依頼をした。

→（排尿の自立に関する診療の計画書作成）

4/4左半身不全麻痺があり端坐位は安定しない。尿意が多く立位時に腹圧もかかるため時々尿失禁もある。テープ付きオムツを使用している。看護師はトイレに近いベッドの場所を選定し定時トイレ誘導をしている。もとのように過ごしたいと希望があり回復期リハビリ病棟に替わる予定を立て理学療法に専念することになった。

<現在の能力>

ADL：入院7日目 理学療法士介助の指導時によりゆっくりだが杖を持ち室内程度の歩行は可能

しかし左股関節屈曲筋力の低下・随意性の低下・運動時に筋緊張前屈位になるため、左足のつま先が床に引っかかる時があり転倒のリスクがある。左上肢は随意性の低下や筋出力の低下がある。

更衣：一部介助が必要。特にオムツとズボンを上げることは介助が必要

トイレ動作；上肢優位であるが便器に座る、立つは手すりを使用し自立している

端座位になり尿器をあてるが出ない。

視力:問題なし 認知：問題なし

徒手筋力検査法（MMT）

5	強い抵抗に打ち勝って全可動域の運動が可
4	弱い抵抗に打ち勝って全可動域の運動が可
3	抵抗を与えなければ重力に抗して全可動域の運動が可
2	重力を省けば全可動域の運動が可
1	筋の収縮は触れるが関節の可動域は不可
0	筋の収縮力も触れない

MMT 上肢 右5 / 左3 下肢 右5 / 左3

片麻痺の評価：Brunnstrom Recovery Stage(BRS)

stageI	反射的にも随意的にも筋収縮、運動がみられない（弛緩状態）
Stage II	連合反応随意的筋収縮がわずかに出現する（痙性出現）
Stage III	随意的に共同運動としての運動が可能になる（著明な痙性）
Stage IV	一部の関節で分離運動が可能になる（痙性がやや低下）
Stage V	さらに分離運動が可能になる（痙性減弱）
Stage VI	分離運動が自由に 速く 協調的に可能になる（痙性消失）

上肢5 /手指5 /下肢5

起床時間 5時00 就寝時間 23時00分

朝起きてから寝るまで			夜寝てから起きるまで			
	排尿時間	排尿量 (ml)	尿失禁有無	排尿時間	排尿量 (ml)	尿失禁有無
1	7:00	90	あり 5ml			
2	11:00	95	あり 5ml			
3	14:00	90				
4	17:00	95				
5	19:00	85				
6	20:00	80				
7	21:30	70				
8	23:00 就寝	80				
9				1:30	90	あり 5ml
10				3:00	85	
11				翌 6:00: 起床	95	

昼間：尿量 排尿回数： 失禁回数： 失禁量：
 夜間：夜間尿量 排尿回数： 失禁回数：

1日排尿量/回数

尿自立指導に関する診療の計画

氏名 殿 男 女 病棟 記入看護師 計画作成日 H29・3・30

年齢 65歳 尿道カテーテル留置日 H29・3・29 主疾患 脳梗塞
 留置の管理状況 1. 絶対的な適応 (尿量測定・局所管理) 2. 相対的な適応
 ※留置の管理状況が「2. 相対的な適応」であった場合のみ、以下のアセスメントを行う。

①下部尿路機能障害の症状を有する患者の抽出

<尿道カテーテル抜去後に下部尿路症状が予想される場合>

尿閉/排尿困難 (残尿量100ml以上)	ある ない	「ある」が1つ以上の場合、排尿ケアチームに相談する
尿失禁	ある ない	

<尿道カテーテル抜去後に下部尿路症状がある場合>

尿道カテーテル抜去日H29・4・1			「ある」が1つ以上の場合、排尿日誌と残尿量測定後に、排尿ケアチームに相談する
尿閉	ある ない	②下部尿路機能評価のための情報収集 排尿日誌記録日4/1・4/2・4/3 残尿量 23ml	
排尿困難(残尿量100ml以上)	ある ない		
尿失禁	ある ない		
重度の頻尿(15回以上/日)	ある ない		

③-1.下部尿路機能障害の評価

<排尿ケアチーム()による評価> 日付 29・3・31

スコア		0	1	2
排尿自立度	移乗・移動	自立	一部介助	ほとんど介助
	トイレ動作	自立	一部介助	ほとんど介助
	収尿器の使用	なし・自己管理	一部介助	ほとんど介助
	パッド・おむつ使用	なし・自己管理	一部介助	ほとんど介助
	カテーテル使用	なし/自己導尿	導尿(要介助)	尿道留置カテーテル
下部尿路機能	尿意の自覚	あり	一部なし	ほとんどなし
	尿失禁	なし	一部失禁	ほとんど失禁
	24時間排尿回数(/日)	~7回	8~14回	15回~
	平均1回排尿量(88ml)	200ml~	100~199ml	~99ml
	残尿量(30 ml)	~49ml	50~199ml	200ml~
排尿自立度 (3) 点 + 下部尿路機能 (5) 点 = 合計 (8) 点				

③-2. 排尿自立に向けた計画策定

<排尿ケアアセスメント>

蓄尿：尿意の訴えはある。頻尿。平均排尿量は約 88ml

排尿：トイレまで間に合わず尿失禁していることがある。立位時に腹圧がかかり尿失禁している時がある。現在最大残尿量は 30ml のため残尿測定は必要ない。

考えられる問題

脳梗塞は橋排尿中枢より上位にあるため、核上型排尿障害。そのため脳から排尿に関する神経が障害され過活動膀胱（貯めれない）である。脳梗塞による左半身麻痺がありトイレへの移動、衣服やオムツを上げることの動作が緩慢なため神経因性膀胱と機能性尿失禁を生じている

<包括的排尿ケア計画>

	項目	計画
看護計画	排尿自立（排尿動作障害）	尿器をあてるが出ない、個室トイレ誘導 下着の選択やリハビリパンツへ変更する 寝具素材の検討 衣服は着脱しやすいように工夫 移動・排尿意欲への支援
	下部尿路機能	排尿誘導（トイレ誘導シート）
	リハビリテーション	座位保持 立ち上がり、歩行訓練 手すりと杖の利用 排泄に関する動作訓練 骨盤底筋体操の説明
	薬物療法	ベシケア 抗コリン
	泌尿器科による精査・治療	エコー 検尿検査による尿路感染の否定 尿流動態検査

排尿自立指導料に関する手引きより（編集：日本創傷・オストミー・失禁管理学会）

<アセスメント>

※排尿自立に向けた計画策定の排尿ケアアセスメント参照

排尿回数は 11 回（昼間 9 回 夜間 2 回）1 日排尿量は 955ml

昼間排尿量 685ml+失禁量 10ml=695ml 夜間排尿量 270ml+失禁量 5ml=275ml

695+275=970ml 970ml/11 回 平均 88 ml 最大膀胱蓄尿量は 95ml 程度

自立排尿が成功している回数は 8 回 間に合わず失禁している回数は 3 回

残尿量は 30ml

さらに必要な情報：自覚症状（残尿感や腹部膨満の有無）

IN・OUT 量

<アドバイス>

患者の希望：オムツは使用せずトイレで排泄をしたい。

家族の希望：排泄は自立して欲しい。そして退院。

目標：トイレでの排泄が安全に安定してできる。

患者・家族・医療者間で目標の共有を行い援助する

受け持ち看護師は排尿日誌を基に排尿の状況をわかりやすく伝え、定時トイレ誘導を開始した。

ユーリパンの使用。

排尿介助の予定時間を伝える。

排尿パターンを読み取り支援方法の再評価。

統一した排泄介助を行うために、排泄動作の介助方法の統一（トイレ動作シートの作成）

羞恥心に配慮し、労を労いフィードバックをする。

ベシケア・抗コリン剤内服の場合便秘予防

在宅に向けた準備：介護保険申請確認・中間カンファレンス・デイサービスの利用有無の確認

手すり・トイレ環境の整備・退院前カンファレンス

※脳梗塞の急性期には蓄尿障害、慢性期には排尿障害に変化することもあるため注意深く観察する

トイレ移動シート

氏名 様 担当者
リゼリ

H29年 月 日 初回

尿意・便意: **あり**
トイレの場所: **病室トイレ**

①移動手段:

介助レベル: **自立**
介助者:

②乗移り(ベッド~車いす)

車椅子スレーキ: フットレスの忘れ

介助レベル

介助者

車椅子は使用しません

③トイレ動作

介助者:

	自立	見守り	部分介助	全介助
立ち上がる		○		
身体の向きを変える		○		
立っている		○		
ズボン上げ下げ		○		
座っている		○		
紙巻き・おしりふき		○		
排泄後のナースコール			不要	

④夜間

トイレの場所: **病室トイレ**

介助レベル: **慣れるまで見守り**

介助者:

事例 O さん 75 歳 男性

身長 170cm 体重 80 キロ 長距離トラックの運転手だった。

既往歴：9 年前に脳梗塞（橋とラクナ）を発症し、2 型糖尿病・狭心症を有している。以後自宅で過ごしている。5 年前に腰椎 3～4 の脊柱管狭窄症のため腰椎後方除圧術を受けている。

現病歴：作年末から突然腹痛を訴え頻回に救急車で来院した。救急外来では便秘、腰椎 3～4 の狭窄を指摘され大きな異常はなく帰宅した。翌日泌尿器科外来を受診し尿流動検査、検尿検査、残尿測定を行い 50ml だったが導尿をすると腹痛が改善するため、医師と十分な面接をし 1 日 1 回自己導尿を開始した。その後 N さんは病院受診を拒み妻のみ泌尿器科外来を受診し数本だけカテーテルをもらい、本人と来院することを約束した。

全身が痛い。特に腰が・・・救急車で来院。発汗著明で衣服の汚染を認めた。自己導尿は 1 日 1 日 10 回以上自ら行っていた。陰囊の腫脹と疼痛、発熱は認めなかった。採血結果は WBC11400/ μ l CRP16mg/dl CRel.27mg/dl 尿 RBC1-4/H 尿 WBC50-99/H HA1c7.8%だった。血液培養・尿培養で後に大腸菌 3+が検出された。妻の話では急に尿意を感じると我慢できなくなり自己導尿の回数が増えた。自己導尿は妻の介助で行っていた。

認知面は最近ベランダの柵をまたいだりトイレから出たらそのまま裸足で大通りを歩いたりする行動があった。妻の友人からも認知症の専門医の受診を勧められていたが頑なに拒否していた。それでも 3 月に要介護 2 を取得した。妻はケアマネージャーも決まらず日々困っていた。今回全てのことを解決して欲しい思いから救急で来院した。

急性腎盂腎炎のため緊急入院となり点滴管理と抗生剤が始まった。患者の意向を確認し尿道留置カテーテルを使用することになった。入院から 5 日目炎症反応 CRP27 mg/dl から 2.7 mg/dl と低下した。尿道留置カテーテルを抜去し、CIC の手技を見直すことになった。

家族構成：妻と 2 人暮らし。長女は幼稚園の PTA の大役を担い精神的負担がある。最近下血し自分のことで精一杯と発言。長男は腰椎ヘルニアのため自宅療養した。車の運転ができず職場の友人に送迎を頼んでいる。会社にこれ以上迷惑をかけたくない。休めないと発言。

＃腎盂腎炎 　＃前立腺炎 　＃2 型糖尿病 　＃狭心症 　＃脳梗塞

● 入院時の認知症高齢者の日常生活自立度 III

日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通が見られ、介護を必要とする。

● アセスメント

腎盂腎炎に関して

衣服の汚染、CIC 回数の多さから自己導尿の手技が不潔だったと予測した。（後日尿培養・血液培養とも大腸菌 3+が検出）2 型糖尿病・狭心症・脳梗塞を有し最終 12 月の HbA1c7.8%と糖尿病の管理不良が伺えた。今回の入院により血糖値は 130mg/dl・尿糖（－）と安定した。残尿量は 30-80ml のため自己導尿の絶対適応ではなく 1 日 1 回の自己導尿もしくは不要との治療方針を立てた。

上記より糖尿病・下部尿路障害とも重症ではないが糖尿病による自律神経障害（末梢神経障害）と神経因性膀胱があった。脳梗塞による核上型排尿障害+糖尿病と脊柱管狭窄症からも末梢神経障害と考えら

れた。低活動膀胱と糖尿病性腎症を予防する必要がある。

精神面では失行や病院受信拒否があるため脳梗塞後の脳血管障害や糖尿病の血糖不良による認知症低下の可能性があり専門医の受診が必要である。下部尿路障害の問題点から患者の疾患や家族機能の全体像を見て、退院後の下部尿路障害に対する対策と精神面・糖尿病の全身管理が必要と考えた。

疾患からの全体像を下記に示す。

(参考資料：穴沢貞夫 後藤百万 (2009). 排泄リハビリテーション理論と臨床.中山書店)

<加齢>

脳、脊髄（中枢神経系）は委縮するため高齢になればなるほど排尿障害の合併症が増える。内臓脂肪の蓄積、遺伝因子、環境因子から脂質異常、耐糖能異常、高血圧、血栓形成、炎症が生じ動脈硬化を生じる。→虚血

<糖尿病>

糖尿病の大血管障害（狭心症・脳梗塞）を有する。

自律神経障害の知覚低下と排尿時の排尿筋収縮力の低下が生じている。典型的な例でははじめは求心性線維（知覚神経）が障害されるため尿意が減少、消失し排尿回数が減少し1回排尿量が増加する。年月が経過し膀胱の過伸展が続き、神経障害も加わると尿排出時の排尿筋収縮力が低下し腹圧排尿をする。そして残尿が増加し多量の残尿が生じ溢流性尿失禁と上部尿路障害になる。

<脊柱管狭窄症>

馬尾神経の圧迫より虚血となり馬尾神経の刺激症状がおこる

腹圧排尿 残尿 頻尿 尿意切迫感 尿失禁

患者は上記の疾患を多数有し排尿に関する命令中枢の障害がある。また言動から脳血管性認知症の可能性もある。糖尿病の血糖管理を行いながら、排泄経路の確保と上部尿路障害の予防、行動支援をする上でも精神症状のサポートを必要とする。

- # 非効果的治療計画管理
- 治療目標

目標：尿道カテーテル留置から離脱し、尿路感染なく自排尿を獲得する

血糖コントロールを行い糖尿病の悪化を予防する

ケアプラン 注意点：局所だけの対策ではなく未来の予測を立てた介入計画にする

→第三者の訪問介入が必要。(ケアマネ 訪問 NS)

地域連携室：医療相談員・退院支援看護師の介入 ケアマネージャーを決める。

在宅医を決める（内科 歯科等往診可能なところ） 訪問看護師の利用（訪問看護指示書）

退院直後の在宅療養支援では泌尿器科 NS がデイケアに出向き看看連携をする

中間カンファレンス・退院前カンファレンスの設定

訪問看護は内服管理を主に、デイサービスでは自己導尿とリハビリを行う

お子さんに情報提供する

今後の課題 精神症状落ち着いたところで、残尿量をみて CIC 回数の決定

尿意がしっかりわかるまで定時トイレ誘導 思いを尊重した支援と評価

事例 I さん 55 歳女性

1 日排尿量/回数 1565ml / 16 回

昼間：尿量 1100ml 排尿回数：12 回 失禁回数：3 回 失禁量 15 g

夜間：夜間尿量 450ml 排尿回数：3 回 失禁回数：0 失禁量 0

<アセスメント>

1. 蓄尿：1 回排尿量 40ml~140ml 朝起床時の尿量：140ml 最高蓄尿量 140ml
2. 排尿：強い尿意切迫感とトイレに間に合わないため尿失禁がある。

平均 1 回当排尿量（失禁量含め平均）97ml 夜間尿量 450ml/1565=0,28 のため夜間多尿は

否定

3. 考えられる問題：我慢できない程の強い尿意があるため切迫性尿失禁
4. さらに必要な情報：膀胱炎を否定するために検尿（色調・匂い、膿尿）の確認
排尿時痛、排尿終末時の下腹部の痛みの有無、既往歴の確認
5. アドバイス：内服薬 ベシケア 抗コリン薬（ステーブラ テドルシトール バップフォー等）
（抗コリン薬の副作用についても説明 口渇・便秘・排尿困難の確認
閉塞隅角緑内障には禁忌）内服がきちんと守られているのか確認する。
飲水制限は尿路感染防止や腎機能低下、尿路結石の原因になるため行わない。

カフェインやアルコールは利尿作用があり頻尿になることもあるので、患者と相談して夜間睡眠を得るために夕方から制限することも必要になる。外出時はトイレのある場所を確認したり、軽パッドも使用することで不安を取り除くこともでき効果的。

脱ぎやすい衣服の選択、高齢者では尿器やポータブルトイレも活用する
膀胱訓練：1 日数回 5 分程度から尿意を我慢する。2 回目の尿意で行く。

最終的には 2~3 時間の間隔を目標にする

骨盤底筋体操：効果的に骨盤底筋体操が行われているか、快適な生活が行えているか
長期的な関わりながら確認をする。

事例 N さん 40 歳女性

1 日排尿量/回数 2110ml

昼間：尿量 1550ml 排尿回数：10 失禁回数 0 失禁量 0

夜間：夜間尿量 560ml 排尿回数：2 失禁回数：0 失禁量 0

<アセスメント>

1. 蓄尿について：1 回排尿量 100ml~300ml 貯めれる。

正常な膀胱容量。

排尿について：夜間睡眠中に 3 回排尿がある。平均 1 回尿量=175ml

2. 考えられる問題：多尿の診断基準は 24 時間尿量が 40ml/体重以上とされている。

患者の体重は 52kg×40ml=2080ml 以上のため多尿になる。夜間多尿指数は高齢者 0.33（若年者

は 0.20 以上) と定義がある

夜間尿量 (就寝から起床後 1 回までの合計尿量) /24 時間排尿 : 560ml (起床時含む)

/2110ml=0.26 のため多尿だが夜間多尿は否定できる。

飲水量 (牛乳 コーヒー 紅茶等) を約 2260ml として+食事の調理に含まれる水分量は、1 日で約 1500ml と考えると水分過多の計算になる。

よって水分過多による多尿と考える。排尿障害ではない。

4. さらに必要な情報 : 最低 3 日間の排尿日誌の継続

5. アドバイス : 水分摂取量は食事 (米の水分等) も含め $52\text{kg} \times 30\text{ml} \sim 40\text{ml} = 1560 \sim 2080\text{ml}$ までに

する。
実際に口から飲む水分量は $\text{体重} \times 20\text{ml} = 52\text{kg} \times 20 = 1000\text{ml}$ が妥当



【事例】

70歳男性。認知症の妻と二人暮らし。子供は遠方で生活している
既往歴 糖尿病。

ADL:4 点杖歩行にて歩行可能。食事は自力摂取できる。入浴は見守りで可能。

脳梗塞を発症し、左不全麻痺が残り急性期病院から自宅に退院してきました。
急性期病院で尿道留置カテーテルを挿入されたが、状態が良くなり抜去されました。しかし、
自排尿が少なく残尿が多いため、頻尿で困り尿道留置カテーテルを再挿入されて退院して
きました。

ヘルパーが在宅訪問時、本人から「買い物も行きたい、温泉に入りたい。しかし、この管が
あっては、何もできない。管のない生活は一生できないのか？」と相談されました。

この症例に対して、排尿自立に向けてどの職種に連携し、どのような排尿ケアを行いますか？



地域で作ろう！質の高い排泄ケア



参加費無料

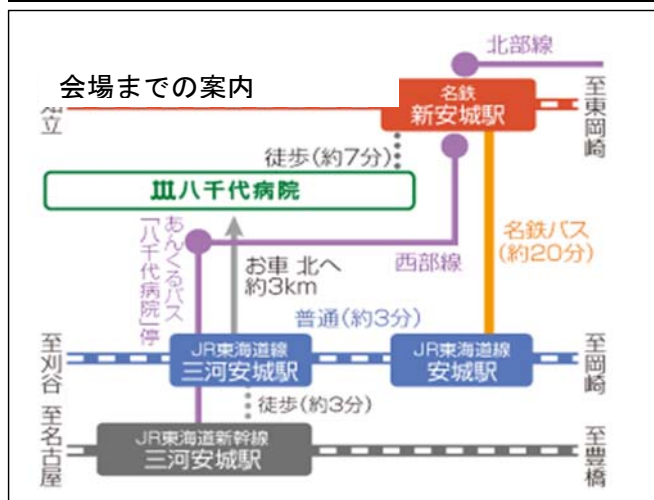
■会場：社会医療法人財団新和会 八千代病院2F 会議室

愛知県安城市住吉町2丁目2-7

<目的> 在宅医療・介護・福祉の従事者が下部尿路機能の排尿に関する基礎知識・実際のケアを習得し、地域で質の高い多職種連携による排尿ケアを推進する。

<プログラム>

	日時	内容	講師
第1回目 基礎知識	2016年 10月30日(日) 13:30~16:30	◆高齢者排尿障害の管理・ケアにおける現状と問題点、尿路の解剖、蓄尿と尿排出のメカニズム、排尿機能に影響を及ぼす薬剤、排尿障害の評価・検査方法(医学的評価) 講師：名古屋大学医学部泌尿器科教授 後藤百万氏	
第2回目 基礎知識	2016年 11月27日(日) 13:30~16:30	◆排尿障害の症状と原因、前立腺肥大症、神経因性膀胱、尿失禁の分類と病態、尿失禁の治療 講師：小牧市民病院泌尿器科 排尿ケアセンター部長 吉川羊子氏	
第3回目 基礎知識 多職種連 携教育	2016年 1月28日(土) 13:30~16:30	◆排尿ケアを実践するためのアセスメント 講師：人間環境大学看護学部看護学科 大学院看護研究科 講師 永坂和子氏 ◆自立するための排泄動作と介助法 講師：社会医療法人財団新和会 八千代病院 理学療法士 上野愛範氏 ◆グループディスカッション、排泄ケアに関する問題抽出	
第4回目 多職種 連携教育	2017年 2月25日(土) 13:30~16:30	◆ケースメソッド教育 多職種連携を高めるためのファシリテーション知識とスキル 講師：日本福祉大学社会福祉学部 教授 篠田道子氏	
第5回目 第6回目	予定しています	◆排尿日誌の利用法、排泄用具の紹介、事例検討等 ◆診療所の医師と連携、実際の診療所への受診とフォローアップ	



<問い合わせ> ☎474-0035 大府市江端町3-220

人間環境大学看護学部看護学科 大学院看護研究科 永坂和子
Eメール: k-nagasaka@uhe.ac.jp FAX: 052 - 693 - 6979

共催：安城医療福祉ネットワーク

後援：安城市、一般社団法人 安城市医師会

社会医療法人財団新和会 八千代病院

このセミナーは、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団によって多職種連携研修会の助成金を受けたものです。

<申し込み> ☎446-8510 安城市住吉町 2-2-7 八千代病院内 安城医療福祉ネットワーク事務局
FAX: 0120 - 811 - 814

裏に申込用紙があります。

地域で作ろう！質の高い排尿ケア

参加費無料

■会場：社会医療法人財団新和会 八千代病院 新館5F「なごみ」

愛知県安城市住吉町2丁目2-7

<目的> 在宅医療・介護・福祉の従事者が下部尿路機能の排尿に関する基礎知識・実際の排尿ケア技術を習得し、地域で質の高い多職種連携による排尿ケアを推進する。

<プログラム>

	日時	内容	講師
第5回目 排泄アセスメント	2017年 4月22日(土) 14:00~17:00	◆排尿アセスメント、排尿日誌の活用法、排尿自立指導料について	講師：人間環境大学看護学部看護学科 大学院看護学研究科 永坂和子氏 講師：津島市民病院 皮膚・排泄ケア認定看護師 日比野綾香氏
第6回目 排泄道具	2017年 5月27日(土) 14:00~17:00	◆排尿自立するための排泄道具を学ぼう！	講師：社会福祉法人名古屋市総合リハビリテーション事業団 なごや福祉用具プラザ 看護師 日高明子氏
第7回目 排尿障害 専門医への受診	2017年 6月24日(土) 14:00~17:00	◆実際の泌尿器科受診と受診後のアプローチ ◆「日頃の排泄ケアに骨盤底筋訓練を活用しよう！」	講師：ゆばクリニック(泌尿器科) 弓場宏氏 講師：名古屋医健スポーツ専門学校 理学療法士 阿部信美氏
第8回目 地域と	7月29日(土) 14:00~17:00	◆質の高い排尿ケア！地域でどうしたら作れるか？	講師：国立長寿医療研究センター 副看護師長 横山剛志氏 講義&多職種でディスカッション・ためしてガッテン残尿エコー

会場までの案内



<問い合わせ> 〒474-0035 大府市江端町3-220

人間環境大学看護学部看護学科 大学院看護学研究科 永坂和子

Eメール：k-nagasaka@uhe.ac.jp

FAX: 052-693-6979

共催：安城医療福祉ネットワーク

後援：安城市、一般社団法人 安城市医師会

社会医療法人財団新和会 八千代病院

このセミナーは、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団によって多職種連携研修会の助成金を受けたものです。

八千代病院内 安城医療福祉ネットワーク事務局

局 FAX: 0120 - 811 - 814

裏に申込用紙があります

八千代病院内

安城医療福祉ネットワーク 行

申し込み

地域で作ろう！質の高い排尿ケア

FAX : 0120-811-814

資料の準備をします。申し込み後の変更の場合もお知らせください。

氏名	所属	7月29日 (土)
(例)安城花子	〇〇病院	○