

特集 実践！ 超高齢社会における排尿ケア

# 排尿自立支援・指導： ケース・スタディ ～排尿自立支援加算・ 外来排尿自立指導料の実際～

梅田富子

日本大学医学部附属板橋病院 看護部 師長補佐、皮膚・排泄ケア認定 / 創傷管理関連特定看護師

## Point

- ▶ 入院患者の排尿ケアには排尿ケアチームの関わりが大切になる
- ▶ 「外来排尿自立指導料」の導入で外来での排尿管理がスムーズになる
- ▶ 排尿を自立させるためには自己導尿のデバイス選択が鍵になる

## はじめに

平成 28 (2016) 年度から診療報酬に取り入れられた「排尿自立指導料」は、令和 2 (2020) 年度診療報酬改定から「外来排尿自立指導料」に変更となり、新たに「排尿自立支援加算」が新設されました。「排尿自立支援加算」とすることで、今まで急性期病院でしか算定できなかった「排尿自立指導料」が回復期リハビリテーション病棟や療養病棟などで

も算定可能となりました。また、急性期病院では入院期間から 1～2 回の算定が限界でしたが、「外来排尿自立指導料」であれば退院後、外来での排尿ケアに対して加算できるようになりました。

本章では当院での排尿ケアチームの活動を実際の算定事例を通して概説します。

## 「排尿自立支援加算」の実際

当院では尿道留置カテーテルを抜去後に問題がある患者に対して、病棟看護師が主治医へ報告後、泌尿器科へのコンサルテーションを経て、排尿ケアチームが介入します。依頼内容は尿道留置カテーテル抜去後の尿閉のケースがほとんどです

が、頻尿や失禁の患者への介入もあります。ここで、尿道留置カテーテル抜去後の尿閉患者に対して行動療法を行ったケースと自己導尿の導入を行うケースの 2 事例を提示します。

### ケース 1 80 代男性

老人保健施設入所中、てんかんによる痙攣発作を起こし入院。治療過程で尿道留置カテーテルを挿入しました。7 日後、治療経過もよく、尿道留置カテーテルを抜去しましたが、自排尿がなく、カテーテルを再挿入後に、泌尿器科受診となりました。泌尿器科医師より依頼があり、排尿ケアチームの介入となりました。

【①介入のゴール】患者は排尿のコントロールが付き次第、元の老人保健施設へ退院する予定でした。また、退院する予定の老人保健施設からは尿道留置カテーテルは抜去してから退院してほしいと要望があったため、到達目標を「尿道留置カテーテルを抜去して自己にてトイレで排尿できる」としました。

【②介入当初の患者の ADL (activities of daily living)】歩行、移乗などは軽介助、自身で起き上がりも可能でした。会話も意思疎通も可能で、認知症の症状はありませんでした。

【③カテーテル挿入以前の排尿に関する問診】排尿は尿意を感じ、トイレで行っていました。トイレへは自立して行くことができていました。頻尿や失禁はありませんが、尿の出にくい感じがありました。尿量は 200 mL 前後、残尿があったかは不明です。

【④介入の実際】排尿ケアチーム医師と相談し、前立腺の評価をした後、内服薬の投与とカテーテルプラグによるカテーテル管理での排尿コントロールを開始しました。病棟看護師と排尿日誌 (表 1) で尿量を確認しながら、クランプ時間と開放時間を調節しました。2～3 時間で尿意があり、1 回排尿量は 200～300 mL ありました。カテーテル管理も順調であったため、介入開始 3 日目に排尿日誌の結果からカテーテルの抜去を行いました。

【⑤結果】カテーテルを抜去して 4 時間後に尿意があり、180 mL の自排尿を認め、残尿測定器で残尿測定を実施し、残尿は 50 mL でした。しかし、3 時間後に「尿意はあるが自排尿できない」と病棟看護師から連絡があり、再度残尿測定を実施しました。残尿が 150 mL 程度だったため様子観察として、さらに 1 時間後に排尿を促したところ、160 mL の排尿と 50 mL の残尿を認めました。自排尿はありましたが、夜間に尿がでない場合には導尿による対応をお願いし、排尿ができていても経過観察目的で明日、自排尿後の残尿測定を行うことを病棟看護師へ伝えました。数日後、排尿に問題なく退院となりました。