

201310009A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業報告書

高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する

教育システムの構築に関する研究

(課題番号：H24-長寿-一般-006)

H25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成26年(2014) 3月

別添 1

厚生労働科学研究費補助金

高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する
教育システムの構築に関する研究 (H24-長寿-一般-006)

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成26(2014)年 3月

研究報告書目次

目 次

I. 総括研究報告		
高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する 教育システムの構築に関する研究に関する研究	鳥羽 研二	1- 48
II. 分担研究報告		
1. 在宅医療継続の阻害要因事例集収集に関する研究	和田忠志	48- 50
2. 在宅療養支援診療所への事例調査と在宅医療支援病棟、事例収集、評価	三浦久幸、和田忠志	51- 53
3. 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会	辻哲夫 飯島勝矢、吉江悟、土屋瑠見子	54- 56
4. 多職種協働による教育資料のDVDの作成	太田秀樹	57- 58
5. 国立長寿医療研究センターによる「市町村ハンドブック」資料作成	千田一嘉	59- 61
6. 頻尿、尿排出障害、尿失禁に関する多職種テキスト作成	後藤百万	62- 64
7. 看取りの教育	大島浩子、和田忠志、太田秀樹	65- 66
8. 日野市の在宅阻害要因と多職種カンファでの解決例	神崎恒一、望月諭	67- 72
9. 介護施設におけるBPSD対応の多職種協働研修	秋下雅弘、山口潔	73- 75
10. 在宅の特徴：社会参加指標の検討	大河内二郎	76
11. People Centered Careのための多職種テキスト	亀井智子	77- 80
12. 終末期多職種テキストの作成と評価	百瀬由美子	81- 82
13. ケアマネジメントに関するQA テキストの開発と評価	田高悦子	83- 84
14. 慢性期病院の新入院患者の病態に関する研究		
～高齢者在宅医療を多職種で支えるために～	武久洋三	85- 92
(資料) 在宅医療認定講座アンケート		93-155
(資料) 在宅看護テキストアンケート		156-246
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	247-251

総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学研究事業）
（総括・分担）研究報告書
高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する
教育システムの構築に関する研究（H24-長寿-一般-006）

研究代表者 鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター 病院長

研究要旨

在宅での看取りは増加が鈍く、訪問看護も伸び悩み、在宅歯科への医師からの依頼は少ない。また軽度～中等度の救急搬送は10年で倍増し、地域で完結する医療が限界を迎えている。在宅医療の推進には、患者家族のニーズを満たす質の担保、トリアージ能力の養成による救急への負担軽減、エンドオブライフ教育による看取りの増加など、多職種の能力向上が喫緊の課題であるが教育システムの構築は著しく遅れている。当センターは平成23年度から、高齢者在宅医療専門看護師教育を開始し、教育テキストコンテンツが集積しつつある。東京大学の柏プロジェクトにおいても一般医家向けの在宅医療教育が進行している。これらの経緯を踏まえ、本研究では高齢者在宅医療の標準的教育カリキュラムを策定し構成項目に合致した事例集を作成し多職種の協働に資する「職種ごとの視点」を共同研究者が加筆作業する「多職種協働による教育資料の作成」を最大の特色とする。内外にこのような発想の教育資料はなく独創性は極めて高い。事例の収集にあたっては在宅医療における症状・所見の頻度や、在宅医療支援病棟における在宅から急性疾患で入院依頼となった疾患構成、症状頻度を基礎資料として個人情報保護法と倫理規定を遵守し、重要な要素をもれなく取り込み作成することとした。これらを実地に活かすため、多職種協働地域連携ケアプランと照合し、内容の過不足を検討すると共に、テキストの一部をDVD化し、医師会の在宅医療研修事業、全老健の教育研修、日慢協の研修事業、看護協会での研修事業での活用を図る。

I 系統的教育カリキュラムの作成

研究者の既存の成果を基に、**高齢者在宅医療におけるエッセンス骨子489項目を作成した**。骨子は、多職種用に専門用語を廃し、Q and A方式を採用した。

1) 在宅医療の理念と心構えを最重点とし、①在宅医療は高齢者のための医療ですか ②在宅医療は病院医療より質が低いですか など13項目、在宅医療の実際23項目、在宅医療家族の間50項目

2) 技術的側面では、患者家族の訴えを重視するため、食事や排泄など、生活機能から発見する病態とケアを重視し、自覚症状や他覚所見である症候（老年症候群）別に、認知症79問答【ホームページで公開】、低栄養50項目、褥瘡12項目、呼吸困難、感染症22項目、排尿障害26問答、在宅見取り34問答、老年疾患43項目が完成した。

3) 多職種連携関連では、医療職連携と行政連携のQ and A78項目、退院支援25項目、老人保健施設現場3項目、老いや死の価値17問の骨子が完成。

4) DVDは各20分版 Vol.1～Vol.3が完成し1000部配布。好評につき1000部増刷した。

II Q and A集について多職種間での知識不均衡があるかを検討した。

1) 多職種における、認知症在宅医療の同時テストで、医療職の平均点は家族より高かったが優位な差はなかった

認知症ケア経験3年以上で、得点が向上する傾向（P=0.08）を認めた。

2) 医師は診断面のみ最高、非薬物療法、介護負担面で低い点数であった。

- 3) 看護職はエンドオブライフの薬剤中止に関し、家族、介護職より有意に点数が高かった。
- 4) 介護職は昼夜逆転、リハ職は非薬物療法と徘徊で最高点であった。
- 5) MSW、リハ職、看護職は誤嚥・胃瘻に関して高い点数をとった。
- 6) なんでも相談室のあとでは、5%の成績改善が見られた。

認知症在宅医療情報は職種間で非対称性ではなく、項目により得意不得意がある。BPSDやエンドオブライフケアは、看護、リハ、MSWなどが医師を啓発し、家族の安心を図る分野であることが示唆された(鳥羽)。

7) 多職種が共通理解できることを意図した終末期ケアに関する「高齢者在宅医療に関する多職種教育テキスト・終末期ケア編」としてQandA方式のテキスト『多職種で支える在宅高齢者終末期ケア』を作成し、それを用いて多職種が参加する研修において内容を評価した。110名(男性:24名、女性:86名、平均年齢:43歳、介護職:53%、看護職:9%)から回答を得て、テキストが役立ったとの回答が93.1%であり、有効性が確認された(百瀬)。

III 多職種研修における課題の抽出

1) 介護施設におけるBPSD対応の多職種協働研修に関する研究では、認知症BPSDの対応において、多職種協働の重要性は、介護職・看護師ともに十分に認識されていた。

一方、介護施設の職員において、多職種協働を目的とした研修を受けた者は少なく、多くの職員が、多職種協働に困難を感じていた。研修会の前後で比較すると、「多職種協働ができそう」と感じた者は増加し、多職種でのグループ討議などの研修会は、多職種協働に効果があると考えられる(山口、秋下)。

2) 看護・介護職向けの排尿障害ケアに関する体系的情報は少なく、多職種連携に関する指針も示されていない。本研究に基づいて構築される、在宅医療における多職種連携のための排尿障害に関する教育ツールは、在宅医療における高齢者の生活の質向上に大きく貢献することが期待される(後藤百万)。

3) 在宅療養中止理由(日野市)としては、肺炎後の在宅療養継続困難例(5例)、認知症の介護困難例(4例)が約60%を占めていた。このことから、肺炎の予防、認知症患者の介護破綻の抑止に資する教育ツールが必要である。多職種カンファが生きた例として、診断のほか、医療面特に服薬整理、介護面で複数の職種が協働した結果、患者の独居生活を維持することができた。このような多職種協働の実例を集積することで、在宅医療の継続推進のためのツール(教育のための事例集)を作成することができると考えられる(望月、神崎)。

4) 在宅の特徴は、生まれ育った社会との接点である。しかし高齢者の社会参加の指標は確立しておらず、実態調査して課題を抽出するところから始める必要がある。余暇および社会交流のICFステージング指標は構成概念妥当性、内容的妥当性およびテスト再テスト法による信頼性に優れた指標である(大河内)。

IV 在宅事例集の収集と解析(和田、三浦)

1) 2012年度に在宅療養支援診療所を対象に行った事例調査の解析により、急性疾患併発により入院を余儀なくされる因子として、「初期の感染症治療への抵抗性」と「急な状態変化にともなう不十分な介護体制」等が抽出された。自宅で最期までの療養については、「基礎疾患が悪性腫瘍」、「本人の意思が明確」であること、一方、入院・入所が余儀なくされた事例では、「認知症の合併」や「独居」等の因子が抽出された(三浦、和田)。

2) 在宅医療支援病棟入院患者については、2009~2013年度の4年間に入院した延べ1008人に対する後ろ向きコホート調査を行った結果、がん患者の自宅死亡率が28.8%(vs.非がん37.8%)と低く、また、施設入所が増える傾向にあった。がん、非がん別に自宅死亡、病院死亡、施設入所・死亡の典型例につきそれぞれ事例収集を行った(三浦)。

A. 研究目的

研究の必要性：在宅医療の推進が叫ばれて久しいが、在宅死はここ 50 年間で 80% から 14% に低下し、在宅医療を専門とする医師の増加は停滞している。日本医師会が行った調査でも在宅医療を今以上にやりたい医師は 10% に過ぎない。一方、2025 年には高齢化率が 30% に達し、在宅医療の格段の進展がない限り、多数の終末期の患者が路頭に迷う事態も想定されている。この原因を分析して、超高齢多死の時代に備える仕組み作りは喫緊の課題である。

研究の目的：在宅高齢者医療の進展を阻害する主要因を 1) 医療サービス連携、2) 高齢者疾患の対処困難性の問題の二つに絞り、現状分析を踏まえて解決策として教育とそれを生かした政策提言を行うことである。

これまでの実績：在宅看護における老年者の症状の分析を本邦で初めて行った（鳥羽：日老医誌 1997）。施設介護における、医療サービスと介護サービスを、ADL や認知症の有無で層別、詳細に分類した「マトリクスケア」を完成し介護ソフトとして実用化した（鳥羽：2005）。登録した一般医家が入院を決定する在宅医療支援病棟で、在宅復帰率 96%、在宅死 36%（愛知県の 3 倍）の実績を得ている（三浦：2011）。国立長寿医療研究センターが中心となって在宅医療推進連絡会議を行い、関連諸団体の連携と活動の擦り合わせを長く行い、地域医療計画に資する在宅医療の提言を行った（鳥羽：2011）。

研究の独創性：旧来の施設数の内外比較では判明していない、連携上のネックを明らかにすることが第一の独創性であり、第二にこれまでに蓄積した在宅看護の症状分析と、在宅死を可能にする在宅医療支援病棟のノウハウを生かし、新たな看護教育システムを構築することにある。

B. 研究方法

平成 24 年度

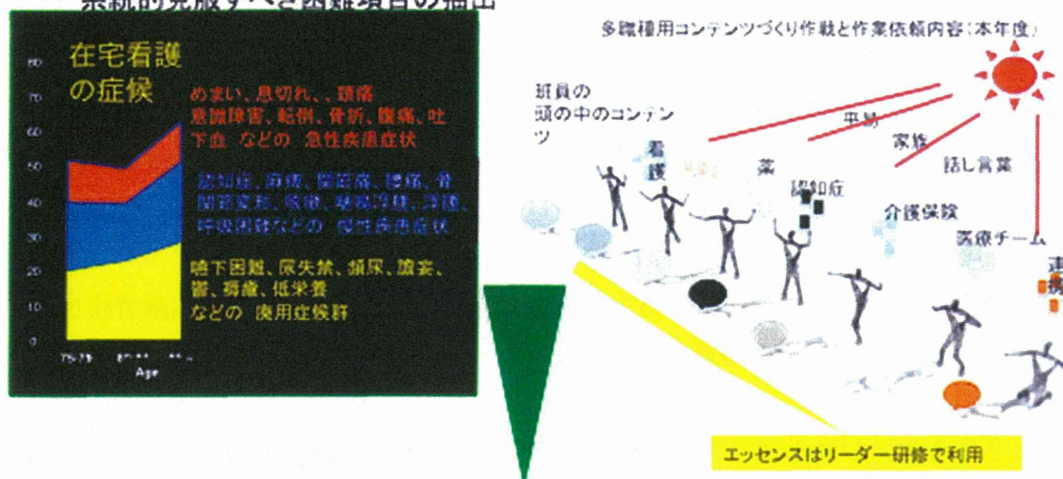
（1）系統的教育カリキュラムの作成

研究者の既存の成果（老年看護学、在宅医学、老年医学のテキスト、訪問看護の医療ニーズ）を基に、高齢者在宅医療における最低限度の骨子を作成する（全員）。骨子は、

- 1) 在宅医療の理念と心構えを最重点とし、
- 2) 技術的側面では、患者家族の訴えを重視するため、食事や排泄など、生活機能から発見する病態とケアを重視し、
- 3) 次いで頻度の高い自覚症状や他覚所見である症候（老年症候群）別のアプローチを整備する。
- 4) 疾患別アプローチは中級コースとし、包括的指示や多職種理解と実践に役立つものに厳選する。

問題点一つにつき、関与の可能性がある職種を、関与内容概要ともにリストアップする。一般的に日常生活機能は独居機能までで 18 項目、老年症候群といわれる症候だけで 55 項目あり、分担して、文献検索などを行い完成する（全員）。

系統的克服すべき困難項目の抽出



研究方法(平成24年度)

- 1) 系統的教育カリキュラム素案の作成
- 2) 技術、ノウハウ、連携実践で「見える化」に相応しいDVDカリキュラムの作成

平成25年度

(2) 事例集の収集

在宅医療現場での事例収集は、症候の変化にはあっても、在宅の持続療養を可能にした例、療養プランによって看取りがスムーズに出来た例などの成功事例と、病院などへの転院例や救急依頼して在宅医療から脱落した例、家での看取りが出来なかった例など、成功事例と課題事例を半々とする。

救急医療における事例収集は、特に在宅医療の課題のため入院となった症例を集める(和田、神崎、三浦)。在宅療養支援病棟における事例収集は、在宅において見逃されていた課題について重点的に収集する。また、在宅復帰の多職種ケアプラン作成の会議録を記録収集する(和田、三浦、大島)。

(3) 事例集に対する多職種コメント記載と協働作業上の重なりの研究

在宅医療推進会議の各団体に専門職一名を研究協力者として推薦してもらい、看護、訪問歯科、薬剤、訪問リハビリ、訪問栄養士、介護職が、別々の視点から事例に対して、理解しにくいところを指摘し、ケア改善のアドバイスを記載する。これらの整理と多職種協働における課題への分担と重複の研究を行う(太田、大河内、三上、秋下、真田、田高、百瀬、亀井、大島)。

平成25～26年度

(4) 事例集の完成と評価

在宅医療推進会議構成メンバーに、全体構成、内容に問題ないかを講評依頼する。看護教育では老年看護講座で利用して、質問事項などをフィードバックする(遠藤、鳥羽、亀井、真田、田高、百瀬)。医師の学部教育や卒後教育、生涯学習で使用して、疑問、意見などを取り入れ改善する(辻、秋下、神崎、三上、後藤)。

(5) 系統的カリキュラムに沿った、多職種教育用の系統講義パワーポイントの作成を行う(遠藤)

高齢者在宅医療専門看護師養成講座が23年度から始まり、24年度までに行われた授業のパワーポイント資料集を、系統的カリキュラムに沿って編集し、視覚理解が必要な場面は主要な診察、症候群ごとにDVDを作成する(太田、和田、鳥羽)。

平成26年度

(6) 高齢者在宅医療多職種協働教育ガイドの発刊

以上の成果を踏まえ、25年度末までに高齢者在宅医療多職種協働教育ガイドを完成する。

班員により、各団体での活用を通じて、半定量的な評価を得る（全員）。

研究の道筋：平成24年度に在宅療養継続困難性の分析から生活機能と症候に着目した構造的テキストを作成する。平成25年度には、多団体加盟の班員から具体的事例を集積し、テキストの学習が実地の医療に反映する能力向上に資する道筋を組み立て、これらが支援病棟での医療看護内容に照らして適切なケアプランを立案できるかどうかの解答集を作成する。視覚的学習が適当な診断治療に役立つDVDを作成開始する。平成26年度には、「多職種共用の高齢者在宅医療」テキストを完成し、印刷公表して政策提言を行う。このような研究は内外に見当たらず、超高齢社会の日本において先進的に取り組む課題と言える。

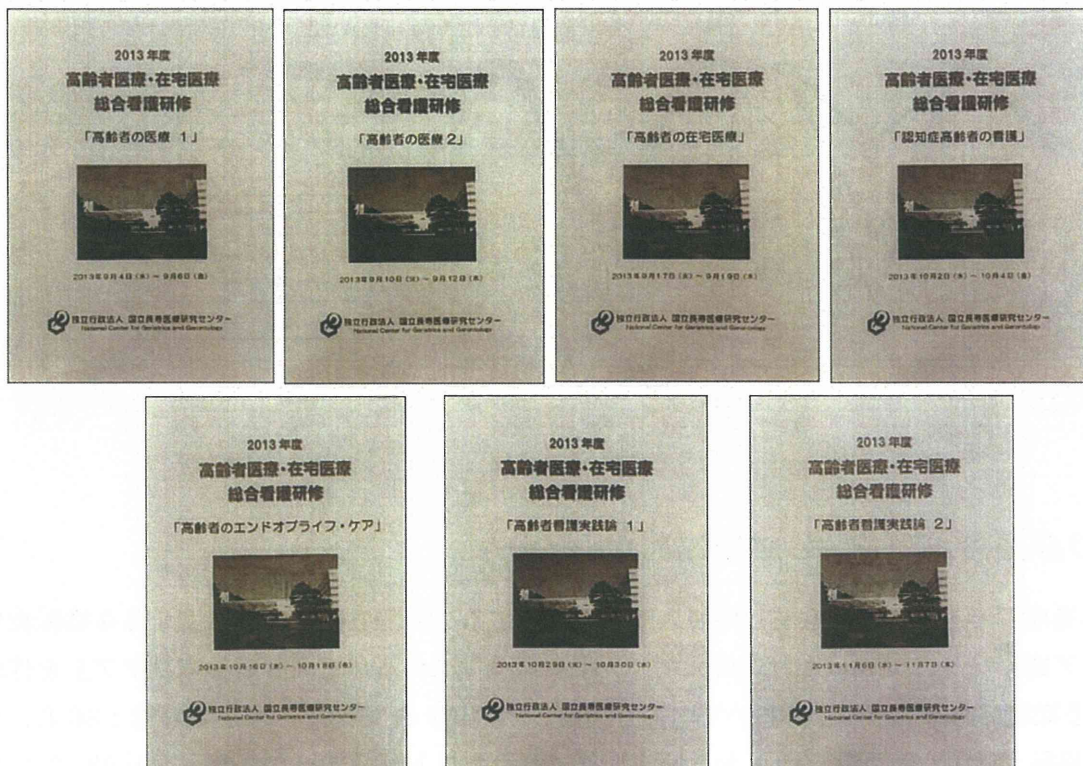
(倫理面への配慮)

事例集は、症例報告に類するものであり、一般的記載を、匿名化して転用するため、患者の診療に関する包括的同意がとれていればこれを活用し、包括的同意がとれていない場合は、この事例への記載不参加でも、診療上に全く不利がないことを説明し、事例集への掲載への同意を得る。患者や判断能力を欠く場合には、家族の同意を得ることとする。

C. 研究結果

D) 系統的教育カリキュラムの作成

平成24年度に研究者の既存の成果を基に、高齢者在宅医療における最低限度の6冊子を作成し、高齢者在宅医療総合研修において、アンケートを実施し、細目に関して、改善要望のあった、1300項目、班員からの意見を参考にして、改訂版を発行した(下図)。



冊子コンテンツは以下のとおり、看護教育研修(カリキュラムは以下の通り)に用い、研修者評価を受けた。

II) Q&A テキスト作成状況

1) 在宅医療の理念と心構えを最重点とし、①在宅医療は高齢者のための医療ですか ②在宅医療は病院医療より質が低いですか など13項目、在宅医療の実際23項目、在宅医療家族の間50項目。

2) 技術的側面では、患者家族の訴えを重視するため、食事や排泄など、生活機能から発見する病態とケアを重視し、自覚症状や他覚所見である症候（老年症候群）別に、認知症79問答【ホームページで公開】、低栄養50項目、褥瘡12項目、呼吸困難、感染症22項目、排尿障害26問答、在宅見取り34問答、老年疾患43項目が完成した。

3) 多職種連携関連では、医療職連携と行政連携のQ and A 78項目、退院支援25項目、老人保健施設現場3項目、老いや死の価値17問の骨子が完成。重複などの整理、体裁の統一は次年度。

テキストの多職種同時試用 認知症（鳥羽、東、清家）

ケアプランを立案のためのQ and A集を作成し、一部は多職種間での知識不均衡があるかを検討した。

1) 多職種における、認知症在宅医療の同時テストで、医療職の平均点は家族より高かったが優位な差はなかった。認知症ケア経験3年以上で、得点が向上する傾向（ $P=0.08$ ）を認めた。

2) 医師は診断面のみ最高、非薬物療法、介護負担面で低い点数であった。

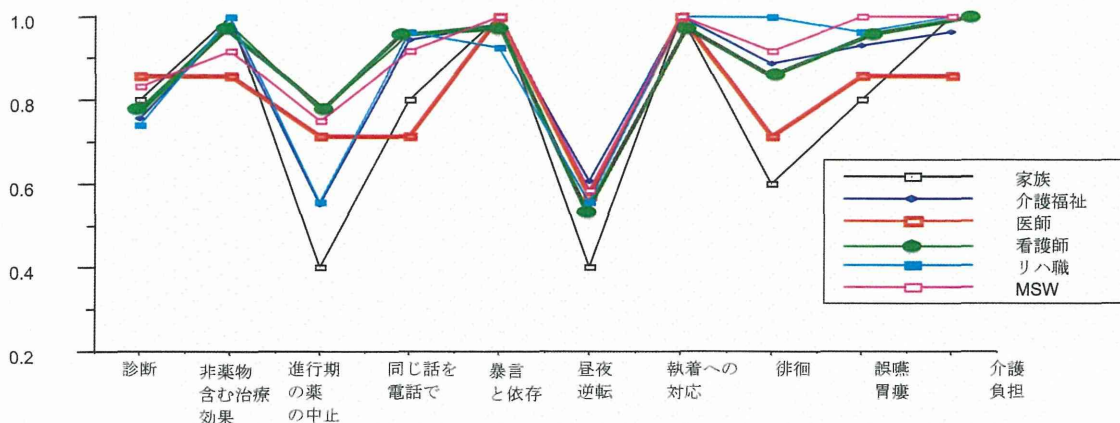
3) 看護職はエンドオブライフの薬剤中止に関し、家族、介護職より有意に点数が高かった。

4) 介護職は昼夜逆転、リハ職は非薬物療法と徘徊で最高点であった。

5) MSW、リハ職、看護職は誤嚥・胃瘻に関して高い点数をとった。

6) なんでも相談室のあとでは、5%の成績改善が見られた。

認知症在宅医療情報は職種間で非対称性ではなく、項目により得意不得意がある。BPSDやエンドオブライフケアは、看護、リハ、MSWなどが医師を啓発し、家族の安心を図る分野であることが示唆された。



テキストの多職種同時試用 終末期（百瀬）

多職種が共通理解できることを意図した終末期ケアに関する「高齢者在宅医療に関する多職種教育テキスト・終末期ケア編」としてQandA方式のテキスト『多職種で支える在宅高齢者終末期ケア』を作成し、それを用いて多職種が参加する研修において内容を評価した。110名（男性：24名、女性：86名、平均年齢：43歳、介護職：53%、看護職：9%）から回答を得て、テキストが役立つとの回答が93.1%であり、有効性が確認された。

Q and A テキスト有効性評価 (田高)

QA テキストの有効性について、介入群と対照群における 10 テーマのキーワード数 (ケアマネジメントの理解度) を比較した結果、Q2: ケアマネジメント倫理、Q4: 主体的なサービス利用促進、Q5: サービス導入にかかる家族間調整、Q6: 家族のニーズアセスメントと支援、Q7: 対象者とのラポール形成、Q9: サービスのアレンジと開発の 6 項目ならびに全体の合計点について介入群で対照群より有意に得点が高くなっていた (全体の合計点 介入群: 12.8 ± 3.9 点、対照群: 9.2 ± 1.6 点、 $p < 0.05$)。QA テキストは専門職の基礎教育課程において「ケアマネジメント」におけるリアリティのある問題状況と問題状況を解決する視点の理解を促す有効性を有することが示唆された。

現在まで集積された Q and A を示す

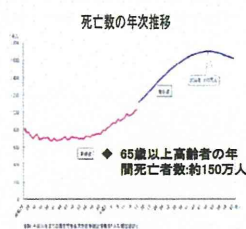
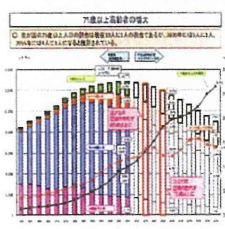
秋下、飯島、鳥羽、亀井、百瀬、大島浩子、太田、千田、三浦、大河内、神崎、真田以上分担研究者、清家、武田、鷺見、遠藤、服部、櫻井 以上研究協力者

1) 在宅医療 Q and A (大島、太田)

Q1_在宅医療とは?

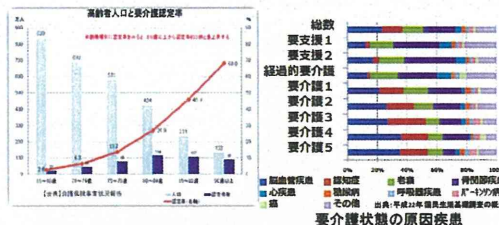
A1: 在宅医療は、通院困難な者に対して自宅等(自宅や介護施設、グループホーム等を含む)で継続的に療養することを支援する医療です。患者、家族・介護者のQoL (Quality of life: 生活の質)の維持や向上を目指した医療です。

なぜ在宅医療



> 高齢社会、特に後期高齢者の増加

なぜ在宅医療



> 高齢になると要介護状態となる割合が多くなる
 > 高齢者がかかる病気は要介護状態となりやすい
 → 急性期治療終了後、通院が難しくなり自宅等で療養

なぜ在宅医療



> 少子高齢社会:
 • 独居(1人)、2人(高齢者夫婦:老々)世帯の増加
 • 家族介護力は?
 → 在宅療養患者を支援する医療体制(在宅医療)が要

在宅医療と病院医療の違いは

- 在宅医療は生活の場で受ける医療:
 - 「生活の場の快適さ(QoLも含む)」を重視
 - かかりつけ医・訪問看護師等が患者の全体像(家族、住居環境など)を把握
- 病院医療は医療機関で受ける医療:
 - 快適さより「検査や治療の効率性」を重視
 - 各専門科ごとに検査や治療を実施

Q2_在宅医療は誰が受けられるの

A2

Q2. 在宅医療は誰が受けられるの？

- 在宅医療を受けることができるのは、
 - 0歳から高齢者まで年齢を問いません。
 - 病気も、がん、脳卒中、神経難病など
 - 独居、老々世帯など
 - 在宅医療は通院困難者に対する医療であり、通院困難者の大部分は高齢者であるため、在宅医療の対象者の多くは高齢者でと言えます。

在宅医療を受けるのは

在宅医療の対象疾患

脳血管疾患	脳出血・梗塞後遺症など
神経難病	筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症など
骨髄損傷	外傷性、慢性関節リウマチ、がん骨転移など
認知症	アルツハイマー病、血管性認知症など
末期がん	各臓器のがん
小児在宅医療	人工呼吸器をつけた状態、小児がん
その他	老衰、大脳骨骨折後、精神疾患など

0歳から高齢者まで年齢を問わず、疾患も様々。

- 「在宅医療を受ける」、「入院医療/施設入所」かは、全て患者・家族の意志・自己決定が尊重されます。
- 「何が何でも在宅医療!!」ではありません

Q3_在宅医療は誰が支援してくれるの

A3

在宅療養を支える主な機関と職種

機関	職種	支援内容
病院（地域支援病院、在宅療養支援病院）	医師、看護師（保健師） 医療ソーシャルワーカーなど	入院後援・治療、退院時・退院後の支援
診療所（在宅療養支援診療所）、 訪問看護事業所 歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所）	医師、看護師、保健師、助産師等、 歯科医師、歯科衛生士 （在宅療養者のかかりつけ医）	訪問診療、住診、外来診療、訪問看護 介護保険制度の在宅療養管理指導
居宅介護支援事業所 薬局	介護支援専門員（ケアマネジャー） 薬剤師	介護保険の居宅サービス計画立案と給付管理 調剤と処方、販売、服薬指導 居宅療養管理指導
（病院等の併設サービス） 通所・訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士 言語聴覚士	運動機能、日常生活動作 生活動作訓練
保健所、保健センター	保健師、看護師など	公的サービス、相談、健康教育 感染対策、食生活指導
地域包括支援センター	総合相談窓口の担当等	介護予防ケア計画立案 地域支援事業（介護予防事業）
通所介護・訪問介護事業所 熱帯府県・市区町村	介護福祉士、訪問介護員 行政職員	通所・訪問介護サービス 公的サービス、相談、支援、広報
消防署	救急の連絡対応など	
電力会社	医療機器の電源確保など	
医療・介護用品会社	医療機器、医療用具、福祉用具、バッテリー等の相談・販売	
地域のボランティア、家族会など		
その他	一時入所、配食サービス、移送サービス、グループホーム、介護保険施設など	

様々な職種の人が患者の自宅等の生活の場
に訪問し、在宅療養の支援を行います。

- 医療（診療や看護ケア等）：医師や看護師、
歯科医師、薬剤師、リハビリテーション（作業
療法、理学療法、言語療法士）、栄養士など
- 介護（在宅療養生活の支援）：ヘルパー、介
護福祉士、介護支援専門員、福祉用具事業
所職員、通所や入所サービス事業所職員、
市区町村介護保険担当職員など。



Q4_どうしたら在宅医療が受けられますか

A4

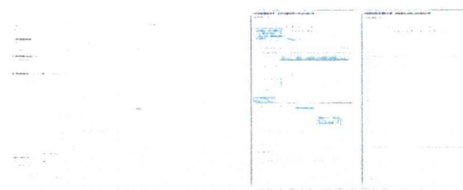
入院中/外来通院中

病院の担当医・看護師、医療連携室・相談室
（医療ソーシャルワーカー）に相談

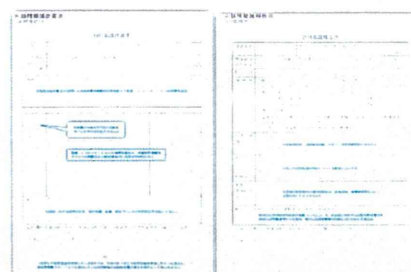
- 入院中の場合は、病院の担当医・看護師、
あるいは、医療連携室・相談室（退院調整看
護師、医療ソーシャルワーカー）に相談。
 - 退院前カンファランスの日程調整
 - 患者、家族・介護者の情報の整理、必要書類の作成
 - 病院と地域の在宅医療・ケア提供者
- 入院していない場合、かかりつけ医（診療所
等医師/外来通院中の病院の医師）に相談。
 - 退院前カンファランスの実施
 - 病院と地域の在宅医療・ケア提供者が一堂に会します
- 入院/外来通院していない場合、お住まいの
市区町村介護保険担当窓口や地域包括支
援センター、居宅介護支援事業所に相談。
 - 退院までの調整
 - 退院前にご自宅へ訪問することもあります
 - 退院

在宅療養へ支援:訪問看護との在宅移行支援

在宅療養へ支援:訪問看護との在宅移行支援



- 入院中の治療やケア(介護方法など)が円滑に自宅でも継続されるように専門職の間で、患者・家族の情報を共有
- 自宅での療養環境整備など自宅で療法するための準備事項



退院後にどのような治療やケアが行われるかを多職種で継続

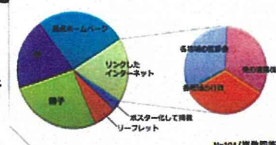
入院/外来通院してない

- ・ お住まいの地域の市区町村介護保険担当窓口、地域包括支援センターを訪ねる
 - 保健師、社会福祉士、介護支援専門委員に相談
 - 申込 → 介護予防ケアプランの作成
- ・ 居宅介護支援事業所
 - 介護支援専門員(ケアマネジャー)に相談
 - 申込 → ケアプラン作成

➢ かかりつけ医の指示・連絡・報告が必要

その他

- ・ インターネットなどで探す
- ・ 各地域の在宅医療の拠点事業所が「地域資源マップ」を作成し
 - 地域資源:
 - ✓ 医療機関
 - ✓ 介護施設
 - ✓ 他の施設・事業所
- ・ 書籍などで探す



N=104 (複数回答)
104年度在宅医療拠点事業、在宅療養の拠点性の把握(NCA)調査、普及・定着・活用研究より
地域資源マップの作成方法

Q5_ 入院中、退院後の在宅療養を支援してくれる様々な職種で行う会議とは

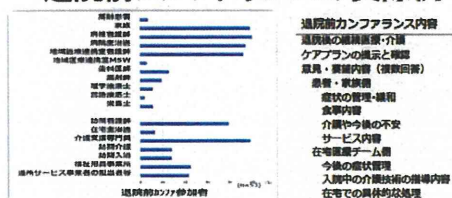
A5

退院前カンファランスの実際例

在宅療養に向けて、病院と在宅医療・介護に関わる多職種、市区町村職員などが一堂に会して、患者・家族介護者の退院後の在宅療養の支援方針について話し合います。

入院時の様子、退院後継続が必要な医療やケア、在宅医療・介護の視点から検討します。

- 入院中:退院時共同指導(退院前カンファランス)
- 在宅療養中(自宅等で行う):ケア担当者会議などがあります。



(国立長寿医療研究センター在宅療養支援病院入院患者アンケートから抽出)作成

退院前カンファランス内容
退院後の継続医療・介護
ケアプランの提示と確認
意見・要望内容(複数回答)
患者・家族
症状の管理・緩和
食事内容
介護や今後の不安
サービス内容
在宅医療チーム
今後の症状管理
入院中の介護技術の指導内容
在宅での具体的な処置

- 患者・家族、病院と在宅医療・介護職員が参加。
- 退院後の在宅医療・介護、患者・家族と在宅チームの意見や要望を共有し、在宅移行支援を行います。

Q6_ 在宅療養中も入院できますか

A6

もちろんできます。

在宅医療は「何が何でも最期まで自宅で頑張る」ではありません。

- 夜間・休日・24時間365日在宅療養中に生じる急性増悪(病気が悪くなること)への対応
- 在宅介護指導、介護サービス調整を兼ねた入院
- 家族・介護者の状況によってはレスパイト入院
- がんの末期まで在宅療養を続け、「最期は病院を希望」ということもあります。

Q6-2 救急車を呼んだらよいのか迷っています

A6-2

救急車を呼ぶか

例えば・・・呼吸がおかしくなったら、救急車を呼んだほうが良いのでしょうか？

- まずは慌てないで、患者のいつもの状態やご家族・介護者の状況をよく知っている かかりつけ医師・訪問看護師に電話をかけてください。
- かかりつけ医師や訪問看護師の訪問や対応を待ちましょう。
- 慌てて救急車を呼んでしまうと、自然の経過に反し、または、過剰な医療が行われる可能性があります。その結果、患者やご家族・介護者の意向とは違った方向に動いてしまう可能性もあります。

Q7_ _在宅で最期を迎えることはできますか？

A7

できます。ただし、患者と家族・介護者の意向や理解によっては、難しいこともあります。患者や家族・介護者の意向に沿えるように調整・支援します。

「可能な限り自宅に居たい」と思っているも、「最期は病院」ということも少なくありません。

在宅医療は「在宅での看取り」だけを目的としてません。患者の意向「最期をどこで迎えるか」が優先されるように支援するのが在宅医療です。

Q8_ _最期は苦しくないのでしょうか

A8

最期を迎えるまでの間まで、緩和ケアを行うことで、精神的・肉体的・社会的な苦痛を可能か限り取り除くことができます。

多くの方は最期は痛みを感じることはないと言われてています。

最期は呼吸困難感はほとんどありません。

認知症（鳥羽） Q and A 79問, e-Learningを開発

独立行政法人
国立長寿医療研究センター
認知症情報サイト

貴方の認知症の知識は間違っていないか？ 認知症の正しい知識を勉強しましょう。思いがけない発見がきっとあります。

医療関係者ログインはこちら

検索

大 中 小

一般の方

医療関係の方

認知症疾患医療センターの方



認知症 e-Learning

認知症 e-Learning



認知症 Q&A 医療関係者向け

認知症 Q&A 医療者向け

1. 認知症のことを知りたい(一般)

- [01] 病気について知りたい (9)
- [02] 症状について知りたい (3)
- [03] 検査について知りたい (3)
- [04] 治療について知りたい (1)
- [05] お薬について知りたい (8)
- [06] 予防について知りたい (1)
- [07] その他 (1)

2. 認知症の人と上手に向き合うために

- [01] 食事について (2)
- [02] 排泄について (2)
- [03] 入浴について (4)
- [04] お薬について (2)
- [05] 対応に困る言動との向き合い方 (16)
 - 5.1 徘徊 (1)
 - 5.2 妄想・繰り返し (2)
 - 5.3 暴言・暴力 (6)
 - 5.5 その他 (7)
- [06] 趣味や余暇活動への取り組み (1)
- [07] 外での活動を支える (4)
- [08] 運転と車のとりあつかい (2)
- [09] 介護者の気持ち (3)

3. 認知症の人の生活を支える

- [01] 専門の医療機関に診てもらおう (3)
- [02] 自宅で診てもらいたい (1)
- [03] 介護サービスを利用する (9)
- [04] 身体の具合が悪い時 (3)
- [05] 主治医を変えたい・病院を変えたい (2)
- [06] 日常生活の悩み (1)

排尿障害（後藤百万）【26問】

1. 排尿障害の種類をどうやって見分けるのですか？

回答：排尿障害は、尿排出障害（尿を出す障害）と蓄尿障害（尿を貯める障害）に分けられますが、この2つの要因を見分けることは適切な治療やケアにおいて非常に重要です。また、2つの要因が重複してみられることも少なくなく、排尿障害にどのような膀胱や尿道の異常が関わっているのかを知ることが必要です。排尿障害の種類を見分けるには、正確には専門医による膀胱・尿道機能の検査が必要ですが、介護・看護の現場では、排尿に関する症状を詳しく聞き取り、可能な場合には排尿状態を観察することで、おおよそ見分けることができます。また、排尿障害の種類を排尿状態の観察により、おおよそ診断できるツール「排尿チェック表」を使うことにより、介護・看護の現場でも排尿障害タイプを予測することができます。排尿チェック票を含む高齢者排泄ケアマニュアルは、下記ホームページからダウンロードできます。

排尿チェック票の使い方：1～13までの排尿状態を観察し、その症状があれば○を、その症状がなければ×をつけます。症状がある場合（○をつけた項目）には、その右覧の定数に○を付けます。今度は縦方向に○のついた定数を足し算して、1～13の合計点を記載します。最後に合計点から引き算分の定数を引き算して、最終点を記載します。最終点が0以上の点数であれば、その項目が診断となります。

No	項目	○/×	尿失禁のタイプ				尿排出障害
			腹圧性	切迫性	溢流性	機能性	
1	尿意を訴えない(尿意がわからない)			-1.3	0.8		
2	咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる		2.2				
3	尿がだらだらと常にもれている				4.0		2.8
4	パンツをおろすあるいはトイレに行くまでに我慢できずに尿がもれる			2.8			
5	排尿の回数が多い(起床から就寝まで:8回以上、または夜間:3回以上)			1.0			
6	いつもおなかに力をいれて排尿している				1.2		
7	排尿途中で尿線が途切れる						1.8
8	トイレ以外の場所で排尿する					1.1	
9	排尿用具またはトイレの使い方がわからない				2.7		
10	トイレまで歩くことができない				1.0	1.2	0.9
11	準備に時間がかかったり尿器をうまく使えない					2.2	
12	尿失禁に関心がない、あるいは気づいていない					1.9	
13	経期的分娩の既往がある		1.3				
1～13の合計点							
引き算分			-1.8	-2.1	-3.3	-1.6	-1.4
最終点							



高齢者排泄ケアマニュアル：名古屋大学排泄情報センター <http://www.m-haisetsu.info> よりダウンロード可

2. 排尿の状態をどうやって評価するのですか？

回答：症状の聞き取り、排尿状態の観察、排尿日誌、残尿測定により、排尿状態をおおよそ正しく評価することができます。症状を聞き取るためには、排尿障害の症状にはどのような症状があるのか、また症状はどのように分類されるのかを知っておく必要があります。排尿障害の症状は（表1）、排尿（尿排出）症状、蓄尿症状、排尿後症状に分けられます。尿排出症状は、排尿する時の異常を示す症状、蓄尿症状は尿を貯める時の異常を示す症状、排尿後症状は排尿後の異常を示す症状で、これらの症状を把握することにより、排尿機能のどこに問題があるのかを推測できます。

排尿状態の観察は、可能な場合も難しい場合もあると思われませんが、尿の勢い、排尿時に腹圧をかけている（力んでいる）かどうか、尿が漏れるとしたらどのような状況で漏れるのか、などを観察します。排尿障害を排尿状態の観察により、おおよそ診断できるツール「排尿チェック表」を使うと（問1参照）、介護・看

護の現場でも排尿障害タイプを予測することができます。腹圧性尿失禁は、尿が漏れないように尿道を締める括約筋（かつやくきん）の機能が不良となり、咳・くしゃみをするとか、走るとか、思い物を持つとか、腹圧がかかった時に尿が漏れるものです。切迫性尿失禁は、膀胱に尿が貯まっていく途中で、膀胱が自分の意思とか関係なく急に収縮し、急にがまんできないような強い尿意（尿意切迫感）が生じて、トイレまで間に合わずに尿がもれるものです。溢流性（いつりゅうせい）尿失禁は、尿排出障害のために膀胱内にいつも多量の尿が残っていて（残尿）、これ以上膀胱に尿が貯められず、お風呂の水が溢れるように、常に尿道からちよろちよろ尿がもれるものです。機能性尿失禁は、膀胱の働きは問題なくても、認知症とか、運動障害とか、正常なトイレ動作ができないために尿が漏れるものです。尿排出障害は、前立腺肥大症や尿道狭窄のために尿道の通過障害がある場合と、膀胱収縮障害に分けられます。

蓄尿症状

- 昼間頻尿
患者の排尿回数が多いとの愁訴
- 夜間頻尿
夜間1回以上の愁訴
- 尿意切迫感
突然起こる、抑えきれない尿意
- 尿失禁

排尿症状

- 尿勢低下：尿の勢いが弱い
- 尿線分割：尿がとびちる
- 尿線途絶：尿が途中で途切れる
- 排尿遅延：出始めるまでに時間がかかる
- 腹圧排尿：排尿時にきむ
- 終末滴下：排尿のおわり頃、尿がぼとぼとたれる

排尿後症状

残尿感：

排尿後まだ残った感じがする

排尿後尿滴下：

尿をし終わったあとで、尿がでてる

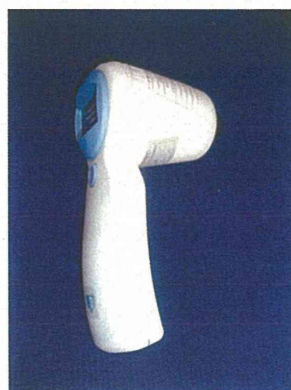
尿失禁の状況

- 咳・くしゃみ・走る・重いものを持つ・立ち上がる・スホーツをする
- 間に合わない・手を洗う・流水の音を聞く
- 常に少しずつもれる
- 笑う
- 知らないうちにもれる
- 夜間寝ている間
- 性交時
- 溢流性
- トイレ以外の場所で排尿する

また、排尿状態の把握には排尿日誌が有用です。24時間で、昼と夜（就寝後）に分けて、排尿時刻とその時の排尿量（目盛付コップなどで計測）を記載します。これにより、排尿回数、膀胱容量（1回排尿量）、尿量を知ることができます。さらに、排尿後の残尿測定も重要です。残尿は尿道からカテーテルを挿入しなくても、ブラダースキャンなど、簡便な残尿測定装置により、コメディカルでも簡単に計測することができます。

排尿時刻	排尿量 (ml)	尿失禁
7時	80	
9時	50	
10時	70	間に合わず
12時半	100	
13時半	70	
15時	60	
17時	80	
18時半	90	
20時	70	
21時	100	
22時	60	
1時	80	
3時	100	間に合わず
4時半	70	
7時	100	

起床
昼間尿量 (750ml)
就寝
夜間尿量 (350ml)
起床



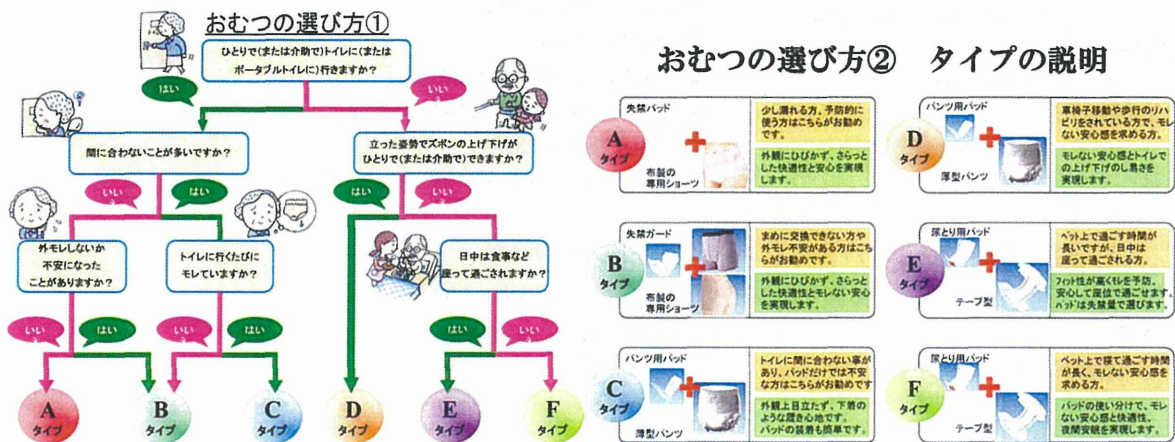
排尿日誌の例

残尿測定装置：ブラダースキャン

症状のアセスメント、排尿日誌、残尿測定により、おおよその排尿障害の状況を把握することができます。

3. おむつの選び方は？

回答：おむつは、何でもよいというわけではなく、利用者の身体状況、体型、尿が漏れる量、交換回数によって選択することが重要です。おむつ管理の基本は、インナーとアウターの組み合わせとなります。インナーは、いわゆるパッドで、アウターはパンツを意味します。パッドは吸収量により、様々な種類があるので、尿漏れの量に合わせて、適切な1枚を使います。パッドを何枚も重ねて使ったり、パッドに切り口をあけて何枚も重ねて使ったりすることはよくありません。パッドは1枚で使用するように設計されています。アウターは、できれば布パンツを用いるのが利用者にとっても、経済的にもよいと思いますが、前述のように尿漏れの程度によってリハビリパンツや紙おむつなどを使い分けします。また、体型により、リハビリパンツや紙パンツの大きさも体型にあった（ウエストサイズなどで表示されます）ものを選択することが必要です。図は厚生労働省班研究で作成したおむつの選択基準です。もちろん、絶対的なおむつ選択の基準は決められてはいませんが、1つの基準として、参考になります。



厚生科学研究補助金：長寿科学総合研究事業、高齢者排尿障害に対する患者・介護者・看護師向きの排泄ケアガイドライン作成

4. おむつからすぐに脇もれしてしまいます

回答：おむつからの脇もれがある場合には、体型に合ったおむつ（ウエストサイズやヒップサイズ）が使われているか、おむつの当て方は適切かどうか、インナーについても適切な吸収量のパッドが使われているかどうかを確認します。

5. おむつの交換時期はどうやって決めるのですか？

回答：本人がおむつに尿が漏れたことを自覚することができ、介護者に伝えることができる場合には、おむつに尿が出たら伝えるように指示して、尿が漏れた時に交換してあげるのがよいでしょう。もし、おむつに尿が漏れたことを伝えられないような場合には、30分から1時間ごとにおむつが濡れているかどうかをチェックして、その方の1日の排尿パターンをおおよそ把握します。排尿のパターンが把握できたら、それに合わせておむつをチェックして濡れていれば交換してあげましょう。ただ、自分で尿が漏れたことを伝えられないような認知症のある場合でも、落ち着かなくなる、おむつを外そうとする、大きな声を出すなどの行為が尿が出たことに関連していることもあるので、その方の排尿時の行動などが理解できればおむつ交換の時期を知ることができる場合があります。夜間についても、その方が夜間何回尿をおむつにするかのパターンがつかめれば、交換のタイミングを把握できますし、逆におむつが濡れていても起きないような場合には、無理に起こしておむつを交換するよりも、吸収量の大きなおむつを使用して、朝まで安眠させるという場合もあってよいでしょう。

6. 清潔間欠導尿（せいけつかんけつどうによう）ってなんですか？

回答：膀胱、前立腺の病気や、寝たきりなどの理由で、自分で排尿できない、あるいは排尿しても残尿が多量に残っている場合、尿道カテーテルを留置するのではなく、膀胱内の尿を排出する目的で尿道からカテーテルを挿入し、膀胱内の尿を完全に排出（導尿）し、終了したらカテーテルを抜去します。これを定期的に繰り返すことを間欠導尿といいます。手術後などに医師や看護師が導尿を行う場合には、感染を防ぐために滅菌操作で導尿を行います。他方、清潔導尿という場合には、滅菌操作を気にするものではありません。外尿道口の消毒は必要ではなく、薬局で購入できるクリーンコットンのようなもので拭く程度で十分です。また、カテーテルも手で直接つまんで、尿道から挿入して導尿します。カテーテルの先端が、誤って尿道周囲の皮膚に触れたり、物に触れてもまったく構いません。膀胱に尿が多量に溜まって、膀胱が過伸展となっている状態、あるいは常に残尿が存在していることにより、感染を起しやすくなったり、膀胱収縮機能が悪くなったりしますので、尿路感染を防ぎ、膀胱機能のリハビリテーションを行うことが間欠導尿の目的ですので、清潔操作にあまり過敏になる必要はありません。清潔間欠導尿は、本人、あるいは家族が行い、自分で行う場合を清潔間欠自己導尿といいます。具体的な清潔間欠導尿の指導は、泌尿器科で受けることができます。

7. 尿道カテーテル留置中ですが、尿が濁ってすぐにつまってしまいます

回答：尿道カテーテルを長期留置すると尿路感染を避けることはできません。どんなに細菌が入らないように気を付けても、1週間以上感染を防ぐことは難しく、抗生物質の投与を行っても同様です。従って、尿道カテーテルを長期留置する場合には、尿路感染は必発ですが、発熱などの症状がなければ、抗生物質を使う必要はなく（むしろ安易に抗生物質を投与すると、抗生物質が効かない耐性菌がでてきてしまいます）、様子をみるのみです。しかし、尿路感染のために尿が濁ってくることもあり、混濁がひどいとカテーテルが閉塞してしまふことがあります。膀胱洗浄は、一次的なカテーテル閉塞解除にはなりますが、尿混濁の改善には効果がなく、尿混濁が高度な場合には、いったん尿道カテーテルを抜去して、清潔間欠導尿に切り替えるのがよいでしょう。間欠導尿だけでも、尿混濁が改善することが多く、改善不良であれば短期間の抗生物質の投与を行ってもよいでしょう。もし、清潔間欠導尿で改善されるようであれば、再度カテーテル留置を行うのではなく、清潔間欠導尿による排尿管理を続けることができるよう、できる限り努力することが大切です。

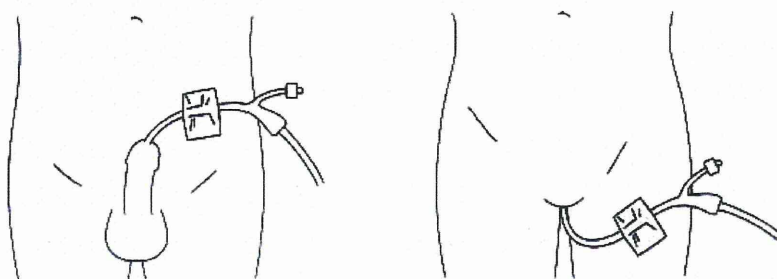
8. 尿道カテーテル留置中ですが、カテーテルのわきから尿が漏れます

回答：尿道カテーテルの脇から尿がもれる理由は、カテーテルの閉塞、あるいは膀胱が収縮するための2つが考えられます。尿道カテーテルを洗浄し、尿道カテーテルの閉塞を解除する。膀胱収縮がある場合には、そもそも尿道カテーテルを留置する必要がないので、カテーテルを抜去しましょう。

9. 尿道カテーテル留置中ですが、カテーテルはどこに固定するとよいですか？

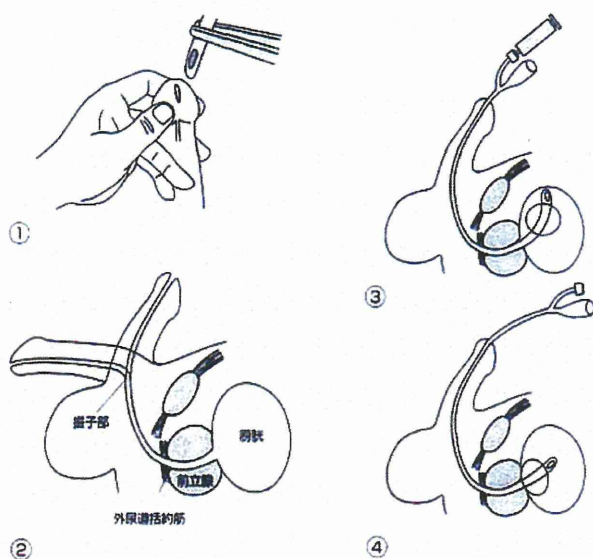
回答：1～2週間程度の短期留置であれば、カテーテルの固定位置はそれほど大きな問題にはなりません。長期留置の場合にはカテーテルの固定位置が重要となります。女性の場合には、動いてもカテーテルが引張りられないように余裕を持たせて下腿にテープなどで固定します。男性の場合には、陰茎を下（足側）に向けた状態で、カテーテルを脚に固定すると、尿道と皮膚に瘻孔ができやすくなります。固定は右方向でも左方向でもどちらでもよいが、自然に傾く方向や、ベッドから下りる時の方向を考えて固定するとよいです。

よう。歩行を行う患者では、歩行を妨げない位置を考慮します。女性では脚部、男性では陰茎を頭側に向けた状態で腹部に固定しますが、長期留置において、陰茎を足側にした状態で固定すると、尿道振子部が鋭角に屈曲した状態となり、尿道皮膚瘻を形成しやすくなるためです。また、カテーテルを引っ張りすぎないように少したるみを持たせて固定し、患者の状態（意識レベル・ADL・創部など）を考慮し、はがれ難い位置に固定する必要があります。



男性

女性



10. 尿に血が混じりますが、どうしたらよいですか？

回答：尿に血が混じることを血尿といいますが、おおきく顕微鏡的血尿と肉眼的血尿に分けます。顕微鏡的血尿は、一見、目で見ても尿に血が混じっているとはわからないものの、試験紙で尿をチェックすると尿鮮血反応が陽性であったり、顕微鏡で観察すると血（赤血球）が確認できるものをいいます。肉眼的血尿は、一見して尿に血が混じっているのが分かる（尿が赤い）ものをいいます。血尿の原因は、様々ですが、膀胱炎・尿道炎などの尿路の感染、腎炎、尿路結石、腫瘍（腎・尿管・膀胱・尿道のがんなど）などがあります。顕微鏡的血尿の場合には、実際に治療を要する病気が見つかることは10～30%程度と多くありませんが、肉眼的血尿の場合には70%以上で治療を必要とする病気が見つかりますので、一度は泌尿器科専門医を受診することが推奨されます。

11. 排尿する時に痛みます

回答：排尿時に尿道や下腹部、会陰部などの痛みがある場合、最も考えられるのは尿路の感染です（膀胱炎、

尿道炎、前立腺炎など)。感染の場合には、排尿時の痛みとともに、感染のために尿が混濁（透明ではなく、濁っている）することがあります。膀胱炎、尿道炎の場合には、通常発熱することではなく、多くは自然に治ります。ただ、膀胱炎や尿道炎とともに、腎盂腎炎を合併する場合には、背部痛、38度以上の発熱などがみられ、点滴による抗生物質投与が必要となるので、見分けることが重要です。男性における前立腺炎では、急性前立腺炎の場合には排尿痛、会陰部痛、頻尿などの症状が重症で、38度以上の発熱がみられることがあり、抗生物質による早めの治療が必要となります。一方、慢性前立腺炎では、症状は比較的軽度で、高い発熱はありませんが、不快な症状が長く続き、抗生物質の比較的長期の内服治療が必要となります。排尿時の痛みと区別する症状として、膀胱充満時痛があり、すなわち膀胱に尿がいっぱい貯まると、下腹部や、腰、尿道、膣などが痛くなり、排尿すると楽になると言う症状です。この症状は、間質性膀胱炎に見られる特徴的な症状です。間質性膀胱炎は細菌による感染ではなく、原因不明の慢性炎症疾患で、男性より女性に多く、通常治癒することは難しいと考えられており、泌尿器科専門医による診断と治療が必要となります。このように、排尿時痛といっても、その他の症状により、速やかに治療を要する疾患、専門医による診療を必要とする疾患などを、現場においても見分けることが重要です。

12. 尿道カテーテルを抜きたいのですが

回答：尿道留置カテーテルは、生活の質の低下、寝たきり状態や認知症の誘発、排尿障害に対する治療機会の喪失、尿路感染・膀胱結石・尿道皮膚瘻孔などの合併症などを避けるために、できる限り、抜去することが推奨されます。まず、尿道カテーテルが留置されている場合には、「なぜカテーテル留置されているのか？」を確認しましょう。膀胱の病気があって排尿できないからなのか、寝たきりでトイレにいけないからなのか、尿が漏れるからなのか、など。しかし、実際には、なぜ尿道留置カテーテルが留置されているのか、理由がはっきりしなかったり、ただ、かかりつけの医師からの指示でという理由だけだったり、尿道カテーテルを留置すべき医学的理由がはっきりしないことがほとんどです。カテーテルを抜きたいと思ったら、まずはカテーテルを抜いてみましょう。

トイレまで行ける場合には、トイレで排尿を行ってもらい、尿が出せない、あるいは少量しかでないようであれば、数日間は排尿ごとに清潔間欠導尿を行い、膀胱を空にします。これによって、残尿量を記録することができると共に、膀胱が広がり過ぎることを防ぐことができ（膀胱の過伸展の防止）、また膀胱が充満して膀胱を空にするということによる膀胱のリハビリテーションになります。もし、トイレで十分な量の尿を排尿できるのであれば問題ありませんが、残尿測定を行うことができればそれにこしたことはありません。残尿測定は、カテーテルによる導尿でできますが、もし残尿測定のための簡易装置（ブラダースキャン、あるいはゆりりん：質問2参照）があれば、非侵襲的に残尿を測定することができます。残尿の多い方で、数日間トイレでの排尿の試みと間欠導尿を行うことで、残尿が50～100ml以下に減ってきたら、もう導尿をやめることができ、うまく尿道留置カテーテルから脱却できたこととなります。数日間排尿トライと間欠導尿を続けても、自排尿が確立できない場合（自排尿がない、あるいは残尿が100ml以上みられる）には、状況が許せば、カテーテル留置にもどすより、清潔間欠導尿による排尿管理を続けた方が望ましいです。その場合の間欠導尿は、自分（自己導尿）、家族、あるいは看護職が行います。間欠導尿を続けることができない場合には、再度のカテーテル留置も致し方ありませんが、できる限りカテーテル抜去を考えていただきたい。ただ、残尿量が100ml以上あっても、自排尿があるのであれば、そのまま自排尿を続けることができます。

トイレ排尿できない（寝たきりなど）場合には、おむつ排尿とし、カテーテル抜去後、数日間は、頻回におむつをチェックします。排尿後のおむつの重さを測ることにより、排尿量を知ることができます。また、残尿測定装置、あるいは導尿による残容量をチェックします。自排尿ができない、あるいは残尿が200ml以