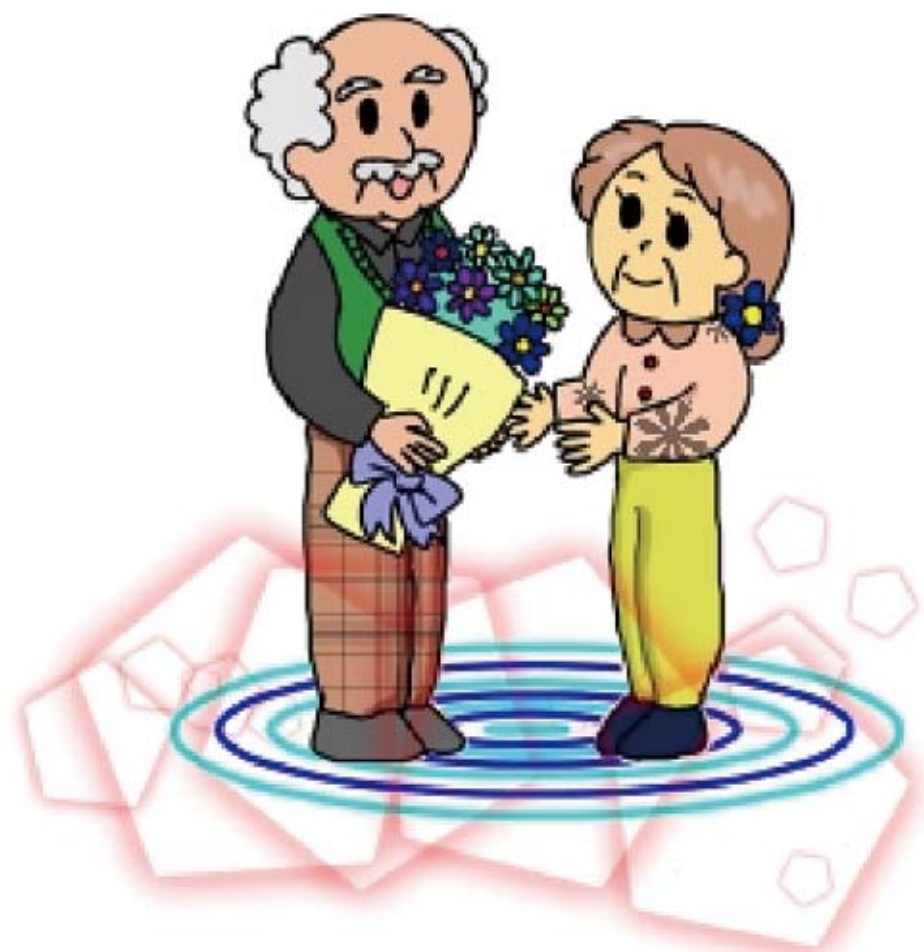


えひめ排泄ケア研究会 排泄ケアマニユアル



えひめ排泄ケア研究会



目次

■ はじめに	1
■ I. 排泄障害のアセスメント	
1. アセスメントとは何か	2
2. アセスメントに必要な情報	3
(資料) えひめ排泄ケア研究会記録用紙	
資料① 事例フォーマット	7
資料② 排尿日誌	8
資料③ 1ヶ月排尿日誌	9
3. 排尿障害の医学的基礎知識	10
■ II. アセスメントと援助の実践	24
1. 頻尿の事例	
事例1 30分ごとにナースコールが鳴る事例	25
事例2 さびしさから尿意を訴えていると思われた事例	30
事例3 頻回にトイレに行くがすでに失禁していた事例	36
2. 夜間頻尿・多尿の事例	
事例1 夜間多尿でシーツ汚染をくり返す事例	41
3. 尿意が不明瞭な事例	
事例1 定時誘導しているが失禁が続いている事例	48
事例2 常にオムツが濡れていてかぶれがひどい事例	54
事例3 尿意を訴えるたびに排便がみられていた事例	59
4. トイレ動作が困難な事例	
事例1 痛みが強くてトイレにうまく移れない事例	65



■ はじめに

排泄は、人の生活のなかで 1 日に何度も繰り返される生活行動であり、幼児期のトイレトレーニングを経て、プライバシーの守られた環境のもと自分ひとりで行われる行為でもあります。そのため、何らかの理由で排泄行動に誰かの援助を必要とすることは、人としての尊厳をも低下させてしまいかねない重要な問題であると考えます。

えひめ排泄ケア研究会は、平成 15 年の研究会の設立以来、排泄障害を持つ方々が少しでも気持ち良く排泄ができ快適な生活を行えるようにするにはどのような援助をすればよいのか考えてきました。特に、尿失禁などの排泄障害の問題を「年をとっているのだから仕方がない。」などとあきらめてしまうのではなく、どうしてそうなっているのかという原因を探ること、すなわちアセスメントすることを重視し、そして、より適切な対処方法を検討してきました。

活動内容としては、年に 1 度の学術集会と東予・中予・南予の各地区で年に 2 回の勉強会を実施しています。勉強会では、1 回目は排泄のアセスメントについて、2 回目はアセスメントを生かした実践事例の報告会を行ってきました。その中でどうすることもできないと考えていた排泄障害に対して、尿失禁を軽減することができたなどのうれしい成果が報告されています。

このマニュアルは、えひめ排泄ケア研究会が 6 年間の活動の中でおこなってきた勉強会の成果をまとめたものです。前半は、排泄障害のアセスメントに必要な知識や技術をできるだけ具体的に掲載しました。そして後半は、研究会に参加して下さった施設の方々が排泄の問題に取り組み改善した事例を、アセスメントの過程や成果が分かりやすくなるように再構成して、掲載しました。

よりよい排泄ケアを提供することは、援助する側にとっても決して簡単なことではなく、時間や頭を使う骨の折れる仕事だと考えます。しかし、その結果、頻尿でイライラしてした方が落ち着いた表情を取り戻したり、常にオムツがぬれていた方がトイレで排泄できて喜んでくださったりすることは、援助するものにとってかけがいのない喜びであり、やりがいを感じることでできる瞬間だと思います。皆様の日々のケアにこのマニュアルを少しでも役立てていただければ幸いです。



えひめ排泄ケア研究会
世話人代表 陶山啓子

■ I. 排尿障害のアセスメント

1. アセスメントとは何か

1) アセスメントとは

- ・何が問題なのかを明らかにすること。
- ・情報を集めて、その意味を考えること（分析）によって、なぜ問題（排尿障害）が起きているかその原因を明らかにすること。

2) 何のためにアセスメントするのか

問題が起きている原因を明らかにすることによって、適切な対処方法を知ることができます。すなわち、問題解決のためには、原因を取り除いたり、原因に働きかけたりすることが必要ということになります。

たとえば、「II. アセスメントと援助の実際」で、頻尿の事例を3事例紹介していますが、排尿の問題が頻尿であるという結果はよく似ています。しかし、その原因は様々で、各事例はその原因を明らかにすることによって、それぞれ違ったケアを実施して、症状の改善をみることができています。

このように、排泄ケアをするということは、単に汚れたオムツをかえるとか訴えのままだにトイレの介助をするなどその時その時の対応をすることではなく、いかにオムツを濡らさないようにするのか、排泄回数を正常に近づけるかなど問題自体を解決していく方法を考えて実施することが重要です。

ちなみに、「何が問題か」「何を解決すべきか」は、援助する側ではなく、対象の方の思いを尊重して考えましょう。



2. アセスメントに必要な情報

排尿は、膀胱に尿を「ためて」、「出す」という機能によって、正常に行うことができます。この機能がうまく働いているかどうか「**膀胱機能を知るために必要な情報**」を集めて、分析します。

また、排尿は膀胱の機能だけでなく、排泄行動をとるために必要な身体機能・認知機能や生活の仕方などによっても影響を受けます。ですから、「**排尿行動に関する生活状況**」についても情報をあつめて、分析する必要があります。

1) 膀胱機能に関する情報とその解釈

情報収集の方法

1 回排尿量：ユーリンパン（写真①参照）を洋式便器にセットして、排尿してもらうことで対象の方の負担を少なくして尿量を知ることができます。

残尿量：排尿後に膀胱内に尿が残っていないかを確認します。

導尿を頻回にすることは、負担になりますので、1 回の排尿量が少ない場合や頻回に少量ずつの排尿がみられるなど、残尿が予測される場合に行います。最近では、ブラダースキャン（写真②参照）によって導尿することなく残尿を測定することもできます。

残尿感：訴えを聞く

失禁量：パットを計って、濡れる前のパットの重さを除きます。

尿意の有無：自分から訴えがない場合は、排尿援助の際に確認します。

排尿間隔・排尿回数：いつ排尿したか、トイレに行ったかなどその都度記録します。

1 日の排尿量：1 日の排尿量や失禁量を合計することで求められます。

排泄状態：尿の出し方（勢いや所要時間）、排尿に伴う痛みや力みが必要な様子など、スムーズに排尿できていない様子が見られる時は、その状態を記録します。

尿の性状など：色（赤っぽいなど）や混濁（透明感がない、浮遊物があるなど）、臭いがあるなど、異常があれば記録します。

以上の情報を 2 日間程度排尿日誌（資料② P.8 参照）に記載することで、膀胱機能が保たれているか判断することができます。そして、解決しないといけない問題とその原因を検討します。



写真① ユーリンパン®



写真② ブラダースキャン®

情報の解釈

- ・膀胱内に「ためる」ことができる量は、1 回排尿量と残尿量で推察することができます。1 回排尿量が、正常範囲である場合には、残尿の可能性は少ないと考えられます。

＊ 1 回排尿量の正常値：200ml ～ 300ml 程度といわれていますが、高齢者は膀胱許容量が低下するといわれているので、もう少し少ない場合も正常と判断できます。

- ・残尿は 50ml 以下が正常といわれています。もし、残尿が多い場合は、尿を「出す」力が低下していることが考えられます。残尿は感染の原因にもなるので、医師と相談して対応を検討する必要があります。

- ・パット計測によって把握した失禁量は、何回分の排尿量かわかりません。しかし、失禁量が多いということは、トイレ誘導やオムツ交換のタイミングが合っていないことを意味しています。ケアの時間の変更を考える必要があると思われます。

- ・1 日の排尿回数は、5 ～ 6 回程度が正常といわれています。排尿間隔が短く、排尿回数が多い場合は、頻尿の原因がなにか検討してみる必要があります（p.25 頻尿の事例 1 参照）。

＊その他、医学的基礎知識 (p.10 ～) の内容を参考に情報の意味を解釈して下さい。

＊「アセスメントと援助の実際」事例の中で、排尿日誌のよみとりについてアセスメントの項で述べています。

- ◆ 継続して排尿日誌を記録したい場合は、資料③（p. 9）の様式を使用すると、排尿状態が一目でわかります。誘導時間を変更してその効果を確認したい時などに便利です。

「常にオムツが濡れていてかぶれがひどい事例」（p.54）に排尿日誌の実例を示しています。

- ◆ 膀胱機能を評価する方法として、泌尿器科医師の岩坪先生が提唱している北九州病院方式**膀胱機能評価法**についても紹介します。

膀胱機能評価

1) 評価項目と判断基準

- ①平均排尿量：150ml 以上が正常、150ml 未満を異常
- ②残尿率：30%未満を正常、30%以上を異常
- ③ 1 日排尿回数：7 回以内を正常、8 回以上を頻尿

3 項目それぞれ、正常であれば 1 点、異常であれば 0 点とします。3 項目の合計得点が 3 点なら正常、2 点は低下、1 点は荒廃、0 点は廃絶と判断します。

*正常であれば、オムツはずしの効果が得られやすいと考えられます。

2) 情報収集方法

連続した 2 日間、1 時間ごとにオムツのチェックをして、下記の情報を排尿日誌に記録します。

①平均排尿量

1 時間ごとにパットやオムツに漏れがないか確認します。そして、漏れている場合は、パットやオムツをその都度測定します。

$$\text{平均排尿量} = \text{全排尿量} \div \text{排尿回数}$$

②残尿率

1 回排尿量の測定時、毎回残尿を測定します。この場合は、ブラッダースキャンが必要になります。

$$\text{残尿率} = \text{平均残尿量} \div (\text{平均排尿量} + \text{平均残尿量})$$

③ 1 日排尿回数

排尿日誌から、1 日の排尿回数を数えます。2 日間の平均を 1 日排尿回数とします。

「定時誘導しているが失禁が続いている事例」(p.48) に実際に膀胱機能評価を行った記録を掲載しています。

3) 排尿行動に関する生活状況

- ・ **排泄行動**（トイレの理解、トイレ動作）
- ・ **尿意の認知・表出**
- ・ **水分摂取量**：排尿日誌に経時的に記録し、把握します。
- ・ **食事量**
- ・ **排泄で困っていること**

対象者自身が排尿障害によって、何が一番つらいのか、何を改善してほしいと思っているかは、何を目標にどんな対応をするのか決める上で重要です。

家族やスタッフが何を問題にしているかを知ること、合わせて考えましょう。

3) その他の重要な情報

- ・ 内服している薬

薬が排尿に影響する場合があります。内服している薬を確認し、医学的基礎知識を参照にその影響を推察して下さい。

＊ 2) と 3) の情報を整理するための記録用紙として、事例フォーマット（資料① p7 参照）を紹介します。

以上、ご紹介した排尿のアセスメントは、情報をとるだけでも大変ですが、すべての利用者の方のデータを取らないといけないと思うのではなく、「困っている方」からあるいは、「可能な方」から始めてみるとよいのではないのでしょうか。

そして、継続していくことが重要です。

事例フォーマット

氏名:		性別:	年齢:	体重:
主な病名及び既往歴:				
服薬中の薬:				
排泄 状況	日中:			
	夜間:			
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く)				
ADLの状態		コミュニケーション	認知症の有無と症状	
尿意の訴え				
便意の訴え				
トイレの認識ができるか				
移動の状態				
トイレ動作の状態				
排尿状態				
排便状態				

排尿日誌

平成 年 月 日()

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				

資料②

平成 年 月 日()

時間	尿ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				

様

月

日	時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	水分
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										
26																										
27																										
28																										
29																										
30																										
31																										

○:トイレで排尿あり +:パットに失禁あり ⊕:トイレで排尿ありパットにも失禁あり

3. 排尿障害の医学的基礎知識

【はじめに】

今後、社会の高齢化につれ、排尿障害に悩む人は増え、その重要性は増してくるでしょう。排尿障害は疾患としては、主に泌尿器科のあつかう領域ではあります。

しかし、実際問題として、現場では、家族・介護・訪問看護等のコメディカルに関わる割合が高い領域であり、各分野での連携が重要になってくると思われます。

ここでは、排尿障害に必要な、医学的基礎知識を概説します。

足りない部分、冗長になるためあえて省いた部分もありますが、この文章が、各々が携わっている事例での検討の際の助けになれば幸いです。

【目次】

- ①正常な排尿と排尿障害
- ②ありがちの症例とか、具体例
- ③排尿障害に必要な医学的ツール
- ④排尿管理の到達点
- ⑤代表的な病態について
- ⑥排尿に影響する薬剤（排尿障害治療薬と、副作用として排尿障害をきたしやすい薬剤）
- ⑦夜間頻尿

①正常な排尿と排尿障害

- 排尿とは→身体で不要になった老廃物を体外に排出すること。

排尿は生きている以上、快適に出来ないと、身体・精神状況にも多大な影響を及ぼすため、重要である。

排尿をスムーズに行えるようにすることは、その人の人間としての尊厳を守ることである。

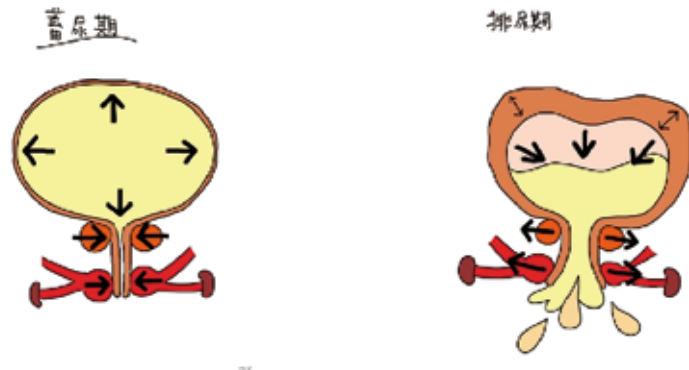
- 排尿のしくみ（膀胱 - 排尿）

膀胱は正反対の機能を一つの臓器でつかさどっている。

蓄尿（ためる）と排尿（だす）である。

膀胱には平滑筋があり、膀胱の出口には括約筋がある（括約筋は我慢する時にぎゅっと締めるあれである）。

蓄尿時には 平滑筋は弛緩 括約筋は収縮、
排尿時には 平滑筋は収縮 括約筋は弛緩する。
この連動がうまくいって初めてスムーズな排尿が可能である。



●正常な蓄尿とそのポイント

尿がたまる（100ml くらい尿がたまると尿意を感じる。普段は大体 200-300ml くらいで排尿しているはずなので、健常者では回数は 5-6 回 / 日が妥当）

→膀胱からの知覚刺激が脊髓の排尿中枢にゆく→刺激が脳に伝わる→尿意をもよおす

→そこでしてしまったのでは困るので、トイレに行こうとする（ある程度我慢がきく）
トイレに移動する（失禁しない）

●正常な排尿とそのポイント

トイレまで行き、ズボンや下着をおろしたりする（高齢者では動作が緩慢で間に合わない場合もある）

→排尿する（しようと思えばスムーズに出、止めようと思えばある程度止められる）
すっきり出してしまう（残尿がない）

→後始末をして（ティッシュで拭くとか温水洗浄便座を使うとか）、下着等を元に戻す

→自分の部屋に移動する。

●排尿障害とは

排尿に関与するこの一連の動作のどこかの部分に支障をきたして、排尿がスムーズに行えないことを『排尿障害』という。膀胱の機能区分から、蓄尿障害（尿をためるほう）と排尿障害（尿を出すほう）に大別されるが、混合タイプもある。

②ありがちの症状や、具体例

まず下部尿路症状 (LUTS) を、ICS（国際禁制学会）の分類に沿って述べます。

●蓄尿症状

夜間頻尿（夜間に排尿のため 1 回以上起きなければならない）

昼間頻尿

尿意切迫感（急に起こる抑えられないような強い尿意で、我慢が困難）

尿失禁

腹圧性（労作・運動時、くしゃみまたは咳の時に漏れる）

切迫性（尿意切迫感とともに不随意に尿が漏れる）

混合性

遺尿（不随意に尿が出る）

膀胱の知覚

正常：膀胱に尿がたまる感じがわかり、それが尿貯留として次第に増す。

亢進：早くから持続的に尿意を感じる

低下：膀胱充満感はあるが明らかな尿意はない。

欠如：膀胱充満感や尿意がない

非特異的：膀胱特有の知覚ではないが、尿の貯留を腹部膨満感・自律神経症状・痙性反応として感じる（脊損の患者さんとかに多い）。

●排尿症状

尿勢低下（以前と比較して、また他人と比較して勢いが弱い）

尿線途絶（排尿中に 1 回以上尿が途切れる）

排尿遅延（排尿準備ができてから排尿開始まで時間がかかる）

腹圧排尿（排尿の維持に力を要する状態）

終末滴下（排尿の終了が延長しポタポタになるくらいまで続く状態）

●排尿後症状

残尿感（実際残尿があるのか、感染があるのか等が次のステップ）

排尿後尿滴下（排尿直後に不随意に尿が出てくる状態、男性では便器から離れた後、女性では立ち上がった後のことを意味する）

上の症状が国際的に定義されたものなので、知っておくと便利なのですが、あまりしっくりこないと思います。

以下に具体的な例をあげてみます。この中に排尿障害のキーポイントが隠されています。あー、そんな人うちにもいるいる、じゃあどうにかなるのかなあ、と、イメージしながら読んでみてください。

●ありがちの症状

- ・トイレに何度も行く（頻尿）
- ・夜、何度も行きたくなるので眠れない（夜間頻尿）（見守る側からするといつ転倒されるかひやひやで見ていられないことも）
- ・行きたいといわれるので、トイレ誘導するが、出にくい・出ない（排尿困難）
- ・尿失禁（おしっこがもれる）
- ・尿意がわからない、間に合わないため、オムツやカテーテルが装着されている（オムツやカテーテルを外せる可能性がある場合もあり）
- ・考えられないくらい尿がひどくにおう。見た目でも相当にごっている（尿路感染症）
- ・血尿（かたまり）が出る（膀胱癌を見逃している可能性もあり）
- ・おしっこがにごり熱発するので、施設の医師に報告すると、抗生剤投与の指示は出て、いったん軽快するが、投薬が切れるとすぐ元に戻る
- ・とにかく一日中トイレに座っている、その割にはあまり排尿されていない。部屋に連れて帰るとすぐまたトイレで座る。（尿意頻回）

●具体例（逆にその人の状態から考えてみると）

- ・認知症や脳梗塞、末梢神経障害（糖尿病とか？）があり、尿意が認知できない（ADLの低下）のでオムツ常時装着となっている。
- ・膀胱の神経が過敏になっており、また尿道括約筋が弱っているため、少量（残尿多量）～大量の尿失禁（全失禁）を起こす（医学的に重要なのは残尿の有無）。
- ・足が弱っていて移動がままならない。手も弱っていて下着をおろせないで、まにあわない（機能性尿失禁といいます）。

- ・排尿したい気があり、トイレまではたどり着いたものの、座ってみても少ししか尿が出ないで、またすぐに行きたくなる。(残尿があると膀胱炎を起こしたりする)(ここで考えなければならないのは、男性ならまず前立腺肥大、女性の場合膀胱排尿筋の収縮力低下)

●排尿障害の対処

正常の排尿機能から類推して、どの部位のどの機能が弱っているかをまず理解すると、対処の際にある程度理論的に考えやすくなります。

もっとも理論だけでうまくゆくかどうかは別だし、よくならない人も多くいるのが現状ではありますが。

たとえば、

- ・全体的に、ADL をアップさせる？
- ・歩行訓練や筋力トレーニングなど身体的なアップさせて、トイレに行く動作事態を改善する。
- ・過敏な膀胱にオムツで対処するのではなく、時間的に排尿誘導して、その人のリズムをうまく誘導する。
- ・残尿が多いためにすっきり出ない、残った感じがするからまた行くという人たちに対して、専門医を受診して、投薬を受ける。

などが、具体的方針の例です。

次に、ではその診断に必要な検査（医療的なもの）や、日常でできるものを具体的に示してみます。



③排尿障害に必要な医学的ツール

●泌尿器科で行う検査

- ・検尿・尿沈渣（感染の有無）
- ・問診（排尿障害をきたしやすい基礎疾患、たとえば脳梗塞・脊髄疾患とか、また内服薬剤のチェックも必要）←「副作用として排尿障害をきたしやすい薬剤」(p.22) 参照
- ・身体所見（下腹部、生殖器、膣の内診、直腸診）
- ・尿細胞診（膀胱腫瘍など悪性疾患の有無）
- ・尿流量測定（排尿状態の客観的評価＝尿の勢いの検査）
- ・60分パッドテスト（失禁の程度）
- ・腹部エコー（水腎症、前立腺肥大、残尿のチェックが簡易にできます）
- ・残尿測定（エコーなどがいない場合は、導尿によって測る場合もあります）
- ・血液検査（腎機能障害、脱水、炎症等のチェック）
- ・排尿日誌
- ・IPSS、OABSS（これらは前立腺肥大とかOABのスコア表ですが、病態を点数化できるので客観化できるメリットがあります）
- ・PSA（前立腺癌の有無を調べる血液検査です）
- ・膀胱内圧測定（膀胱内に水を入れて圧力を測る専門的な検査です）
- ・IVP（腎盂造影）、尿道造影、膀胱造影、CT、膀胱ファイバー（これらも少し専門的な画像検査です）
- ・pressure flow study（内圧尿流検査）

この中で、施設でもでき、最大の情報を得られるものが排尿に関する訴えをまとめてみることに、症状、そして排尿日誌です。

●排尿日誌（情報収集の方法 p.3 参照）

生理的排尿を非侵襲的に把握でき、情報も多い検査。

1日の排尿回数

排尿時刻

1回排尿量

失禁の有無 などを記録する

- ・1日のうち、トイレに行った時刻、尿の量、尿意はどれくらいだったか、水分の摂取量はどれくらいだったか、などを記録していきます。

- ・排尿日誌をつけることで、その人の尿のトラブルの特徴や傾向がわかり、診断や治療をより適切に行うことができます。

④排尿管理の到達点

- ・自立排尿が達成されればこれに勝るものではありません！（もちろん薬物治療とかを併用して達成する場合もあり）
- ・その人の排尿パターンに応じたトイレ誘導による自立排尿
- ・まわり道のようなが、水分摂取（口渇）・排便（便秘）の調節
- ・身近にツールを置き ADL をカバーする（自室にポータブルトイレを置くとか、尿器を夜だけ置き排尿時は寝たまま当ててもらう）
- ・骨盤底筋群の訓練（女性）
- ・オムツ・パット
- ・排尿筋収縮脳の低下している方には間欠的導尿を 1 日何回かしてもらうことによって、頻尿の改善・尿路感染の防止が可能
- ・カテーテル（尿道留置・膀胱瘻）留置

⑤代表的な病態について

- A. 尿路感染症（UTI）
- B. 前立腺肥大症（BPH）
- C. 尿失禁
- D. 過活動膀胱（OAB）
- E. 神経因性膀胱（NGB）

A. 尿路感染症 UTI 「さびしさから尿意を訴えていると思われた事例」(p.30) 参照

B. 前立腺肥大症 BPH 「頻回にトイレに行くが常に失禁していた事例」(p.36) 参照

前立腺肥大症は高齢男性に排尿障害をきたす原因 No1 の疾患です。

前立腺は膀胱の出口にある通常くるみ大の臓器で、その真ん中を尿道が通っています。加齢（50 代後半から）によってホルモンバランスが乱れると前立腺は腫大してゆきます。そのことにより尿道が圧迫され、尿が出にくくなったり、排尿の勢いがなくなったり、排尿回数が増えたりします。

前立腺の腫大のほかに、膀胱の機能障害を合併することも多く、それによって排出障害だけではなく、多彩な症状を示します。

たとえば、排尿筋過活動を 40-60%に合併し、その場合は尿意促迫や失禁を生じます。排尿筋収縮不全を 30-40%に合併し、その場合は一度に膀胱内の尿を完全に排出することができなくなり、頻尿や尿路感染、ひいては腎機能障害を引き起こすこともあります。たとえば、排尿筋収縮不全を合併している症例の訴えが『頻尿』である場合、頻尿治療薬である、抗コリン剤を使用すると、かえって残尿を増やすことになりますので注意が必要です。

さて、前立腺肥大の問診ツールとしては IPSS（国際前立腺症状スコア）が有用です。これは、畜尿症状 3 項目（昼間頻尿・尿意切迫・夜間頻尿）、排尿症状 3 項目（尿線途絶・尿勢低下・腹圧排尿）、排尿後症状 1 項目（残尿感）の計 7 項目の質問をスコア化するもので、診断や治療経過を把握するのにも非常に有用です。

診断には、前立腺の形態を判断する上で直腸診やエコーが有用です。エコーでは残尿の有無も容易にわかります。排尿の状態を把握する意味で尿流用測定や排尿日誌も有用です。

治療第 1 選択は薬物療法でほとんどは α ブロッカーです。前立腺を縮小させる意味で、抗アンドロゲン剤を使用する場合があります。排尿筋過活動を合併するものでは、少量の抗コリン薬の併用も有用といわれていますが、使用に当たっては一度専門医に相談するのが妥当でしょう。排尿筋収縮不全を合併しているものでは、治療は難渋しますから、専門医との相談が必須です。内視鏡的治療も可能ですので、薬物治療で改善のない人はこちらも専門医受診が望ましいと考えます。

C. 尿失禁

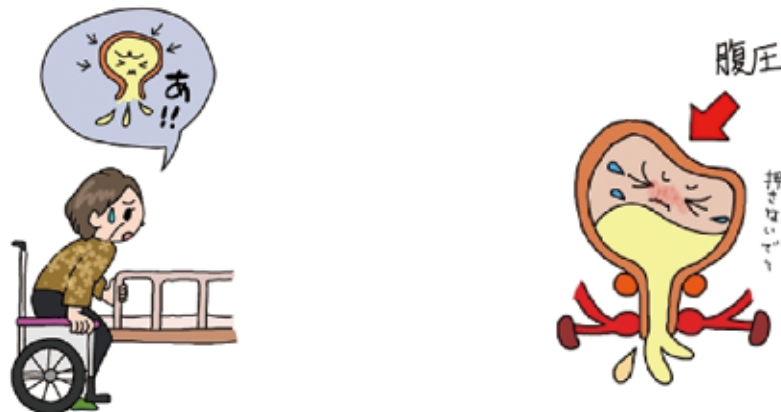
尿失禁とは、自分の意思に関係なく尿が漏れることです。

我が国における高齢者の尿失禁の頻度は、在宅高齢者では約 10%、要介護高齢者では約 50%、入所高齢者では約 80%といわれています。高齢失禁者の実数は、400 万人であり、そのうち 200 万人がオムツ使用している。オムツをしている人の半数がすべての尿をオムツにしている。その経済的負担はオムツのみで 1200 億円にのぼるともいわれています。

よくある尿失禁のタイプを解説します。

腹圧性尿失禁

- せきやくしゃみや腹圧が瞬間的にかった時に漏れるものをいいます。
- 腹圧性尿失禁は女性に多く見られます。女性においては膀胱や子宮を支える骨盤底筋の弛緩（ゆるみ）による膀胱の下垂や、括約筋不全による膀胱頸部や尿道の弛緩により、尿道抵抗が低下し、腹圧が加わった時に膀胱内圧が上昇して膀胱収縮を伴わずに尿がもれやすいためです。
- 男性では、腹圧性尿失禁はまれであるが、前立腺癌に対する前立腺全摘除術、前立腺や尿道に対する経尿道的手術により医原性に外尿道括約筋が障害されて起こることがある。



機能性尿失禁

- 下部尿路機能障害以外の原因により尿失禁がみられるもので、高齢者では身体運動障害（ADL：日常生活動作）低下と痴呆が大きな要因となる。（下肢筋力低下でトイレまで歩いていきにくい、認知力低下でところかまわず排尿する、など）
- 高齢者においては純粋な機能性尿失禁は少なく、実際には種々の他のタイプの尿失禁を合併していることが多いため、機能性尿失禁の治療あるいは排尿管理においては、介護者あるいは看護者が中心的かつ重要な役割を担う。



切迫性尿失禁

- 膀胱が勝手に収縮するもの（排尿筋過活動という）、尿意とともに尿がもれてしまうが、収縮が完全でないため、尿は膀胱内に残り、また繰り返すことになる。
- 高齢者の尿失禁の70%程度に切迫性尿失禁が関与するといわれ、膀胱の不随意的収縮の原因としては脳出血、脳梗塞、パーキンソン病、多発性硬化症などの中枢神経の神経疾患の他、加齢による膀胱の変化としても起こることがある。
- 前立腺肥大症や他の閉塞性疾患にもとづいて起こることがあり、この場合は尿失禁と尿排出障害が併存することとなる。
- 切迫性尿失禁に対しては、薬物治療が有効であり、またその他種々の治療法もあるので、積極的な治療を試みるべきである。



溢流性尿失禁

- 膀胱に尿がたまりすぎて、泉から水があふれるように、漏れ出すタイプのもの。いつも膀胱に尿がたまりすぎているため、尿路感染やひいては腎機能障害を生じる可能性もある。



D. 過活動膀胱 OAB

OAB は Overactive Bladder (過活動膀胱) の頭文字をとって名付けられた、尿意切迫感を主訴とした症候群です。OAB は急に起こるおさえられないような強い尿意＝尿意切迫感があれば診断しても良く、その診断の際に、他の疾患（膀胱炎、膀胱癌、膀胱結石、前立腺癌、前立腺肥大症など）は除外されなければなりません。

わが国では『過活動膀胱診療ガイドライン』が制定されており、問診手段として OABSS (過活動膀胱症状スコア) が有用ですが、毎日の状態を把握するために排尿日誌も有用です。

ここでは概念程度にとどめておきます。

神経因性膀胱 NGB

OAB と似たような名称として NGB(Neurogenic Bladder) があります。これを日本語では神経因性膀胱と呼びます。

下部尿路機能を支配する神経の異常によって引き起こされる膀胱と尿道（下部尿路）の障害の総称です。

こちらは原因疾患がはっきりしているものを呼び、

- ・脳血管障害（脳梗塞や脳出血）
- ・神経変性疾患（パーキンソン病やアルツハイマー型認知症）
- ・脊髄疾患（脊髄損傷や脊髄腫瘍、後縦靱帯骨化症、など）
- ・末梢神経の疾患（腰部脊柱管狭窄症、糖尿病性神経障害、骨盤腔内の大きな手術による神経損傷など）

などが原因疾患です。

⑥排尿に影響する薬剤（排尿障害治療薬と、副作用として排尿障害をきたしやすい薬剤）

正常な排尿の項でも述べましたが、膀胱は正反対の機能を一つの臓器でつかさどっています。蓄尿（ためる）と排尿（だす）です。

蓄尿時には 平滑筋は弛緩 括約筋は収縮、排尿時には 平滑筋は収縮 括約筋は弛緩します。

ですから、膀胱平滑筋（副交感神経）や、尿道括約筋（交感神経）、また前立腺部尿道に影響を及ぼすような薬剤は、排尿に影響を及ぼすことになります。

これらを考えて治療薬として用います。

ここで述べておかなければならないのは、膀胱は正反対の機能をつかさどっているため、薬剤で漏れにくくしようとすれば出にくくなり、出やすくあれば漏れやすくなるようになるということです。このバランスを見ながらの投薬が重要になってきます。

A. 蓄尿障害によく使われる治療薬剤

これらは膀胱平滑筋の弛緩作用が主な作用のため、頻尿治療薬としてよく用いられます。

- ・ブラダロン・ポラキス・バップフォー（抗コリン薬）
- ・ウリトス・ステーブラ・デトルシール・ベシケア（最近発売された抗コリン薬）
- ・トフラニール（抗うつ薬だが頻尿に使用することがある）
- ・スピロペント（気管支喘息治療薬だが、尿道括約筋の抵抗を増すことで、失禁防止薬として使用）

B. 排尿（排出）障害によく使われる治療薬

男性の場合、前立腺肥大による排尿障害には、 α ブロッカーを第 1 選択として用います。

- ・エブランチル・フリバス・ハルナール・バソメット・ハイトラシン・ミニプレス・ユリーフ（ α ブロッカー）

膀胱平滑筋の収縮機能が低下している場合は、以下の薬剤を用います。

- ・ベサコリン・ウブレチド（膀胱平滑筋に作用し収縮力を増強させるが、下痢などの副作用が出やすい）

C. 副作用として排尿障害をきたしやすい薬剤

- ・風邪薬で有名な PL 顆粒は副交感神経を抑制する（鼻水とか止める作用）ので、尿が出にくくなる方向に働きます。
- ・同じような考えで、鎮咳薬も尿を出にくくします。
- ・古いタイプの抗アレルギー剤（抗ヒスタミン剤と呼ばれるもの、たとえばポララミンとかアタラックス P とか）も抗コリン作用のため、尿を出にくくします。
- ・向精神薬や、抗不安薬にも尿を出にくくするものがあります。

- ・麻薬の副作用として便秘は有名ですが、尿閉もありますので注意が必要です。
- ・ラシックスなどの利尿薬も当然尿量を増加させる薬剤なので、頻尿になりやすくなります。

⑦夜間頻尿 「夜間多尿でシーツ汚染をくり返す事例」(P.41) 参照

寝ている間に 1 回以上尿に行きたくなって目が覚めることがあります。これを「夜間頻尿」と呼んでいます。夜間頻尿は高齢になるほど増加します。80 歳代では 90% 以上の人が夜間に 1 回以上トイレに行くと答えています。

夜間頻尿の原因

A. 夜間多尿

1 日尿量 35%以上が夜間つくられる状態。

その原因

- ・加齢にともなった腎臓や心臓の機能低下
- ・抗利尿ホルモンの低分泌
- ・服用しているお薬の影響
(高血圧治療に使われる降圧剤や心臓病で使われる強心剤など)
- ・水分のとりすぎ
(成人の場合、1 日に 1.0 ～ 1.5 リットルの尿ができれば水分は十分)
- ・糖尿病など内科疾患

B.1 回排尿量が少ない

1 回排尿量が少なければ、排尿回数が増える。

その原因

- ・過活動膀胱
脳出血や脳梗塞などで排尿を調整する神経が障害されている場合や、中高年の男性では前立腺肥大症。
ほかに、原因のはっきりしない特発性の過活動膀胱などがある。
- ・膀胱の萎縮
膀胱の長期間の感染や炎症、加齢によって膀胱壁の組織が硬くなり、膀胱そのものが小さくなることがあります
- ・残尿が多い
前立腺肥大症や糖尿病による神経障害によって残尿が多い状態となります。そうすると、1 回で出せる尿量が減って、頻尿になってしまいます。

C. 睡眠の障害

眠りが浅いなどの睡眠のトラブルが原因で目が覚めているが、本人は尿意で目が覚めていると思い込んでしまう。

いずれにしても高齢者の夜間頻尿は、複数の原因が重なって引き起こされている場合が多いので１つ１つの原因を解明して、適切な治療を行うことが大切です。

■ II. アセスメントと援助の実際

ここからは、介護施設などでよく体験する高齢者の方の排尿障害に対する援助について、事例を通して、アセスメントやその結果実施したケアの実際そしてその効果について、紹介します。

事例は、問題の焦点がわかりやすいように実際に報告があったものを再構成しています。

- 各事例において、
1. 事例と問題の把握
 2. アセスメント
 3. 計画
 4. 実施
 5. 振り返り
 6. 解説

の6項目で構成されています。

また、前半のアセスメントの方法で紹介した事例フォーマットや排尿日誌など、実際の記録用紙を各事例に付けました。

排尿日誌は、問題の実態を把握するときに記載された「前」と、援助を実施して状態が改善した時期に記載された「後」を横並にしています。排尿日誌にも排尿状態の違いがあらわれています。

事例によって、必要な情報の量や内容が違ってきます。実際の記録用紙も参考にアセスメントやケアの内容をご覧くださいと思います。



頻尿の事例

事例 1 30 分ごとにナースコールが鳴る事例

事例と問題の把握

A さん（92 歳、女性）

要介護 3

主な疾患：脳血管性認知症 左大腿骨骨折後 変形性膝関節炎

排泄で困っていること

大腿骨頸部骨折術後から自力でのトイレ排泄が困難になり、排泄への訴えが多くなった。日中は 30 分ごとにコールが鳴り、多い時には 1 日 31 回もの訴えがある。

排泄状態

尿意・便意はあり、日中はパンツ、夜間はパンツ+パットを使用している。

排尿回数：25 ～ 30 回 / 日

排便回数：1 ～ 3 回 / 日 弄便行動あり

排泄動作

車いすですでトイレまで自力で走行し、ズボンの上げ下げが出来ないため、ブザーを押して介助の要請がある。

生活状況

更衣は上半身は一部介助、下半身は全介助。

食事は全量を自力摂取。

睡眠は日中、午睡することあり、その際は夜間覚醒が多い。

認知症ではあるが、会話可能で意思疎通できる。

アセスメント

① 内服薬のチェック

毎食後 カマグ（大便を軟らかくする、便秘の治療薬）

朝食後 フロセミド（利尿薬）・・・「利尿作用あり日中の頻尿の原因か？」

ジゴキシン（強心剤）

就寝前 パルレオン（催眠剤）

② 膀胱炎のチェック 「膀胱炎による頻尿ではないか？」

検尿を行う。→結果：膿尿、細菌尿はみられない。・・・「膀胱炎ではない。」

③ 排尿状況の把握

A さんの排尿日誌を記録

1 回排尿量：20 ～ 250ml ムラがあるが、毎回排尿あり。

日中の排尿間隔が短い。特に昼食前後に集中している。

1 日 30 回前後のトイレコールあり、10 分間隔の時間帯もみられた。

☆排尿日誌作成、読み込み

⇒ A さんはレクリエーションに参加されている時間帯だけが、排尿間隔が空いており、何かに集中することで排尿間隔が延びるのではないかと考えた。

尿検査異常なし、膀胱容量も十分である。

神経性頻尿と判断し、トイレ中心の生活から、A さんの興味のあることを中心とした生活に徐々に変えていくこととした。

援助計画

① 日中の排尿間隔を延ばす。

排尿日誌を記録し、排尿間隔の確認を継続していく。

A さんの訴えには速やかに対応し、トイレ誘導できるようにスタッフ間で対応の統一を図る。

レクリエーションや興味のあることで、楽しみを見出していく。

② 夜間の安眠を図る。

夜間は安眠と転倒防止のために大きいパッドで対応する。

A さんのトイレコールには直ちに対応する。



実施

以前 A さんは裁縫、編み物、写経、読書、大正琴が好きであったということがわかったので、写経・大正琴を中心にレクリエーションを実施した。大正琴は譜面を見ないで上手に演奏できる曲があり、楽しそうに演奏を続けられることがあった。その結果、日中の排尿間隔が延びて、大幅な排尿回数減少につながった。

振り返り

排尿間隔が延長したことで1回排尿量が増加し、レクリエーションによる昼寝の減少が夜間安眠にもつながり、Aさんのメリハリのある生活リズム、QOLの向上が実現できた。

排尿日誌を記載することでスタッフの排泄ケアに対する意識、観察力が高まり、その結果、レクリエーション参加中はAさんの排尿間隔が延長していることに気付いたのだと思う。

解説

今回の事例は、92歳、女性の神経性頻尿のケースです。

頻尿の原因を分類すると以下のようになります。

- ① 1日の尿量が多い。← 水分のとりすぎが原因であることもあります
- ② 尿が全部出ていない（残尿がある）。← 尿の排出の障害
- ③ 1回の排尿量が少ない。← 蓄尿の障害
- ④ 下部尿路（膀胱、前立腺など）の疾患。
（膀胱炎、膀胱がんなど）
- ⑤ 神経性頻尿← 心的要因の頻尿

まず、**頻尿以外の排尿症状（排尿時痛、残尿感など）**と、検尿によって下部尿路疾患の有無を確認しましょう。何らかの尿路疾患があればその治療を先行させます。

次いで、排尿日誌をつけます。これによって、1日の尿量、排尿回数、排尿間隔、1回排尿量が把握できます。多尿による頻尿か、1回排尿量が少ないための頻尿か、症例の傾向がわかります。残尿が多いために生じる頻尿もありますから、排尿日誌チェックとともに、導尿あるいはエコーで残尿量の測定も必要でしょう。

多尿による頻尿であれば、水分摂取量を控えるように指導を行い、蓄尿の障害であれば抗コリン剤などで膀胱の弛緩を促し、残尿が多ければαブロッカーなど薬剤で尿道抵抗を下げて治療を行います。

今回の事例のように、排尿機能が正常であっても、心理的影響で頻尿を生じていることがあり、これを**神経性頻尿**と言います。神経性頻尿の場合、その方の排尿間隔を延長させる生活パターンをいかに創造するかが重要となります。排尿日誌をつけることによって、その方の排尿行動の特徴が把握でき、適切なケアのヒントを得ることができます。生活指導、行動療法で改善が難しければ、抗不安薬、抗頻尿薬などの内服も考慮してください。

事例フォーマット

氏名:	A	性別:	♀	年齢:	92	体重:	
主な病名及び既往歴: 脳血管性認知症、左大腿骨骨折後、変形性膝関節炎							
服薬中の薬: ①カマグ 1.0 3×N ②フロセミド 1T ③ パルレオン 1T 1×Vds ジゴキシン 1T 1×M							
排泄状況	日中: 布パンツ 夜間: 布パンツ + テーナコンフォートプラス						
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 大腿骨頸部骨折術後から自力でのトイレ排泄が困難となり、排泄への訴えが多くなった。日中は30分おきにコールあり。夕方には1日に31回もの訴えがみられた。							
ADLの状態		コミュニケーション		認知症の有無と症状			
車イスへの移乗は介助が必要 入浴・更衣は一部介助		会話可能 自分の意思をしっかり押し通せる。		あり			
尿意の訴え		頻回にあり					
便意の訴え		あり					
トイレの認識ができるか		できる					
移動の状態		自分でトイレまで駆動できる。 便器への移乗には介助が必要。					
衣服の着脱の状態		全介助					
便器の準備の状態		洋式トイレ					
排尿状態		排尿回数 25～30回/日 頻回に尿意を訴え、そのたびに少量のこともあるが、排尿あり。					
排便状態		排便回数 1～3回/日					
後始末の状態		スポンジの上げ下げができないため、コールしてくる。					

排尿日誌

前

平成 19 年 9 月 10 日 ()

後

平成 19 年 10 月 12 日 ()

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿 120ml + 失禁 30ml 便 50g	尿 ○ 便 ×	茶 100cc	便 + オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00	100ml 50ml	尿 ○ ○		
10:00	20ml 少量	○ ○		
11:00		○ ○ ○ ○		
12:00				
13:00	150ml 少量	○ ○ ○ ○		
14:00				
15:00	100ml	○ ○		
16:00		○ ○ ○		
17:00		○ ○ ○		
18:00		○ ○		
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿 120ml + 失禁 30ml 便 50g	尿 ○ 便 ×	茶 100cc	便 + オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00		尿 ○ ○		
10:00				レクリエーション
11:00		○		
12:00				
13:00		○ ○		
14:00				レクリエーション
15:00		○		
16:00		○		
17:00		○		
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				



事例2 さびしさから尿意を訴えていると思われた事例

事例と問題の把握

Bさん（86歳、女性）

要介護 2

主な疾患：認知症

排泄で困っていること

職員をみかける度に頻回に尿意を訴え、「おしっこしてもまだ出そうな感じがするんよ。本当につらいんよ。」などの訴えがみられる。トイレ誘導後5分もたたないうちに再び尿意を訴えることや、尿意の訴えに基づきトイレ誘導しても排尿がみられないこともあった。

スタッフは、Bさんがさびしがり屋であることから、尿意の訴えも「さびしさによるもの」と判断して対応していたが、あまりに頻回に尿意を訴えることからどのように対応してよいのかわからなかった。



排泄状態

日中は、パットとパンツタイプの紙オムツを使用し、夜間はテープタイプの紙オムツを使用。

尿失禁していることもあり、適時パットの交換も行っていた。

排泄動作

トイレへの移乗動作は、立ち上がり、立位保持の際に援助が必要。トイレでの座位は円背のため不安定であるが、数分は手すりをもって保持できる。

生活状況

日中は、車いすに座って食堂などで生活している。自らスタッフに声をかけて尿意を訴えることが多い。食事は自力摂取可。睡眠障害なし。

アセスメント

さびしさを紛らわすような方法はないか模索してみたが、はっきりした結論は得られず、客観的なデータの把握のため、まず排尿日誌をつけ、読み込んだ。1回排尿量は25～100ml、トイレ後の残尿は導尿にて測定したが、多い時でも25mlであった。1回排尿量は正常より少ないが、残尿は0～10mlで正常範囲である。また、1日尿量は約1000～2000mlで、1日の飲水量は約1000mlで、尿量は確保されている。

これらのことから、頻尿の原因は「さびしさによるもの」だけとは考えがたく、膀胱の老人性委縮などによって膀胱容量が少なくなり、尿が少し溜まっただけでも尿意を感じてしまう結果、頻回に尿意を訴えている可能性があると考えた。

計画

そこで、膀胱容量を増大させるような薬剤の処方を検討してもらうべく泌尿器科受診を決めた。

実施

検尿結果：赤血球 1～2/1 視野、白血球 100 以上 /1 視野、細菌+。
エコーによる残尿測定にて 45ml と少量。エコーで腎形態は保たれている。

今までの経過と、今回の所見から、膀胱炎と診断された。まずは膀胱炎の治療を行ない、その後、尿沈渣の状態と、尿頻度で経過観察することとした。まず抗生物質が処方された。5日間の内服により、膀胱炎は完治し、頻尿は以前より改善していった。Bさんは「本当によかった」と涙を浮かべた。その後も「姉ちゃん来てや。」とスタッフを呼ぶことはあったが、関わりを持つと落ち着いた表情になり、頻回に呼び続けることはなくなった。頻尿に関する治療薬は結局内服しなかった。

振り返り

最初は頻回な尿意の訴えを「さびしい」からと判断していた。発熱、排尿痛などの訴えはなかったため、頻回な尿意の訴えは、尿路感染症によるものよりも、スタッフに関わってもらいたいからと、当初は考えていた。しかし結果としては、膀胱炎による症状の影響が大きかった。

排尿日誌による客観的な排尿状態の把握の上で、膀胱容量が低下している可能性を最も考えた。介護側の対応よりも、膀胱容量を上げることの可能性を求めて泌尿器科をコンサルトした。その結果、膀胱炎が存在することがわかり、抗生剤治療による、尿の正常化のみで、頻尿の訴えは軽減した。客観的評価を取り入れ、排尿状態の把握、アセスメント、そして、必要に応じて泌尿器科受診を検討する必要性を感じた。

尿路感染症

高齢者の膀胱炎では、膀胱炎の主な症状である排尿痛、発熱などが見られない場合が多くあり、オムツに膿性分泌物があるのに排尿時の痛みのないものもよく見られます。

今回の事例でも、排尿痛はなく、頻尿のみでした。一般の細菌性膀胱炎は、臨牀症状と、検尿沈渣から診断は比較的容易です。明らかな症状が認められない場合は、尿の検査が重要になってきます。**頻尿、尿もれや、オムツへの分泌物などが多い場合は、膀胱炎も疑って尿の性状を観察したり、尿検査をしてみたりすることが重要です。**

尿路感染症は、呼吸器感染症について頻度の高い感染症です。高齢者では発熱時にはこの二つを常に念頭において観察する必要があります。原因菌としては、大腸菌が多く、グラム陰性桿菌によるものが80%を占めます。女性の頻度が高くなっており、これは解剖学的に、女性は外尿道口が奥まっております。陰にも近いことから汚染を受けやすいことも影響しています。ですから、陰部の清潔も重要なファクターとなります。男性でも包茎などでも外尿道口が汚染されやすいケースもありますので注意が必要です。

高齢者では潜在的な膀胱の機能低下もあり（男性で最も多い基礎疾患は前立腺肥大症ですが）、若年者より発生頻度は高くなっています。

尿路感染症は、基礎疾患の有無で、単純性と複雑性に大別されます。

- ・単純性尿路感染症・・・基礎疾患の特にないもので、こちらは一般的に5-7日程度の抗生剤投与で寛解します。
- ・複雑性尿路感染症・・・基礎疾患を有するもの（腎結石、水腎症、膀胱癌、膀胱結石、前立腺肥大症、神経因性膀胱、長期尿道カテーテル留置など）で、基礎疾患に対するアプローチも重要になります。

診断・治療に必要なもの

臨床症状・・排尿痛・頻尿・残尿感・発熱など

尿検査・・尿沈渣の中の白血球（強拡大で 1 視野 5 個以上）が重要

血液検査・・白血球増多、CRP（これらの上昇は腎盂腎炎を示唆します）

尿細菌培養・薬剤感受性試験・・原因菌の同定は、再発防止にも重要ですし、感受性試験は薬剤耐性化を防ぐ意味でも重要です。

基礎疾患の検索・・レントゲン・エコー・CT など

高齢者では潜在的な膀胱の機能低下もあると述べました。十分な尿排出ができず、残尿が多いために、少し尿が貯留するとまた尿意を感じてそのために頻尿になるというパターンです。そういったタイプの方に、頻尿があるからといって、頻尿治療薬 (P.21 参照) を漫然と投与することは、逆効果です。さらに残尿量を増やすことでますます頻尿を増悪させますし、尿路感染を助長する可能性也大です。最近、多くの頻尿治療薬が出てきて、使用頻度が増えています。が、**まずは尿路感染症や基礎疾患、とくに尿検査と残尿に関するスクリーニングは重要です。**

事例フォーマット

氏名:	B	性別:	女	年齢:	86	体重:	
主な病名及び既往歴: 認知症							
服薬中の薬: シンラク 7.5g 1回 魚肝油 0.5g 毎日							
排泄状況	日中: 8時, 12時, 16時に定時誘導を行うが、その間も頻回に尿意を訴えるが、おむつに失禁していたり、排尿がみられなかったりする。 夜間: 18時, 24時, 4時にオムツ交換している。						
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 職員をみかけると、頻回に尿意を訴える。5分ももたないこともあり、尿意に応じて誘導しても、排尿がみられないことがある。							
ADLの状態		コミュニケーション		認知症の有無と症状			
B-II		つじつまの合わないことを言うこともあるが、意思疎通可		あり			
尿意の訴え		頻回に訴える。					
便意の訴え		なし					
トイレの認識ができるか		できる。 自分で行くことは、できる。					
移動の状態		車イスの駆動は介助が必要。 便器への移動は 部分介助					
衣服の着脱の状態		手すりをもたないと立位保持できないので、全介助					
便器の準備の状態		洋式トイレ					
排尿状態		ほぼ、オムツに失禁しているが、尿意を頻回に訴えて、トイレに行く回数も多いため、たまに失禁していないこともある。					
排便状態		ほぼ、毎日、泥状便の便失禁がみられる。					
後始末の状態		全介助					

排尿日誌

前

平成17年 8月 21日()

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうと していた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00	失禁 (+)	オムツ交換		
5:00				
6:00				
7:00				
8:00	尿 0ml 糞 (450ml)	○		定時排便
9:00	尿 0ml (80)	○		
10:00				
11:00	尿 80ml (+)	○		
12:00				
13:00	尿 100ml (+)	○		定時排便 残尿 15ml
14:00	尿 少量 (-)	○		
15:00	尿 60ml (+) 0ml (-)	○ ○		
16:00	尿 150ml (+)	○		定時排便 残尿 0ml
17:00				
18:00		○		
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00	糞 (+) 250ml	オムツ交換		

後

平成17年 9月 15日()

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうと していた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00	失禁 (+)	オムツ交換		
5:00				
6:00				
7:00				
8:00	尿 100ml (300ml)	○		定時排便
9:00	尿 150ml (-)	○		
10:00				
11:00				
12:00	尿 200ml (+)	○		定時排便
13:00				
14:00	尿 100ml (-)	○		
15:00				
16:00	尿 150ml (+)	○		定時排便
17:00				
18:00		○		
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00	失禁 (+)	オムツ交換		



事例3 頻回トイレに行くが常に失禁していた事例

事例と問題の把握

Cさん（93歳、男性）

要介護 2

主な疾患：前立腺肥大症（内服中）、認知症（長谷川式スケール 16/30 しかし、性格はおだやか）

排泄で困っていること

昼間の尿意の訴えが多く、間に合わないでパットがぐっしょり濡れていることが多い。また排尿後も切れが悪いので服が汚れる。

排泄状態

- ・尿意を訴えることも可能だが、トイレに行っても排尿前に既にパット内に失禁多量で、自尿は 20ml 程度である。
- ・立ち上がったあとにもだらだらと出る。パット内に血液とか膿の付着はない。
- ・昼間は、トイレ誘導だが、時に尿意の訴えが 4-5 回 / 1 時間と頻回のこともある。
- ・夜間はパット使用で、夜間尿回数 3 回程度。



排泄行動

坐位は可能。ただし、歩行は不可で移動は車椅子である。車椅子への移乗は一部介助が必要。

生活状況

自力で食事はできムセもない。坐位も可能。口数は少ないが、問いかけには笑顔で応じ、施設内での日常生活には支障ない。睡眠時間は 6 時間程度。昼夜逆転なし。

アセスメント

①排尿日誌

排尿日誌からは、総尿量は 1000-1300ml、夜間尿量 700ml と、総尿量に対して 35%以上で、夜間尿量が多いことがわかった。水分摂取量 1000ml 弱とまずまずであった。昼間の一回排尿量は 10-80ml と少量だが、トイレ誘導の際にすでに大量に失禁していることが多かった。

②失禁も多いため残尿測定施行したところ、導尿により 100-150ml の残尿を認めた。

このことから、残尿が多いため、尿意を訴えたときには間に合わず溢流性尿失禁の状態になっていることが推測された。そのためにパット内に多量の尿があるのだと考えられた。

しかし、それでも十分に排尿はできておらず、残尿測定では 100-150ml の残尿を認めた。

計画

C さんは温厚な方で、日常生活も健やかに送られており、特に困っているという訴えはないが、パットにもれる量を減らすことで、もっと C さんの QOL を改善することはできないだろうか考えた。

本来は、排出障害に対しての対処が最も有効と考えられたが、医師に相談したところ、すでに排出障害に対しての投薬（ウブレチド）もされており、93 歳と高齢でもあり、明らかな尿路感染も生じていないため、1 日 1 回 21 時の間欠導尿で残尿を減らし尿路感染を予防することで様子を見ていいのではとのアドバイスを受けた。

それらを踏まえて、

- ①パットを使用しながら C さんの意思を尊重したトイレ誘導
- ②尿閉に注意しながら、残尿量や排尿量の観察をする。

実施

排尿日誌は継続した。パットへの失禁は特に変わらなかったが、スタッフがそれに対して認識を十分にできるようになったため、本人に対する受け入れがスムーズになった。

1 日 1 回の間欠導尿で、100ml 程度の残尿を認めたが、尿路感染を併発することもなく過ごせている。

振り返り

この事例では、残念ながら、当初の目標である、パットにもれる量を減らすことはできませんでした。しかしスタッフ間で、Cさんの病態がある程度把握できたため、Cさんの訴えに対して快く対応できるようになりました。また尿路感染も生じていないので、Cさんの意思になるべく沿うように、尿意を訴えた時はなるべくスムーズにトイレ誘導してパット交換するように、今後とも心がけていきたいと思います。

解説

今回の事例は高齢の前立腺肥大の方です。

主訴は昼間の頻回の排尿の訴えと、その時点ではすでに多量の尿失禁でパットがぐっしょりというものでした。

スタッフは、なんとかパット内の漏れを減らそうと考えました。

認知症はあるものの、尿意を訴えることはでき、トイレ誘導で坐位排尿されます。

医師からは前立腺肥大症の投薬として、ハルナール D (0.2) 1錠とウブレチド 2錠が処方されており、後者の薬は特に排尿筋収縮力を増す薬であることから、この方の尿排出能力は低下していることが想像されます。

(p.16 前立腺肥大、排尿筋収縮不全 参照)

残尿測定で、100-150mlの残尿を認め、自力で一回に排出できる量が十分ではないことがわかりました。そのために、尿意を訴えたときには、すでに、溢流性尿失禁 (p.19 尿失禁参照) のような形でパット内にもれているのだと思います。

しかし、医師のアドバイスと、この方の状態を統合的に考えて、尿路感染も併発しておらず、また高齢であることもあり、積極的な介入は見送りました。最終的には、夜1回の導尿で残尿量を低下させ尿路感染を予防することで様子を見ることとしました。

事例フォーマット

氏名:	C	性別:	男	年齢:	93才	体重:	
主な病名及び既往歴: 前立腺肥大症 (内服中), 脳梗塞, 高血圧, 認知症							
服薬中の薬: ① ハルナール D 1T 1×朝 ④ スターセル 2T 2×朝・夕 ② ウブレタド 2T 2×朝・夕 ⑤ ゼンアスピリン 1T 1×朝 ③ プレラン 1T 1×朝							
排泄状況	日中: 尿意あり トイレ誘導						
	夜間: パット使用						
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 出血性膀胱炎の為、バルンカテーテル挿入、その後抜去 抜去後 頻りに排尿回数が増え尿意を訴えトイレに誘導するが、 自然排尿よりパットへの失禁が多い							
ADLの状態		コミュニケーション		認知症の有無と症状			
食事: 自立, 入浴: 一部分助 更衣: 下の部分助, 移動: 軽介助		口数は少ないが、こちらの 問いかけには笑顔で答える		有り (長谷川式 16/30)			
尿意の訴え		あり					
便意の訴え		あり					
トイレの認識ができるか		可能					
移動の状態		車イスでトイレへ行く					
衣服の着脱の状態		スポンの上げ下げはできない					
便器の準備の状態		洋式トイレ					
排尿状態		尿意はあるがトイレに行っても20mlくらいしか出ず、立ちあがった時にたらたら出る 1時間に4~5回尿意を訴える時があるがほとんど出ない					
排便状態		4日に1回程度 センチ茶服用 4日出なければ浣腸					
後始末の状態		一部分助					

排尿日誌

① 前 平成18年 9 月 25 日(金)

② 後 平成18年 10 月 30 日(金)

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00	238ml 失禁	尿×		
4:00				
5:00				
6:00	80ml + 221ml 失禁	尿○		
7:00				
8:00				
9:00	98ml 失禁	尿○	300cc	
10:00	教番+30ml 失禁	尿○		立, 1時20mlくらい出る
11:00	尿29ml.	尿○		
12:00	尿10ml+ 14ml 失禁	尿○		
13:00	尿20ml+ 70ml 失禁	尿○		
14:00				
15:00			200cc	
16:00	94ml 失禁	尿×		
17:00				
18:00	尿40ml+ 30ml 失禁	尿○	150cc	
19:00				
20:00	100ml 失禁	尿×	100cc	
21:00				
22:00				
23:00	216ml 失禁	尿×		

時間	尿ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				導尿 95ml.
22:00				
23:00				

夜間頻尿・多尿の事例

事例 1 夜間多尿でシーツ汚染をくり返す事例

事例と問題の把握

Dさん（77歳、男性）

要介護 3

主な疾患：小脳出血、水頭症、神経因性膀胱、逆流性食道炎。

認知症あり（HDS-R 18点）

内服薬：①タケプロン OD 1T 1 x M

②ムコダイン DS 3g 2 x MA

③エブランチル 2T、ウブレチド 2T 2 x MA

排泄で困っていること

臥床時の排泄回数が多く、尿失禁、放尿によってシーツ、寝衣の交換が頻回で良眠できない。

退院後の在宅療養を考えると、介護者の介護負担が大きい。



排泄状況

日中：尿意、便意ははっきりしない。排尿回数2回、1回排尿量は約250ml、
排尿間隔5～9時間 排便回数7回。

夜間：排尿回数 頻回、1回排尿量は300～420ml、
排尿間隔1～2時間程度。

オムツいじりがあり夜間3～4回、放尿がみられる。

排泄動作

尿意、便意は、はっきりしないが訴えることができる。

腹痛訴えるときは大便であることが多い。

移動は車椅子、移乗には一部介助必要。

更衣には一部介助必要。

生活状況

食事は箸で自力摂取。

入浴は一部介助が必要。

会話可能だが排泄失敗時、混乱、興奮がみられる。

アセスメント

日中の排尿回数が少ないこと、1回排尿量が多いことから、溢流性尿失禁は考えにくく、腹圧性及び切迫性尿失禁の症状はみられないことから、機能性尿失禁の可能性が高い。

排尿日誌から、正確な排尿時間と排尿量を把握できた。

オムツが濡れるとオムツを脱ぐ。

尿失禁、放尿で夜間3～4回の寝衣・シーツ交換が必要。

・どのような援助が必要と考えたか

- ① 日中は尿意の訴えが少ないため、スタッフから声掛けを行い尿意の確認を行う。
- ② オムツに排泄するのではなく、トイレで排泄することの習慣づけ、トイレ動作の獲得を行う。
- ③ 在宅療養を想定し、夜間は尿器排尿が自立できないだろうか。

援助計画

- ① 日中 定時の声掛け、トイレ誘導
 - ・起床時、朝食後、昼食前後、夕食前後、就寝前に声掛けを行い、尿意の訴えがある時、もしくは尿意がなくても排尿間隔から排尿が必要であるときにトイレ誘導を行う。
- ② 夜間は側臥位で尿器を使った排尿動作の訓練
 - ・オムツが濡れると寝衣やオムツを脱いでしまうため、ベッドからの転落リスクが高いと判断し、布団に就寝していただく。
 - ・側臥位で尿器を使う排尿動作の指導・練習を行う。臥床時は布団の横に尿器を設置し、Dさん自身が尿器に排尿を行った後、ナースコールするように指導した。

実施

- 日中：取り組み開始から10日目以降は自発的な尿意の訴えが明確になった。トイレ動作も上達し、見守りレベルとなった。尿失禁がなくなり、オムツを外すことができた。表情が豊かになり笑顔がみられるようになった。

○夜間：取り組み開始から 7 日目以降、失敗することなく尿器動作が自立でき、排尿後ナースコールを押せるケースが増えてきた。排尿失敗による混乱、興奮は次第に無くなって良眠できるようになった。

○排尿状態全般の変化

- ・ 以前はトイレに座ってから、あるいは尿器をあててから、すぐに排尿が出なかったが、取り組み後、排尿開始が比較的スムーズに出るようになった。
- ・ 日中、夜間とも排尿量、排尿回数は変化なし。

振り返り

尿意の確認、声掛けを継続することによって、自発的に尿意を訴えることができるようになった。そして訴えに基づくトイレ誘導を行うことで、トイレで排泄できるようになった。

小脳出血による運動失調、認知症があったが、側臥位での尿器排尿動作の指導、練習を繰り返し行った結果、尿器排尿の自立ができた。

日中、夜間ともに排尿回数、排尿量の変化はなく、夜間の排尿量が多い状態が続いたが、排尿動作が自立したことによってシーツ交換などが必要なくなり夜間良眠できるようになった。

解説

本事例では、夜間尿器を使って排尿をすることができるようになり、夜間の尿失禁の問題は解決しました。しかし、高齢者では夜間の尿量が多いことによってトラブルが生じることが少なくありません。問題解決は難しいのですが、夜間多尿・頻尿について解説します。

夜間頻尿について（夜間頻尿 p.22 参照）

健康な人の排尿は日中は 4 ～ 7 回程度、夜間は 0 ～ 1 回です。これは**夜寝ている間に作られる尿の量が日中に比べて少なくなるしくみ**があるためです。これには、脳の下垂体から出る「**抗利尿ホルモン**」が大きな役割を果たしています。抗利尿ホルモンは腎臓で作られる**尿を濃縮する機能の調整**をしています。このホルモンが増えると、尿が濃縮されて尿量は減り、逆にホルモン分泌が減ると尿がうすくなって尿量は増えるのです。このホルモンは日中は少なく、夜寝ている間はたくさん分泌されます。そのおかげで、**就寝中は濃い尿が少しずつ作られ、尿意で頻繁に目覚めないようになっている**のです。

しかし、寝ている間に尿に行きたくなくて目が覚めることがあります。これを「**夜間頻尿**」と呼んでいます。夜間頻尿は**高齢になるほど増加**します。80 歳代では、90%以上の人が夜間に 1 回以上トイレに行くと答えています。

夜間頻尿の原因あれこれ

① 夜間多尿（寝ている間に作られる尿量が多い）

1日の尿量のうち35%以上が夜間に出る状態などが診断の目安です。

では夜間尿量が増える原因はどんなものがあるのでしょうか？

まず加齢にともなって腎臓や心臓の機能が低下することがあげられます。そのため活動量の多い昼間は十分な尿量を作るところまで内臓の機能が回らず、やむをえず体の活動が少ない夜間に尿が作られるようになります。また年をとると、尿を濃縮する抗利尿ホルモンが十分に分泌されなくなります。健康な高齢者でも、これらの事情が重なって夜間尿量が増える傾向にあるのです。

そして服用している薬の影響で尿量が増えることがあります。高血圧治療に使われる降圧剤や心臓病で使われる強心剤には利尿作用があります。これが夜間頻尿の原因になる場合があります。

また、単純にお茶などの水分をとりすぎていることが頻尿の原因となることがあります。成人の場合、1日に1.0～1.5リットルの尿ができれば水分は十分にとれていると言えます。ところが、中には1日3リットルもの尿をしている人がいます。こうした人たちは、水分の取り方を変えるだけで夜間頻尿が改善されます。糖尿病の患者さんでは、糖分が尿に出るときに水分も一緒になって出るので夜間尿量が増える場合があります。

② 1回排尿量が少ない

1回排尿量が少なければ、そのぶん何度も排尿しなければならなくなります。1回排尿量が減る理由には、過活動膀胱や膀胱が小さくなった状態、尿が出しきれなくて残尿が多い状態などがあります。

過活動膀胱（p.20 参照）はさまざまな原因によって起こります。たとえば、脳出血や脳梗塞などで排尿をコントロールする神経がうまく働かなくなっている場合や、中高年の男性では前立腺肥大症が過活動膀胱の原因となっている場合があります。このほかに、原因のはっきりしない特発性の過活動膀胱などがあります。

また、膀胱が小さくなったために夜間頻尿が起こることもあります。膀胱が小さくなる原因として、膀胱の長期間の感染や炎症によって膀胱壁の組織が硬くなり、膀胱そのものが小さくなる場合があります。加齢でも同様の変化が少しずつ起こってきますので年をとるとだんだん膀胱は小さくなるようです。

前立腺肥大症や糖尿病による神経障害を起こした膀胱では、尿が出しきれないで残尿が多い状態となります。そうすると、1回で出せる尿量が減ってしまうので、頻尿になってしまいます。前立腺肥大症では過活動膀胱を併発することもありますし、糖尿病では夜間尿量が増えたり、心臓や腎臓の機能が低下して、いっそう夜間頻尿がひどくなります。

③ 睡眠の障害

本当はトイレに行きたくて起きたのではなく、目が覚めてしまったのでトイレに行ったことを、夜間頻尿だと思い込んでいる場合があります。眠りが浅いなどの睡眠のトラブルが原因です。心配ごとがある、寝室が寒い、など思い当たる要因はありませんか？夜中に起きたついでにトイレに行っているだけなのですが、本人は尿意で目が覚めていると思い込んでしまうのです。この場合には、排尿機能にトラブルがないことを確認したうえで、自然な睡眠リズムを取り戻せるように日常生活を見直してみましょう。昼間のウォーキングや軽い体操によって睡眠が深くなり夜間排尿が減ることが確認されています。一般にお年寄りには睡眠が浅くなりがちです。夕方の体操や昼間に太陽に当たるなどの習慣がよい睡眠を手伝ってくれます。それでもよく目が覚めてしまう場合は、軽い入眠剤や抗不安剤を試してみるのも悪くないでしょう。

いずれにしても高齢者の夜間頻尿は、複数の原因が重なって引き起こされている場合が多いので1つ1つの原因を解明して、適切な治療を行うことが大切です。

事例フォーマット

氏名:	D	性別:	男	年齢:	77	体重:	61.10kg
主な病名及び既往歴: 77歳 小脳出血、水頭症、神経因性膀胱、逆流性食道炎							
服薬中の薬: ① タケプロン OD 17 1×M ③ エブラン4ル 2T 2×MA ② 4コダミン DS 3.0g 2×MA							
排泄状況	日中: 曖昧な尿意の訴えがあり、トイレ誘導により排尿される。回数は起床から就寝までの間に2回程度と少ない。オムツに水様便～軟便が付着程度あることが多い。トイレで排便できるのは1日1回程度。 夜間: 夜間は尿器を使用しているが、うまくいかない。就寝から起床の間に尿失禁放尿が3～4回程度あり、寝衣・布団・床を汚すことがある。						
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 本人 夜間の尿失禁も放尿により良眠できない。 家族 現状では特に排泄に関する介護負担が大きすぎて在宅生活が難しい。 スタッフ 夜間の尿失禁と放尿による着替え、シーツ交換等のため本人の良眠が難しい。							
ADLの状態			コミュニケーション		認知症の有無と症状		
移動 車椅子	排泄 一部分助	食事 自立(箸)	可能		HDS-R 10点		
入浴 一部分助	更衣 一部分助						
尿意の訴え		曖昧					
便意の訴え		曖昧 下腹部の痛みを訴えることがある					
トイレの認識ができるか		洋式トイレ 尿器それぞれ認識できる					
移動の状態		車椅子で自走できる					
衣服の着脱の状態		一部分助を要する					
便器の準備の状態		部屋に洋式トイレがある 尿器は布団の横に設置している					
排尿状態		尿器排泄は失敗するケースが多い 尿器更新は介助が必要 オムツ使用するもオムツイジリ放尿がある					
排便状態		排便回数多い 日中に7回程度 有形便～軟便					
後始末の状態		排便後拭けない 介助が必要 尿器使用後の後始末に介助が必要					

排尿日誌

前

平成19年4月16日(金)

後

平成19年5月7日(木)

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00	多量失禁	尿×		オムツいじりあり
2:00	400ml失禁	尿○		
3:00				
4:00	250ml失禁	尿×		
5:00	多量失禁	尿×		便付着あり
6:00				
7:00	尿350ml	尿○		
8:00				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00	多量失禁	尿×		
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00	少量放尿	尿×		放尿してはいる
22:00	350ml	尿○		
23:00				

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00	尿550ml	尿○		尿器使用
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00	尿150ml	尿○		トイレで排尿
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00	尿150ml	尿○		トイレ 排尿
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00	尿300ml	尿○		トイレで排尿
20:00	尿200ml	尿○		トイレで排尿
21:00				
22:00	尿150ml	尿○		尿器使用
23:00	尿200ml	尿○		尿器使用



尿意が不明瞭な事例

事例 1 定時誘導しているが失禁が続いている事例

事例と問題の把握

E さん（84 歳、女性）

要介護 4

主な疾患：脳梗塞（右麻痺）、認知症

排泄で困っていること

尿意を自発的に訴えることはなく、尿意の訴えがあっても不確実であったため、4 時間ごとの定時誘導を行っていたが、すでに失禁していることが多い。

排泄の状態

2 年前よりオムツを使用。8:00、11:30、15:30 にトイレで排泄をしているが、ほとんどすでに尿失禁している状態だった。

排泄行動

トイレへの移乗動作は、全面的に援助が必要。トイレでの座位は手すりをもって 10 分程度は保持できる。

生活状況

日中は、車いすに座って食堂などで生活している。話しかけられると、一生懸命話そうとするが、自ら意思表示を行うことはない。会話の内容につじつまがあわないこともある。

アセスメント

2 日間膀胱機能評価を実施した結果、平均排尿量は 150ml 程度、排尿回数 3 回、残尿はなく、膀胱機能は正常であることがわかった。また、排尿間隔は 2 ～ 3 時間で、誘導時間の間隔を短くする必要があると考えた。

自ら意思を訴えることはないが、問われれば答えようとすること、不確実であるがために、尿意を訴えることもあったため、尿意を確かめながら援助を実施する必要性があると考えた。

計画

① 2 時間ごとに尿意の確認を行う

- ・尿意の訴えがあった場合はトイレに誘導
- ・尿意の訴えや反応がない場合は 1 時間後に再度尿意の確認行う。
- ・4 時間たっても尿意の訴えがない場合は、尿意がなくてもトイレ誘導を実施する

②尿意を感じたらいつでも訴えるように促した。



実施

援助を始めた直後は、「トイレに行きますか?」「行きたいですか?」など問いかけでもスタッフと目合わせるだけで、尿意に関する反応は示さなかった。援助を開始後 1 週目に 1 度、3 時間たった時点で、問いかけにたして「行きます。」とはっきり意思を伝えることができ、失禁もなく排尿できた。それ以降、徐々に問いかけに対して尿意を訴え、失禁なく排尿ができるようになった。4 週目に入った頃から、そばにいるスタッフに自分から「トイレ連れて行ってください。」尿意を訴えるようになり、日中の失禁はみられなくなった。

振り返り

膀胱機能評価を実施する以前は、いつ失禁しているのか分からない状態であったが、ほぼ 2 ～ 3 時間間隔で排尿していることが把握でき、短い間隔でトイレに誘導したことによって失禁が改善した。また、尿意を確認することによって、自らも尿意の有無に意識を向けることができ、自分で尿意を訴えることができたようになったと考える。

解説

この事例のように尿意の訴えがなかったり、あるいは尿意があっても失禁していたり排尿がなかったりして、援助者が排尿のタイミングをつかめない場合がよくあります。これは尿意を感じていないのではなく、コミュニケーション能力の低下やスタッフに対する遠慮などによって、感じた尿意をうまく伝えられなかったことによって生じていることがあります。しかし、介助者は尿意が不明と判断して、介助者主導でトイレ誘導を行うことがあります。そして定時誘導によって自分では尿意を意識しないでよい状態が続くことによって、膀胱が充満したことで生じる知覚を尿意として感じられなくなっていくと考えられます。

排尿援助の前には、尿意を確認し、高齢者自身が尿意を自分で感じ、コントロールできる機会を提供しながら援助することが尿意を低下させないために重要です。今回の事例のように、わからなくなっていた尿意を意識的に確認することによって徐々に訴えられるようになる場合もあります。

また、この事例では自分で尿意を感じてもらうという方針で援助を計画しました。その前提には、膀胱がある程度の尿をためることができることが重要です。そのため、事前に膀胱機能評価を実施しました。膀胱機能が維持されていることと援助者との言語・非言語での意思疎通が可能であることが、高齢者の尿意の回復に向けて援助する場合に必要であると考えます。

事例フォーマット

氏名: E	性別: 女	年齢: 82	体重:
主な病名及び既往歴: 脳梗塞(右片麻痺), 認知症, 高血圧症			
服薬中の薬: カマグ細粒 1g 2x トーパールミン(50) 1丁 1x ホドニン顆粒 3x ガナトン(50) 3丁 3x			
排泄状況	日中: 脳梗塞発症後よりオムツを使用 8:00, 11:30, 15:30に定時誘導 夜間: オムツ使用し、夜間 2回オムツ交換している。		
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 尿意を自発的に訴えることはなく、向いかけにうなずくこともあるが、 排尿に失敗しているのを、定時誘導を行っている。定時誘導時には、 常に失敗している。			
ADLの状態		コミュニケーション	認知症の有無と症状
B-2		自ら意思表示することはない。	IIa HDS-R 5
尿意の訴え	尿意を自ら訴えることはいないが、問われると返答する。		
便意の訴え	便意を自ら訴えることはいない。		
トイレの認識ができるか	できない		
移動の状態	車イス。全介助が必要 便器への移乗は、全介助		
衣服の着脱の状態	全介助		
便器の準備の状態	全介助		
排尿状態	常にオムツに失敗している。		
排便状態	1~2日に1回 軟便を失敗している。		
後始末の状態	できない。		

排尿日誌

前

平成 20 年 10 月 22 日 ()

後

平成 20 年 11 月 26 日 ()

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿 120ml + 失禁 30ml 便 50g	尿○ 便×	茶 100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00	尿 100ml 失禁 (+)	尿意 X		
9:00				
10:00				
11:00	尿 160ml 失禁 (+)	尿意 ○		尿意の確認に うなずく
12:00				
13:00				
14:00				
15:00	尿 100ml 失禁 (+)	尿意 X		
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿 120ml + 失禁 30ml 便 50g	尿○ 便×	茶 100cc	便+ オムツはずそうとしていた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00	尿 200ml 失禁 (-)	尿意 ○		
9:00				
10:00		尿意 X		確認可も尿意 なし
11:00				
12:00	尿 150ml 失禁 (-)	尿意 ○		
13:00				
14:00		尿意 X		確認可も尿意 なし
15:00	尿 180ml 失禁 (-)	尿意 ○		面リカカニスミガニ 自分から尿意訴え
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				

膀胱機能評価表

1日目

時刻	排尿量 (g)	失禁量 (g)	残尿量 (ml)	尿意知覚の有無	備考 排尿の断え方 排尿方法など排尿に関すること
8:00	-	-	-		
9:00	-	-			
10:00	150	-	0		
11:00	-	-			
12:00	-	-	0		
13:00	-	70			
14:00	-	-			
15:00	-	-			
16:00	300	-	0		1回排尿量 173.3g 残尿率 0%
17:00					排尿回数 3回 失禁率 33.3%
18:00					
19:00	-	190			
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
5:00	-	240			
6:00					
7:00					

2日目

時刻	排尿量 (g)	失禁量 (g)	残尿量 (ml)	尿意知覚の有無	備考 排尿の断え方 排尿方法など排尿に関すること
8:00	-	-	-		
9:00	-	160	0		
10:00	-	-			
11:00	-	-			
12:00	-	60	0		
13:00	-	-			
14:00	-	-			
15:00	-	-			
16:00	120	-	0		1回排尿量 113.3g 残尿率 0%
17:00					排尿回数 3回 失禁率 66.7%
18:00	-	100			
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
5:00	-	340			
6:00					
7:00					



事例２ 常にオムツが濡れていてかぶれがひどい事例

事例と問題の把握

Fさん（83歳、女性） 身長：49.5Kg 身長：150cm

要介護 5

主な疾患：脳梗塞、認知症、高血圧

排泄で困っていること

本人：排泄に関する訴えや表情の変化などなく、排泄に対する思いは不明。

スタッフ：陰部や殿部にオムツかぶれによる皮膚の発赤や剥離がみられる。

トイレに誘導しているが常に失禁している。便器から立ち上がった時に、排尿がみられることも多い。

失禁を防ぐことは困難かもしれないが、濡れたオムツが当たっている時間を少しでも短くして、皮膚障害がおきないようにする必要があるのではないか。

排泄の状態

日中：パット（500ml 吸収）とオムツカバー使用

トイレの誘導時間 8 時、12 時 30 分、15 時、20 時

夜間：パット（850ml 吸収）使用

夜間に 2 回オムツ交換する

排泄行動

トイレへの移乗動作は、全介助。足底が床につかず座位姿勢が不安定。

生活状況

食事は少し自分で摂取することができるが、それ以外の ADL は全て全介助が必要。話しかけるとうなずいたりする反応は見られるが、自発的な発語ほとんどない。

アセスメント

排尿日誌から現在の誘導時間において、排尿は認められるが常に失禁が認められ、測定はしていないがその量も多いことから、誘導間隔を検討していく必要がある。12 時 30 分の誘導時には必ず排尿があるが失禁も認められているので、8 時から 12 時 30 分の誘導間隔の間に 1 度排尿誘導を行う必要がある。15 時の誘導時間には、すでに失禁していることが多いが、その時間には排尿が認められない。少し前の時間に

排尿していることが推察されるので、時間を早める。そして、20 時の誘導時間まで時間が空きすぎることから、この間に誘導を 1 度増やす必要がある。

また、排尿後立ち上がった時に排尿が認められることから、便座で座っているときに排尿しきれていないことが推察され、立ち上がり時に腹圧がかかり排尿している。このことは、身長が低く便座に座った姿勢では足底が床に就いておらず座位の安定が悪いことによって、十分な腹圧が かかっていたために生じていると考えた。F さんの体型にあった排泄環境を整える必要がある。

計画

1) 日中の誘導時間を以下のように変更した。

- ① 15 時を中止し、14 時と 17 時に変更
- ② 10 時の誘導を追加

2) F さんが座って足底が床につくポータブルトイレを使用する。

＊ただし、従来トイレへ移動して排泄していたことを考慮して、他の利用者も共用で使用することを前提に、個室の 1 室にポータブルトイレを設置し、トイレ用の部屋とした。



実施

誘導時間の変更により、失禁は減少し（排尿日誌 11/10 以降参照）、皮膚のかぶれも認められなくなった。尿意の自発的な訴えなどは見られなかったが、トイレ誘導の声かけには、応じ皮膚障害が生じることもなくなったので、不快な表情もみられなくなった。

トイレでの座位姿勢の安定に伴い、立位時のもれもなくなった。

振り返り

誘導時間の変更により、少しでも濡れたオムツが当たっている時間が短くなればと考えて、取り組んだが、予想した以上に失禁を改善することができた。自発的に尿意を訴えることはない対象者であったが、誘導時間を検討することで、失禁が改善することがわかった。また、24 時間 1 か月の排尿状態が一覧できる排尿日誌を使用することによって、誘導時間の変更後の効果が分かりやすく、また、誘導時間をマーキングすることによって、スタッフに誘導時間を周知する効果もあった。

解説

尿意を訴えることができない高齢者の場合、トイレに誘導するタイミングを図ることは困難ですが、現在行っている定時誘導で失禁回数が多い場合には、失禁とトイレでの排泄の有無を調べることで、排泄状態を推察し、より適切な排尿誘導時間を設定できる可能性があります。誘導時に失禁していてもトイレでの排泄もあるようなら、その時間の前に誘導時間を増やす必要があります。誘導したタイミングでは排尿がないのに失禁が1回尿量程度ある場合は、誘導時間を少し早める必要があるといえます。2日間を通して、1回排尿量と失禁量を測定するとより判断が付きやすいのではないのでしょうか。頻回に排尿状態を確認することによって、おおよその排尿間隔を把握する方法もありますが、この事例のように、現在の誘導時間での排尿状態を評価して、誘導時間を少しずつ変更してその効果を見るという方法が、取り組みやすいのではないかと考えます。その際に、この事例で使用した排尿日誌を活用するとアセスメントしやすく、排尿状態の変化も把握しやすいと思います。

事例フォーマット

氏名: F	性別: 女	年齢: 83	体重: 49.5kg
主な病名及び既往歴: 脳梗塞, 認知症, 高血圧			
服薬中の薬: アムロジン ラキソベロン アレビア4分散			
排泄状況	日中: テーラフィックスにパット(500ml)使用 トイレ誘導 8時, 12時30分, 15時, 20時 夜間: テーラフィックスにパット(850ml)使用 夜間: 0時, 4時にオムツ		
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 本人: 特に排泄に関する訴えや表情の変化などは感じられない。 家族: 何も言わない。 スタッフ: 陰部やお尻が赤くなり皮膚剥離されている。常に尿漏れしている。トイレ後立ち上がった時に尿もれ。			
ADLの状態		コミュニケーション	認知症の有無と症状
全介助 日中は車イスで過ごす		自発的な訴えはほとんどない。 うなずきはみられる	あり
尿意の訴え	なし		
便意の訴え	なし		
トイレの認識ができるか	できない		
移動の状態	車いす操作、物集全面的に介助が必要		
衣服の着脱の状態	右半身は動くが、全介助		
便器の準備の状態	全介助 洋式トイレ		
排尿状態	トイレに誘導したときには、すぐに排尿していることが多い。 トイレから立ち上がる時に、尿がぶることが多い。 床に足底がつかず、座位姿勢が不安定。		
排便状態	パット内に便漏れしていることが多い。排便が2日おきには、下剤を追加して内服し、排便が3日目なければ浣腸を行う。		
後始末の状態	全介助		

F 様

11 月

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	水分
1			+		+				+				+			+					+			+	
2				+					+				○			+					+			+	
3									+				+			+					○			-	
4			+		+				+				+			+					+		+	+	
5			+		+				+				+			+					+		+	+	
6			+		+		○		+				+			+					+		+	+	
7			+		+				+				+			+					+		+	+	
8		+			+				+				+			+					+		+	+	
9			+		+				+				+			+					+		+	+	
10			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
11			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
12			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
13			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
14			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
15			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
16			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
17			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
18			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
19			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
20			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
21			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
22			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
23			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
24			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
25			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
26			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
27			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
28			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
29			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
30			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	
31			+		+				+		○		+		○	○		○			○		+	+	

○:トイレで排尿あり +:パットに失禁あり ⊕:トイレで排尿ありパットにも失禁あり

事例3 尿意を訴えるたびに排便がみられていた事例

事例と問題の把握

Gさん（79歳、女性）

要介護 3

主な疾患：脳梗塞後遺症、心不全、糖尿病、アルツハイマー型認知症

排泄で困っていること

本人：オムツの感触が嫌で、お尻を痒がっている。時々尿意の訴えがあるが尿失禁していることもあるためオムツを使用している。同時に便失禁を認めることが多いため、尿意は便意である可能性もある。いずれにしてもオムツがはずせない。

家族：何とかオムツをはずして、トイレに行かせたいと思っている。

排泄状態

排尿：日中は起床時、10時、昼食後、15時、夕食後に定時誘導し、さらに尿意を訴えた時にはトイレ誘導をしているがすでに失禁している場合がある。夜間は、21時にトイレ誘導し、23時、4時、訪室時に覚醒されていればオムツ交換をしている。

排尿回数は日中7～9回（内尿失禁3～4回）、
夜間2～3回（定時交換時にすでに失禁）

排便：日中に軟便（ブリストルスケール5）を3～4回/日失禁している。

カマグ 1.5 g 3×N 内服中



排泄動作

トイレの認識はできるが、ベッドからの車椅子移乗、衣類の着脱、後始末には一部介助が必要である。

アセスメント

排尿に関しては、膀胱機能評価の結果 1 日排尿回数は 11 回（日中 7 回（うち失禁 4 回）夜間 4 回）で、夜間が多いが日中の排尿回数は正常範囲内と考える。総排尿量は 1065ml、平均一回排尿量 96.8ml であり、150ml 以上の排尿が望ましいと言われているため、蓄尿量はやや少ないと考えられる。残尿率は 19.4%で残尿を認めている。これらの情報から膀胱機能は低下傾向ではあるが、その機能は保たれていると考えられる。

また、残尿量が少ないこと、排尿間隔があいていることから溢流性尿失禁の可能性は低く、腹圧性及び切迫性尿失禁の症状を認めないことから失禁タイプは機能性尿失禁であると考えられる。

日中の排尿は、尿意を訴えた場合と誘導時間にトイレで排尿することができたが、すでに失禁していることもあった。そして、尿意を訴えた場合には排便も同時に出る場合が多いことがわかった。自発的な尿意の訴えは、便意であるかもしれないが、訴えがあれば誘導する必要はある。

今後の方針としては、現在の定時誘導と尿意に応じたトイレ誘導を継続することとし、21 時のトイレ誘導時にはすでに失禁している場合が多いことから、少し早めに誘導時間を変更することで、トイレでの排泄が可能になるのではないかと考えた。

排便に関しては、1 日に 5 ～ 6 回の軟便を少量ずつ排泄していることがわかった。カマグを 1.5 g 内服していること、少量ずつ頻回な軟便を排便していることから、まずは形状をコントロールする必要があると考えられる。排便コントロールにより、1 日 1 回普通便が排便されるようになれば、便失禁も防げるだろうと考えた。

計画

- ① 日中の尿失禁が消失し、パンツで過ごせるようになる。
 - ・ 定時誘導を行いながら、本人の尿意の訴えが合った場合は速やかにトイレ誘導する。
 - ・ 21 時の誘導は、就寝 30 分前の 20:30 に誘導する。
- ② 1 日 1 回の普通便（ブリストルスケール 4）を排便できるようになる。
 - ・ 便の形状、量、時間を記録残し、排便状態を観察する。
 - ・ 排便の形状に応じてカマグの内服量を調節する。
 - ・ 尿意の訴えは、便意の可能性もあるため、本人の訴えを傾聴する。

実施

日中は定時誘導と訴えによりほぼ2時間ごとの誘導になった。徐々に尿失禁が減少し、さらに4週間後、尿失禁が消失した。夜間は、20:30に最終のトイレ誘導を行い、トイレでの排尿が可能になった。就寝後は、訴えがあればトイレ誘導したが、パット内への失禁があるため、パンツにパットをあてることになった。

排便は以前よりカマグが1.5g (3×N) で処方され、1日5～6回の軟便がつづいていたため、カマグ1.0g (2×MA) に変更した。しかし、さらに3～4回の軟便がつづくため、2か月後カマグ0.5g (1×A) に変更した。排便回数は1日2～3回に減少したものの、さらに軟便がつづくため、2週間後にカマグを中止し、3日排便が見られなければ頓用で0.5gを内服するように変更した。結果、カマグを服用しなくても、2～3日に1回の普通便を自然排便するようになり、便失禁は消失した。夜間の便失禁も消失したため、昼間はパンツ、夜間はパンツとパットに変更になり、オムツをはずすことに至った。

不明瞭であった尿意は、便の形状が正常化し、まとまった排便ができるようになったあとも、尿意の訴えによるトイレ排尿ができるようになったことから、本人の尿意の訴えは便意ではなく、本当に尿意を訴えていたと考えられる。

振り返り

今回の事例では、排尿の度に排便があり、尿失禁もみられていたので、その訴えが尿意ではなく便意ではないかと考えていた。しかし、便の形状を整えることで、明確な尿意の訴えであることがわかり、尿意に合わせた排尿援助ができるようになった。排便も便の形状がよくなることで便意も明確になり、失禁が消失したと考える。

解説

本事例では、尿意が不明瞭であったことと、軟便が頻回にみられることで、尿・便失禁をくりかえしていました。尿失禁は誘導や尿意の訴えが見られるようになったことで、改善しました。排便に関しては、便の形状を整えることで失禁がなくなりました。

このように、『排便のコントロールは形状のコントロール』だといわれています。高齢者の排便は、排便回数と排便量のみに着目される傾向にありますが、形状も排便援助を行う際の重要な情報です。また、形状を示すスケールには<ブリストル排便スケール>図1があり、スタッフ間での共通理解がしやすいこと、形状の変化が読みやすいことから、世界共通の排便スケールとして用いられています。

施設高齢者の便失禁の原因には、便秘予防のための過剰な下剤使用によるものが多いといわれています。この場合、下剤の使用方法を検討し、形状をコントロールして、普通便(ブリストル排便スケール 4)に近づけるケアが必要です。

また、寝たきりに近い人でオムツに少しずつ泥状の便がつくという場合は、一見下痢にみえますが、実は嵌入便がつまっており、その表面が溶けて流れ出てきているという場合もあります。この場合、下腹部を触診したり、肛門内触診を行うことにより判断が付きます。その場合、摘便などによりつまった便を取り除く必要があります。

非常に遅い 約 10 時間 消化器官の通過時間 非常に早い 約 1 時間	1	コロコロ便 硬くコロコロの便 (ウサギの糞のような便)	
	2	硬い便 短く固まった硬い便	
	3	やや硬い便 水分が少なく、ひび割れている便	
	4	普通便 適度な軟らかさの便	
	5	やや軟らかい便 水分が多く、やや柔らかい便	
	6	泥状便 形のない泥のような便	
	7	水様便 水のような便	

図1 ブリストル排便スケール

事例フォーマット

氏名: G	性別: 女	年齢: 79才	体重: 48.35kg
主な病名及び既往歴: 糖尿病 (H6) 脳梗塞 後遺症 (H16, H19.4.11) 狭心症 (H11) 高血圧 (S63) 心不全 (H13) アルツハイマー型認知症 (H19)			
服薬中の薬: ①コンスビット 2T 2xMA (冠動脈拡張) ②ニステート 1T 1xM (抗血栓) ③バファリン (81) 1xM (抗血栓薬) ④エンセロン 3T 3xN (脳循環改善) ⑤アリセプトD (5) 1T 1xM (抗痴呆) ⑥4アプロム (50) 1T (向精神薬) ⑦カマグ 1.5g 3xN (T剤) ノボリンR 4U 毎食前			
排泄状況	日中: 訴えが時々あるが、失禁もある為 オシメを使用している。定時誘導 6回 行う。 訴え時はトイレ誘導を行う。紙パンツ + フラット 1枚 排尿時に便失禁がある。 夜間: 訴えが無く、失禁がありオシメを使用している。オシメ使用。就寝前 21時にトイレ誘導。 就寝後オシメ交換は、定時に行っている。23時、4時、覚醒時		
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 本人… オシメをしている感覚が嫌い。お尻が痒い。 家族… 本人が希望しているので、トイレで排泄ができるようになる方が良い。 スタッフ… 転倒転落の危険性がなく、安全に排泄ができるように援助する。			
ADLの状態		コミュニケーション	認知症の有無と症状
障害老人の日常生活自立度 B1		可	認知症老人の日常生活自立度 Ⅲa
尿意の訴え	訴えがあるがすでに失禁している。夜間は訴えが無い。		
便意の訴え	無		
トイレの認識ができるか	できる。		
移動の状態	ベッドからの車椅子移動は、バランスが悪い為体を支えるなどの一部介助が必要。歩行困難。 車椅子馬車動は時間がかかるが自立可		
衣服の着脱の状態	時間がかかるので一部介助 上着の袖通しが困難だったり、スボンの上げ下ろしに時間がかかる。		
便器の準備の状態	洋式トイレ使用 便器の蓋を開ける、排泄物を流す等、一部介助が必要。		
排尿状態	日中7~9回/日。日中尿失禁 3~4回/日有。 夜間2~3回/日。定時交換時にすでに失禁している。 排尿困難なし。		
排便状態	日中軟便 3~4回/日。すでに失禁している。 カマグ 1.5g 3xN		
後始末の状態	不十分な為、介助が必要		

排尿日誌

(前)

平成 19 年 10 月 12 日(金)

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうと していた
0:00				
1:00				
2:00				
3:00				
4:00	尿200ml失禁	尿×		覚醒している。
5:00	尿100ml失禁50 便150g失禁(5)	尿○ 便×		
6:00			100cc	
7:00				
8:00	尿60ml+50ml 便失禁30g(5)	尿○ 便×		
9:00			100cc	
10:00	尿100ml.	誘導		
11:00				
12:00	尿50ml+30ml 便失禁10g(6)	誘導 便×	100cc	便泥状
13:00				
14:00	尿60ml. 便失禁20g(5)	尿○ 便×		
15:00	尿15ml. 便失禁100g(5)	誘導 便×	100cc	
16:00				
17:00				
18:00	尿50ml+50ml 便失禁30g(5)	尿○ 便×	100cc	
19:00				
20:00				
21:00	尿150ml失禁	×	100cc	
22:00				
23:00	尿100ml失禁	×		

()内は グリステルスケール

(後)

平成 20 年 1 月 15 日(火)

時間	尿 ml 便 g (失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿120ml +失禁30ml 便50g	尿○ 便×	茶100cc	便+ オムツはずそうと していた
0:00				
1:00	尿失禁100ml	尿○		
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00	尿失禁100ml	尿○		
7:00				
8:00	尿60ml 便150g(4)	誘導 便○	100cc	便意も訴えあり
9:00				
10:00	尿170ml.	尿○		
11:00				
12:00	尿180ml.	誘導	100cc	
13:00				
14:00				
15:00	尿150ml.	尿○	100cc	
16:00				
17:00				
18:00	尿90ml.	尿○	100cc	
19:00				
20:00				
21:00	尿80ml.	尿○	100cc	
22:00				
23:00	尿失禁60ml.	尿×		

()内は グリステルスケール



トイレ動作が困難な事例

事例 1 痛みが強くてトイレにうまく移れない事例

事例と問題の把握

Hさん（89歳、女性）

要介護 3

主な疾患：脳血管障害 切迫性尿失禁

排泄で困っていること

トイレへ行き便座に移乗するとき、多発性変形性関節症にて、左右肩～上腕・右足首・腰に痛みがあらわれるため、トイレに行くのが億劫になる。

排泄状態

日中→トイレにて排泄（尿・便意の訴えがあったときに介助）

夜間→オムツ内に排泄

排泄動作

尿意・便意あり伝えること可能

排泄行動全般に介助必要。 立ち上がりは手すりを持ち自力で可能

衣類の着脱全般に介助必要 後始末は準備をすれば自力で可能

生活状況

車椅子にて日中過ごすことが多い。しかし長時間の座位は痛みが出現し疲れるためベッドに横になる。

本人の意思は会話により伝えられるが、小声であり早口でもあるため聞き取りにくい。

アセスメント

①問題点

- ・両肩・右肘・右膝・両手筋萎縮
- ・両上下肢筋力低下・左腕は45°までしか上がらない。両肩から上腕・右足関節常時疼痛があり、便器に座る時痛みが増す
- ・切迫性尿失禁のためトイレ時に尿漏れが気がかかりで移乗が困難であるにも関わらず移乗動作に集中できない

②課題

- ・筋萎縮による上下肢の機能低下と関節症の痛みが常時ある。
- ・現在のトイレでは使用が困難である。移乗時に漏らさないようにと急いでしまい適切な動きにならない。

③目標

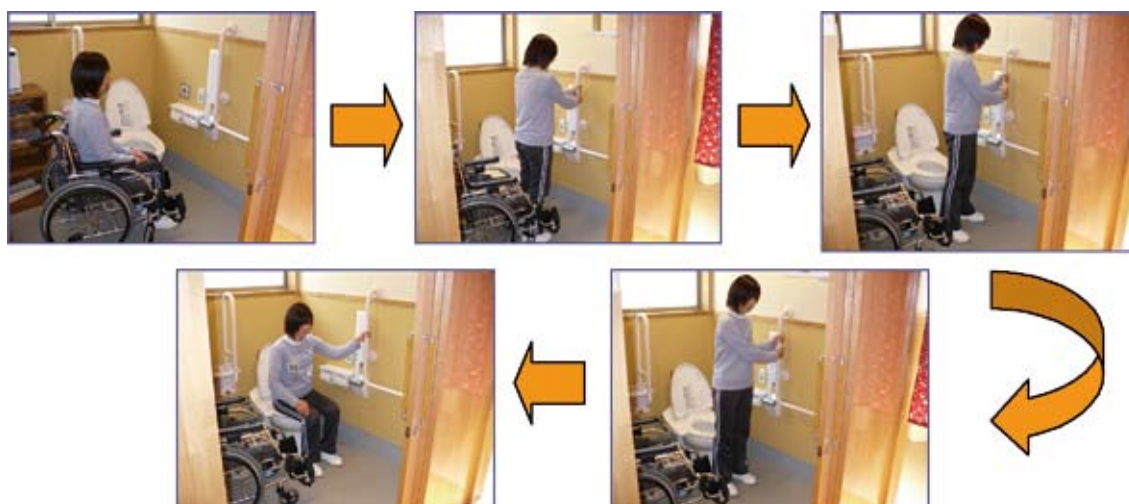
- ・移乗を楽に行うことができ、また痛みの緩和を図ることでトイレ行為に対する不安をやわらげ、安心した生活につなげる。

計画

①本人に合った移乗方法の検討

従来型のトイレ：立ち上がり→90°回転→座る→

→片手で手すりを持って位置の修正→前かがみ姿勢



新設のトイレ：立ち上がり→横移動→座る→前かがみ姿勢



実施

移乗方法の検討

新設したトイレの使用方法を職員間で確認し、使い方を習得後 H さんに実演をまじえトイレの使用方法を説明した。毎日使用しながら使用回数を増やしていくことで本人の不安の軽減に努めた。

その結果、移乗時の痛みは軽減し、「トイレが楽になった。」と喜ばれた。

振り返り

トイレは完成してみたものの、新設トイレの使用方法や、なぜこの配置に便器が配置されているのか、またどのように使用していくのか等、介助時の注意すべきことなどスタッフが共通理解できておらず、使用にあたり学習会が必要であった。

実際使用してみると移乗動作が単純になったので、移乗時に必要な動作が減り身体に生じる負担の軽減につながり、「立ち上がり・横移動・座る」の3つの動作で移乗ができるので、ねじれ等の力がかからず痛みも軽減した。そして移乗に要する時間が短縮された。



解説

排泄に必要な一連の動作（尿意、便意を感じたらトイレの位置が確認できトイレまで行き、便器の準備が出来、下着をおろし、便器に移乗し、安定した座位がとれ、スムーズな排泄ができ、排泄後陰部とでん部が拭け、下着をあげることが出来、トイレのかたづけをして、トイレから出る）は、どれがかけても安心してスムーズに排泄することができません。

今回の事例は一連の排泄動作にたいして、トイレ環境を変えることで身体的負担軽減をはかることが出来たようです。

このように環境全体を変えることは、大掛かりな改修となり、経済的な負担などを考えても実施することは大変難しいことです。そこで、ちょっとした工夫をしてみてはどうでしょう。例えば安定した座位保持のため足台を作ってみる。前傾姿勢が取れるように、座位の前面に跳ね上げ式のテーブルや手すりを取り付ける。便器周囲の手すりの位置を変える。

アセスメントしながら本人と介助者困っていることに耳を傾け、解決するために工夫していくことで、トイレ動作が自立につながったり、最小限の援助になったりしていきます。

障害があっても一人一人が当たり前の生活をしていく中で、排泄を人に援助してもらうことはとても苦痛なことです。出来る限り自分の力であたりまえに排泄行為が出来るよう環境を整備していきましょう。

事例フォーマット

氏名:	H	性別:	女	年齢:	89才	体重:	
主な病名及び既往歴: 多発性変形性関節症 脳血管障害 狭心症 肝硬変症 逆流性胃炎 切迫性尿失禁(服薬にて治療済み)							
服薬中の薬: ポラキス 3mg 3T×分3, ラクボン 3g 3×分3, アズール錠 2mg 3T 3×分3 カマク 0.8g 3×分3, ビタミン 3c 3×分3, エクセラゼ 3c 3×分3, エンセロン 3T×分3 タグロン 15mg 1c 1×朝, ハルシオン 0.25mg 半錠×寝る前, ムダグイン 2T×分2 モーラステフ, ナバゲルンクリーム, カタリン点眼, キサラタン 0.0005%							
排泄状況	日中: トイレにて排泄(尿・便意の訴えがあったときに介助)						
	夜間: オムツ内に排泄						
排泄で困っていること(本人・家族・スタッフ別に書く) 切迫性尿失禁があり服薬治療をしているが失禁に対する不安が強く、 トイレへ行く際に焦ってしまい初乗時に、左右肩へ上腕・右足首・腰 に痛みがあらわれる							
ADLの状態		コミュニケーション		認知症の有無と症状			
食事: 自分で食事が食べることが多い 拘縮: 両肩・右肘・右膝に筋萎縮あり		会話にて伝達		認知症あり 認知症自覚度Ⅰ			
尿意の訴え		あり					
便意の訴え		あり					
トイレの認識ができるか		できる					
移動の状態		歩行不可、車椅子使用(自力駆動不可) 立ち上がりはできるが変えが必要					
衣服の着脱の状態		全体的に介助を要する					
便器の準備の状態		洋式トイレ					
排尿状態		以前の失禁を気にされて、尿意を感じたら急いで トイレに行こうとする。 日中 3~4回/日 失禁あり					
排便状態		日中 1~2回/日 失禁あり カマク 0.8g 3×分3 内服中					
後始末の状態		準備をすれば自力で可能					

■ 発行 ■

えひめ排泄ケア研究会

■ 編集 ■

陶山 啓子	愛媛大学大学院医学系研究科
武智 伸介	武智泌尿器科・内科
荒木 映雄	泌尿器科 あらきクリニック
窪田 里美	特別養護老人ホーム なかやま幸梅園
小岡亜希子	愛媛大学大学院医学系研究科

■ 協力施設 ■

医療法人愛寿会 西条愛寿会病院
社会福祉法人 恩賜財団 済生会 今治第二病院
医療法人慈孝会 福角病院
医療法人財団慈強会 介護老人保健施設 高井の里
特別養護老人ホーム なかやま幸梅園
医療法人慈孝会 介護老人保健施設 福角の里
医療法人光陽会 介護老人保健施設 とべ和合苑

■ イラスト担当 ■

兵頭 静恵	愛媛大学大学院医学系研究科
藤井 晶子	愛媛大学大学院医学系研究科

