

# 快適な排泄をサポートする 排泄ケアマニュアル

制作 名古屋大学排泄情報センター  
名古屋大学大学院医学研究科病態外科学講座泌尿器科学



## 適切な排泄管理がQOLを高めます

排泄障害は、本人のQOL(生活の質)を損ねるばかりでなく、精神的な面でも大きなダメージを与えるものです。また、介護・看護者にとっても日々向き合う必要のある、重要かつ切実な問題です。

排泄状態の把握と、それに適した対応を知ることが、本人・介護者双方のQOLを向上させることにつながります。

さらに、どのような場合に医師、あるいは泌尿器科専門医を受診したらよいかを知ることも重要です。

本マニュアルは、介護・看護の専門職の方、あるいは家庭で御家族の介護をされる一般の方を対象に、現場で排尿障害をどのように診断し、現場のレベルでどのように対処すべきか、さらにどのような場合に医師を受診するかを示したものです。

排尿の状態を、1. 排尿日誌により評価し、排尿障害のタイプを、2. 排尿チェック表を用いて診断し、それぞれのタイプに合った排尿ケアを行います。

排便障害についても同様で、排便状態の把握と、それに適した排便ケアを行います。

適切な排泄管理を現場で判断して行うことにより、排泄障害に悩む方、介護に関わる方のQOLを向上させましょう。

## 排泄ケアマニュアルの使い方

- 1 排尿ケアについては以下のようにマニュアルをお使いください(赤い下線のついた部分をクリックすると、詳しい説明のあるページへ移動します)。
- 2 尿道カテーテル留置をしている方では、排尿状態を評価するため、とりあえずカテーテルを抜きましょう。おむつを使用している方は、可能であればいったんおむつをはずして排尿状態を観察しますが、つけたままでも構いません。
- 3 排尿日誌 (P.6参照)を使って排尿状態の評価を行います。
- 4 排尿チェック表 (P.8参照)を用いて排尿障害のタイプを診断します(本コンピューター用マニュアルでは、自動診断用排尿チェック表により診断することができます)。
- 5 診断ごとに、病気の説明、看護・介護の現場でできる対処法、医師が行う治療が記載されていますので、必要な項目の説明を参照して排尿ケアを行ってください。
- 6 複数の診断が得られた場合は、それぞれの必要な項目の説明を参照して排尿ケアを行ってください。
- 7 何らかの薬を服用している場合は、排尿障害に關与する薬剤があるかどうかをチェックします(P.40参照)。
- 8 尿道カテーテル留置、清潔間欠導尿、おむつや排尿器具、医師の行う検査や治療、骨盤底筋訓練、排尿機能に影響する薬剤などの詳細については、必要に応じて参照してください。
- 9 排便の問題については、P.24を参照してください。



# Contents

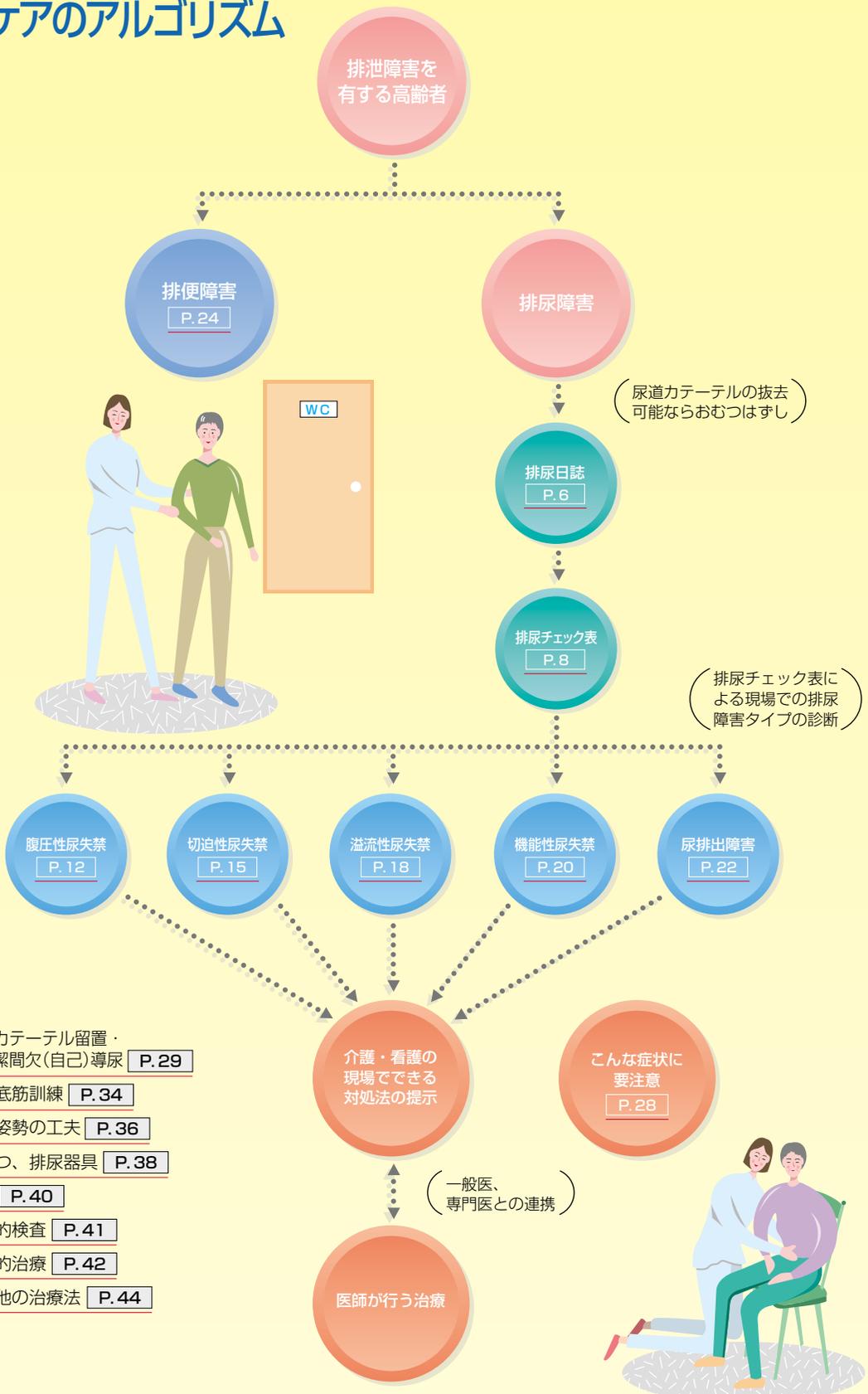
## 排泄ケアのアルゴリズム／5

- 排尿日誌の使い方／6
- 排尿チェック表の使い方／8
- 腹圧性尿失禁／12
- 切迫性尿失禁／15
- 溢流性尿失禁／18
- 機能性尿失禁／20
- 排尿出障害／22
- 排便障害／24
- こんな症状に要注意／28
- 尿道カテーテル留置・清潔間欠(自己)導尿について／29
- 骨盤底筋訓練について／34
- 排尿姿勢の工夫／36
- おむつ、排尿器具について／38
- 薬剤について／40
- 専門的検査について／41
- 外科的治療について／42
- その他の治療法について／44

排尿日誌／45

排尿チェック表／46

# 排泄ケアのアルゴリズム





# 排尿日誌の使い方

- ・排尿日誌に排尿時刻と排尿量、さらに尿失禁の状態などを記録することにより、排尿状態や尿失禁のタイプをおおよそ把握することができます。また排尿のパターンを知ることは排尿ケアを考えるうえで大変役に立ちます。
- ・排尿日誌の記録は難しいものではなく、また専門医の診断の助けともなりますので、定期的な記録を心がけてください。
- ・3日間程度の記録が望ましいですが、難しい場合は1日のみの記録でも構いません。
- ・排尿量の測定は、目盛り付き紙コップ、採尿器などで行います。おむつに排尿した場合は、ぬれたおむつの重さをはかり、乾いたおむつの重さを引いて、排尿量としてください。
- ・おむつをしていて、自分で尿意を訴えない方の場合は、1時間ごとにおむつのぬれ具合をチェックして、排尿時刻を調べるとよいでしょう。

排尿日誌は巻末にありますのでご利用ください。



● 排尿日誌の記入例

排尿日誌

1枚で1日分を記録して下さい

日付： \_\_\_\_\_

起床時間： 6時 00分

名前： \_\_\_\_\_

就寝時間： 21時 00分

	朝起きてから寝るまで			夜寝てから朝起きるまで		
	排尿時刻 (尿意など)	排尿量(mL)	失禁有無 失禁量(mL)など	排尿時刻 (尿意など)	排尿量(mL)	失禁有無 失禁量(mL)など
1	6:00	150		23:00	150	
2	7:00	80		1:00	200	もれ(多)
3	9:30	60		2:30	150	
4	11:00	100		4:00	200	もれ(多)
5	13:30	150	間に合わず もれ(少)			
6	15:00	80				
7	18:00	100				
8	20:00	120				
9	21:00	60				
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

昼間：尿量 900mL 排尿回数 9 失禁回数 1 失禁量 少

夜間：尿量 700mL 排尿回数 4 失禁回数 2 失禁量 多

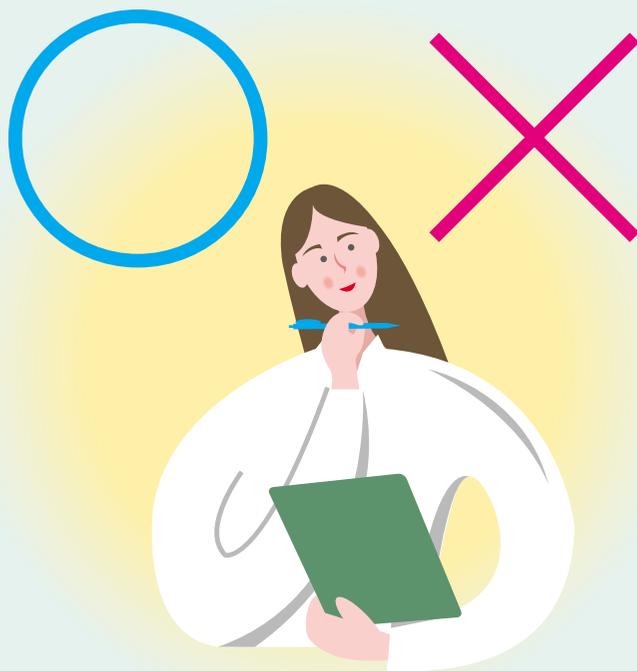




# 排尿チェック表の使い方

- ・ 排尿障害のタイプを、排尿状態や排尿行為の観察により診断します。排尿チェック表による診断は、専門医による診断とよく一致することが確認されています。
- ・ チェック表の各質問に○×で答え、○となった質問ごとの点数を縦に合計し、最後にマイナス分と合わせて計算することにより、尿失禁のタイプを診断します。0より大きい値の場合が診断「あり」となります。
- ・ 一人の方に複数の診断がつくこともあります。
- ・ 排尿チェック表で得られた診断について、各項目を参照して排尿ケアをすすめてください。

排尿チェック表は巻末にありますのでご利用ください。  
また、自動診断用排尿チェック表による診断も可能です。



● 排尿チェック表の記入例

No	項目	○/×	尿失禁のタイプ				尿排出障害
			腹圧性	切迫性	溢流性	機能的	
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	排尿途中で尿線がとぎれる	○					1.8
8	トイレ以外の場所で排尿をする	○				1.1	
9	排泄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、排泄器具をうまく使えない	×				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	経産的分娩の既往がある	×	1.3				
1~13の合計点			0	3.8 (2.8+1.0)	2.7	3.0 (1.1+1.9)	1.8
引き算分			-1.8	-2.1	-3.3	-1.6	-1.4
最終点			-1.8	1.7	-0.6	1.4	0.4

診断：切迫性尿失禁(P.15参照)、機能的尿失禁(P.20参照)、尿排出障害(P.22参照)



## 排尿チェック表 各項目の調べ方

※どの設問も、自分で答えられない方については  
観察して○×をつけてください。

### 1 尿意を訴えない(尿意がわからない)

「おしっこがしたい感じがわかりますか」などの質問をします。あるいは、観察により排尿したいような素振りがあれば、尿意ありと判断します。

### 2 咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる

「咳やくしゃみをしたときや、重いものを持ち上げたりしたとき、あるいは急に体を動かしたときに尿がもれることがありますか」などの質問をします。あるいは、上記のような場合に尿がもれるかどうか観察します。

### 3 尿がだらだらと常にもれている

「おしっこが少しずつ、いつももれていますか」などの質問をします。あるいは、おむつが常にぬれているかどうか、常にチョロチョロもれている状態があるかどうか観察します。

### 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

「おしっこが急にしたくなって、トイレに行く間や下着をおろす間、または排泄用具を準備する間にもれてしまうことがありますか」などの質問をします。あるいはこのような状態があるかどうか観察します。

### 5 排尿の回数が多い(めやす：起床から就寝まで8回以上、夜間3回以上)

排尿日誌を参考にします。

### 6 いつもおなかに力を入れて排尿している

「いつもおなかに力を入れて、あるいは力んでおしっこをしていますか」などの質問をします。あるいはこのような状態があるかどうか観察します。

## 7 排尿途中で尿線がとぎれる

「おしっこの途中で出たり止まったり、とぎれたりすることがありますか。またはおしっこの終わりかけに尿がぼたぼたたれることがありますか」などの質問をします。あるいはこのような状態があるかどうか観察します。

## 8 トイレ以外の場所で排尿をする

痴呆などによりトイレがわからないため、トイレ以外の場所で排尿してしまうものです。この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

## 9 排泄用具またはトイレの使い方がわからない

この設問も、痴呆などによりトイレや器具が認識できないことを、介護者・看護者が観察して○×をつけます。

## 10 トイレまで歩くことができない

身体運動障害などのため、排尿に間に合うようにトイレに到達できず尿がもれてしまうもので、この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

## 11 準備に時間がかかったり、排泄器具がうまく使えない

身体運動障害などのため、排尿行為がうまくできず尿がもれてしまうもので、この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

## 12 尿失禁に関心がない、あるいは気づいていない

痴呆などにより、排尿に対する意識や意欲が損なわれてしまっているもので、この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

## 13 経腔的分娩の既往がある

出産経験の有無について質問、あるいは調べます。



# 腹圧性尿失禁

咳・くしゃみをしたり、重いものを持ち上げたりした時など、**おなかに入力が入ったときに尿がもれてしまうタイプの尿失禁**です。

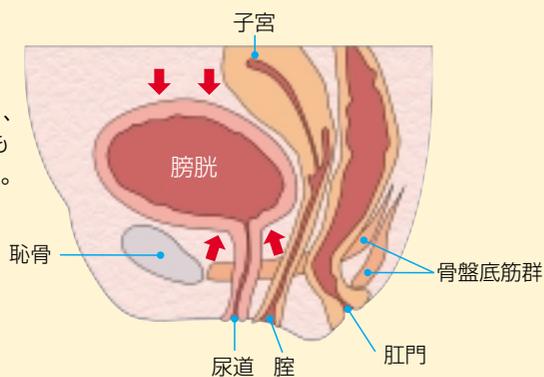
膀胱や子宮を支える筋肉(**骨盤底筋群**)がゆるむことで膀胱が下がってしまったり(**ぐらぐら尿失禁**)、尿道を締める筋肉(括約筋)の働きが弱くなってしまったり(**ゆるゆる尿失禁**)することが原因で起こるものです。

泌尿器の構造上女性に多くみられ、出産、加齢、肥満などが関係します。男性ではまれですが、前立腺の手術後にみられることがあります。

## 腹圧性尿失禁の仕組み

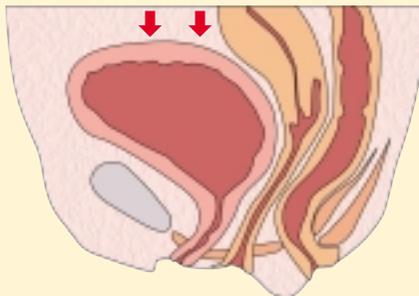
### 正常

腹圧により膀胱内圧の上昇が起こると、腹圧は同様に尿道にも伝わり尿道の圧も同時に上昇するため尿失禁は起きません。



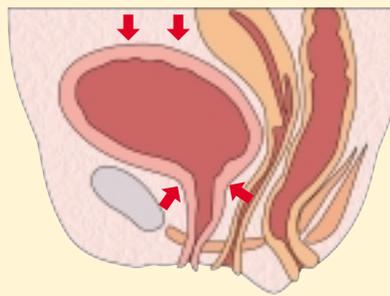
### ぐらぐら尿失禁

膀胱が下がると腹圧の上昇が尿道に伝わらなくなり、腹圧時に膀胱内圧が尿道内圧を超えるため、尿がもれます。



### ゆるゆる尿失禁

尿道括約筋がゆるんで、軽度の腹圧で尿がもれてしまいます。



## 介護・看護の現場でできる対処方法

おなかに力が入るような行動(運動、外出など)の前には、排尿して膀胱を空にするように指導します。

咳やくしゃみが出そうなとき、尿道(女性では尿道の出口、男性では陰茎の付け根)を押さえるよう指導します。

尿意を感じたら、あまり我慢せず、早めにトイレに行くように指導します。

本人に尿失禁改善の意欲がある場合、骨盤底筋訓練(P.34参照)を指導します。

腹圧性尿失禁は薬物療法(P.40参照)、理学療法、外科的手術(P.42参照)などにより治療できます。元気で、改善意欲のある方には泌尿器科専門医の受診をすすめるとよいでしょう。



## 医師が行う治療を知る

腹圧性尿失禁の多くは、医学的な治療で治すことができます。医師が行う治療を知ること  
で、より有効な排尿ケアを行うことができ、また医師との連携を図ることができます。

### 専門的検査 (P.41 参照)

適切な治療を行うためには、正しい診断を行うことが重要です。専門的  
検査を受けることにより、正しい病態の把握ができ、排尿障害の原因を  
知ることができます。

### 外科的手術 (P.42 参照)

下がった膀胱を引き上げる(膀胱頸部挙上術)、括約筋のゆるみを矯正す  
る(スリング手術)、尿道にコラーゲンを注入するなどの手術により、尿  
失禁を改善します。いずれも**比較的軽い手術**ですので、正常な日常生活  
ができて、根治の希望が強い方には行う価値があります。

### 薬物療法

薬物療法は、**腹圧性尿失禁に対してはあまり効果が期待できません**。骨  
盤底筋訓練が無効な方、手術ができない方には試してみる価値はありま  
す(P.40参照)。しかし、明らかな効果がみられない場合は、漫然と薬  
物治療を続けるべきではありません。

### その他の治療

上記以外に、種々の治療法が行わ  
れます(P.44参照)。





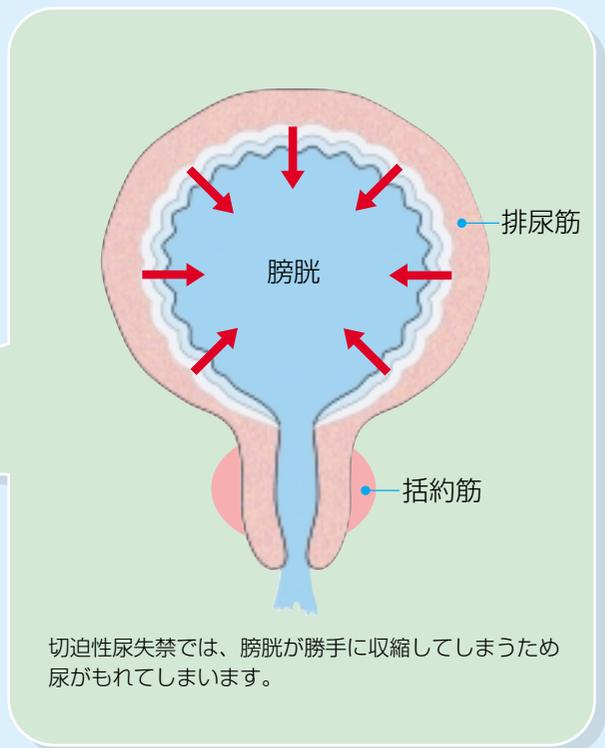
# 切迫性尿失禁

尿意を感じるとトイレまで間に合わず、尿がもれてしまうタイプの尿失禁です。

膀胱に尿が十分たまらないうちに、膀胱が勝手に収縮してしまい(過活動膀胱)、尿がもれてしまうものです。一般に、尿の回数が多くなり(頻尿)、1回の排尿量も少なくなります。

高齢者に多いタイプの尿失禁で、脳出血、脳梗塞、パーキンソン病などによる中枢神経疾患や、加齢による膀胱の働きの変化が原因としてあげられます。また、前立腺肥大症などの尿排出障害で見られることもあります。

尿失禁の量や回数が多いため、生活に支障をきたす度合いが強いタイプといえます。



## 介護・看護の現場でできる対処方法

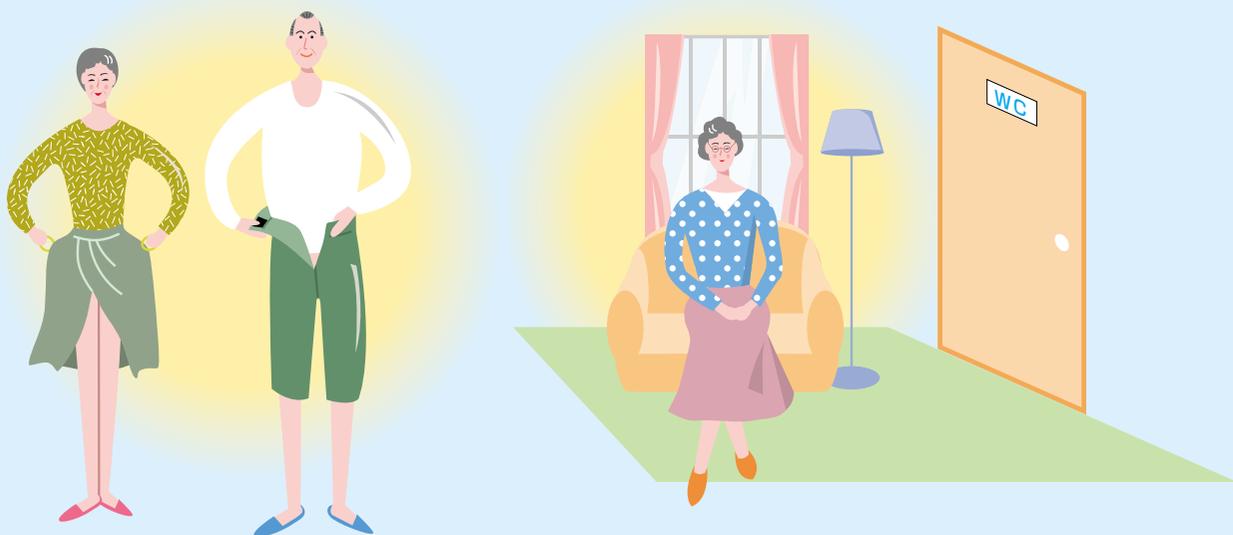
尿がもれるときに尿意があるかどうか、尿意を感じた後にどの位がまんでできるのかを把握します。

排尿日誌(P.6参照)から排尿パターンをつかみ、時間ごとに排尿する習慣をつけます(時間排尿誘導)。

すぐに排尿できる環境を整えます。  
例：脱ぎやすい着衣、おむつの種類(テープ固定式のおむつははずしにくいので、失禁パッドやパンツ式おむつなどを考えます)、トイレ環境の整備(トイレと居住場所の位置関係、ポータブルトイレや採尿器の利用)

切迫性尿失禁は薬物療法(P.40参照)が有効なので、医師を受診して薬物治療を併用してください。

切迫性尿失禁に対して尿道カテーテル留置は行うべきではありません。



## 医師が行う治療を知る

### 専門的検査 (P.41 参照)

尿失禁の原因となる他の疾患や、中枢神経疾患についても診察されます。

### 外科的治療 (P.42 参照)

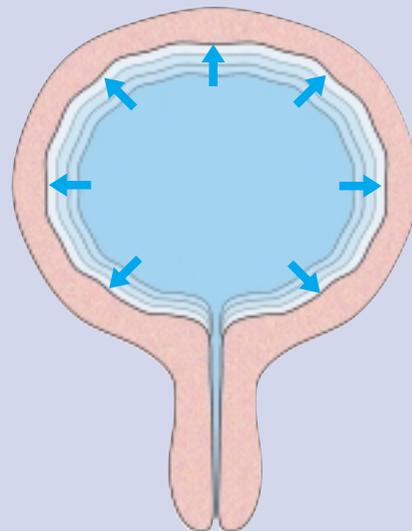
前立腺肥大症などの尿道通過障害(尿排出障害)が原因の場合には、前立腺切除やレーザー治療、下部尿路閉塞に対する外科的治療などが行われます。

### 薬物療法 (P.40 参照)

**切迫性尿失禁には薬物療法が非常に有効です。**ただし、よく使用される薬剤である抗コリン薬は、尿排出障害を悪化させることがあるので注意が必要です。残尿量をチェックするようにしましょう。

### その他の治療 (P.44 参照)

上記以外に、種々の治療法が行われます。



薬剤により、排尿筋の不随意収縮を抑えます。



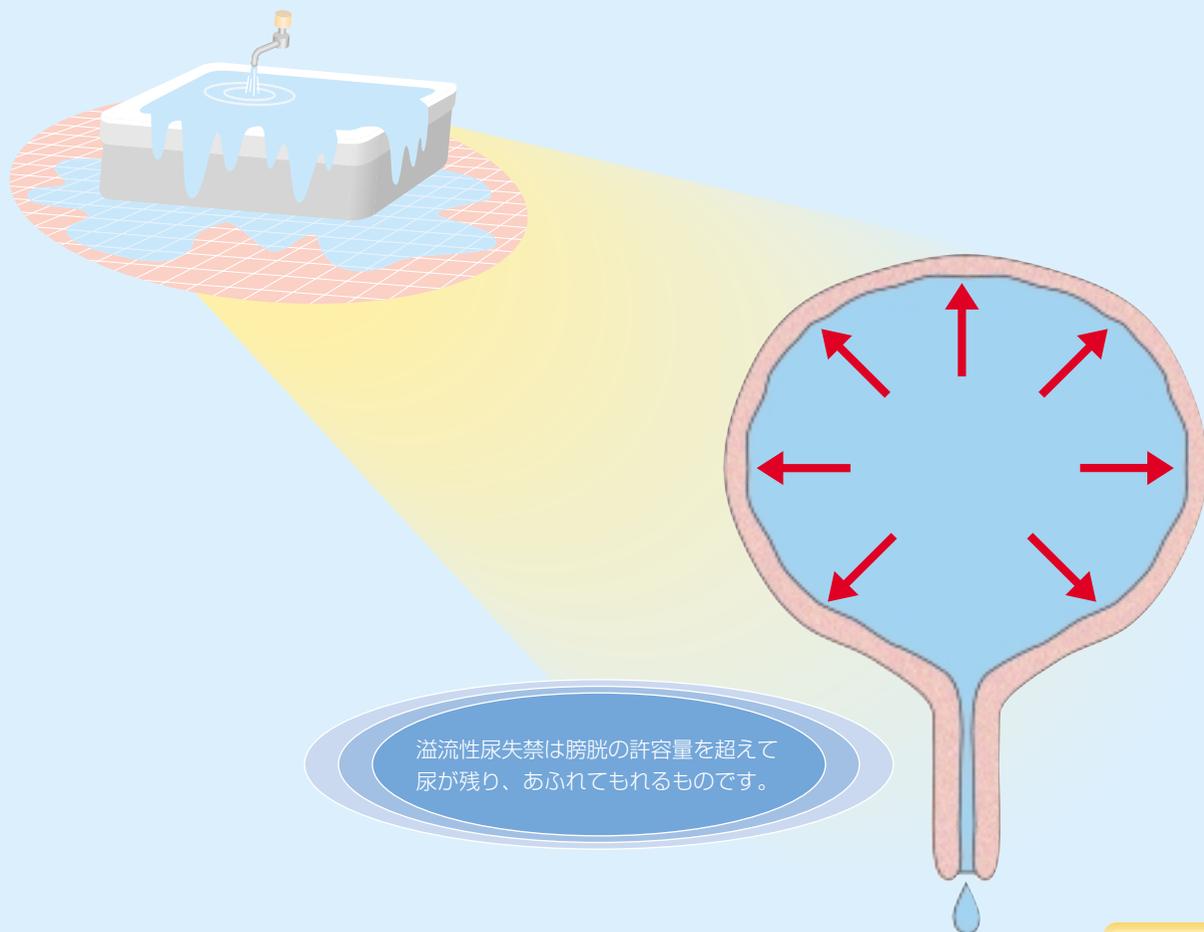
# 溢流性尿失禁

常に膀胱内に尿が多量に残っているため、尿道から尿があふれてもれるタイプの尿失禁です。尿もれの頻度は高く、いつも少しずつチョロチョロもれている場合もあります。

原因として、前立腺肥大症に代表される尿道通過障害や、膀胱の収縮障害による尿排出障害があげられます。

膀胱の収縮障害は末梢神経障害により起こりますが、その原因となる代表的な病気は、糖尿病、腰部椎間板ヘルニア、子宮がんや直腸がんの手術による神経損傷などです。また、明らかな病気がなくても、寝たきりのためうまく排尿できないこともあります。

溢流性尿失禁は、放置すると腎不全、膀胱結石、尿路感染症も起こりうるため、泌尿器科専門医による診断・治療が必要です。



溢流性尿失禁は膀胱の許容量を超えて尿が残り、あふれてもれるものです。

## 介護・看護の現場でできる対処方法

### 残尿測定

**多量の残尿が溢流性尿失禁の診断の決め手**となるため、排尿直後に導尿を行って残尿量を測ります。100mL以上の残尿があれば専門医を受診させましょう。看護・介護者でもお腹の上から簡単に超音波で残尿量を計れる機器が市販されています(ブラダースキャン：米国ウルトラサウンド社製、(株)タッチメトリクス)。



ブラダースキャン：超音波で膀胱内の残尿量を自動的に計測できます。

### 清潔間欠導尿

多量の残尿がある場合は、清潔間欠導尿を導入します(P.29参照)。本人ができそうであれば自己導尿を指導し、不可能な場合には介護者・看護者が行います。残尿が50mL以下になったら中止できます。

### 排尿姿勢の工夫

尿排出障害は、排尿姿勢を工夫することで尿が出やすくなる場合があります。本人の状態に合わせて、できるだけ排尿しやすい姿勢を工夫してみましょう(P.36参照)。

### 尿の状態をチェック

**合併症を伴いやすい**ため、尿の状態に異常がないかチェックします。発熱や尿のにごり、排尿痛は尿路感染症のサインで、医師の受診が必要です。



# 機能的尿失禁

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、身体的運動能力(ADL)の低下や痴呆が原因としてあげられます。機能的尿失禁の管理においては、**介護者・看護者の役割が非常に重要**となります。排尿管理だけでなく、生活全般にわたった視点で、また、介護者自身のQOLも考えたうえでの効果的なケアを行うことが現実的です。**高齢者においては、純粋な機能的尿失禁は少なく、ほかのタイプの尿失禁を合併していることが多いので、尿失禁の状態を注意深く観察**することも重要です。



## 介護・看護の現場でできる対処方法

### 排尿状態の詳細なチェック

尿失禁に関与する要因をチェックし、それぞれについて解決法を検討します。チェックする要因としては、尿意、排尿意欲、排尿間隔、排尿動作、トイレ環境などがあります。

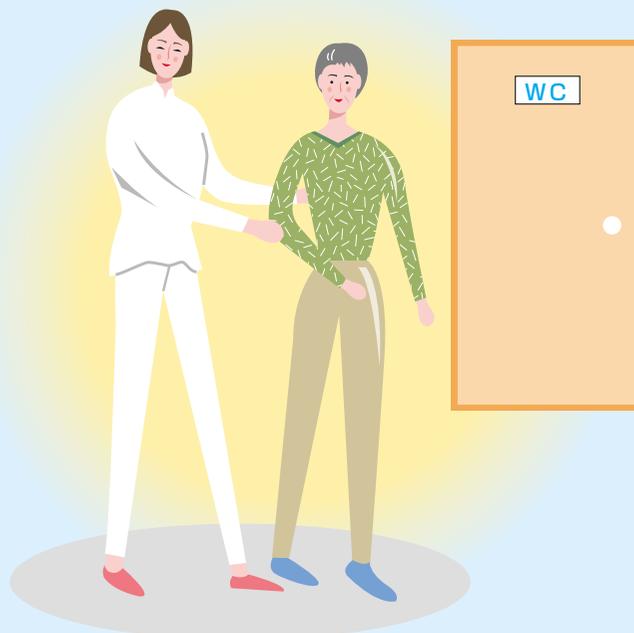
身体的運動能力の低下が尿失禁の原因であれば排尿管理は行いやすいのですが、**痴呆が存在する場合は排尿管理がより難しくなります。**

### 排尿介助

身体的運動能力の低下が原因であれ、痴呆が原因であれ、機能性尿失禁では自発的な排尿が困難です。排尿に関する手助けは欠かせません。おむつなどはなるべく避けたい方法ですが、介護者の負担の問題など、現実として排尿管理が困難な場合はやむをえないこともあります。(おむつ、排尿器具について、P.38参照)

### 専門医を受診

排尿管理がうまく行かない場合、泌尿器科専門医を受診して意見を聞くのもよいでしょう。

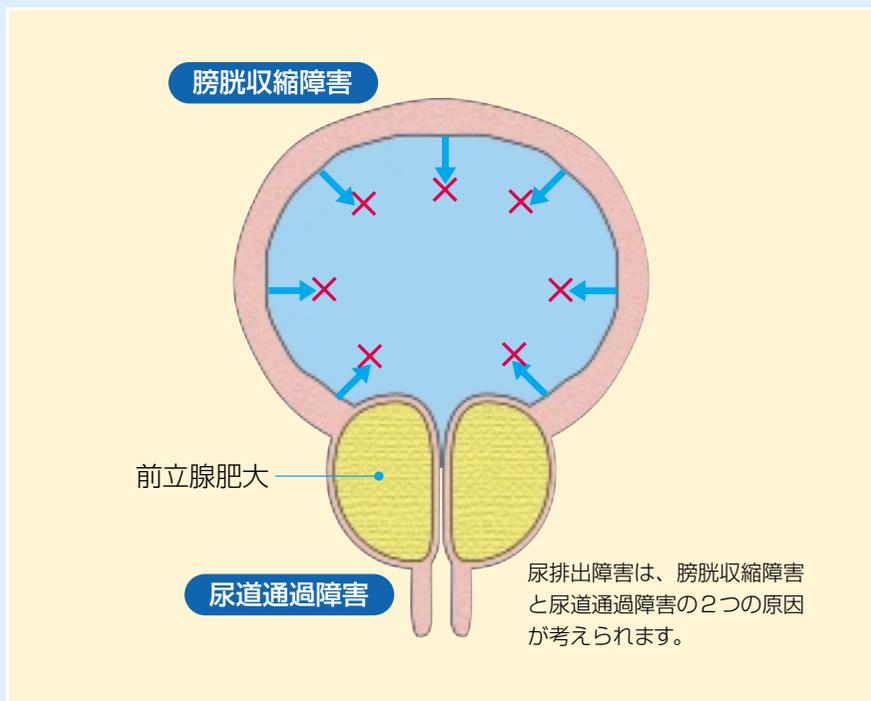




# 尿排出障害

**膀胱にたまった尿を体外へ排出することの障害**で、尿が出るのに時間がかかる、尿に勢いが無い、尿線が途中でとぎれるなどの症状があり、まったく尿が出せなくなることもあります(**尿閉**)。また、頻尿、尿意切迫感(急に尿がしたくなってもれそうになる)、切迫性尿失禁などの**膀胱刺激症状**もみられることがあります。原因として、前立腺肥大症に代表される**尿道通過障害**や、**膀胱収縮障害**による尿排出障害があげられます。膀胱の収縮障害は末梢神経障害により起こりますが、その原因となる代表的な病気は、糖尿病、腰部椎間板ヘルニア、子宮がんや直腸がんの手術による神経損傷などです。また、明らかな病気がなくても、寝たきりのためうまく排尿できないこともあります。

**残尿が多くなると、溢流性尿失禁**(P.18参照)などを起こすこともあります。安易な尿道カテーテル留置は行うべきでなく、残尿の多い例や尿閉を起こした例では、泌尿器科専門医への受診が必要です。



## 介護・看護の現場でできる対処方法

### 日常生活の注意

膀胱に尿をためすぎると排尿困難が悪化しますので、膀胱内に300mL以上ためないように排尿させます。

飲酒や便秘は排尿困難を悪化させますので要注意です。また、薬剤の中には排尿困難を悪化させるものがあります(P.40参照)。

### 排尿姿勢の工夫

排尿姿勢を工夫することによって尿排出が改善されることもあります(P.36参照)。

### 残尿測定

残尿が多い例ではさまざまな合併症を起こすことがありますので、残尿測定は排尿管理の方針を考えるうえで欠かせません。排尿直後に導尿を行って残尿量を測ります。看護・介護者でもお腹の上から簡単に超音波で残尿量を計れる機器が市販されています(ブラダースキャン、P.19参照)。

### 専門医受診

安易な尿道カテーテル留置は行うべきではなく、残尿の多い場合や尿閉例では泌尿器科専門医を受診させます。

### 清潔間欠導尿

外科的治療が不可能な例、薬物治療の効果がみられない例では、清潔間欠導尿(P.29参照)を行います。

痴呆の高度な例、またマンパワーの問題で清潔間欠導尿が不可能な場合は、専門医に排尿管理法について相談しましょう。



# 排便障害

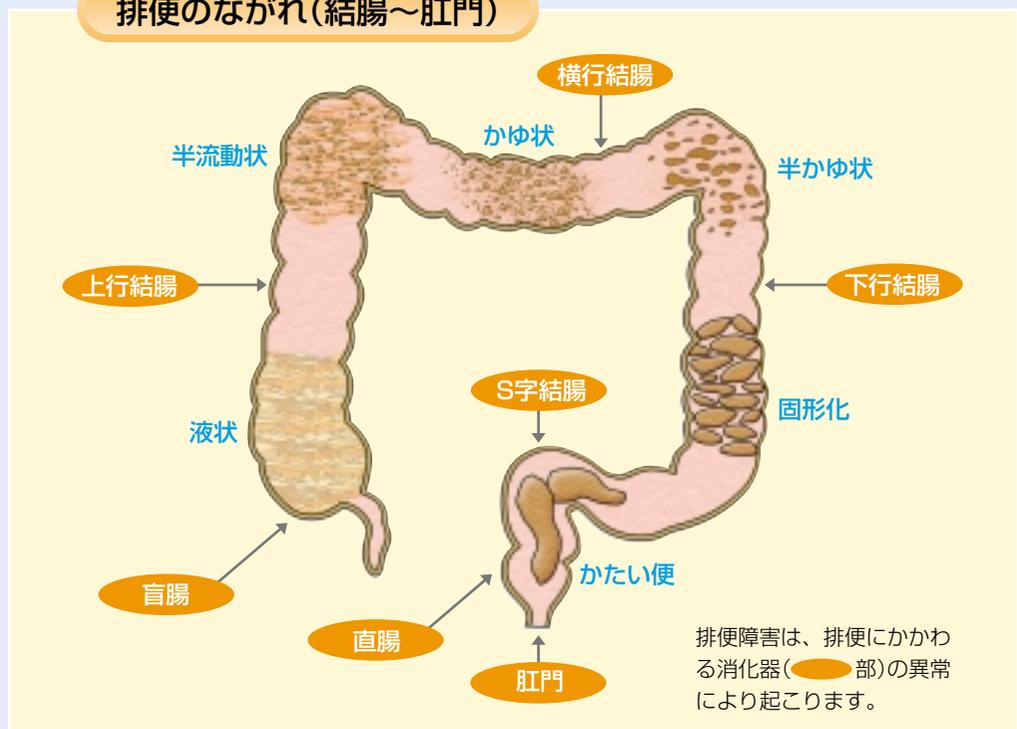
排便障害には、便秘、下痢、便失禁があります。高齢者では、排便障害を起こすいろいろな疾患以外に、加齢にともなう排便機能の低下も加わり、種々の排便障害が同時に見られることも少なくありません。

排便障害の原因は、結腸、直腸、肛門の異常に大別されます。腫瘍、炎症などの大腸の病気のみでなく、糖尿病、慢性腎不全、甲状腺機能亢進症、アレルギー疾患などの全身疾患によっても下痢や便秘が起こります。

また、出産や肛門の手術、加齢による肛門括約筋の機能低下により、便失禁が起こりやすくなります。女性では骨盤底筋群の緩みにより膀胱下垂、子宮下垂などが起こりますが、同様に直腸脱が起こり、便失禁の原因となります。

特に高齢者では、大腸の運動機能低下、長期の運動不足、腹筋が弱くなることによる腹圧減少により便秘になりやすく、下剤の乱用も便秘を悪化させます。極めて多くの薬が、腸の働きに影響し、便秘や下痢を起こすことがあります。

## 排便のながれ(結腸～肛門)



## 介護・看護の現場でできる対処方法

便の回数、量、時間(いつごろ出るか)、性状、便失禁の有無およびその状態(間に合わずに汚れる、知らずに汚れる、排便後に汚れる、など)をチェックします。

排便習慣は個人差が大きいので、排便のパターンをチェックします。

排便障害に関与する因子をチェックします(身体運動機能、痴呆、日常の運動、食事、下剤等の服薬状態、トイレ環境)。

直腸内に便の塊がつまっている場合には、肛門から指で便をかき出す必要があることがあります(摘便)。専門看護師あるいは医師に相談しましょう。

十分な水分摂取、食事療法(野菜の摂取など)、規則正しい排便習慣の保持(排便誘導)などに配慮しましょう。



頑固な便秘や長期間続く下痢がみられる場合には、専門医の受診をすすめます。

便失禁に対しては、トイレ環境の整備(すぐトイレに行けるような環境)、適切なタイミングでの排便誘導、排便後の肛門周囲清拭の注意、おむつ等の介護用品の適切な選択などで対処しますが、**恒常的な便失禁については、専門医受診をすすめます。**

多種類の薬剤や長期間下剤を服用している高齢者については、専門医を受診して相談しましょう。



## 医師が行う治療を知る

### 基礎疾患の精査(がん、炎症、全身疾患など)

血液検査、レントゲン検査、内視鏡検査などにより、排便障害に関わる基礎疾患の有無を調べます。

### 大腸・肛門機能の検査

レントゲン検査や内圧検査などにより、大腸や肛門の働きを調べます。

### 薬物治療

いろいろな薬により、便の硬さの調節、腸管の動きの調節、過剰な腸管の動きの抑制などを行います。

### 理学療法

バイオフィードバック療法などにより、肛門を締める練習をして、便失禁の治療をします。

### 外科的手術

薬物療法や理学療法などの保存的治療で改善が得られない場合は、括約筋形成術などの手術治療を行うことがあります。





## こんな症状に要注意

排尿状態の変化を見逃さないことが、排尿ケアの第一歩です。過去の排尿日誌と見比べることも有効です。ちょっとした排尿状態の変化が、実は症状悪化のサインであることもあるので、注意深い観察が必要です。

発熱、尿のにごり、排尿時の痛み、血尿、あるいは顔・体・脚のむくみなどがみられる場合には、尿路感染症、尿路結石、腎機能障害のおそれがありますので、早めに医師の診断を受けましょう。

排尿回数や排尿量の急激な変化も、隠れた疾患を見つけるきっかけになります。異常な変化と思われる場合は、早めに医師の診断を受けましょう。

カテーテル留置の場合、尿路感染症や尿路結石などの合併症が起こりやすいので注意しましょう。

排尿に関して、ほかに気になる点がある場合には、積極的に医師の診断を受けましょう。





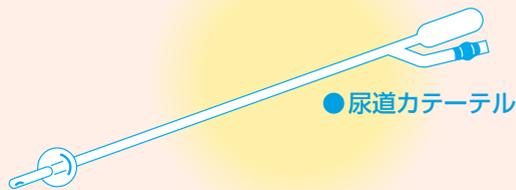
## 尿道カテーテル留置・ 清潔間欠(自己)導尿について

尿排出障害(P.22参照)のため、自分で尿が出せない、あるいは残尿量が多い(100mL以上)方では、何らかの方法で膀胱内の尿あるいは残尿を排出させなければなりません。尿道に管(カテーテル)を常時留置して膀胱内の尿を体外へ排出する方法を「尿道カテーテル留置」といいます。

カテーテル留置は日常生活の支障になるばかりでなく、尿路感染症、膀胱結石などの合併症を起こすことがあり、さらには寝たきり状態の誘発につながることもあるので、**安易な使用は絶対に避けるべき**です。

常時カテーテルを留置するのではなく、尿を排出する必要のあるときのみ尿道からカテーテルを挿入して導尿する方法を「間欠導尿」といいます。本人が間欠導尿を自分で行うことを間欠自己導尿といいますが、本人ができない場合は、介護・看護者が行います。

どちらも専門医あるいは看護師の指導のもとに行われるものですので、介護・看護者は正しい対処法を学び、異常がみられたらすぐに医師に診せるようにしてください。



●尿道カテーテル



●尿道カテーテル留置



●清潔間欠(自己)導入

## 尿道カテーテル留置の注意

水分摂取を多くして、十分な量の尿がでるようにします(1日1.5リットル以上)。

日常生活の妨げになったり、排泄習慣や意欲を喪失させてしまい、寝たきり状態の引き金になったりすることがあるため、漫然とカテーテル留置を続けないようにします。時々カテーテルを抜いてみて排尿状態をチェックしましょう。

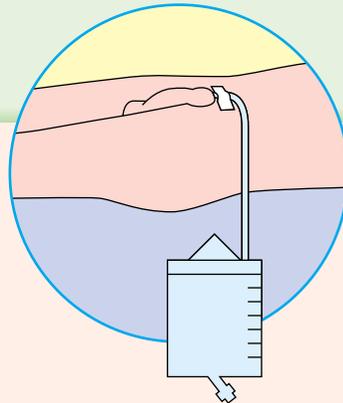
間欠導尿の導入が可能かどうか考えてみましょう。

留置中は膀胱内にカスがたまり、尿がにごってきます。膀胱洗浄はカスを取るのには意味がありますが、尿路感染の防止や治療としての意味はありません。また、逆に細菌を膀胱に入れる危険性がありますので、膀胱洗浄は必要時のみで十分です。にごりがひどければ、いったんカテーテルを抜いて、間欠導尿を行ってください。

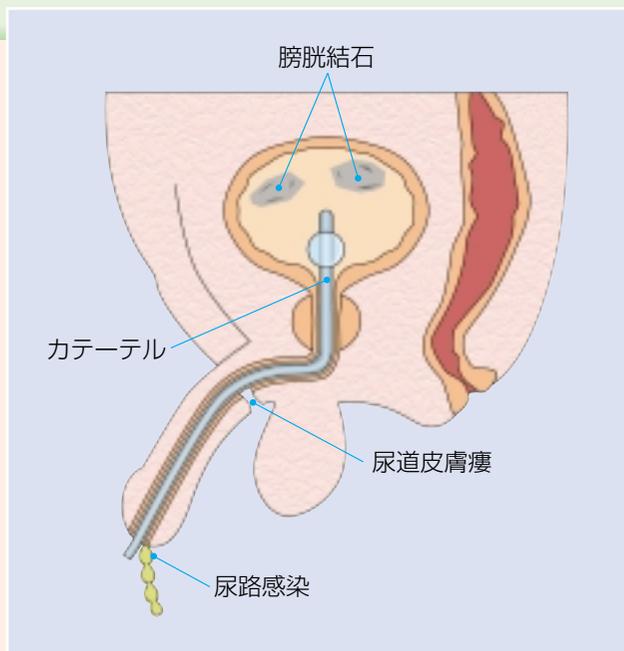


カテーテルは2～4週間ごとに交換します。

カテーテルは、脚方向ではなく、  
腹側に固定してください。



尿路感染、膀胱結石、尿道皮膚瘻(尿道と皮膚に穴があく)などの合併症  
が起こることがあるので、血尿、発熱、尿道からの膿などがみられたら、  
専門医を受診してください。



## 清潔間欠(自己)導尿の注意点

排尿日誌を参考に、排尿習慣に合わせた導尿を心がけます。

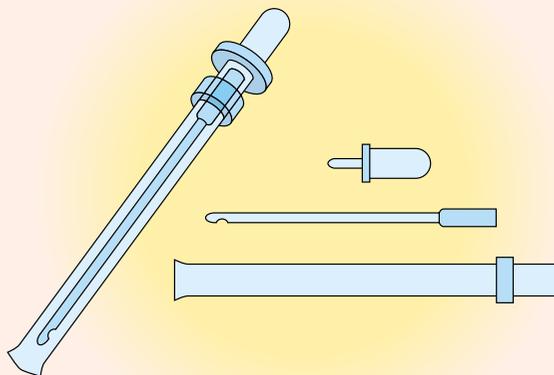
「自己」導尿を意識し、運動機能障害のない場合は本人による導尿操作を指導します。

自排尿が可能で、残尿が多い場合には、まず排尿し、その後残尿を導尿により排出するようにします。膀胱内に400mL以上尿をためないような回数を設定し、1日3回(朝、午後、就寝前)から始め、尿量や残尿などの推移をみながら回数を増減します。

### 具体的な方法

#### ● 器具

導尿用のカテーテルは使い捨て用カテーテル(サフィードネラトンカテーテル8~10Fr)あるいは反復使用するカテーテル(セルフカテセット：女性用・男性用)を用います。使い捨てカテーテルは1回使用毎に捨て、反復用カテーテルは容器内に消毒液(0.05%ステリクロン液、0.025%ハイアミングリセリン液、1%ヒビテングルコネート液など)を満たしておき、毎日~3日ごとに消毒液を入れ替えます。セルフカテセットは1カ月毎に新しいものに交換します。

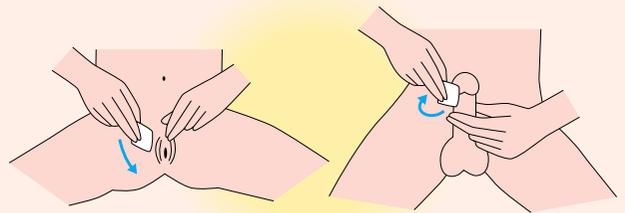


●方法

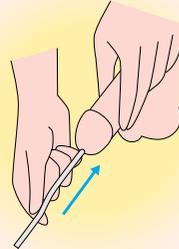
- 1 両手を石けんと水道水で洗います。



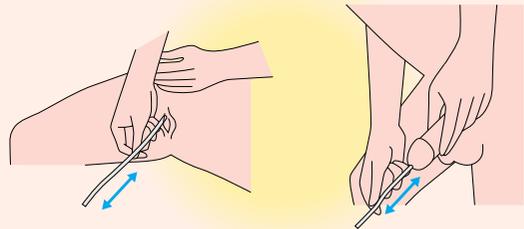
- 2 尿道の出口を消毒綿(クリーンコットン、ナップクリーン、モイスペットなど薬局で市販のもので可)で清拭します。



- 3 カテーテルを手で直接持って、潤滑剤(キシロカインゼリー、オリーブ油など)を十分つけて、尿道口からゆっくりと、カテーテルから尿が出始めるまで挿入します。



- 4 下腹を軽く圧迫して膀胱内の尿をカテーテルから完全に排出させた後にカテーテルを抜きます。



女性に自己導尿を指導する時は、慣れるまで鏡を使って尿道口の位置を確認させますが、慣れたら見なくてもできるようになります。

滅菌操作ではないので、過度に清潔操作に神経質にならないように行う、あるいは指導してください。

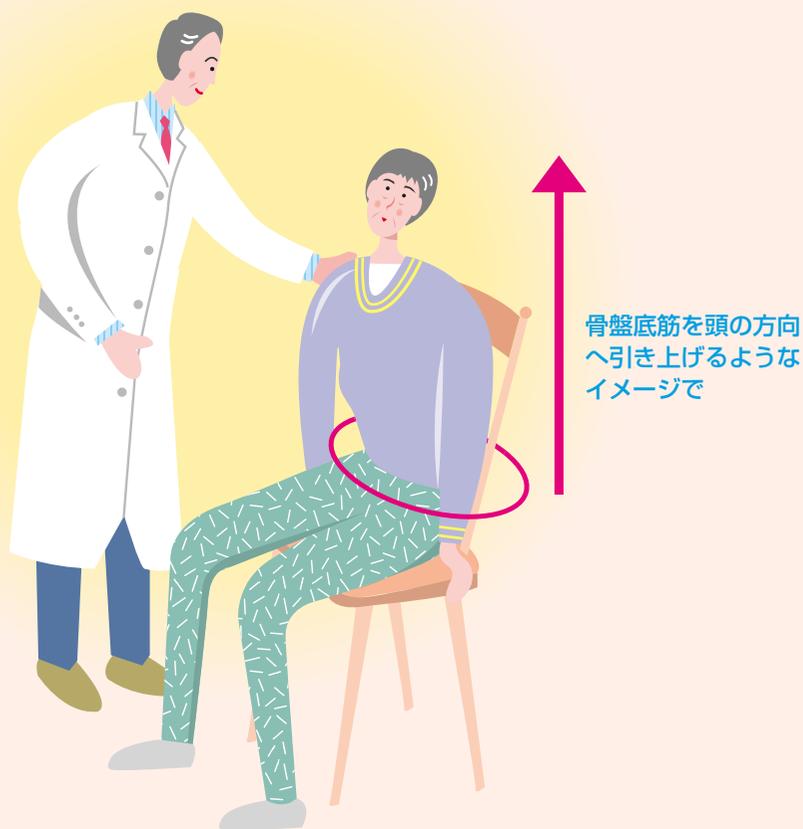


# 骨盤底筋訓練について

腹圧性尿失禁(P.12参照)の原因の一つに、骨盤底筋のゆるみがあげられます。この筋肉を鍛えることでゆるんだ括約筋機能を回復し、腹圧性尿失禁を治療します。

骨盤底筋訓練は適切な指導のもとに継続して行う必要がありますが、高齢者でも有効ですので、本人に尿失禁改善の意欲のある場合にはぜひ行ってみましょう。

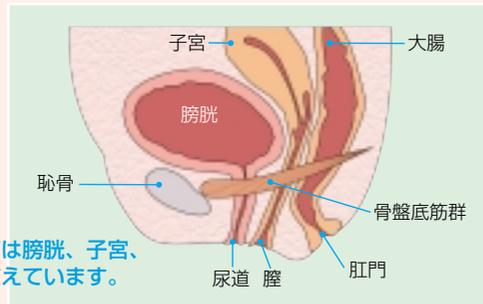
本書を参考に一般の方でもできますが、よくわからない場合やうまくいかない場合には正しい骨盤底筋訓練の方法について専門医から指導を受けてください。



## 骨盤底筋訓練の進め方

(よくわからない場合は専門医から指導を受けてください)

- 1** 骨盤底筋は骨盤の底にハンモック状に広がり、膀胱、子宮、直腸などの骨盤内の臓器を支えている筋肉です。このハンモック状の筋肉を収縮させて、頭の方へ引き上げる運動が、骨盤底筋訓練となります。



- 2** 骨盤底筋の収縮は、具体的には膣、肛門を締めて、体の奥(頭の方)へ向かって引き上げる感覚で行われます。おなかに力をいれて、骨盤底筋群(ハンモック)を足の方向へ押し下げるような運動は、全く逆で、正しくありません。



- 3** 介護・看護者が指導する場合は、対象者(女性)に下着を脱いで仰向きに寝てもらい、膝を立てて開脚し、指導者が膣に2本の指を挿入して膣を締めてもらいます。もし、指が膣内で締めつけられて頭の方へ引き込まれるような感覚であれば正しい運動ができています。逆に、指が膣内から押し出されるような感覚であれば、うまく行われていないのがわかります。このように、指を使って正しい収縮運動を指導すると有効です。自分で行える方は、自分の指を使って行うこともできます。



- 4** 要領を覚えたところで「ゆっくり収縮訓練(1~5まで数えながらゆっくり収縮し10秒ほど休む)」と「はやい収縮訓練(すばやい収縮の繰り返し)」を指導し、これを毎日一定回数(40~100回)行うようにします。訓練は毎日行うことが重要で、目安として2カ月は続けます。

- 5** 正しい訓練が行われているかどうかを、定期的に確認します。



# 排尿姿勢の工夫

溢流性尿失禁(P.18参照)、尿排出障害(P.22参照)では、排尿姿勢によっては尿排出が改善されることがあります。無理のない範囲で排尿姿勢の工夫をしてみるのもよいでしょう。

男性では、立位より座位(洋式トイレ、和式トイレ)のほうが排尿しやすいことがあります。

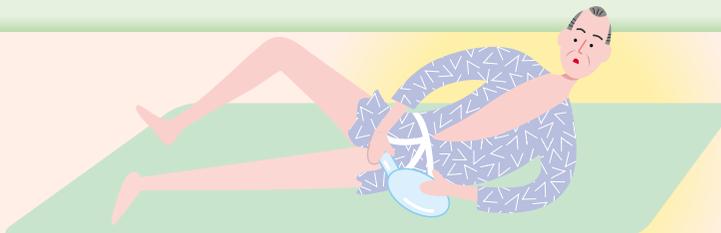


女性では、洋式トイレより和式トイレのほうが排尿しやすいことがあります。



男性、女性とも、臥位より座位のほうが排尿しやすいです（寝ているより座っているほうが排尿しやすい）。

臥位でも、あおむけより横向き、あるいはうつぶせのほうが排尿しやすいことがあります。





## おむつ、排尿器具について

さまざまな治療や排尿ケアにもかかわらず排尿の自立が得られない場合、または本人だけでなく介護者のQOL維持を考えた場合、おむつや排尿器具の使用がやむを得ないこともあります(夜間のみおむつを使うことも介護者の助けとなります)。

おむつにはさまざまな種類があり、サイズや吸収力、価格など、目的に応じた製品を選ぶことができます。実際のおむつを使用する目的と照らし合わせ、適切なものを選ぶようにしましょう。

おむつの漫然とした使用は本人の排泄意欲を失わせ、排泄習慣を喪失させてしまい、寝たきり状態のきっかけになることもあります。おむつの適応であるかどうかを見きわめ、安易なおむつの使用は避けるべきです。

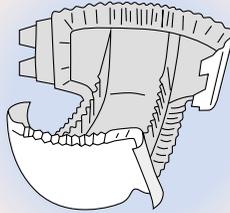
おむつがぬれたままの状態はなるべく短くするよう、排尿したらすぐ交換するように努めましょう。



## 主なおむつ、排尿器具

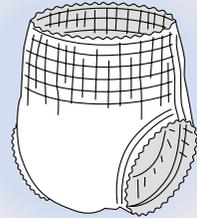
### おむつ

さまざまな種類のおむつがありますので、本人のADL(身体的運動能力)、痴呆の有無や失禁量、失禁回数、経済状態、また各おむつ製品の吸収能、大きさ、取り換えやすさ、価格などを考慮して選択しましょう。



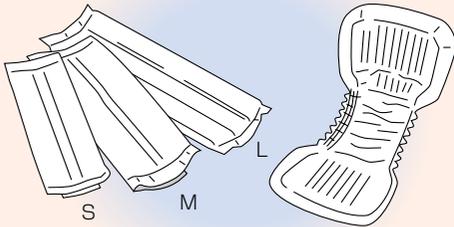
### 失禁パンツ

少量の尿失禁であれば、おむつでなくても対応できます。



### 失禁パッド

失禁パンツより集尿量が多いため、失禁パンツとの併用もよいでしょう。



### ポータブルトイレ

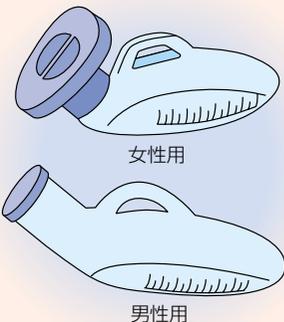
トイレへの移動や、立位、座位の動作が難しい方に用いられます。



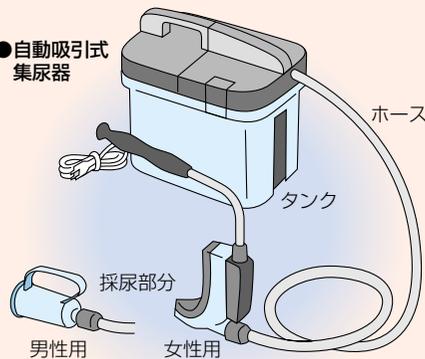
### 集尿器具

しびんや採尿器などがあります。主に運動機能障害の方に用いられます。男性にはコンドーム型の集尿器もあります。尿が自動的に吸引されるスカットクリーンは人手がかからず、夜間の使用に便利です。

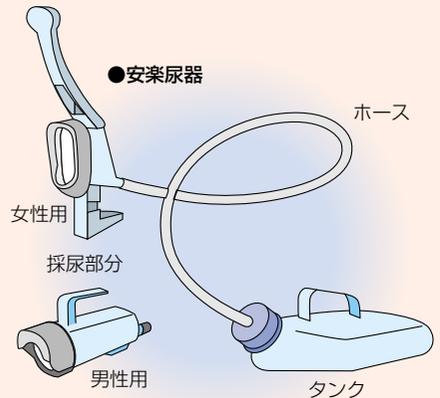
#### ●しびん



#### ●自動吸引式集尿器



#### ●安楽尿器



失禁用品の相談については、各市町村の在宅介護支援センターなどで行っています。



# 薬剤について

## 尿失禁の治療

尿失禁に対して薬物治療が行われることがあり、そのタイプごとに使用される薬剤が異なります。

腹圧性尿失禁	交感神経 $\alpha$ 刺激薬(塩酸エフェドリン)、 $\beta$ 刺激薬(スピロペント)、三環系抗うつ薬(トフラニール) 閉経後の女性…女性ホルモン(エストリールなど)
切迫性尿失禁	過活動膀胱…抗コリン薬(ポラキス、バップフォーなど)
溢流性尿失禁・尿排出障害	下部尿路閉塞や膀胱収縮不全にもとづく溢流性尿失禁…交感神経 $\alpha$ 遮断薬(ハルナール、フリバス、アビショット、ミニプレス、エブランチル、デタントール、ハイトラシンなど) 前立腺肥大症…抗男性ホルモン薬(プロスタールなど) 膀胱収縮障害…コリン作動性薬剤(ウブレチド、ベサコリン)

## 排尿に影響する薬剤

高齢者はいろいろな病気に対して、多くの薬を服用していることが少なくありません。薬剤によっては、排尿に影響を与えるものがあります。排尿ケアでは、内服薬剤とその排尿に対する影響を調べておくことが重要です。尿失禁治療に使われている薬剤でも、正しい診断がされずに誤った薬剤が投与され、かえって悪化させてしまうこともあります。

### ●尿排出障害を起こしうる薬剤

作用部位	分類(薬剤名)
脳レベル	中枢性骨格筋弛緩薬(リオレサル) 抗精神病薬(セレネース)
膀胱レベル	頻尿・尿失禁治療薬(抗コリン薬：ポラキス、バップフォー、プロ・バンサイン) 鎮痙薬(ブスコパン、コリオパン、チアトン、セステン) 消化管潰瘍治療薬(コランチル) パーキンソン病治療薬(アーテン、アキネトン、ペントナ) 抗不整脈薬(リスモダン)
膀胱出口レベル	気管支拡張薬(塩酸エフェドリン、メチエフ) $\beta$ アドレナリン遮断薬(インデラル)
その他	感冒薬(ダンリッチ、PL)

### ●蓄尿障害を起こしうる薬剤

作用部位	分類(薬剤名)
膀胱レベル	コリン作動性薬(ウブレチド、ベサコリン)
膀胱出口レベル	交感神経 $\alpha$ 遮断薬(ミニプレスなど) $\beta$ アドレナリン刺激薬(ストメリン、プロタノール、ズファジランなど)





# 専門的検査について

排尿障害タイプの確定や原因となる疾患を調べるためには泌尿器科専門医による検査は欠かせません。また、排尿障害の症状が悪化してきたときも、早めに専門的検査を受けましょう。

## 問診

排尿障害に関する事柄、基礎疾患、服用薬剤などについて問診します。その際、排尿日誌(P.6参照)や排尿チェック表(P.8参照)の情報は非常に役立ちます。

## 理学的検査

外陰部の診察、前立腺の診察、神経学的所見の検査などは、診断や治療方針の選択に関わる重要なものです。

## 尿検査

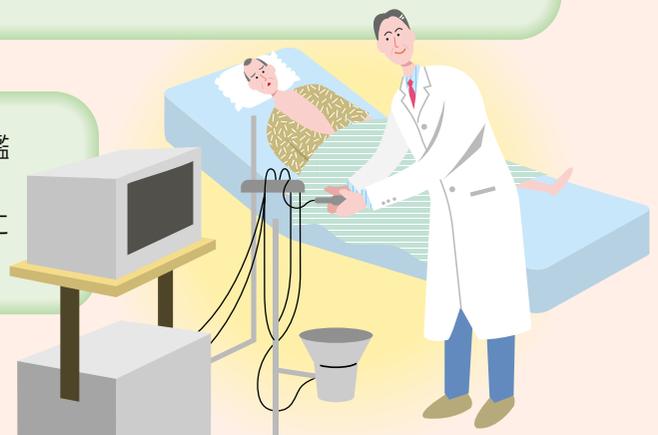
尿路感染症のほか、さまざまな健康状態がわかってくるため、尿検査は必須の検査項目といえます。

## 尿流動態検査

下部尿路機能(膀胱・尿道の機能)を調べる検査で、正確な診断のためには欠かせません。

## 画像検査

膀胱造影により尿失禁の原因を鑑別できることもあります。また、排尿障害に基づく合併症の診断には有用です。





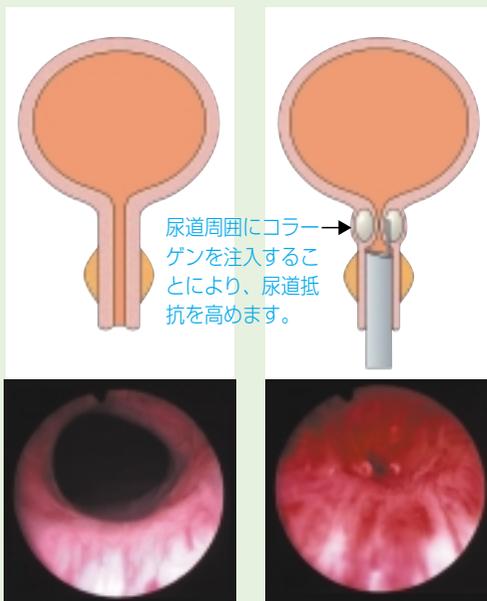
# 外科的治療について

腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁では、症状により外科的治療が適用される場合があります。有効性が高く、正常な日常生活ができ、根治の希望が強い方には行う価値があります。

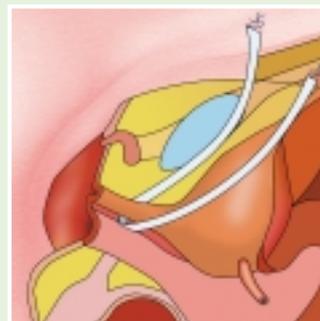
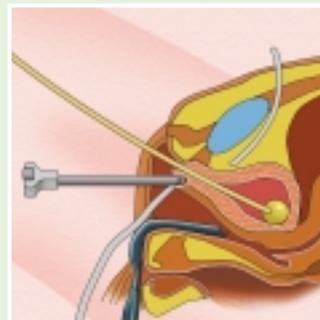
## 腹圧性尿失禁 (P.12参照)

膀胱頸部挙上術(下がった膀胱を引き上げる)、スリング手術(尿道括約筋のゆるみを矯正する)、尿道周囲コラーゲン注入療法(コラーゲン注入により尿道抵抗を高める)などがあります。比較的軽い手術で、局所麻酔や下半身麻酔でできます。

### コラーゲン注入法



### スリング手術

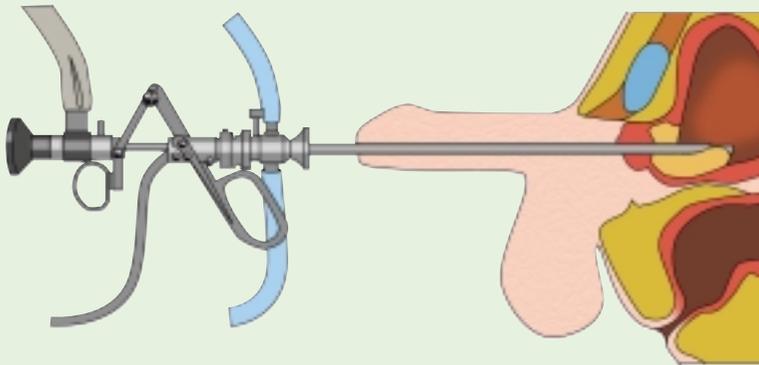


スリングテープにより尿道を支えます。

**切迫性尿失禁**(P.15参照)

前立腺肥大症や下部尿路狭窄に基づく過活動膀胱が原因となっている場合、経尿道的前立腺切除術や狭窄切開術が行われることがあります。

経尿道的前立腺切除術



尿道から肥大した前立腺を切除します。

**溢流性尿失禁**(P.18参照) **尿排出障害**(P.22参照)

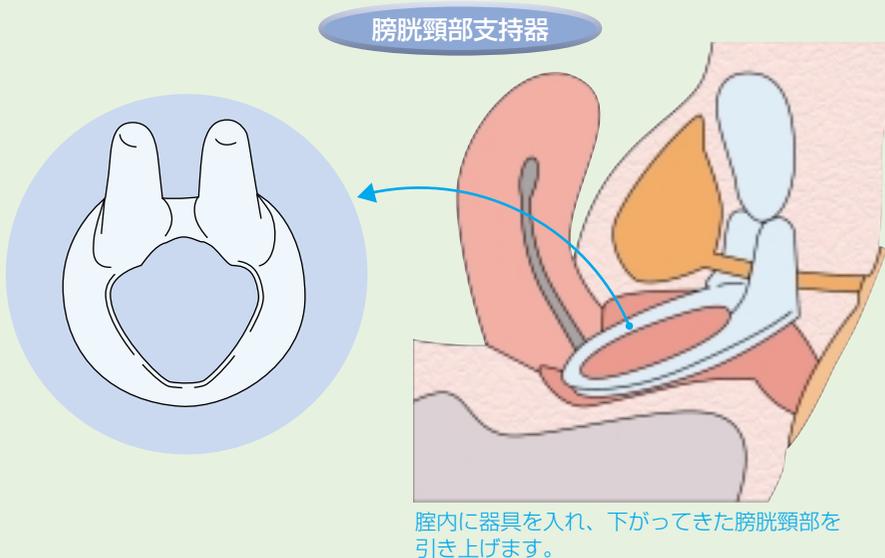
下部尿路閉塞、特に前立腺肥大症に対する外科的治療として、経尿道的前立腺切除術などが行われます。



# その他の治療法について

## 尿失禁

腔内コーン、膀胱頸部支持器など、女性腹圧性尿失禁に対して有効な器具があります。



## 尿排出障害

前立腺肥大症に対するレーザー治療、高温度治療、尿道ステント留置は、薬物療法に比べて有効であるという報告がありますが、まだ十分なデータがないため、標準的な治療とはなっていません。

# 排尿日誌

1枚で1日分を記録して下さい

日付： \_\_\_\_\_

起床時間： 時 分

名前： \_\_\_\_\_

就寝時間： 時 分

	朝起きてから寝るまで			夜寝てから朝起きるまで		
	排尿時刻 (尿意など)	排尿量(mL)	失禁有無 失禁量(mL)など	排尿時刻 (尿意など)	排尿量(mL)	失禁有無 失禁量(mL)など
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

昼間：尿量

排尿回数

失禁回数

失禁量

夜間：尿量

排尿回数

失禁回数

失禁量



# 排尿チェック表



この部分をクリックすると、  
自動診断用排尿チェック表が開きます。

日付： \_\_\_\_\_

名前： \_\_\_\_\_

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	<u>尿意を訴えない(尿意がわからない)</u>			-1.3	0.8		
2	<u>咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる</u>		2.2				
3	<u>尿がだらだらと常にもれている</u>				4.0		2.8
4	<u>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</u>			2.8			
5	<u>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)</u>			1.0			
6	<u>いつもおなかに力をいれて排尿している</u>				1.2		
7	<u>排尿途中で尿線が途切れる</u>						1.8
8	<u>トイレ以外の場所で排尿をする</u>					1.1	
9	<u>排泄用具またはトイレの使い方がわからない</u>				2.7		
10	<u>トイレまで歩くことができない</u>				1.0	1.2	0.9
11	<u>準備に時間がかかったり尿器をうまく使えない</u>					2.2	
12	<u>尿失禁に関心がない、あるいは気づいていない</u>					1.9	
13	<u>経腔的分娩の既往がある</u>		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						
チェック結果		診断あり	診断あり	診断あり	診断あり	診断あり



---

# MEMO

---

A series of horizontal dotted lines for writing.





排泄ケアマニュアル