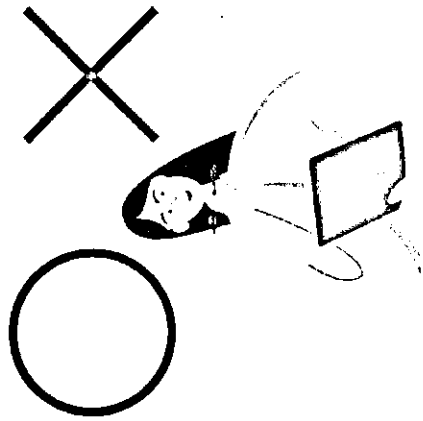


# 排泄チェック表の使い方

- ・排泄障害のタイプを、排尿状態や排尿行為の観察により診断します。排泄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は診断「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。
- ・排泄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泄ケアをすすめてください。

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



## 排尿日誌

1枚で1日分を記録して下さい  
 起床時間： 6時 00分  
 就寝時間： 21時 00分

排尿時刻 (尿量など)	膀胱までから出るまで		尿道口から排泄するまで	
	歩数 (歩)	歩数 (歩)	歩数 (歩)	歩数 (歩)
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			
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				

尿量：尿量 900mL 歩数 9 尿量 1 歩数 少  
 尿量：尿量 700mL 歩数 4 尿量 2 歩数 多

● 排尿日誌の記入例

## 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。

### ●排尿チェック表の記入例

No	項目	○/×	尿失禁のタイプ			尿排出 回数
			漏圧性	切迫性	過流性	
1	尿意を訴えない(尿意がわからない)	X		-1.3	0.8	
2	咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる	X	2.2			
3	尿がただらだと常に尿がもれている	X		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	O	(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)	O	(1.0)			
6	いつもおなかに力を入れて排尿している	X			1.2	
7	排尿途中で尿漏れがもれる	O				(1.8)
8	トイレ以外の場所で排尿をする	O				(1.1)
9	排尿困難またはトイレの使い方がわからない	O	(2.7)			
10	トイレまで歩くことができない	X		1.0	1.2	0.9
11	夜間に尿意がなかったり、排尿器具をうまく使えない	X			2.2	
12	尿失禁に閉心がない、あるいは気づいていない	O			(1.9)	
13	症状的分泌の既往がある	X	1.3			
	1～13の合計点		0 (2P+1.0)	2.7 (11+1.9)	3.0 (11+1.9)	1.8
	引き算分		-1.8	-2.1	-3.3	-1.6
	最終点		-1.8	1.7	-0.6	1.4

診断：切迫性尿失禁(P:15参照)、慢性性尿失禁(P:20参照)、尿排出異常(P:22参照)

### ○ 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せんが」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。

### ○ 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。

### ○ 尿がただらだと常にもれている

「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、常にチヨロチヨロもれている状態があるかどうか観察します。

### ○ 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、または排尿器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。

### ○ 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。

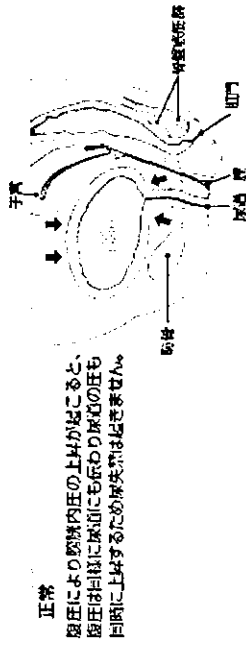
### ○ いつもおなかに力を入れて排尿している

「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。

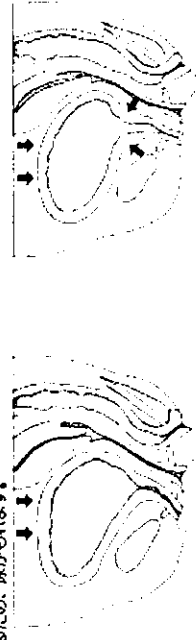
# 腹圧性尿失禁

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。膈筋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



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。



- ① 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  
 またはおしっこが終わりがけに尿がぼたぼた落ちたことがあります。か  
 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。
- ② 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。この疑問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。
- ③ 排泄用具またはトイレの使い方がわからない  
 この疑問も、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。
- ④ 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、この疑問は介護者・看護者が観察して○×をつ  
 けます。
- ⑤ 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、この疑問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。
- ⑥ 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、この疑問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。
- ⑦ 経理的分岐の既往がある  
 出産経緯の有無について疑問、あるいは調べます。





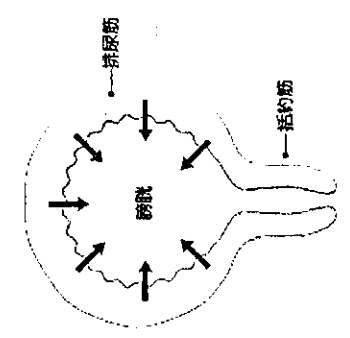
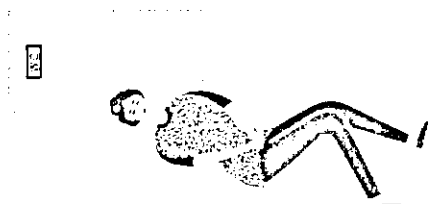
# 切迫性尿失禁

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ったうちに、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(頻尿)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。



切迫性尿失禁では、膀胱が勝手に収縮してしまうため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

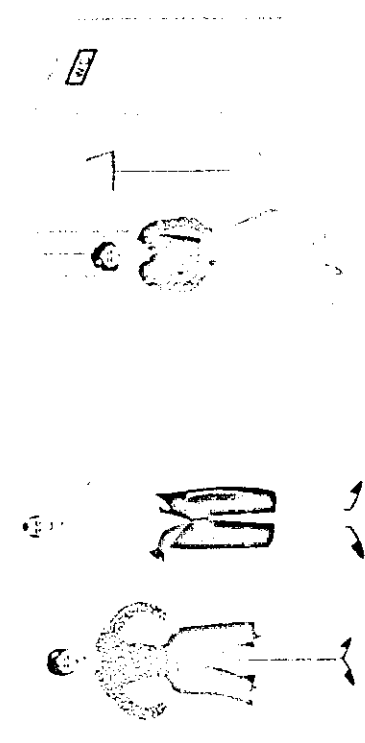
尿がもれるときに尿意があるかどうか、尿意を感じた後にどの位がまんできるのかを把握します。

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(膀胱排尿訓練)。

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ほすしにくいので、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排尿器の利用)

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漏れ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、中枢神経系病についても診断されます。

### 外科的治療(P.42参照)

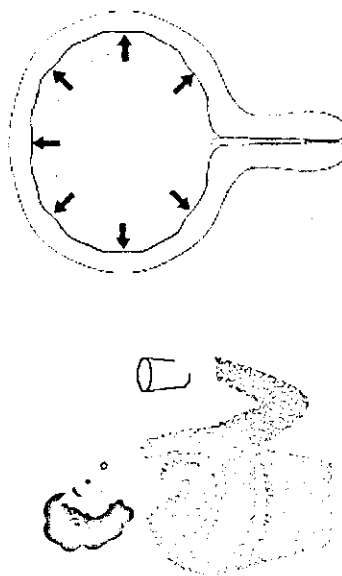
前立腺肥大症などの尿道通過障害(尿排出障害)が原因の場合には、前立腺切除やレーザー治療、下部尿路障害に対する外科的治療などが行われます。

### 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。



収縮により、膀胱壁の不規則な収縮を抑えます。

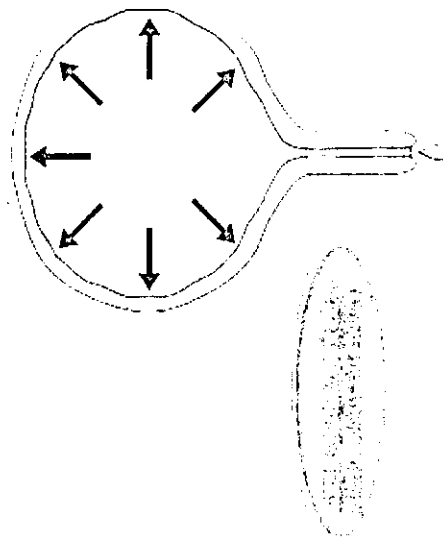
## 溢流性尿失禁

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。

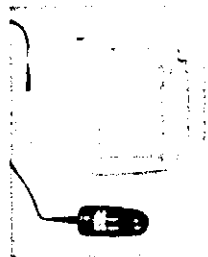
溢流性尿失禁は、放置すると腎不全、膀胱結石、尿路感染症も起こりうるため、泌尿器科専門医による診断・治療が必要です。



## 介護・看護の現場でできる対処方法

### 残尿測定

多量の残尿が逆流性尿失禁の診断の決め手となるため、排尿直後に湯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装置が市販されています(ブラッター・スキャン:米因ワルトラサウンド社製、(株)タッチメトリクス)。



ブラッター・スキャン:排尿直後に膀胱内の尿比重を自動的に計測できます。

### 過剰尿失禁

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

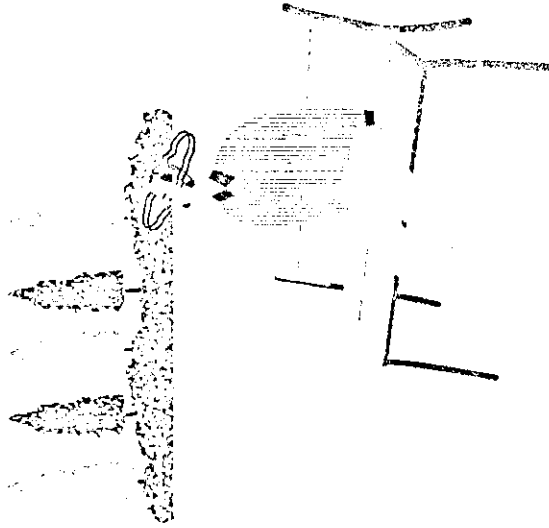
尿排出障害は、排尿姿勢を工夫することで尿が出やすくなる場合があります。本人の状態に合わせて、できるだけ排尿しやすい姿勢を工夫して  
みましょう(P.36参照)。

### 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。



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)の低下や痲呆が原因としてあげられます。機能性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も考えたい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、純粋な機能性尿失禁は少なく、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。



# 膀胱収縮障害

## 介護・看護の現場でできる対処方法

### 膀胱状態の詳細なチェック

尿失禁に関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、排尿衝動、排尿動作、トイレ環境などがあります。

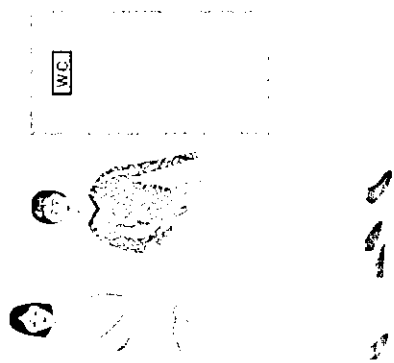
身体的運動能力の低下が尿失禁の原因であれば排尿管理は行いやすいのですが、痙攣が存在する場合は排尿管理がより難しくなります。

### 排尿介助

身体的運動能力の低下が原因であれば、痙攣が原因であれば、機能的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得ないこともあります。(おむつ、排尿器具について、P.38参照)

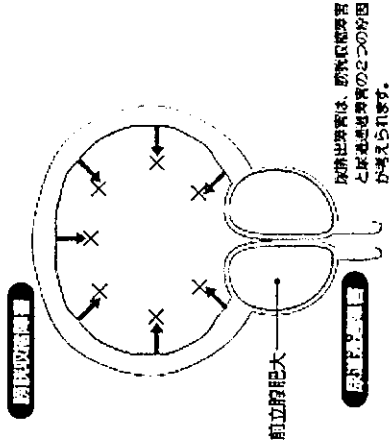
### 専門医を受診

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原因を調べるのもよいでしょう。



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、尿に勢いがない、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があります(尿閉)。また、頻尿、尿意切迫感(急に尿がしたくともれそうになる)、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、覆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、逆流性尿失禁(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。





# 排便障害

## 介護・看護の現場でできる対処方法

### 日常生活の注意

飲料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。  
 軟便や便秘は排尿困難を悪化させますのでご注意ください。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・介護者でもお便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(ブラッター・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。

### 清潔型欠導尿

外科的治療が不可能な例、薬物治療の効果が見られない例では、清潔型欠導尿(P.29参照)を行います。  
 頻尿の高度な例、またマンパワ―の術後で清潔型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。

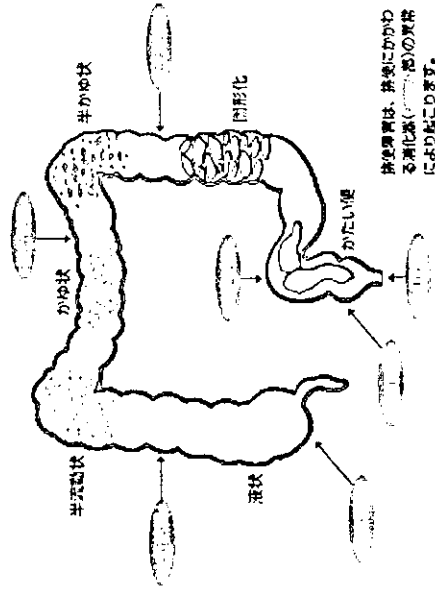
排便障害には、便秘、下痢、便失禁があります。高齢者では、排便障害を起こすいろいろな疾患以外に、加齢にともなう排便機能の低下も加わり、種々の排便障害が同時に見られることも少なくありません。

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にでなく、糖尿病、慢性腎不全、甲状腺機能亢進症、アルゼルギ一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、大腸の運動機能が低下、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、下痢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

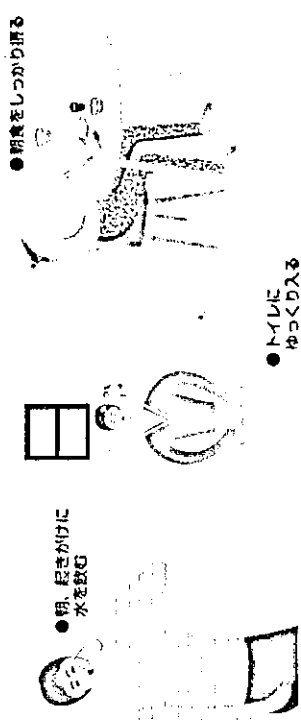
便の回数、量、時間(いつごろ出るか)、性状、便失禁の有無およびその状態(便に含むものに汚れる、知らずに汚れる、排便後に汚れる、など)をチェックします。

排便習慣は個人差が大きいため、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、痙攣、日中の運動、食料、下剤等の服薬状態、トイレ環境)。

直腸内に便の塊がた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(排便)。専門看護師あるいは医師に相談しましょう。

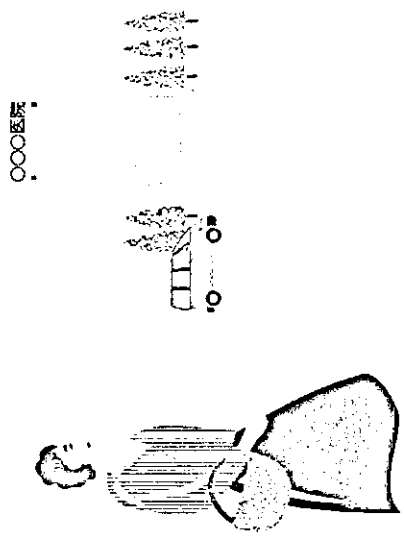
十分な水分摂取、食料療法(野菜の摂取など)、規則正しい排便習慣の保持(排便誘導)などに配慮しましょう。



頑固な便秘や長期継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。

便秘に対しては、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、恒常的な便秘に関しては、専門医受診をすすめます。

多量の下痢や長期間下痢を服用している高齢者については、専門医を要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

いろいろなお薬により、便の硬さの調節、腸管の動きの調節、遅刻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、便秘の治療をします。

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。★



## ごんがんが定状に要注意

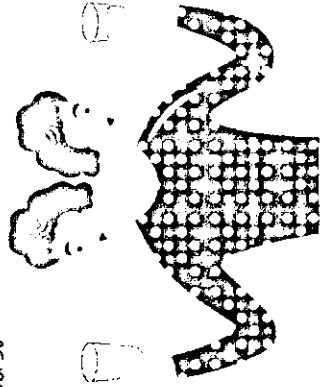
排尿状態の変化を見逃さないことが、排泄ケアの第一歩です。過去の排尿日誌と見比べることも有効です。ちょっとした排尿状態の変化が、実は症状悪化のサインであることもあるので、注意深い観察が必要です。

乳癌、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。

排尿回数や尿量の急激な変化も、隠れた疾患を見つづ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。



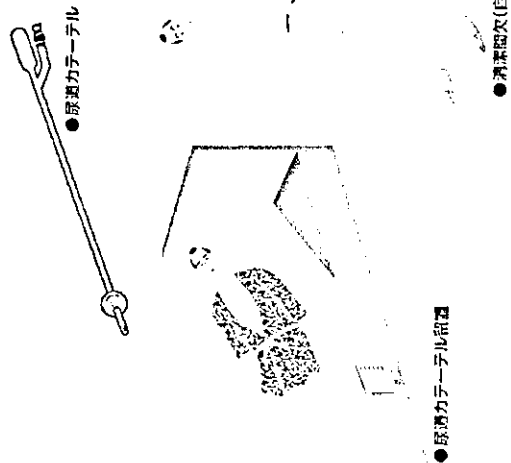
# 尿道カテーテル留置・清潔間欠(自己)導尿について

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ます。さらには覆たま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士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知らせるようにしてください。



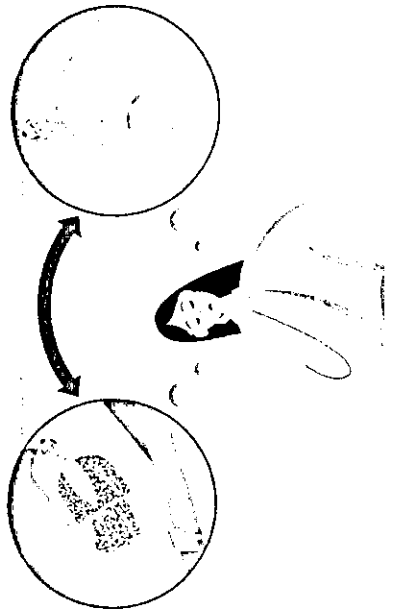
## 尿道カテーテル留置の注意

水分摂取を多くして、十分な量の尿ができるようにします(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、覆たまり状態の引き金になったりすることがあるため、渾然とカテーテル留置を続けられないようにします。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。

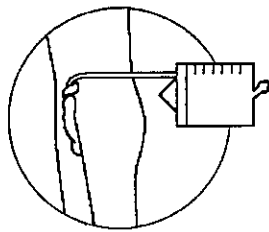
留置中は膀胱内にカスがたまり、尿がこってきまます。膀胱洗浄はカスを取るのには意味がありますが、尿路感染の防止や治療としての意味はありません。また、逆に細菌を膀胱に入れる危険性がありますので、膀胱洗浄は必要時のみで十分です。にこりがひどければ、いったんカテーテルを抜いて、間欠導尿を行ってください。



## 清潔間欠(自己)導尿の注意点

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。

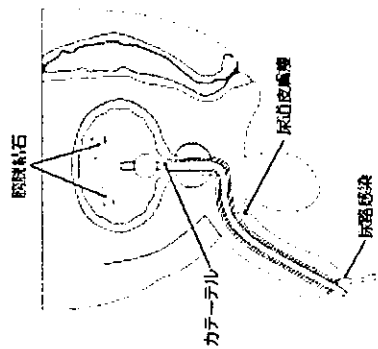


排尿日誌を参考に、排尿習慣に合わせて導尿を心がけます。

「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。

日排尿が可能で、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なります。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。

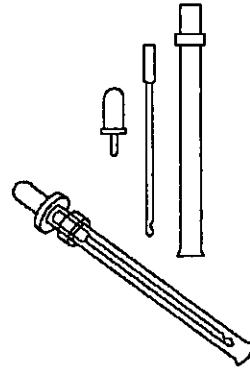
尿路感染、膀胱結石、尿道皮膚瘻(尿道と皮膚に穴があく)などの合併症が起こることがあるので、血尿、乳癌、尿道からの腫などがみられたら、専門医を受診してください。



## 具体的な方法

### ① 器具

導尿用のカテーテルは使い捨て用カテーテル(サファイアードネートンカテーテル8～10F)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変換します。



# 骨盤底筋訓練について

## ○方法

① 両手を石けんと水道水で洗います。



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



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。



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とります。



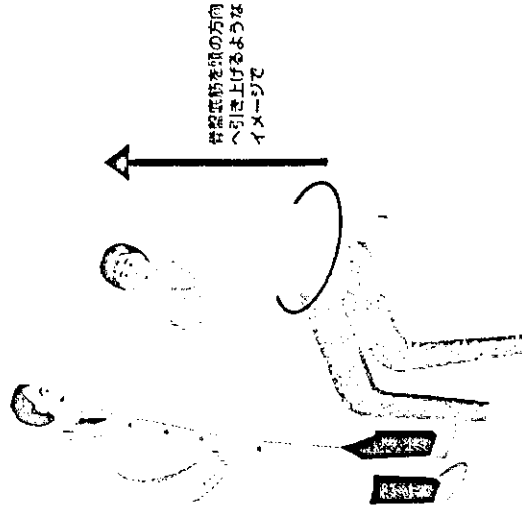
女性に自己導尿を指導する時は、慣れるまで鎖を使って尿道口の位置を確保させますが、慣れたら見なくてもできるようになります。

挿入操作ではないので、速やか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。

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。

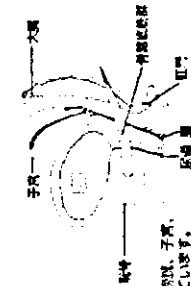
骨盤底筋訓練は適切な指導のもとに継続して行う必要がありますが、高齢者でも有効ですので、本人に尿失禁改善の意欲のある場合にはぜひ行ってみましょう。

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)



骨盤底筋は膣、子宮、尿道を支えています。

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。

骨盤底筋の収縮は、具体的には脛、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)を足の方へ押し下げようとする運動は、全く逆で、正しくありません。



骨盤底筋を頭の方へ引き上げること、ぐらぐらする感覚を引込めます。

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、膝を立てて脱脚し、指導者が脛に2本の指を挿入して脛を締めてもらいます。もし、指が脛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、指が脛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。



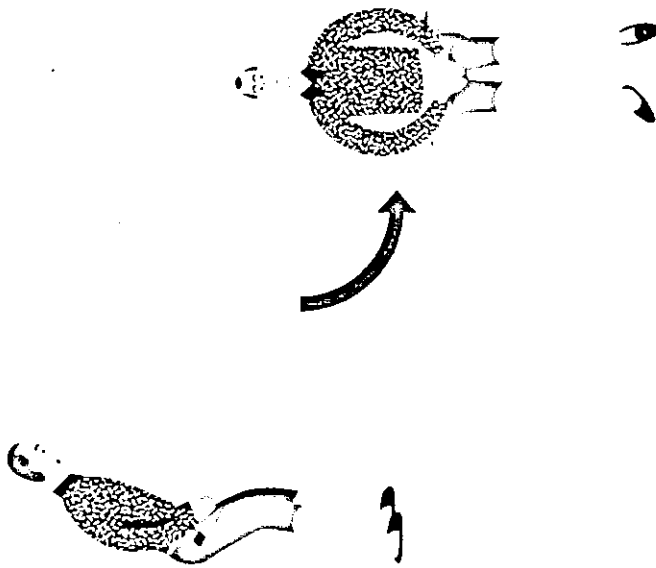
要領を覚えたところで「ゆっくり収縮訓練(1~5まで数えながらゆっくり収縮し10秒ほど体位)」と「はやい収縮訓練(すばやい収縮の繰り返し)」を指導し、これを毎日一定回数(40~100回)行うようにしましょう。訓練は毎日行うことが重要で、目安として2カ月は続けます。

正しい訓練が行われているかどうかを、定期的確認します。

## 排泄姿勢の工夫

逆流性尿失禁(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試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。



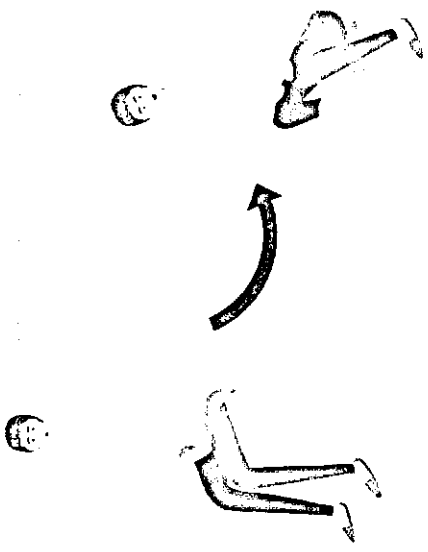
# おむつ、排泄器具について

さまざまな治療や排泄ケアにもかかわらず排泄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、おむつや排泄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。

おむつの湿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、排泄したらすぐ交換するよう努めましょう。

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。



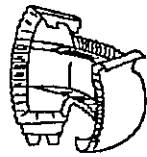
男性、女性とも、臥位より座位のほうが排尿しやすいです(寝ているより座っているほうが排尿しやすい)。

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。

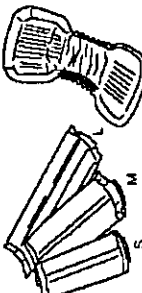




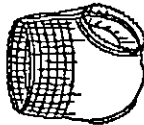
## 主なおむつ、排尿器具



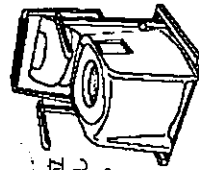
さまざまな種類のおむつがありますので、本人のADL(身体的運動能力)、尿量の有無や失禁量、失禁回数、経済状態、また各おむつ製品の吸収能、大きさ、取り換えやすさ、価格などを考慮して選択しましょう。



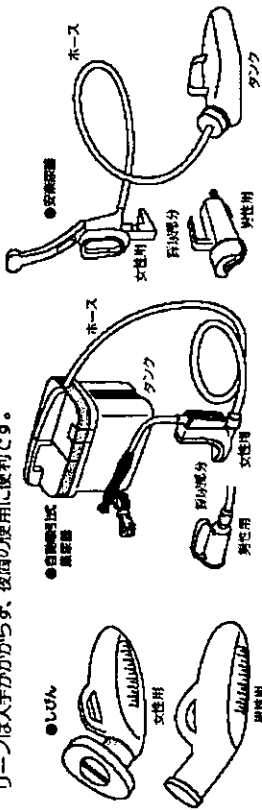
失禁パンツより集尿量が多いため、失禁パンツとの併用もよいでしょう。



少量の尿失禁であれば、おむつでなくても対応できます。



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。



しびれや排尿感などがあります。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らず、夜間の使用に便利です。

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。

- 交感神経の刺激薬(偽副交感神経薬(シロピロピント)、三環系抗うつ薬(フルフェリン))
- 閉経後の女性…女性ホルモン(エストロゲンなど)
- 過活動膀胱…抗コリン薬(ボラキサ、パップアフォーなど)
- 下尿路感染症や膀胱収縮不全にもとづく過活動尿失禁…交感神経を遮断薬(バルネール、フリバ、アピシヨット、ミニプロレス、エフランチル、テタントール、ハイトラジンなど)
- 前立腺肥大症…抗男性ホルモン薬(フロスタールなど)
- 膀胱収縮障害…コリン作動性薬(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。尿失禁治療に悩まれている薬剤でも、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。

#### ●尿排出障害を起こす薬剤

阻害剤	中枢性神経抑制薬(リオレサル) 抗精神科薬(セロオース)
阻害剤	利尿薬、尿失禁治療薬(抗コリン薬:ボラキサ、パップアフォー、プロ・パンサイン) 鎮痛薬(ブスコパン、コリアパン、コリアチル) 消化器薬(抗酸薬(コランチル) パーキンソン病治療薬(アターテン、アキネトン、ベントナ) 抗不整脈薬(リスモザン)
阻害剤	利尿薬(タンリッチ、PL)
阻害剤	利尿薬(タンリッチ、PL)
阻害剤	コリン作動性薬(ウブレチド、ベサコリン) 交感神経を遮断薬(ミニプロレスなど) βアドレナリン拮抗薬(ストメリン、プロタノール、スファジランなど)



## 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情、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

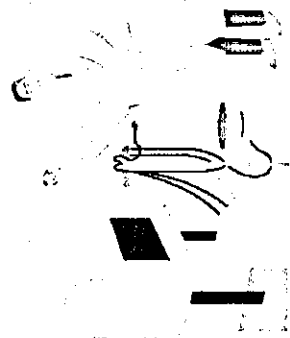
尿路感染症のほか、さまざまな腎臓状態がわかってくるため、尿検査は必須の検査項目といえます。

### 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。

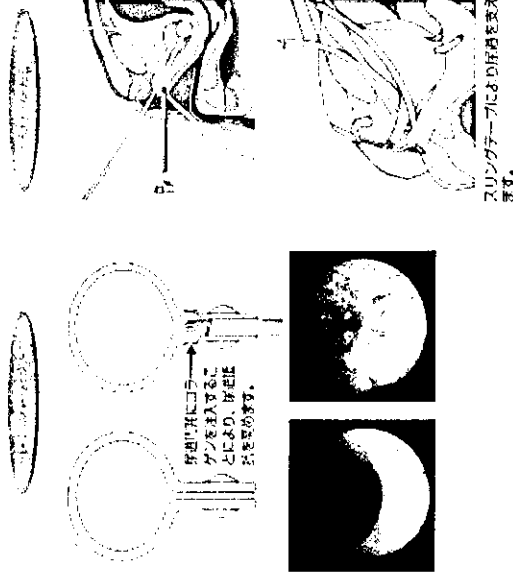


## 外科的治療について

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)

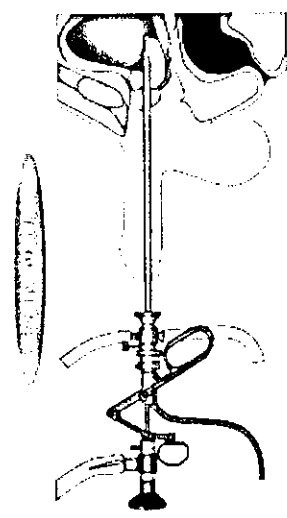
膀胱頸部挙上術(下がった膀胱を引き上げる)、スリング手術(尿道括約筋のゆるみを矯正する)、尿道高圧コラーゲン注入療法(コラーゲン注入により尿道抵抗を高める)などがあります。比較的軽い手術で、局所麻酔や下半身麻酔でできます。



# その他の治療法について

## 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尿道切開術が行われることがあります。



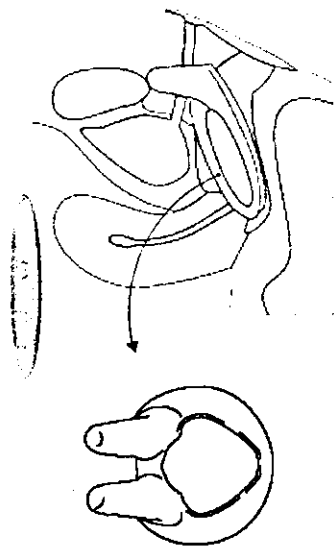
尿道から挿入した器具で切除します。

## 逆流性尿失禁 (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。

## 尿失禁

医内コーン、膀胱頸部支持帯など、女性側圧性尿失禁に対して有効な器具があります。



膣内に器具を入れ、下がった膀胱頸部を引上げます。

## 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

起床時間： 時 分  
就寝時間： 時 分

日付： \_\_\_\_\_  
名前： \_\_\_\_\_

排尿時刻 (尿意など)	朝起きてから寝るまで		夜寝てから朝起きるまで	
	排尿量 (mL)	失禁回数 失禁量 (mL) など	排尿時刻 (尿意など)	失禁回数 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				

日間：尿量 \_\_\_\_\_ 失禁回数 \_\_\_\_\_ 失禁量 \_\_\_\_\_  
夜間：尿量 \_\_\_\_\_ 失禁回数 \_\_\_\_\_ 失禁量 \_\_\_\_\_

### 排尿チェック表

日付： \_\_\_\_\_  
名前： \_\_\_\_\_

No	項目	O/X	尿失禁のタイプ				尿検出 漏洩					
			尿圧性	切迫性	過満性	機能的						
1	尿意を感えない(尿量がわからない)			-1.3	0.8							
2	尿がしゃか・まうなど尿圧時に尿がもれる		2.2									
3	尿がたらた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 までに排泄できずに尿がもれる			2.8								
5	排尿の回数が多い(起床から起床まで：8時 以上または夜間：9時以上)			1.0								
6	いつもおぼろげに力を入れて排泄している				1.2							
7	排泄途中で尿意が途切れる						1.8					
8	トイレ以外の場所でも排泄する						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	0.9					
11	準備に時間がかかったり尿意をうまく使え ない						2.2					
12	尿失禁に原因がない、あるいは悪化していない						1.9					
13	経時的な尿意の悪化がある		1.3									
1~13の合計点												
引当算分								-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