



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

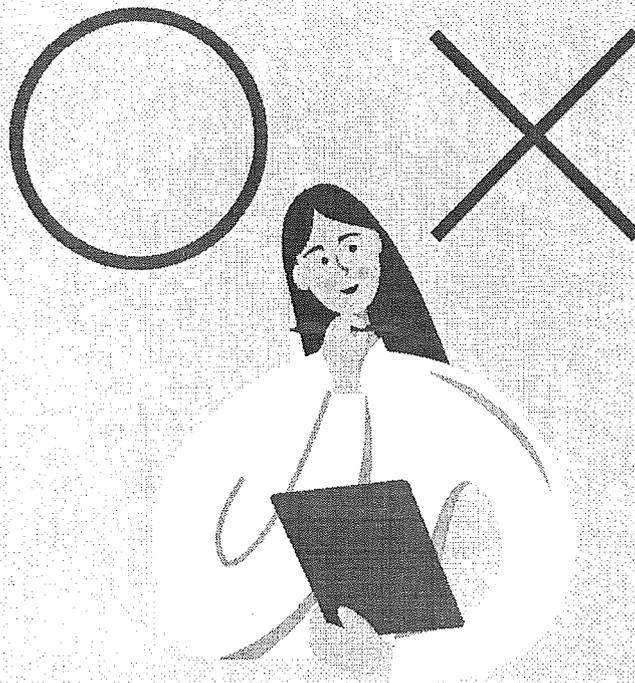
夜間：尿量 700mL 排尿回数 4 失禁回数 2 失禁量 多



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	O/X	尿失禁のタイプ				尿排出障害
			腹圧性	切迫性	溢流性	機能性	
1	尿意を訴えない(尿意がわからない)	×		-1.3	0.8		
2	咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる	×	2.2				
3	尿がだらだらと常にもれている	×			4.0		2.8
4	パンツをおろす、あるいはトイレに行くまでに我慢できずに尿がもれる	○		2.8			
5	排尿の回数が多い(起床から就寝まで:8回以上または夜間:3回以上)	○		1.0			
6	いつもおなかに力をいれて排尿している	×			1.2		
7	排尿途中で尿線がとぎれる	○					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	経腔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)、機能性尿失禁(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 経膣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。

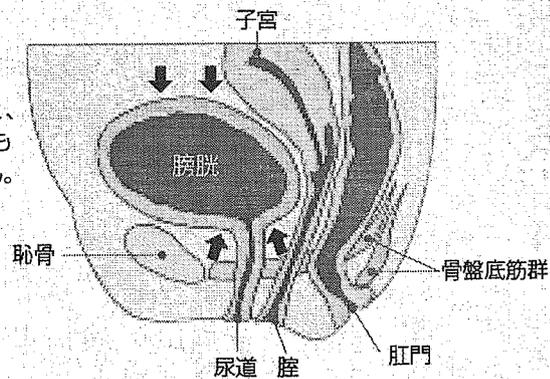
膀胱や子宮を支える筋肉(**骨盤底筋群**)がゆるむことで膀胱が下がってしまったり(**ぐらぐら尿失禁**)、尿道を締める筋肉(括約筋)の働きが弱くなってしまったり(**ゆるゆる尿失禁**)することが原因で起こるものです。

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

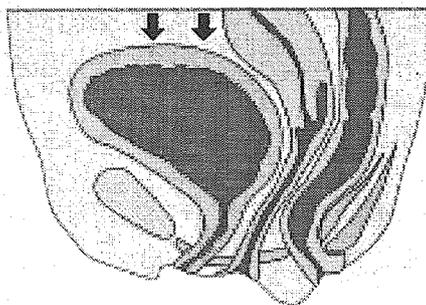
正常

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。



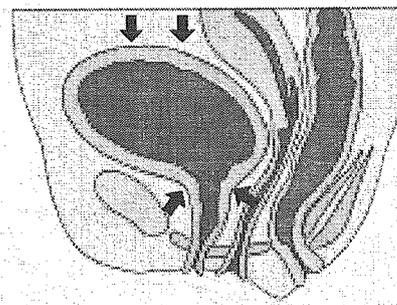
ぐらぐら尿失禁

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)

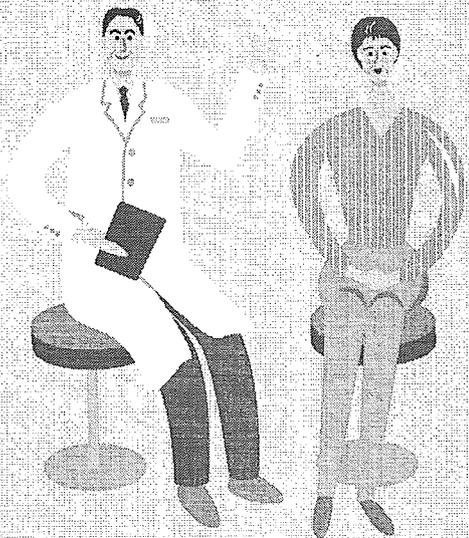
下がった膀胱を引き上げる(膀胱頸部挙上術)、括約筋のゆるみを矯正す
る(スリング手術)、尿道にコラーゲンを注入するなどの手術により、尿
失禁を改善します。いずれも比較的軽い手術ですので、正常な日常生活
ができて、根治の希望が強い方には行う価値があります。

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)。





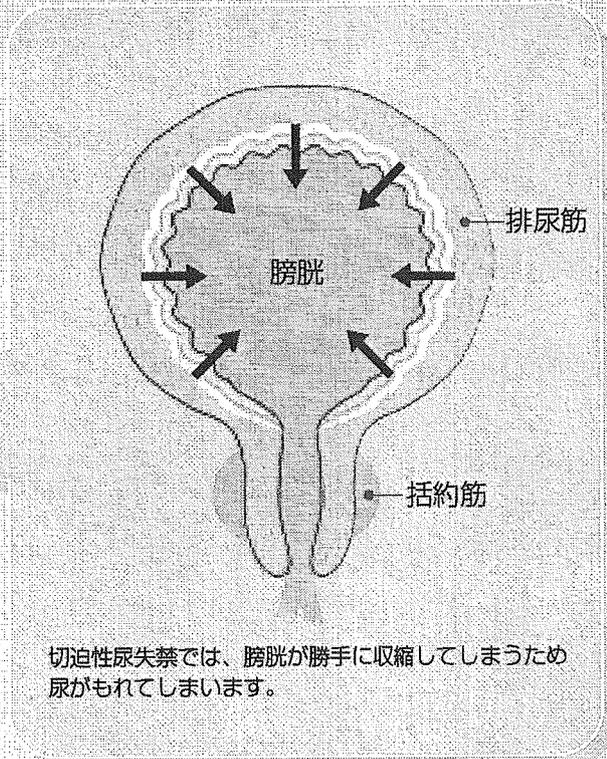
切迫性尿失禁

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、加齢による膀胱の動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)

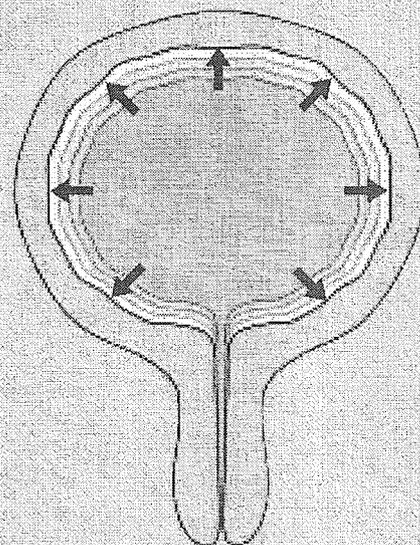
前立腺肥大症などの尿道通過障害(尿排出障害)が原因の場合には、前立腺切除やレーザー治療、下部尿路閉塞に対する外科的治療などが行われます。

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。



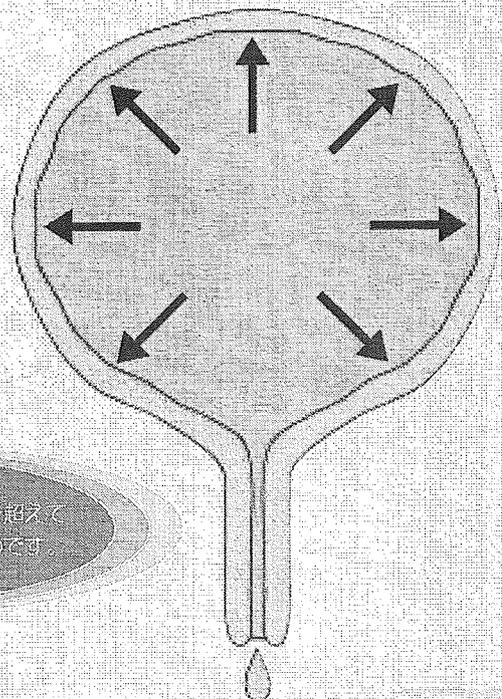
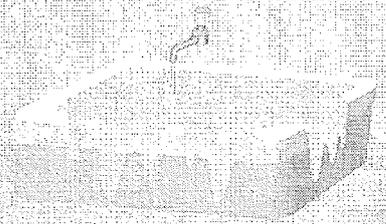
溢流性尿失禁

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。

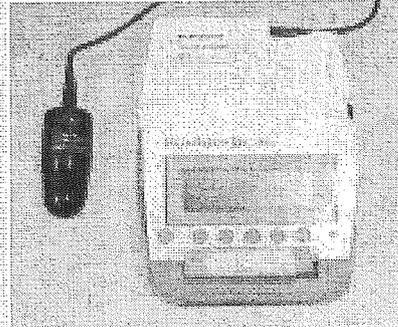


溢流性尿失禁は膀胱の許容量を超えて尿が残り、あふれてもれるものです。

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、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。



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

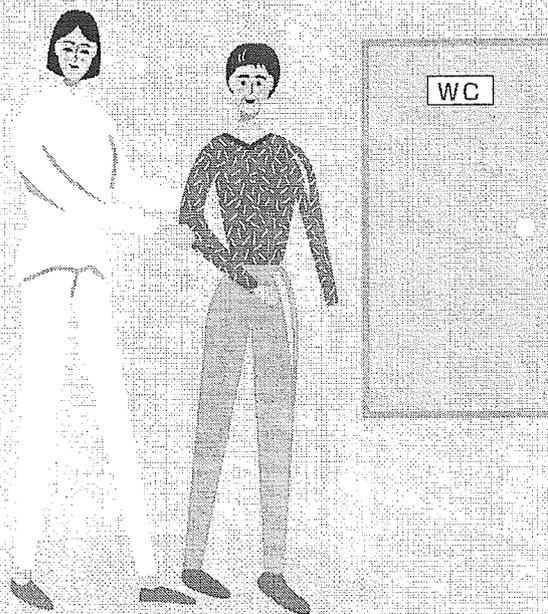
尿失禁に関する要因をチェックし、それぞれについて解決法を検討します。チェックする要因としては、尿意、排尿意欲、排尿間隔、排尿動作、トイレ環境などがあります。
 身体的運動能力の低下が尿失禁の原因であれば排尿管理は行いやすいのですが、**痴呆が存在する場合は排尿管理がより難しくなります。**

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。

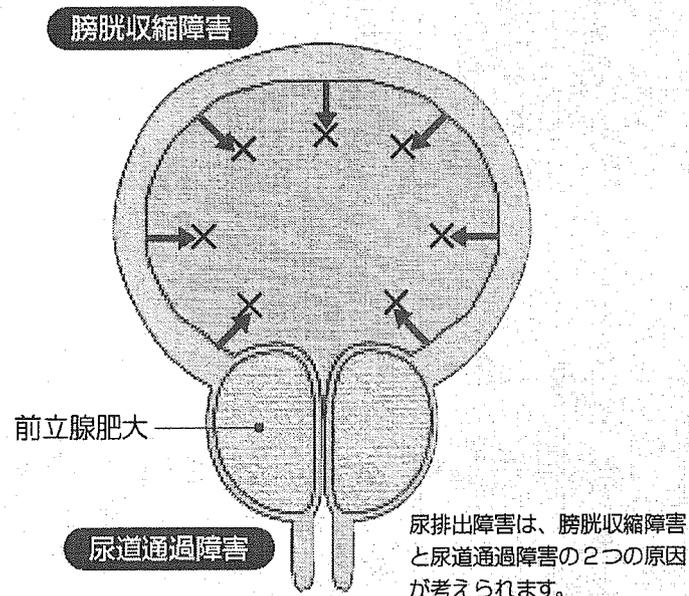




尿排出障害

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らそうになる)、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

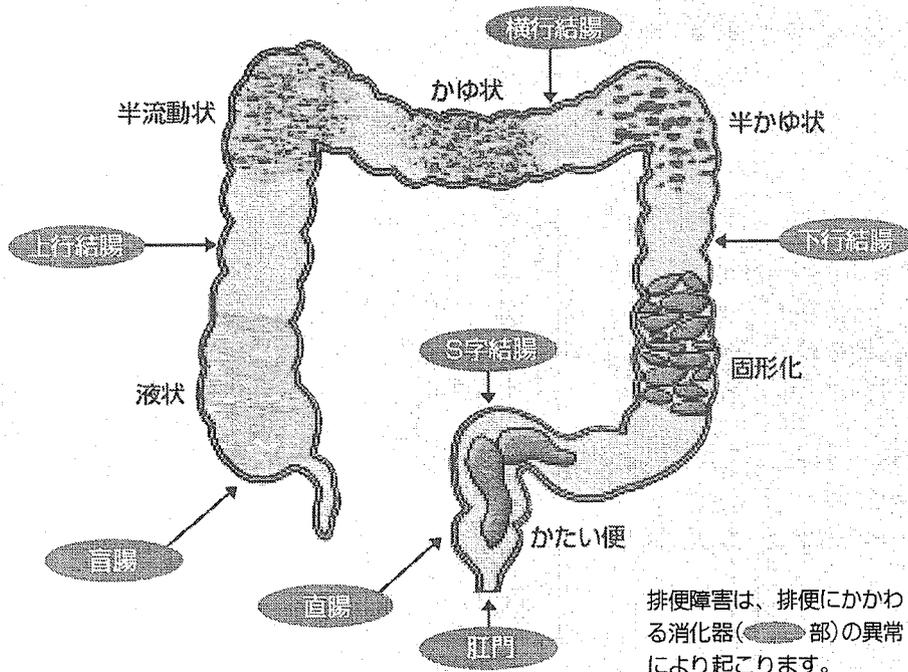
排便障害には、便秘、下痢、便失禁があります。高齢者では、排便障害を起こすいろいろな疾患以外に、加齢にともなう排便機能の低下も加わり、種々の排便障害が同時に見られることも少なくありません。

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、腸の動きに影響し、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、痴呆、日常の運動、食事、下剤等の服薬状態、トイレ環境)。

直腸内に便の塊が詰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。

