

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。





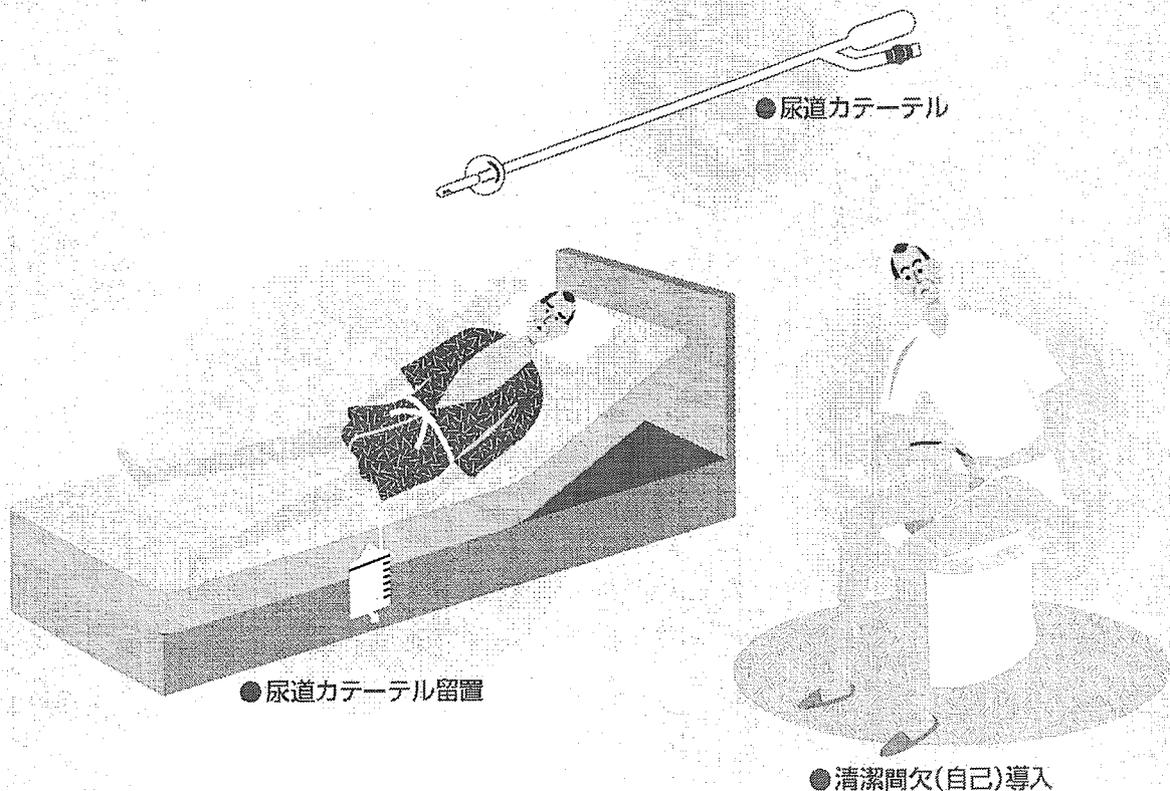
尿道カテーテル留置・ 清潔間欠(自己)導尿について

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、尿を排出する必要が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。



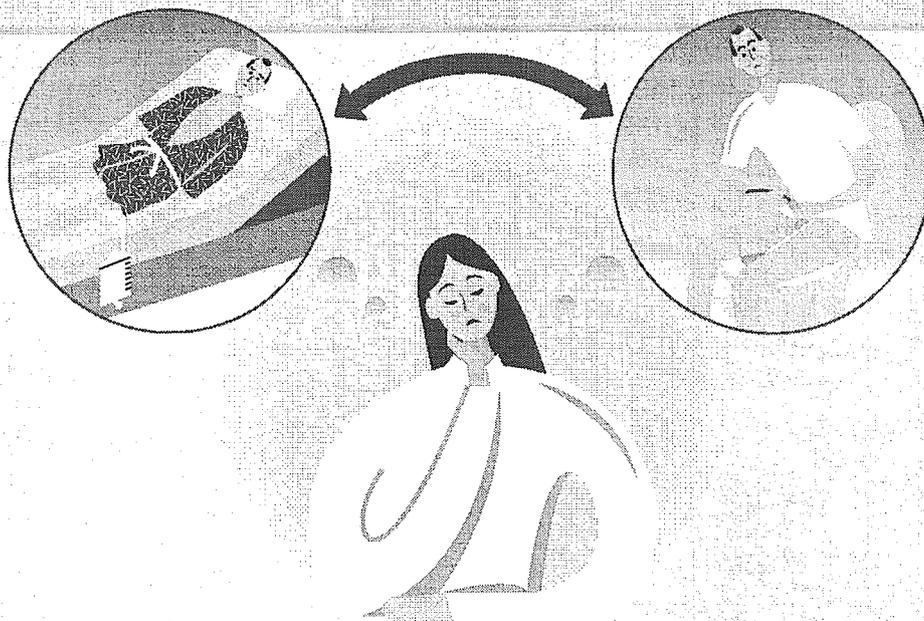
尿道カテーテル留置の注意

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。

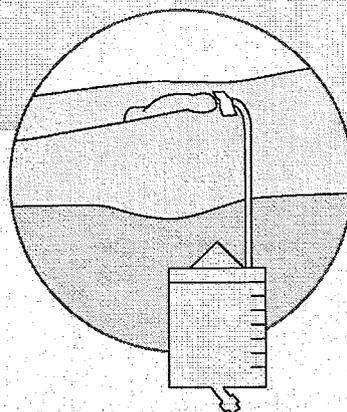
間欠導尿の導入が可能かどうか考えてみましょう。

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。

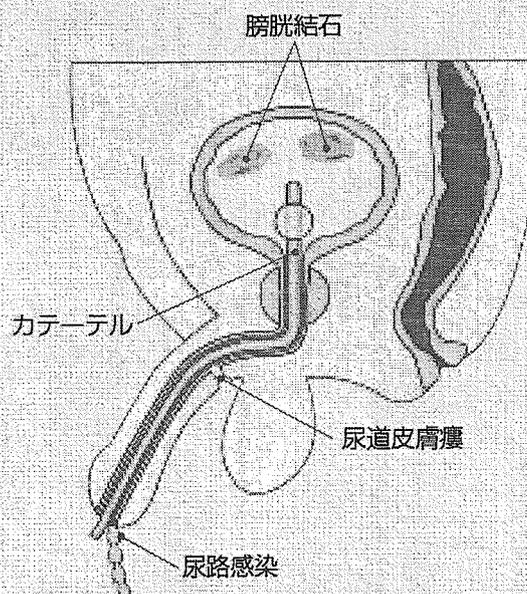


カテーテルは2~4週間ごとに交換します。

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。

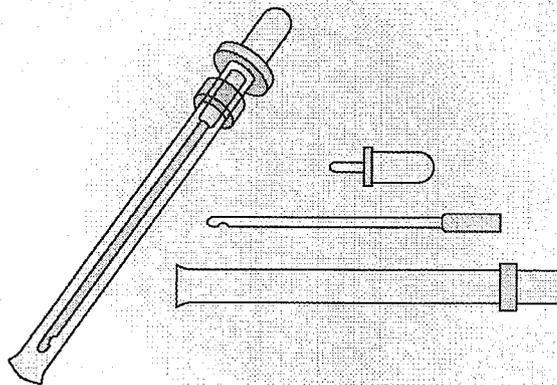
「自己」導尿を意識し、運動機能障害のない場合は本人による導尿操作を指導します。

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

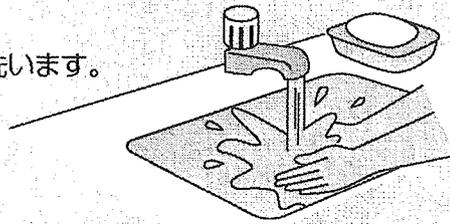
●器具

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%ヒピ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。

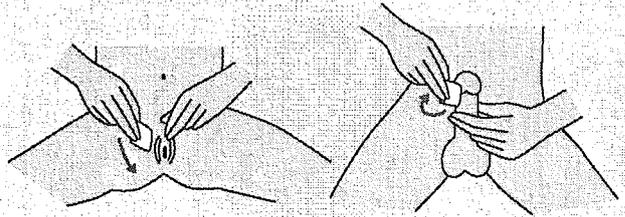


●方法

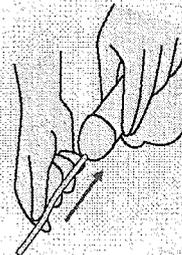
1 両手を石けんと水道水で洗います。



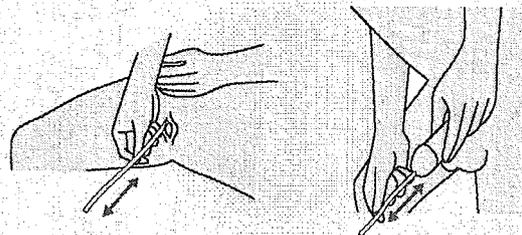
2 尿道の出口を消毒綿(クリーンコットン、ナップクリーン、モイスペットなど薬局で市販のもので可)で清拭します。



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とります。



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。

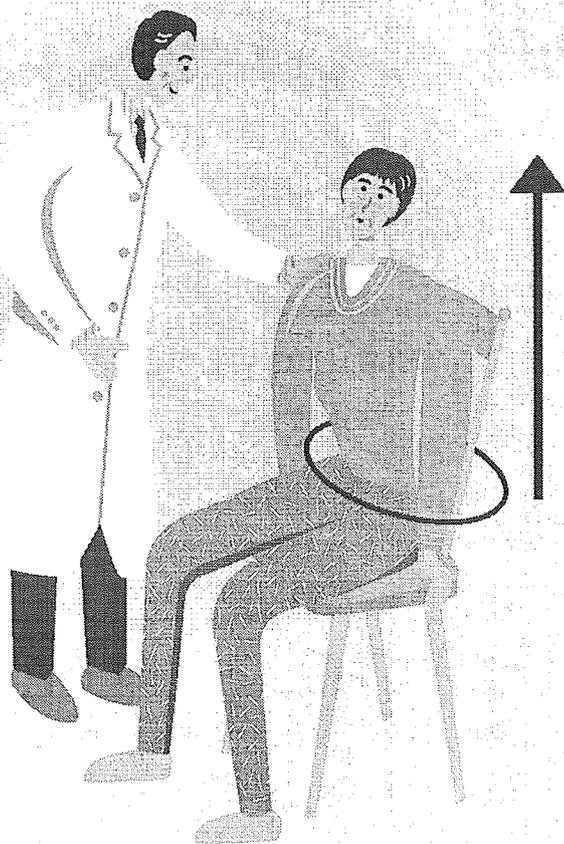


骨盤底筋訓練について

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。

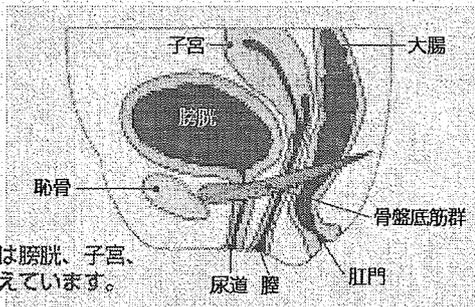


骨盤底筋を頭の方へ引き上げるようなイメージで

骨盤底筋訓練の進め方

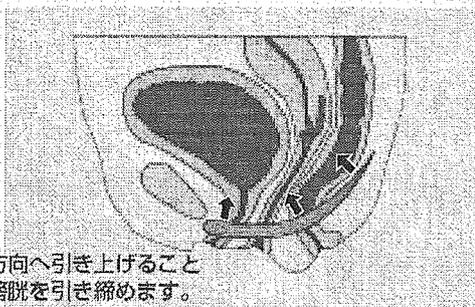
(よくわからない場合は専門医から指導を受けてください)

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。



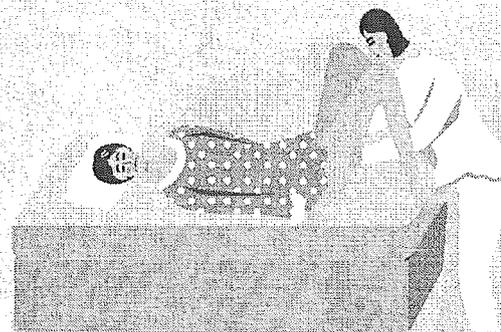
骨盤底筋は膀胱、子宮、直腸を支えています。

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せます。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るような運動は、全く逆で、正しくありません。



骨盤底筋群を頭の方へ引き上げることで、くらくらする膀胱を引き締めます。

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じ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じであれば、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。

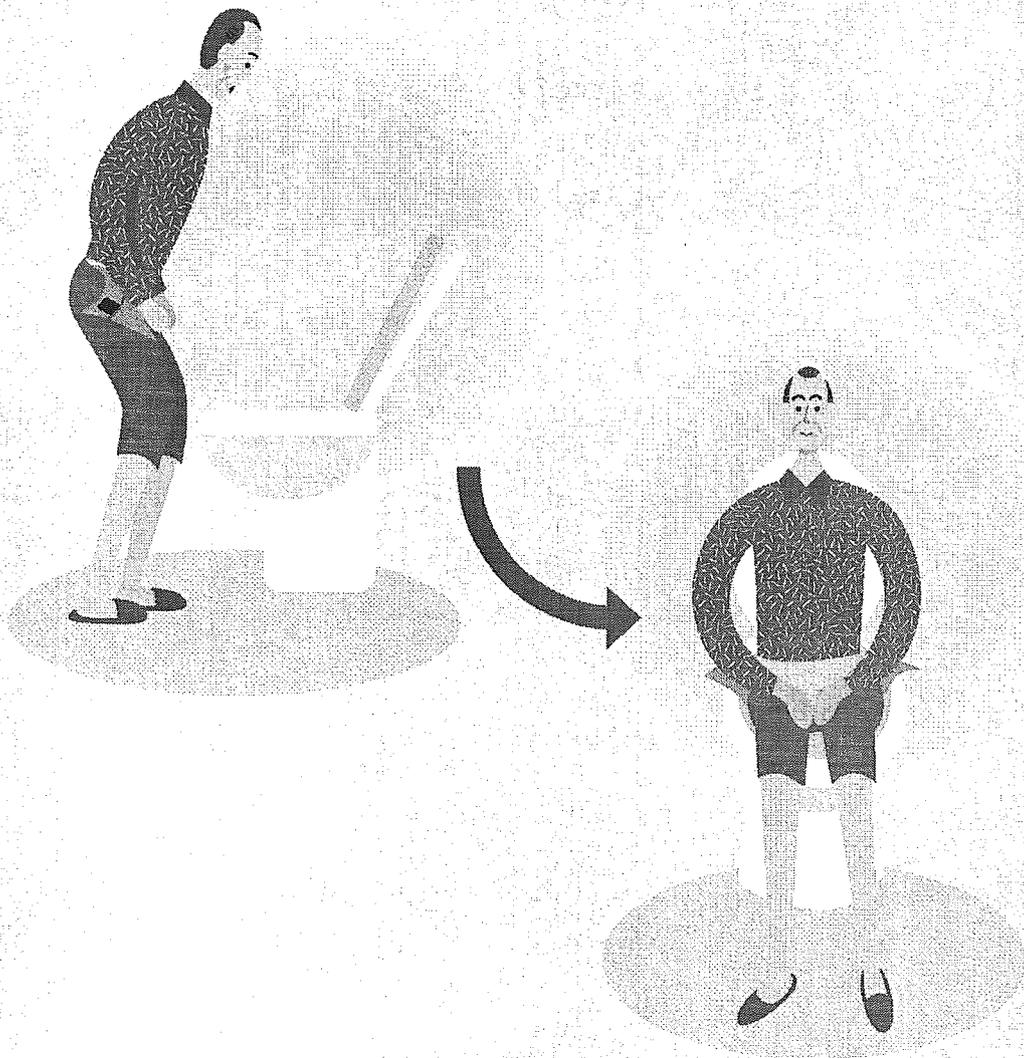
正しい訓練が行われているかどうかを、定期的を確認します。



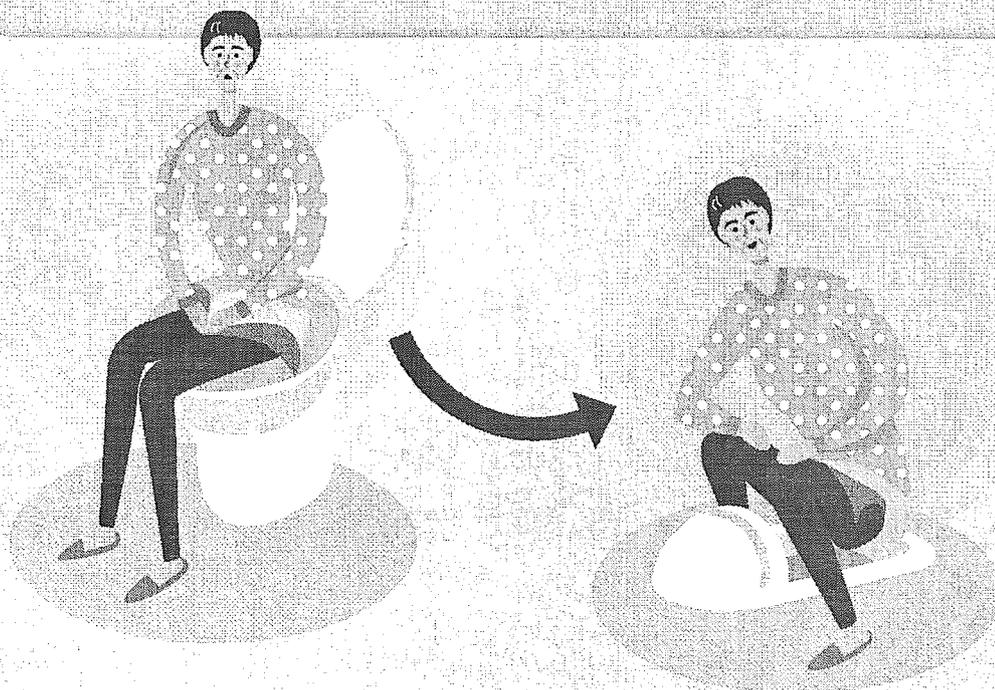
排尿姿勢の工夫

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試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。

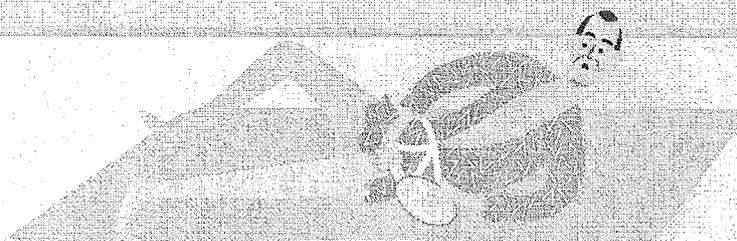


女性では、洋式トイレより和式トイレのほうが排尿しやすいことがあります。



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。





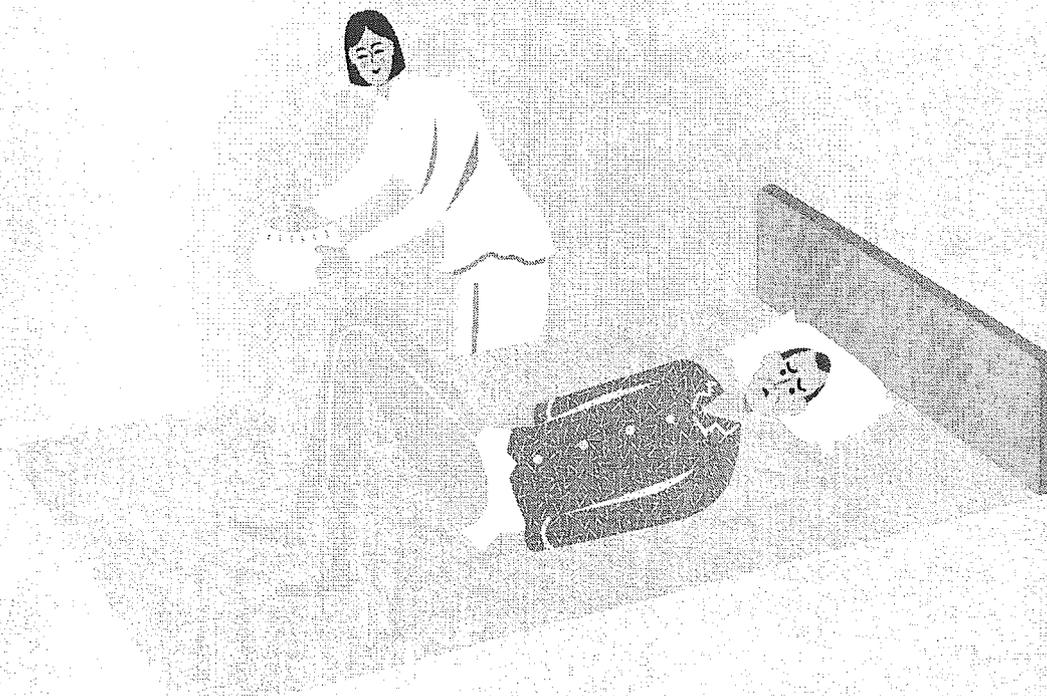
おむつ、排尿器具について

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。

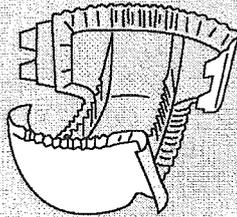
おむつがぬれたままの状態はなるべく短くするよう、排尿したらすぐ交換するように努めましょう。



主なおむつ、排尿器具

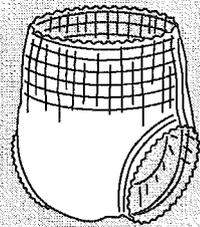
おむつ

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。



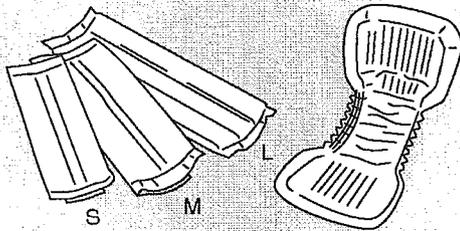
失禁パンツ

少量の尿失禁であれば、おむつでなくても対応できます。



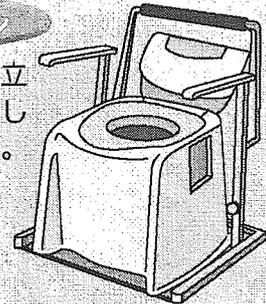
失禁パッド

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。



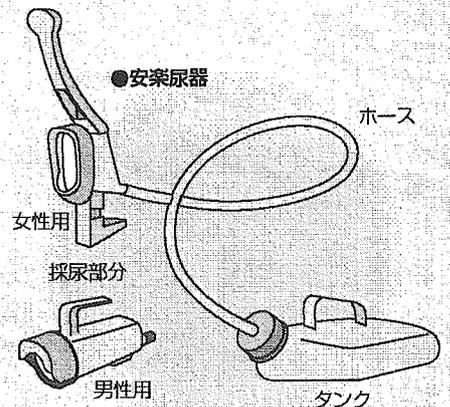
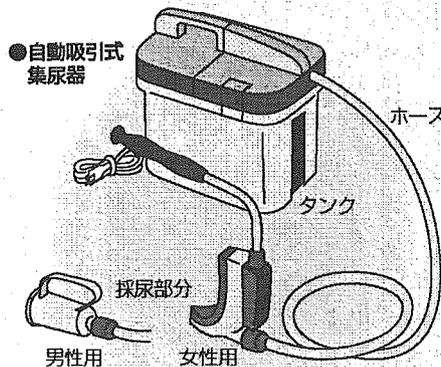
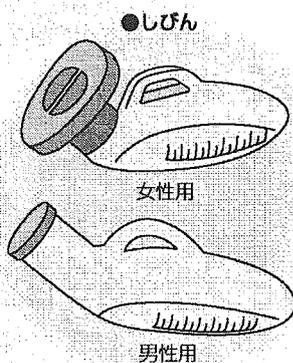
ポータブルトイレ

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

しびんや採尿管などがあります。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。



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。

膀胱過剰尿失禁	交感神経 α 刺激薬(塩酸エフェドリン)、 β 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(エストロールなど)
膀胱過活動尿失禁	過活動膀胱…抗コリン薬(ボラキス、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 α 遮断薬(ハルナール、フリバス、アビショット、ミニプレス、エプランチル、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(リオレサール) 抗精神病薬(セレンース)
膀胱レベル	頻尿・尿失禁治療薬(抗コリン薬:ボラキス、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、セスデン) 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) β 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 α 遮断薬(ミニプレスなど) β アドレナリン刺激薬(ストメリン、フロタノール、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

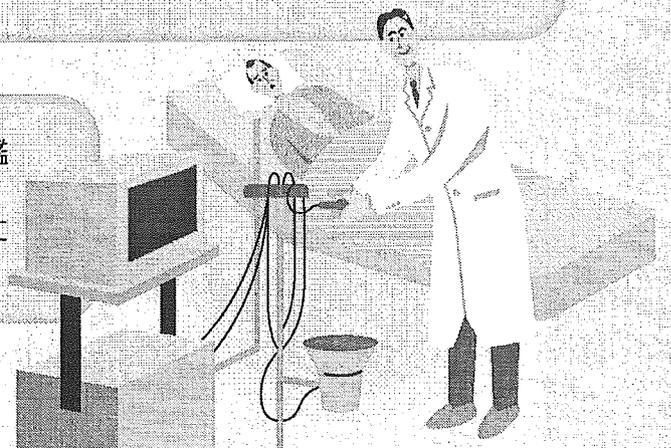
尿路感染症のほか、さまざまな健康状態がわかってくるため、尿検査は必須の検査項目といえます。

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。





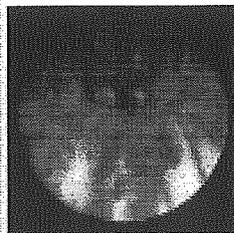
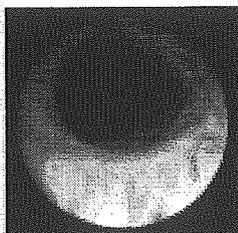
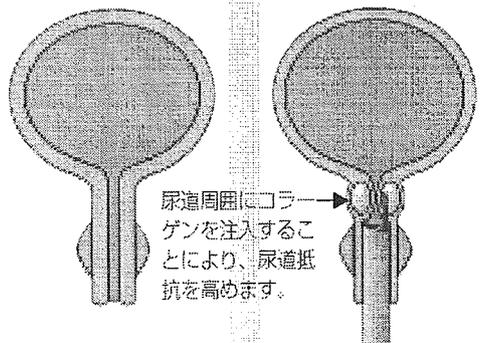
外科的治療について

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。

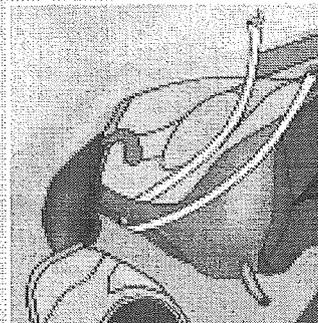
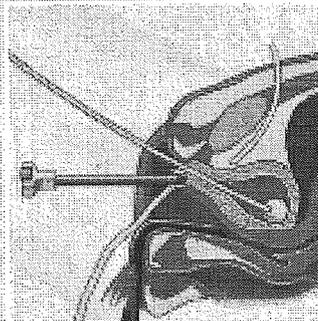
腹圧性尿失禁(P.12参照)

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

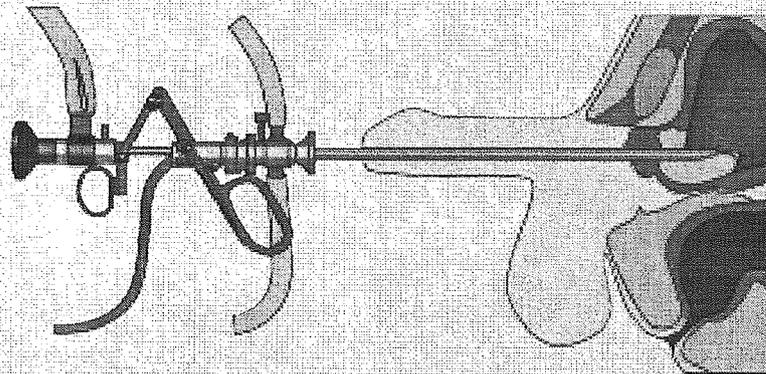


スリングテープにより尿道を支えます。

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)

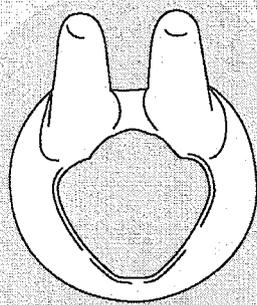
下部尿路閉塞、特に前立腺肥大症に対する外科的治療として、経尿道的前立腺切除術などが行われます。



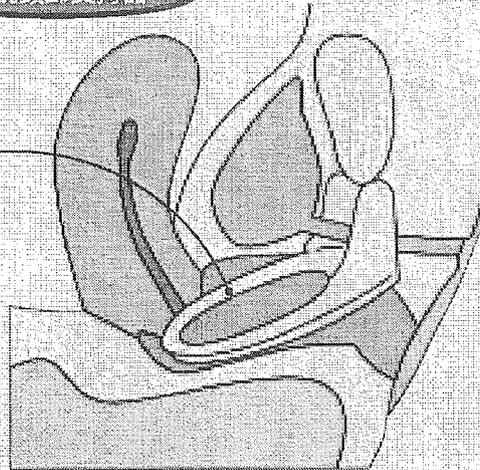
その他の治療法について

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。



膀胱頸部支持器



腔内に器具を入れ、下がってきた膀胱頸部を引き上げます。

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

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