

別紙 3 : 検討会タイムテーブル (案)

| 時間割 | | 内容 | 構成 | 担当者 |
|-------|------|------------------------------------|--|-----------|
| 14:00 | 5分 | 開会挨拶 | | 佐々木 昌弘 |
| 14:05 | 20分 | ①冒頭趣旨説明 | 本検討会の設置趣旨を説明 (20分) - 地域単位の在宅医療研修会が備えるべき理念 (医師会・自治体・在宅療養支援診療所等が三位一体で在宅医療研修会の運営に関与し、三者それぞれの役割を果たしながら当該地域における在宅医療推進の基盤を形成する) や枠組みについて概説 | 辻哲夫 |
| 14:25 | 20分 | ②地域単位の研修会開催例の紹介 | スライド+映像を20分間放映し同時に解説 (20分) 1. 構造的特徴-三位一体の開催構造 / 職種団体を介したリクルート / 市区町村単位の開催 2. 内容的特徴 (研修会) - 在宅医療の必要性を知る講義 / 多職種グループワーク / 地域資源を見る視点 (マッピング等) / 地域課題の整理・解決策検討 3. 内容的特徴 (実地研修) - 実地研修の映像 HP上からの教材の使い方の説明 | 飯島 勝矢 |
| 14:45 | 60分 | ③自地域紹介タイム | 1. 作業内容の説明 (5分) テーマ: 各地域の医師の在宅医療の実施状況と医師を含む多職種連携の状況 (特に在宅医の確保) 2. 発表内容について討議 (5分) 3. 地域毎の発表 (45分: 3分×15グループ) 4. 調整時間 (5分) | 飯島 勝矢 |
| 15:45 | 85分 | ④在宅医療推進のためのグループワークのあり方とファシリテーターの役割 | 1. 本セッションの説明を含めた講義 (35分) 2. 多職種によるグループワーク・ファシリテーションの一例 (指導者研修で利用した木村先生の映像を視聴) (5分) 3. ①効果を最大化できるようなグループワークの枠組みと②ファシリテーターとなる人材を養成する仕組みについて自地域での展開方法の検討 (20分) 4. 全体共有・意見交換 (15分: 3分発表×5地域) 5. 意見交換を踏まえて更に自地域の企画を詰める (5分) 6. まとめ・調整時間 (5分) | 平原 佐斗司 |
| 17:10 | 15分 | 休憩 | | |
| 17:25 | 65分 | ⑤研修会における実習運営 | 1. 本セッションについての説明 (5分) 2. 実習に係る事務局の運営方法例 (15分: 5分×3地域) 3. 地域単位で実習の仕組みを形成するために必要な体制の検討 (20分) 4. 全体共有・意見交換 (15分) 5. 意見交換を踏まえて更に自地域の企画を詰める (5分) 6. まとめ・調整時間 (5分) | 川越 正平 |
| 18:30 | | 1日目終了 | | |
| 19:00 | 60分 | 懇談会 | | |
| 計 | 255分 | | | |

日曜午前（9時～12時30分）

| 時間割 | | 内容 | 詳細 | 担当者 |
|-------|------|---------------------------|---|------|
| 9:00 | 5分 | 冒頭挨拶 | | |
| 9:05 | 80分 | ⑥研修会開催にこぎつけるまでの地ならし・関係づくり | 1. 本セッションの説明（5分） 2. 地域の各団体等との関係づくりの成功例（15分：5分×3地域） 3. 協力が得られやすい働きかけの仕方や協力が得られにくい場合の対処、解決の難しい課題等について検討（25分） 4. 全体共有・意見交換（20分） 5. 意見交換を踏まえて更に自地域の企画を詰める（10分） 6. まとめ・調整時間（5分） | 三浦久幸 |
| 10:25 | 120分 | ⑦各地域の実情に応じた研修プログラムの提案・総括 | 1. 作業内容の説明（5分） 2. 地域毎に自地域の特性に応じた在宅医療研修会のあり方の検討（35分） －地域の人材・予算等を加味したプログラム案の作成 －柏のプログラムをどのように改変するか 3. 地域毎に発表し質疑応答（75分） －15地域×計5分（発表2分と質疑応答3分） 4. 総括（5分） | 飯島勝矢 |
| 12:25 | 5分 | 閉会挨拶 | | 吉野隆之 |
| 12:30 | | 終了 | | |
| 計 | 210分 | | | |

【会場図】

会場住所：TKP 大手町カンファレンスセンター

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-8-1 KDDI 大手町ビル 22F

<http://tkpotemachi.net/access.shtml>

会場へのアクセス

| | |
|----|---|
| 電車 | 東京メトロ丸の内線・東西線・千代田線・半蔵門線・都営三田線 『大手町』 駅 C1 出口直結 『東京駅』 丸の内北口から徒歩 9 分 |
|----|---|

会場地図



4-2)

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

認知症高齢者グループホームにおける終末期ケアに関する教材作成と評価

研究分担者 百瀬由美子 愛知県立大学看護学部老年看護学教授

研究協力者 平木 尚美 宮城大学看護学部老年看護学准教授

天木 伸子 愛知県立大学看護学部老年看護学助教

藤野あゆみ 愛知県立大学看護学部老年看護学講師

研究要旨

研究4では、在宅医療を推進するためには、誰が教育をするのか、誰を教育するのか、どのような仕組みで、どんな教材を使用して、いつ、どこで、どこまでおこなうかが研究課題であり、本班では、認知症対応型グループホームを在宅医療・ケアの場の一つと捉え、グループホームの職員を対象に、多職種連携のニーズが高い終末期ケアに関する教材作成と教育方法の検討を行った。

作成した教材を用いた講義と事例検討会を組み合わせた教育を行った結果、最終的な分析になお、時間を有するものの、おおむね理解が得られ、事例検討が有効である可能性が示唆された。

A. 研究目的

在宅医療の阻害要因を包括的に抽出し、系統的知識、実技、連携など統合的在宅医療推進のノウハウの集大成を行うことを目標とし、研究4では、在宅医療を推進するためには、誰が教育をするのか、誰を教育するのか、どのような仕組みで、どんな教材を使用して、いつ、どこで、どこまでおこなうかを検討することが目的とされた。そこで、本分担研究では、多職種の協働がより求められ、社会的ニーズが高まっている認知症高齢者対応型グループホームにおける終末期ケアに関する教材作成と教育方法および評価を行うことを目的とした。

B. 研究方法

(1) 教育内容の抽出と教材作成

認知症高齢者対応型グループホーム（以下、グループホームと略す）の終末期ケアに必要な教育内容の抽出を研究分担者、協力者間で行った。グループホームは、介護保険法において、居宅サービスの一つに位置付けられ、看護職の配置は義務付けられていない。そのため、職員の多くは介護職であり、終末期や看取りケアを行う場合は、医療機関、訪問看護ステーションとの連携により実践している。昨年度まで行った教育ニーズの調査に基づき、グループホーム職員に対して必要な教育内容の検討を行い、終末期ケアに関する教材テキストを作成した。

(2) 教育方法の評価

教育方法は、テキストを用いた研修会と事例検討を組み合わせた。愛知県、宮城県において、各 1 回グループホーム職員を対象に終末期ケアに関する研修会を開催し、その参加者に調査協力を依頼した。評価方法は研修会後に自記式質問紙法で内容の理解度、研修全体の評価について回答を得た。

(倫理面への配慮)

研修会の案内は、WAM-NET に登録されているグループホームの該当地域からリストアップし郵送しにより行った。研究協力の依頼は、研修会の案内郵送時、および研修会開始前に文書、口頭にて研究の説明、自由意思による参加、質問紙の回答は無記名で匿名性を保証することを説明し、文書により同意を得た。

C. 研究結果

(1) 対象の特性

中部地方、東北地方から各 1 県で研修会を開催した。女性 86 名 (78.2%)、男性 24 名 (21.8%)、平均年齢は 43.06 歳 (標準偏差 12.0)、勤務形態は、常勤 92 名 (88.5%) であった。職種は、介護職 64 名 (53.3%)、看護職 11 名 (9.2%)、管理者 37 名 (30.8%) 等であった。取得資格は、介護福祉士 70 名 (63.1%)、ヘルパー 42 名 (37.8%)、看護師 14 名 (12.6%)、ケアマネージャ 42 名 (37.8%) 等であった。

(2) 研修の理解状況

認知症高齢者の終末期ケアの特徴はおおむね理解され、テキストは有効であったとの回答が 91.2% であった。

(3) 事例検討会の評価

事例検討会については、研修後に学び、感想を自由記述で回答を求めた。これに関しては現在分析中であるが、日頃のケアで悩んでいることや、看取りの経験を語ったり、聴いたりすることで死に対する考え方や不安が軽減したことが記述されていた。

D. 考察

グループホームには、看護職の配置がなく、グループホームの職員は、終末期の身体症状の変化やそれらへの対応、訪問看護ステーションとの連携の取り方、死に対する受け止め方、家族への支援等に困難を感じており、それらを中心にテキストを作成し、それを活用し研修会を実施した。テキストの表現を平易に工夫したことや、ニーズに基づいて作成したことで、有効性が示されたと考える。また、事例検討を行ったことで、課題に対する具体的な解決策が見出された可能性がうかがえた。しかし、看取りを経験していない参加者も比較的多かったことや、事例検討の時間が不足していたことから、今後はテキストの内容をさらに精選し、プログラムの構成や時間配分を検討する余地があると考えられる。

E. 結論

認知症対応型グループホームを在宅医療・ケアの場の一つと捉え、グループホームの職員を対象に、多職種連携のニーズが高い終末期ケアに関する教材作成と教育方法の検討を行った。グループホームには、看護職の配置は義務付けられていないことから、終末期の身体症状への対応に困難を感じ、死への援助に不安を抱える職員が多く、作成した教材を用いた講義と事例検討会を組み合わせた教育を行ったことから、最終的な分析にはなお、時間を有するものの、おおむね理解が得られ、事例検討が有効である可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

4-3)

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進事業）

分担研究報告書

在宅における排尿管理に必要な基本知識・技術に関する

コメディカル教育用テキストの作成

研究要旨

在宅医療において、排尿障害を有する高齢者の適切な排尿管理を行うためには、多職種連携が必要となるが、特に在宅看護・介護に関わる専門コメディカルが排尿管理に必要な基本的知識と技術を身につけることが必須となる。本研究では、看護・介護専門職が、排尿管理に関して具備すべき下部尿路の解剖・生理、排尿障害の診断・治療に関する医学的事項、およびアセスメント、対処に求められる知識と技術を教育するためのテキスト案を作成した

研究分担者氏名：後藤百万

所属機関名・職名：名古屋大学大学院医学系研究科泌尿器科学・教授

法士

山元ひろみ・ユニ・チャーム株式会社グローバルマーケティング本部ヘルスケアSBU

吉川羊子・小牧市民病院泌尿器科排尿ケアセンター・部長

研究協力者指名・所属機関・職名

前田耕太郎・藤田保健衛生大学医学部下部消化管外科・教授

永坂和子・社会医療法人財団親和会八千代病院・看護部長

渡邊順子・聖霊クリストファー大学看護学部看護学科・教授

江本厚子・東海大学健康科学部看護学科・准教授

小林加代子・蒲郡市民病院看護部・看護師

平川倫恵・医療法人鉄蕉会亀田総合病院ウロギネコロジーセンター・理学療法士

祖父江正代・JA 愛知厚生連江南厚生病院看護管理室・師長

生田美智子・杉山女学園大学看護学部看護学科成人看護学・講師

岩井 歩・社会医療法人厚生会木沢記念病院リハビリテーションセンター・理学療

A. 研究目的

排尿障害は生命に関わることはまれであるが、人間の尊厳に関わる問題で、日常生活の様々な活動に影響を及ぼし QOL を著しく障害し、高齢者においては本人のみならず介護者の QOL も阻害する。また、高齢者における不適切な排尿管理は、治療機会の喪失、寝たきりや認知症の誘発につながることも少なくない。

愛知県で行われた老人施設、訪問看護センター、100 床以上の病院での排尿管理実態調査では、カテーテル留置とおむつ使用者の割合は、老人施設入所高齢者 13,466 名では 1.9%と 51.2%、被在宅看護高齢者

2,322名では9.7%と56.0%、さらに病院入院患者13,317名では、17%と30%であった。しかし、カテーテル留置やおむつ使用の理由は必ずしも適切ではなく、その約30~40%は取り外し可能であることが示された。このように、老人施設や在宅看護において、安易なカテーテルやおむつ使用が少なくないことが示唆され、さらにその大多数が病院で開始されていることも明らかとなり、病院における排尿管理が不十分である問題が明らかとなった。人間の尊厳に関わる排尿障害の改善は、医療におけるQOLの重要性が問われる現在、喫緊の課題である。

適切な排尿管理を行うためには、医師・看護系専門職は、病態を理解した上で、適切なアセスメントと対処を行うことが求められ、そのためには排尿障害の基本的な知識と技術を身に付け、さらに個々の症例にそれらを応用して実践しなければならない。中でも、実際に排尿障害を有する高齢者ケアに関わる看護・介護専門職が、排尿障害とその管理の基本知識を具備することは必須となる。本研究では、在宅看護・介護に関わるコメディカル専門職に必要とされる、排尿管理に関する基本知識の講義用テキスト案を作成した。

B. 研究方法

認定NPO法人愛知排泄ケア研究会は、愛知において、排尿障害を有する高齢者の排尿管理向上を目的として、平成14年に創設された団体であり、様々な事業を行っているが、その活動の一つとして、排泄管理に関する専門知識と技術を持つ、専門コメディカル、「排泄機能指導士」の育成に取り

組んでいる。本研究では、研究分担者の後藤を含む、愛知排泄ケア研究会に所属する上記研究協力者12名に依頼して、在宅看護・介護に関わる専門コメディカルの教育を想定し、彼らが身に着けるべき、排尿障害及び適切な排尿管理に関する知識を含む講義用テキスト案を作成した。テキストは、下部尿路の解剖・生理、排尿障害の病態、治療に関する医学的事項、排尿障害を有する高齢者の看護・介護者によるアセスメントと対処に関する基礎知識を含むものとした。

テキストの内容は後に示すが、項目として(1)高齢者排尿障害の疫学、(2)高齢者排泄障害の管理・ケアの現状、(3)高齢者排尿管理・ケアにおける問題点、(4)排尿のしくみ、(5)排尿機能に影響を及ぼす薬剤、(6)排尿障害の評価・検査法(医学的評価について)、(7)排尿障害の症状と原因、(8)前立腺肥大症、(9)神経因性膀胱、(10)尿失禁の分類と病態、(11)尿失禁の治療、(12)排尿日誌の利用、(13)排泄用具の種類と選択、(14)吸収用具の特徴と理解、(15)尿道カテーテル管理の実際、(16)清潔間欠導尿の実際、(17)骨盤底筋訓練、(18)留置カテーテルの必要性再評価と抜去方法、(19)排泄関連動作およびその介助法、(20)排泄ケアとスキンケア、(21)ポジショニングの項目とした。

D. 考察

排泄は、摂食・嚥下と並ぶ生活動作の基本であり、その自立は高齢者の尊厳の維持、生活の質の保持において極めて重要な課題

である。超高齢化社会に突入する我が国において、在宅での看護・介護を支える上でその意義がますます高まる一方、その対応については極めて不十分な状況にある。不適切な排泄管理は、離床の阻害、廃用症候群の進行、寝たきり状態への移行の要因となる。特に認知症患者においては、本人のみならず介護者の生活の質をも障害し、寝かせきりや介護の放棄といった問題への発展も懸念される。逆に適切で積極的な排泄リハビリテーションは短に排泄ケアにとどまらず、ADL の改善、高齢者の心身機能の保持、改善、寝たきり防止に有効な、介護予防の機能を担うものである。排泄において、排尿障害の有病率は極めて高いものの、他方、在宅における高齢者の排尿問題に関する研究は不十分で、特に在宅あるいは施設における高齢者の介護に直接還元できる現実的な研究は不足しており、医師・看護師、および介護に関わる各専門職の排尿ケアに関する意識、知識、技術の不足、さらに現場での不十分な排泄管理の要因となっている。

在宅における排尿管理においては、家族、一般内科医、看護系専門職、介護系専門職、理学療法士などによる、多職種連携が必要になるが、なかでも、実際に現場で高齢者の看護・介護に直接関わる看護・介護系専門職の教育は最も重要な課題となる。今回

作成したテキストは、教育に必要な基本情報を含んだもので、有用であると考えられるが、次年度、認定 NPO 法人愛知排泄ケア研究会における排泄機能指導士の養成講義において試用し、有用性・問題点・課題について検討する。

E. 結論

在宅医療において、排尿障害を有する高齢者の適切な排尿管理を行うためには、多職種連携が必要となるが、特に在宅看護・介護に関わる専門コメディカルが排尿管理に必要な基本的知識と技術を身につけることが必須となる。本研究では、看護・介護専門職が、排尿管理に関して具備すべき下部尿路の解剖・生理、排尿障害の診断・治療に関する医学的事項、およびアセスメント、対処に求められる知識と技術を教育するためのテキスト案を作成した。

F. 論文発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

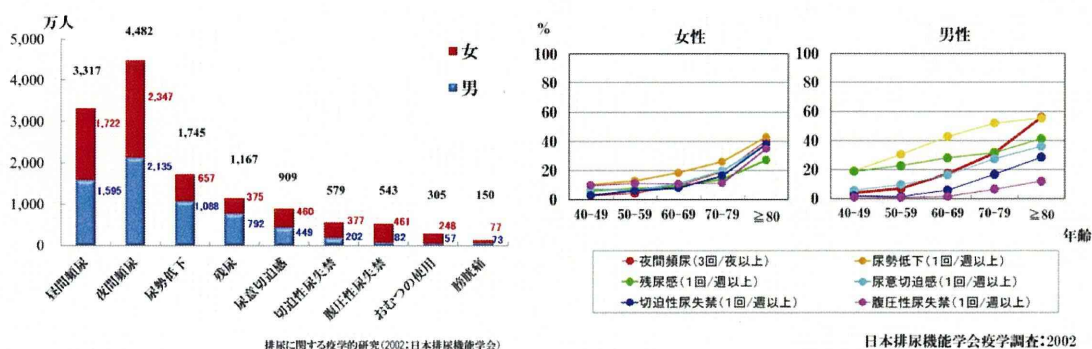
3. その他

なし

(1) 高齢者排尿障害の疫学

1. 高齢者排尿障害の頻度

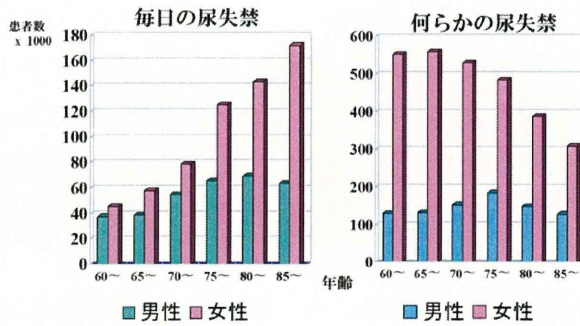
排尿障害についての疫学調査については、2003年に日本排尿機能学会で行われた下部尿路症状が行われている。また、国際的な疫学調査には2005年にカナダ、ドイツ、イタリア、スウェーデン、イギリスの5カ国で行われたEPIC studyがある。



本邦における、住民ベースの包括的な LUTS に対する疫学調査は 2002 年 11 月から 2003 年 3 月の期間に日本排尿機能学会により行われた。標本は全国の 40 歳以上の成人男女において、世帯/人口に比例したランダムサンプリングで抽出し、調査票の郵送法により行った。全国 75 地点から 40 歳以上の男女を含む一般世帯を無作為に選び、その世帯の 40 歳以上の男女 10,096 名を抽出して調査対象とし、解析対象者は 4,480 名であった。LUTS に関して、頻度、程度、重症度、QOL・生活への影響、医療経済・受診行動について解析を行った。年齢・性別の頻度から症状を有する住民の実数を推定すると、おむね夜間頻尿、昼間頻尿が頻度の高い症状であり、尿勢低下、残尿感、尿意切迫感、切迫性尿失禁、腹圧性尿失禁、膀胱痛の順となった。LUTS 全般と年齢との関係では、いずれの LUTS も男女両性において年齢とともに頻度は上昇し、60 歳以上の高齢者では約 78%が何らかの LUTS を有していた。

他方、高齢者に焦点を当てた疫学調査は本邦ではほとんど行われておらず、ここでは、平成 2 年度に日本公衆衛生協会により行われた、失禁対策住民調査によるデータ、および平成 11 年に愛知県により行われた、高齢者排尿管理実態調査結果などにもとづいて、排尿障害とその管理の実態について考えてみたい。なお、排便障害は便秘、便失禁など高齢者の介護・看護において大きな問題ではあるが、疫学的な調査はほとんどなされておらず、実態は不明である。

失禁対策住民調査(平成 2 年)によれば、医療機関や老人施設に入所している 60 歳以上の高齢者の約半数に尿失禁がみられる。在宅の高齢者では「ほぼ毎日尿失禁がある」60 歳以上の高齢者は 100 万人、「毎日ではないが月 1 回以上、尿失禁が起こる」高齢者は約 400 万人いると推定されている。



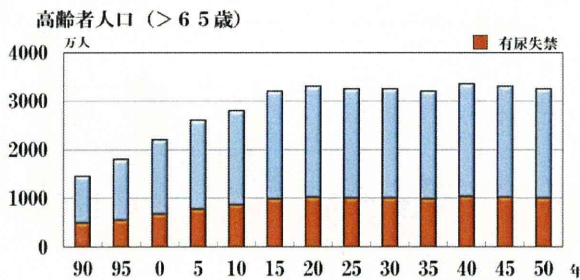
ほぼ毎日尿失禁を起こす人 (単位：千人)

何らかの尿失禁のある人 (単位：千人)

85~106 万人

350~389 万人

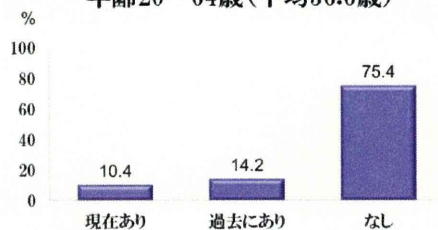
これは平成2年の調査であるが、急速に高齢化社会が進む我が国では、尿失禁を有する高齢者の人数はさらに増加すると予想される。このまま本邦の人口が増加すれば、50年後には尿失禁を有する高齢者は1000万人を越えると推定される。



2. 女性尿失禁

女性における尿失禁は、健康に特別な問題のない方においてもまれではなく、約10~45%の女性に尿失禁がみられると報告されている。主な尿失禁タイプは、腹圧性尿失禁と切迫性尿失禁であるが、頻度は年齢とともに増加し、切迫性尿失禁の割合も年齢とともに高くなる。愛知県において、健康な職員に対して行った調査では、調査対象1,381名中、現在尿失禁のある者は143名(10.4%)、かつて尿失禁の経験あるが現在は無い者が196名(14.2%)、尿失禁の経験のない者が1,042名(75.2%)であり、調査を行った健康就労女性の中、24.6%が尿失禁を経験していた。

平成11年度実態調査
愛知県衛生部所属女性職員1,381名
年齢20~64歳(平均36.6歳)



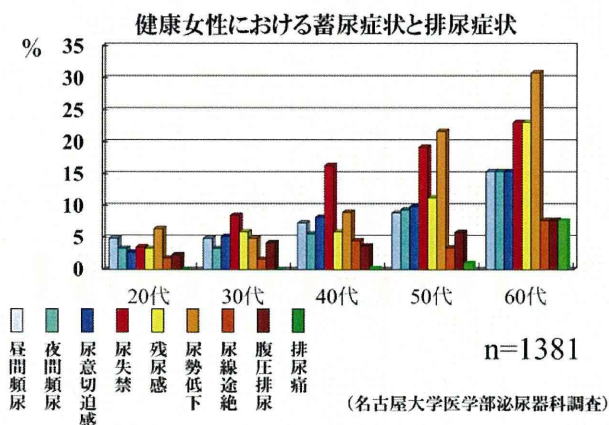
他：14~46%(加藤1986、高井1987、梅原1991)

3. 女性における尿排出障害（排尿障害）

一般に尿排出障害は、女性にはまれで、男性に多いとされているが、最近女性でも尿排出障害が少なくないことが指摘されてきている。また、前述の EPIC study では、蓄尿症状は女性 59.2%、男性 51.3%、排尿症状は女性 19.5%、男性 25.7%、排尿後症状は女性 14.2%、男性 16.9%と、必ずしも排尿症状が男性に多いわけではなく、男女とも排尿症状と蓄尿症状を有していることが分かる。

下図は、やはり名古屋大学泌尿器科において、愛知県の女性職員を対象に調査を行ったものであるが、男性のみならず、女性においても排尿困難、残尿感、尿勢低下、腹圧排尿などの排尿症状が少なくないことが分かる。

男性における尿排出障害は、一般には前立腺肥大症が頻度の多い原因であり、高齢者に多い。60 歳以上の高齢者の約 60%以上に前立腺肥大症がみられると言われている。



(2) 高齢者排泄障害の管理・ケアの現状

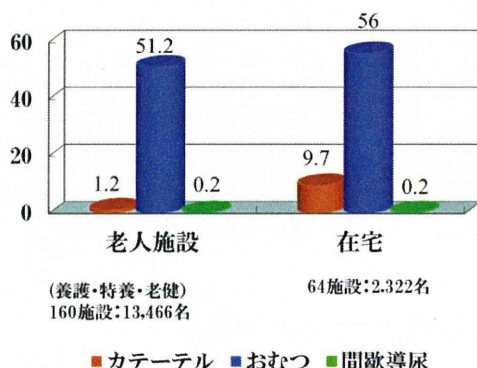
高齢者における排尿障害や排便障害の管理やケアを考えるにあたって、現状を把握することは重要である。しかし、これらについての情報はほとんどないのが現状で、特に排便障害の管理については、介護・看護の現場における現状や実態についてはほとんど知られていない。排尿障害の管理については、平成 11 年度に愛知県において行った、老人施設、訪問看護センター、病院を対象に行った実態調査の報告があり、これをもとに現状とそこから浮き彫りになる問題点について考えたい。

1. 排尿管理・ケアの実態に関するデータ

＜老人施設・在宅でのおむつ、尿道留置カテーテル、清潔間欠導尿の実施率＞

老人施設入所者、被在宅看護者、病院入院者におけるおむつ、尿道カテーテル使用率

| | | | |
|---------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | 老人施設（養護、特養、老健） 160施設、13,446名 | 訪問看護ステーション 64施設、2,322名 | 病院（100床以上） 95病院、1,3317名 |
| カテーテル留置 | 157名（1.2%） | 225名（9.7%） | 2,243名（16.8%） |
| おむつ | 6,885名（51.2%） | 1,300名（56.0%） | 4,201名（31.5%） |
| 間歇導尿 | 27名（0.2%） | 5名（0.2%） | 98名（0.7%） |

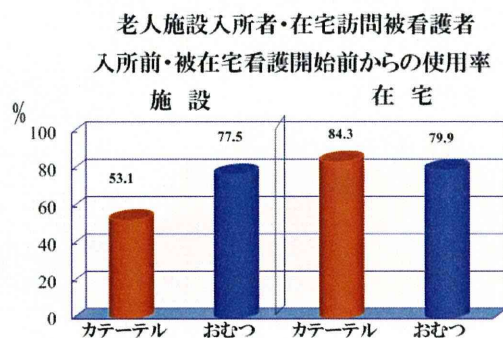


老人施設では、51.2%、在宅では56%がおむつを使用し、またカテーテル留置は、老人施設で1.2%であったが、在宅では9.7%であった。また、清潔間欠導尿による排尿管理は、いずれにおいてもほとんど施行されていないことが判明した。なお、同様の調査を、国立長寿医療研究センターが平成24年度に行ったが、ほとんど同様の結果であり、過去10年以上、高齢者排尿管理に変化がないことが明らかとなった。

<カテーテル留置、おむつ使用の始まる次期>

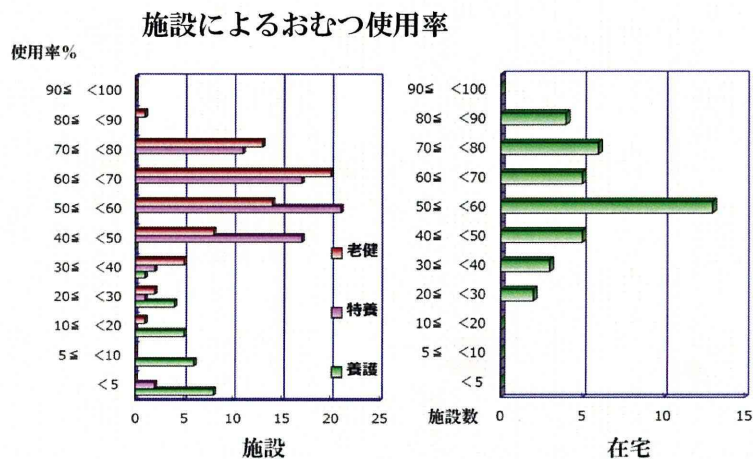
カテーテル留置、おむつ使用の始まる時期（老人施設入所者、被在宅訪問看護者）

| | カテーテル留置 | おむつ |
|----------|---------|-----|
| 老人施設 | 53% | 73% |
| 被在宅訪問看護者 | 84% | 80% |



カテーテル留置、おむつ使用の多くは、老人施設入所前、在宅看護は始まる前に始まっていることが示された。

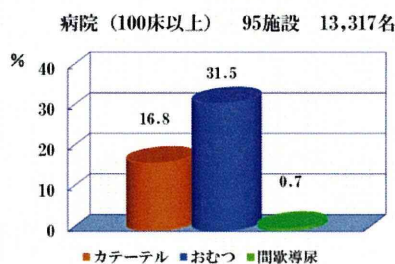
＜施設による排尿ケアのばらつき＞



排尿管理・ケアの内容は、施設により大きく異なる

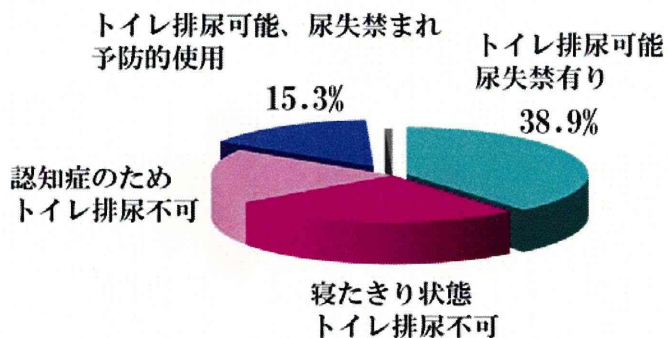
施設による、排尿ケア内容のばらつきは、排尿ケアに関する標準指針がないことを示唆している。

＜病院におけるカテーテル留置、おむつ使用、清潔間欠導尿の頻度＞



病院におけるおむつ使用の頻度は明らかに高いことが示された。

＜老人施設と訪問看護センターにおけるおむつ使用の理由＞



トイレ排尿可能な方での使用や、予防的な使用が少なくないことが示された。

<病院における、留置カテーテルとおむつ使用の理由>

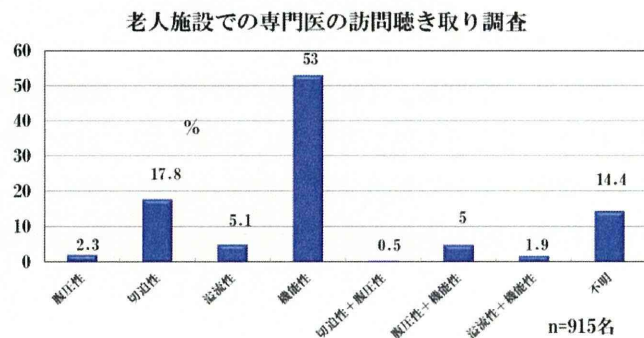
| バルーンカテーテル留置 2243名 (16.8%) | | |
|---------------------------|-------|---------|
| ・一時留置(重症、手術) | 1275名 | (60.0%) |
| ・末期癌 | 164名 | (7.7%) |
| ・尿排出障害 | 358名 | (16.8%) |
| ・尿失禁 | 314名 | (14.8%) |
| ・理由不明 | 15名 | (0.7%) |
| おむつ使用 4,201名 (31.5%) | | |
| ・トイレ排尿可能 | 520名 | (13.5%) |
| ・寝たきり | 2411名 | (62.4%) |
| ・認知症 | 507名 | (13.2%) |
| ・尿失禁まれ・予防のため | 408名 | (10.5%) |
| ・理由不明 | 15名 | (0.9%) |

<留置カテーテルとおむつ使用者の専門医受診率>

専門医受診率

| | |
|-------|------|
| 老人施設 | 2.2% |
| 被在宅看護 | 8.2% |
| 病院 | 5.5% |

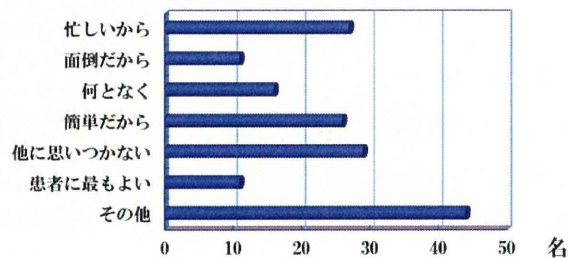
<老人施設での尿失禁タイプ・病態の把握について>



老人施設の現場では尿失禁タイプを考慮する意識はないことが示された。

<病院看護師のおむつ使用理由に関する意識>

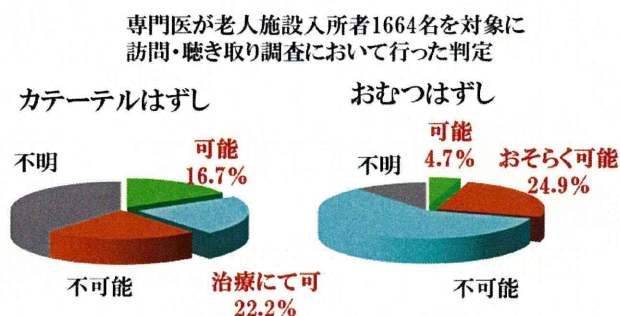
尿失禁患者になぜオムツを使用しているのですか？



おむつ使用に対する根拠が明確でないことが示された。

〈おむつはずし、カテーテルはずしの可能性〉

老人施設を専門医が訪問し、面談により、おむつ、カテーテルがはずせるかどうかを判定したところ、30～40%で、おむつ、カテーテルをはずすことができることが示唆された。



(3) 高齢者排尿管理・ケアにおける問題点

高齢者の排尿管理が不十分な原因としていくつかの問題点が考えられる。

1. 排尿障害への対処における、知識、技術、関心の不足

現場の介護者、介護・看護系専門職、一般医家、専門医、行政のすべての段階で、高齢者の排尿障害とその管理・ケアについての知識、技術、関心が不足している。本邦においては、種々の医療分野における教育過程の中で、排泄の問題が十分に取り上げられてこなかったこと、また社会全体が排泄の問題に対して「臭いものに蓋」的に目を向けて来なかったことも一因であろう。

2. 標準指針の欠如

欧米、特に欧州においては、医学、看護学あるいは理学療法学などの分野で、高齢者の排尿管理についての臨床研究は盛んである。他方、本邦においては、この方面の研究はほとんどなされておらず、また科学的根拠にもとづいた診療・対処についての標準指針は示されていない。

3. 高齢者の介護・看護・診療に関わる職種間の連携不足

高齢者の介護・看護には種々の職種が関わり、各々の知識・技術を生かし、必要に応じて緊密な関係をとることが重要であるが、これは排泄についても同様である。病院においては、看護婦、理学療法士、主治医、専門医などの連携、老人施設や在宅看護においては、ヘルパー、ケアマネージャー、介護福祉士、看護師、一般医家、専門医、行政などの連携が必要となる。介護保険の導入により、形の上では連携のシステムは整備されつつあるが、現状では適切で有用な連携はほとんど行われていない。

4. 専門医数の不足

排尿障害は泌尿器科の専門領域に含まれるが、現在本邦において日本泌尿器科学会に登録される泌尿器科医師数は約 8000 名と少ない。特に排尿障害の診療を専門的に担当する日本排尿機能学会に所属する医師は 700 名程度にすぎず、排尿障害を有する高齢者の膨大な数から考えれば顕著に不足している。

5. 専門コメディカル職種の欠如

上述のような問題の改善には、糖尿病における糖尿病療養指導士のような、排泄に関する専門職能の存在が不可欠と考えられるが、現在排泄についての専門職制度は存在しない。

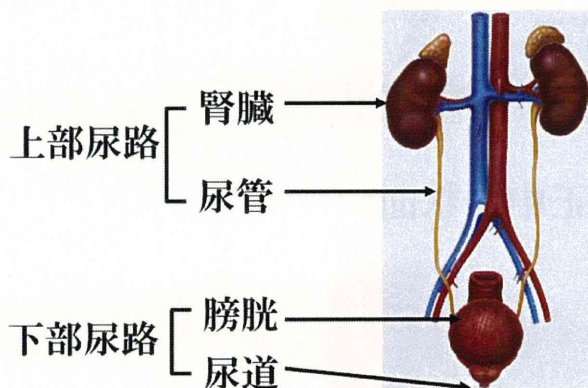
(4) 排尿のしくみ

尿路の解剖

1. 上部尿路

尿は両側の腰背部にある腎臓で作られ、左右それぞれの尿管を通して膀胱に集まる。尿意を感じて排尿を行う時には、尿道括約筋が緩んで尿道を通して尿が排出される。

腎臓は腰背部に一对ある握り拳ほどの大きさの臓器で、血液をろ過して尿を生成している。尿は通常 1 日に 1000～1500 cc 程作られますが、体調や体格によって変動があり、また腎臓にはホルモンの分泌、血圧の調節などの働きもある。



2. 下部尿路

膀胱は自分の意志では動かせない平滑筋でできた尿を貯める働きをする袋状の臓器で、通常は 300～500 cc の尿を貯めることができ、尿を貯めていく間（蓄尿）、膀胱の筋肉は弛緩して（緩んで）、膀胱の中は低い圧力に保たれている。尿がもれないように尿道を閉める役割を果たす、外尿道括約筋と内尿道括約筋がある。

(1) 男性の下部尿路

男性の尿道は約20cmで、その起始部には尿道を取り囲むように前立腺があり、前立腺は男性に特有の臓器で精液の一部を作っている、これが大きくなると前立腺肥大となり排尿障害の原因となる場合がある。

(2) 女性の下部尿路

女性の尿道は約5cmで、男性に比べると短く可動性に富む。骨盤の底に、ハンモック状に広がる筋肉群を骨盤底筋群といい、膀胱、子宮、直腸などの、骨盤内臓器を支えている。出産や加齢に伴い、この骨盤底筋群が緩むと、膀胱や尿道が下降（下垂）して、腹圧性尿失禁の原因となる。

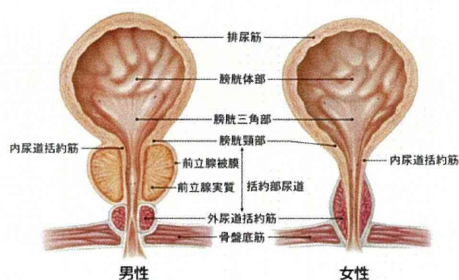
(3) 蓄尿・尿排出に関する解剖学的因子

膀胱排尿筋・内尿道括約筋（平滑筋）・外尿道括約筋（骨格筋）・前立腺（男性）・尿道・骨盤底筋群

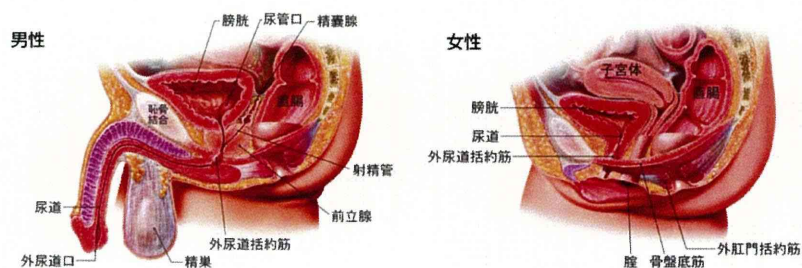
(4) 男性と女性の解剖学的な差

男性では、・尿道が長い・尿道は前立腺の中を通る・外尿道括約筋が強い、ということで、尿道抵抗が強く、尿は漏れにくい構造になっている。しかし、逆に尿排出障害は起こりやすい構造といえる。逆に女性では、・尿道が短い・尿道が下へ向かってまっすぐの方向に走る・前立腺がない・外尿道括約筋が弱い・膀胱下垂が起こりやすい、などの特徴により、尿排出障害は起こりにくいが、尿が漏れやすい構造になっているといえる。

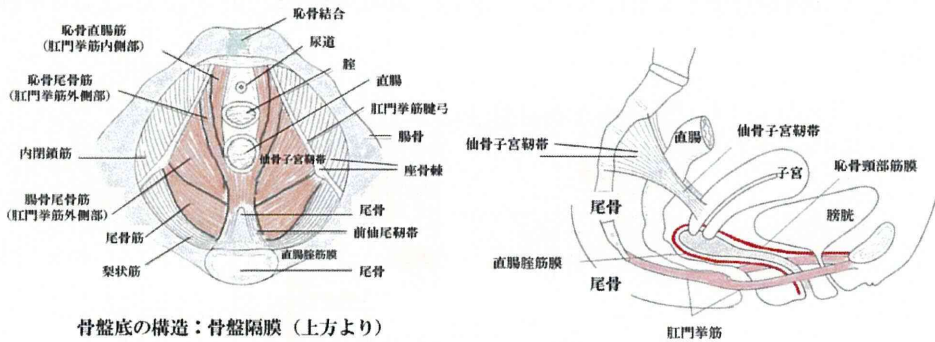
膀胱・尿道の構造（正面）



下部尿路の構造（正中矢状面）



女性における骨盤底の役割

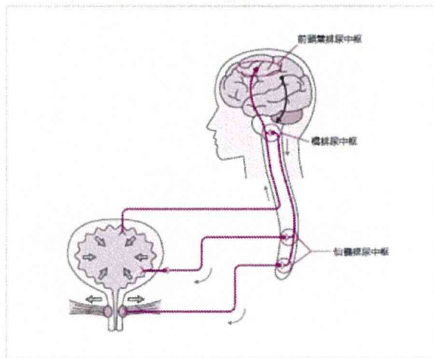


骨盤底の構造：骨盤隔膜（上方より）

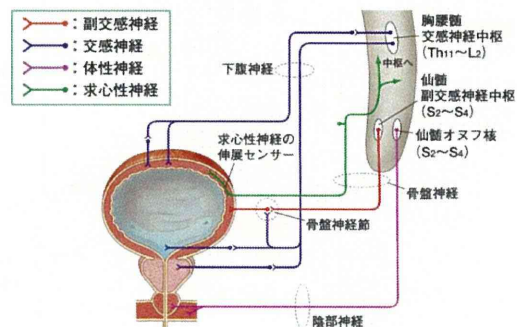
蓄尿と排尿（尿排出）のメカニズム

排尿機能は、蓄尿（尿を膀胱にためる）と尿排出（膀胱から尿道を通して尿を排出する）の2つの働きからなり、これらは、神経の働きによりコントロールされている。下部尿路のコントロールは中枢神経と末梢神経により複雑に調節されている。下部尿路の神経支配において、排尿の中枢は仙髄（脊髄）と橋に存在する。仙髄から脳までの神経系を中枢神経、仙髄より下の神経系を末梢神経という。末梢神経は主に自律神経系からなる。

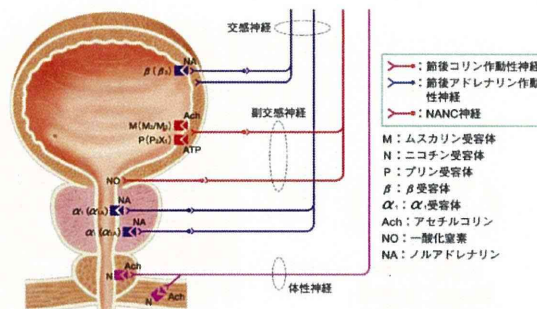
蓄尿・排尿機能の中枢



下部尿路の末梢神経支配



下部尿路における神経伝達物質と受容体

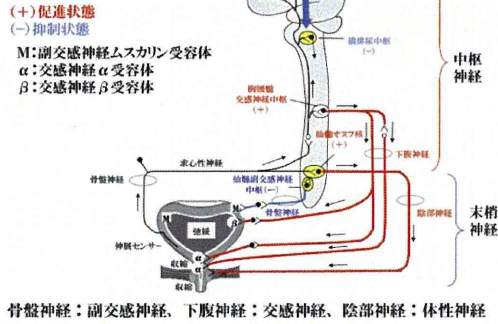


1. 蓄尿のメカニズム

膀胱内に尿が貯まると、膀胱壁の伸展刺激が脊髄（仙髄）排尿中枢に伝わり、さらに刺激は

脊髄を通り大脳で尿意として認識されます。膀胱の筋肉は、尿が貯まるにしたがって弛緩（緩む）するため、膀胱の内圧は上昇しない。また、貯尿時には尿が漏れないように尿道括約筋は収縮する。

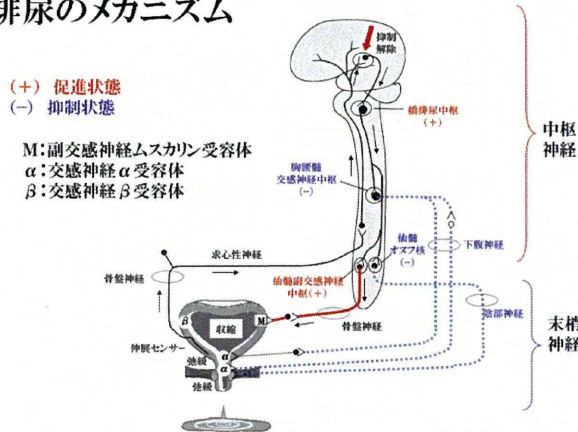
蓄尿のメカニズム



2. 尿排出のメカニズム

尿の排出を意識すると、大脳からの排尿の命令刺激が脊髄を通り脊髄排尿中枢に伝わり、末梢神経を介して膀胱の収縮と尿道括約筋の弛緩を起こして尿が排出する。

排尿のメカニズム



蓄尿と排尿

