

薬で尿失禁がなおった	19
便秘で尿失禁	22
夜間のおむつ交換による不眠	23

おむつがはずせた

75歳 男性

10年前に脳出血の既往あり、右片麻痺がある。在宅で妻と生活しているが、3年前から、右下肢痛および運動障害が進行し、日中はほとんどベッドで寝たり起きたりの生活をしている。近くの総合病院の老年科受診のため、月に一度、車椅子で外出する程度である。排泄は妻の介助により、トイレまで歩行にて移動して行っており、尿失禁はないが、排尿については、尿意があるとトイレまで間に合わず、漏らしてしまうことがほとんどで、紙おむつを装着している。老年科では降圧剤などをもらっており、妻が頻尿や尿失禁について訴えたことがあるが、脳出血の後遺症のため仕方ないとの説明であった。夜間も6回程度尿意にて覚醒し、妻にトイレまでの介助を行わせ、妻も睡眠不足で疲労困ぱいの状態である。介護保険を利用し、週3回の訪問介護を受けることとなった。

尿意がわかるのに、どうしてトイレまで間に合わないのだろう。何とか、おむつをとってあげたい。夜間はおむつ排泄でもいいのでは。このままでは、夜も眠れず、こちらの方がたおれてしまう。全部おむつにだしてというが、言うことを聞かない。おむつはとてもしやだが、尿がしたくなるとトイレまで間に合わないで、仕方がない。でも、どうしてもトイレでおしっこをだしたい。

ヘルパーが排尿チェック票と排尿日誌による評価を行った。排尿チェック票による診断は切迫性尿失禁で、排尿日誌（参照）では排尿回数は昼間18回、夜間6回と高度な頻尿で、1回の排尿量は50～160mlと少なかった。失禁回数は、昼間10回とほとんど尿漏れがあり、夜間は毎回尿失禁が見られた。さらに尿量は昼間1750ml、夜間890ml、1日総尿量は2640mlと多尿がみられた。水分摂取量は2500mlと多く、特に就寝前にコップ2杯の水を飲んでおり、理由を尋ねると、脳血管障害の再発予防のため、出来るだけ多く、水分を取るように医師から言われているとのことであった。ベッドからトイレまでは約10mの距離があり、トイレに行くまでに時間がかかり、途中で原がもれてしまい、またトイレまで間に合ってもおむつが、はずしにくく、間に合わないこともあるという乙であった。以上から、この方の尿失禁にかかわる因子として、腸膀胱機能異常（切迫性尿失禁）、運動機能障害、多飲による多尿、トイレ環境の不備、不適切なおむつ選択、を考えた。

専門医受診による腸膀胱機能異常の評価と治療、および日常生活の指導による尿失禁の改善をめざす
支援のポイントとなったキーワード

尿失禁に関わる要因のアセスメント、トイレ環境の整備、生活習慣の修正、専門医による評価と治療
日常生活では、水分摂取量を1日1500ml

程度に漏らし、特に就寝前の飲水を控えるように指導した。また、おむつについてはパンツ型に変更した。トイレ環境については、昼間はできるだけポータブルトイレを使い、夜間は採尿器を使うよう指導した。

老年科受診時に、泌尿器科を一度受診するとを勧めた。泌尿器科専門医により脳出血後遺症による神経因性腸膀胱にもとづく切迫性尿失禁と診断され、さらに残尿はないことが確認され、膀胱の異常な収縮を抑える薬物が投与された。

効果

尿意があってもがまんができるようになり、昼間は妻の介助によりポータブルトイレでほとんど尿失禁なく排尿できるようになり、昼間の排尿回数も8回と少なくなった。夜間の

排尿回数も2回と著明に減少し、尿器を使用することにより夜間の原失禁は消失した。

当初は、昼間間に合わずにもれることが時々あったが、最近では昼間の失敗もほとんどなくなり、本人の意思でおむつをはずして普通のパンツにかえた。嚢の排池介助の労力は激減し、非常に楽になった。あんなに尿が近くて、尿もれがあったのに、こんなによくなるなんて信じられないとれ訪問介護に来て、適切な評価と助言をしてくれたヘルパーさんに感謝している。

尿道留置カテーテルがはずれた

73歳 男性

病歴

転倒により頰椎損傷、四肢不全麻痺となり、排尿陣害に対してカテーテル留置、老人保健施設入所を経て在宅看置となる。

週2回の訪問看護、訪問リハビリを受けていたが、同年10月訪問看護師より、カテーテル抜去ができるのではないかとの提言があり、カテーテル抜去の可能性について市民病院泌尿器科へ相談のため受診した。

尿流動態検査にて腸脱蓄尿機能良好であり、カテーテル抜去・清潔間敏導尿導入のため入院となった。

問題点や思い

本人がカテーテルを掻くことを希望するのであれば、できることであれば、協力したい。

何とかカテーテルははずしたい

排尿陣害の原因

による神経因性臨脱

泌尿器科専門医による評価

腸脱機能（原流動態検査）

腸脱収縮は不良であるが、書原機能は良好（尿排出は難しいかもしれないが、臍脱内に尿を貯めることはできる）

蹄脱容量250ml、最大腸脱内圧20cmH₂Oー蓄尿機能良好、上部原路異常なし、・腸脱収縮みられず、排原筋低活動
手指機能

四肢不全麻痺があり、自己導尿については、準備を含めたすべてを本人が行うことは難しいが、カテーテルの保持は可能と考えられた。

支援目標

留置バルーンカテーテルを抜去して、清潔間欠導尿による排原管理を行うための支援を行う。

支援経過

訪問看護師が、週3回程度、本人・家族による間欠事原の実施を観察して、アドバイスをを行った。

清潔間欠導尿の指導を目的に1週間入院し、本人と妻に指導を行った。嚢の間欠導尿方法の習得は問題なく、本人も自分でも行いたいという意欲が強いため本人にも指導を行い、嚢尿操作そのものは何とかできるようになった。1日5～6回の導尿を目標として、退院となった。

薬剤による治療は必要としなかった。

退院後、奥様に準備してもらい、自分で導尿を行うようになり、1日に5～6回の自己導尿を続行していたが、自力排原ができるようになり、排原後残尿を除去するために毎回事

尿を行っていた（自排尿量：28～200ml、残尿量：70～100ml）。

しかし、徐々に残尿量が減少し、2週間後には自排尿量300～380ml、残尿量50ml以下となり、導尿は1日1～2回のみとし、さらに2週間後には残尿が常に少ないため間欠導尿を中止し、自排尿のみとした。最終的に間欠導尿から脱却できた。

当初、本人および家族、メディカルスタッフも自排尿ができるようになるまでは思っていなかったが、カテーテル抜去から清潔間欠導尿にもっていき防衛という訪問看護師の判断に基づいて、病院の専門医が連携し、自排尿までもっていくことができた事例である。当初の訪問看護師の判断がなれば、バルーンカテーテルを抜去するチャンスはなく、生涯バルーンカテーテル留置、あるいは経皮腸脱瘻となっていたと思われる、現場のメディカルスタッフの排尿管理に関する知識がいかに重要であることを示した事例である。さらに、清潔間欠導尿が、排尿管理のみでなく、腸脱機能のリハビリテーションとしての役割を有することも如実に示した事例である。

カテーテルがはずせた

69歳 男性

老人保健施設に入所中で、脳髄損傷のため、ほとんど寝たきり状態。排尿肛、おむつにしている。入所中の老人保健施設には、排組委員会があり、排原ケアについては施設内にマニュアルを整備して、積極的に行っている。

38度を超える発熱あり、地域市民病院内科に入院となった。尿路感染の診断でバルーンカテーテル留置となり、抗生物質による治療を行い、解熱して同じ老人保健施設に退院となった。

退院時に、市民病院内科主治医より、尿路感染予防のため、カテーテル留置の指示で退院となった。再度、発熱にて同病院に入院（内科）し、肺炎との診断にて抗生剤治療を行った。入院時に、老健職員から内科主治医に、カテーテル抜去についても可能かどうかとの質問を行ったため、入院後同病院泌尿器科へ紹介受診となった。

入院する前誌、おむつ内に排尿できていた。プラダースキャンによる残尿測定では、残尿1a:繊維50ml以下であったので、カテーテル留置の必要はないと思う。医師からは尿路感染予防のためには、カテーテル留置が必要と言われたが、カテーテルを留置すると尿路感染は避けられず、むしろカテーテルのない方がよいと指導を受けてきた。排尿ができないのであれば、自分達の施設では間欠導尿による排尿管理もできればカテーテルはない方がよいが、医師が必要というのであれば仕方ない。おむつ受換をしなくてもよいので、介する者は楽だろう。

ほぼ寝たきりの高齢者であり、カテーテル留置の方が本人も、介護者も楽である。

留置バルーンカテーテルを抜去する。

バルーンカテーテルを抜去し、おむつ排尿とレ、排尿肥録と残尿測定を行った。

昼間のみ1時間ごとのおむつチェックを行い、その都度プラダースキャンによる残尿測定を行った。このアセスメントは2日間行った。おむつへの排尿量は昼間0～250ml程度で、残尿は30～80mlであった。夜間はおむつ突換をしないので、排尿回数と1回排尿量は不明。おむつ排尿による排尿ケアが可能と判断し、カテーテルは挿入せず、また、間欠導尿も実施せず、おむつ排尿のまま経過をみたが、特に問題は起っていない。ほぼ寝たきり状態であることから、バルーンカテーテル留置のまま退院とし、もとの老人保健施設に入所となった。

医療機関の医師、特に泌尿器科専門医も、寝たきりの高齢者に対する尿道カテーテル

留置に対して疑問を持たず、カテーテル留置に抵抗を持っていなかった事例である。当然、カテーテル留置を行うと、尿路感染は不可避であり、尿路感染のリスクのある事例では、カテーテル留置を避けるべきである。実際に介護に関わる介護者の方が、本人の気持ちやカテーテル留置の問題点を把握していたが、医師の思いと、介護者の思いがすれ違っていた症例である。排尿記録と残尿測定による、排尿状態の適切なアセスメントを行う知識と技術を有する老人施設であったから、カテーテルを抜去できた。

老人施設で自己導尿ができた

71歳 女性

病歴

膵がんによる転移性脊髄腫瘍のため尿閉となり（神経因性腸弛）、バルーンカテーテル留置中。入院中の病院でカテーテル抜去を試みたがうまく行かず、病院を退院し、老人保健施設に入所となった。本人の留置カテーテルに対する苦痛が強く、カテーテル抜去を試みるととなった。転移性脊髄腫瘍はあるものの、自力歩行は可能であり、癌の進行は落ち着いており、通常の生活を送れている。

問題点や思い

担癌患者であるが、通常の日常生活が可能であり、本人の苦痛についてはできる限り取ってあげたい。何とか、カテーテル抜去を試みたい。尿道カテーテルを1日中挿入されていることが苦痛。カテーテルに連結した尿バッグを1日申つけているのが苦痛。

アセスメント

入所3日目にバルーンカテーテルを抜去し、排尿日誌の記録を始めた。尿意を訴えてトイレに座るが排尿はほとんどみられず、残尿量を調べると（ブラダースキャン）500ml以上みられた。500ml以上の残尿がある時は、尿失禁がみられた。看護者による清潔間欠導尿を定期的に行い、1週間の排尿日誌によるアセスメントを行った。排尿日誌では、昼間の尿量は800～1000ml、夜間（就寝後から起床まで）の尿量が1000～1300ml、1日の総排尿量は平均で2300mlであった。1日水分摂取量は、1200～2200mlであった。排尿日誌から、腸内での蓄尿量が多くなると尿失禁がみられること、尿意を感じると自分でトイレに行けること、昼間よりも夜間の尿量が多いこと、水分摂取量の差異が日によって大きいことが把握できた。

支援目標

留置バルーンカテーテルを抜去して、自己導尿を指導する。

支援経過

支援経過

間欠自己導尿の支援では、当初、ベッド上での開脚ができない、視力の問題で舗を使っても尿道口がうまく確認できない、挿入に時間がかかるといったことが問題となった。自己導尿実施体位をベッド上でなく、ポータブルトイレとすることで開脚位を安定してとれるようになった。

膀胱内尿量をブラダースキャンで測定し、500ml以上で導尿。測定時間は1時、23時、4時、9時

舗を用いた視覚での外尿道口の確認をやめて、指先で触って確認する方法に変更したことによ

り、カテーテル挿入がスムーズになった。トイレに座ることを習慣化 自己導尿の指導 カテーテル挿入が、当初5分程度かかっていたが、1～2分での挿入が可能となった。

効果

目標設定（1ヶ月間取り組むこととした） 水分摂取量の調整（朝起きてから寝るまで1000ml、寝てから起きるまで200ml

本人の希望でバルーンカテーテル抜去を行い、清潔簡潔自己導尿が行えるようになったことで、本人の気持ちに変化がでてきて、他者とのかかわりの中で笑顔が多くなり、リハビリ意欲など、生活の中で積極的な姿がみられ、AOL向上につながった。そして、自分で導尿が行えるようになったことで排泄が自立し、自宅生活ができるようになった。

入院したらカテーテル留置となった

83歳 女性

老人性精神病（幻聴、独語）にて精神科病院に入院中、転倒し、骨盤骨折にて一般病院に転送され、尿道バルーンカテーテルが留置された。創外固定術が行われ、医師からのベッド上安静指示を受付、バルーンカテーテル留置を継続した。

AOLとしては、看護師全介助で食事は全量摂取可能、尿道バルーンカテーテル留置中で、便秘のため紙おむつ使用中。ベッド上安静で、褥瘡発生予防のため、皮膚保護材、体分散マッ

トレスを使用中。

排尿管理に関する講習を受け、バルーンカテーテル留置の問題点とカテーテル抜去の方法について学習したことを生かし、この患者さんを以前のようにカテーテルフリーにしてあげたい。本人の希望はない

転倒・受傷以前は、紙おむつを使っていたが、トイレ歩行もできていた。排便アセスメントでは、紙おむつ内に排便。

1. カテーテル抜去：カテーテルを抜去して、排尿日誌を評価。自排尿が無い場合は、プラダースキャンで残尿測定を行い、間欠導尿を施行。自排尿がある場合も、残尿測定を行い、100ml以上の残尿があれば、間欠導尿を行う。
2. おむつはずし：排尿日誌から排尿パターンを把握し、紙おむつへの排尿の前に排尿誘導を行う。
3. トイレ誘導：医師からの安静解除、リハビリ介入後に、トイレ誘導を行う。

カテーテル抜去を行い、おむつ内への排尿をチェックしたところ、おむつ内への尿排出が確認できた（排尿日誌）。以後、病棟の他の看護士の協力を得て、おむつ排原にて排原日誌による評価を継続した。排尿日誌に基づいて、おむつはずしを開始しようとした時期に、他病棟へ転棟となり、誤略性肺炎を併発し、蹄脱内に多量の残尿があるとの評価にて、再度バルーンカテーテル留置となった。以後、酸素投与、心電図モニター下でもとの病棟へ再度転棟となった。誤略

性肺炎は改善し、リハビリも開始され、車椅子での移動も可能になり、尿道バルーンカテーテル留置のまま、元の入院先である精神科病院に転院となった。

効果

元々おむつ排尿をしていた方が、ベッド上安静で排尿困難となり、一時的にバルーンカテーテル留置となったが、一旦はカテーテル抜去を行ったものの、病棟を移動したことで再度カテーテル留置になった事例である。カテーテルはずしを試みた病棟に戻ったものの、酸素投与や心電図モニター管理下ではカテーテル留置が当然という意識からカテーテルは留置のままとなり、全身状態が改善し、リハビリが進んでもカテーテル抜去は行われず、最節的には元の病院にバルーンカテーテル持続留置のまま転院してしまっただけの事例である。元の精神科病院では、紙おむつ排尿の患者さんが、急性病院に入院後、尿道カテーテル持続留置状態で帰って来たことになるが、おそらくはカテーテル抜去は行われていない

あろうと推測される。病棟の1名の看護師が、排尿管理の基本的な事項や、カテーテル抜去の重要性を理解していても、部署、あるいは施設全体として排尿管理の重要性や基本的知識を持ち、一定のマネージャルがな材れば、適切な排尿管理は難しいとを物語る事例である。

トイレで排尿できた

79歳 男性

病歴

認知症のため、老人施設入所中である。排漕は自立しており、排活動作もおおむね問題なく、排尿については、介助なく行くとができ、失禁はない。しかし、問題は、トイレで排尿を行うとができず、自室のベランダに放尿してしまうことであった。介護者が、トイレ誘導を行っても、無理に行くと介護者に暴力を振るうことがあった。昼間は2時間～3時間程度の間隔でベランダに放尿しているが、夜間も4～5回放尿しているようである。排便は、トイレで行うことができている。

問題点や思い

排尿動作は自立しているのに、どうしてトイレで排尿できないのであろうか？ベランダの掃除が大愛で、臭いがついてしまう。本人は何とも思っていないよう

アセスメントと支援経過

ある時、担当の介護者がベランダにポータブルトイレを置いてみたところ、そとに排尿することができた。

ベランダにポータブルトイレを置いて、排尿日誌をつけてみた。すると、ほとんど周囲に放尿することなく、ベランダに置いたポータブルトイレに排尿するとができおり、1回排尿量は50～220ml、昼間排尿回数は10回、夜間排尿回数は4回、昼間の尿量は1l40ml、夜間950mlであった。夜間多尿傾向があるため、飲水量をチェックしたところ、1500mlの水分を食事以外に取っていたため、飲水量調節、特に夕方以降の水分摂取量を減らすようにした。

ほぼ失敗なくベランダのポータブルトイレで、排尿ができるようになり、夜間の排尿は3回程度に若干減少した。ベランダで排尿する理由は不明であるが、実質的には排尿に関する問題点は解決できた。

排尿時刻はポータブルトイレを1時間ごとにチェックした

昼間尿量起床後（2）～就寝時（10）までの尿量の合計

夜間尿量就寝後（11）～起床時（16）の尿量の総和

おむつがはずせた

81歳 女性

老人施設入所中、認知症あり。尿意を訴えないという理由で、排尿はおむつ排尿としており、おむつを定時受換していた。

施設において、排漕委員会を立ち上げ、可能な入所者にはおむつはずれを行うという方針となり、この女性について、排尿日誌を含む排尿状態のアセスメントを行うこととなった。

尿意を訴えることもないのに、おむつはずしができるのだろうか。定期的におむつ受換しているのに、それでよいのではないだろうか。

まずは、おむつをつけたまま、1時間ごとにおむつが濡れていないかどうかチェックすることとして、おむつが濡れていたら交換して重量を測定し（尿量を測定）、排尿のパターンを把握することとした。

1時間ごとにおむつのチェックをすると、毎回おむつが濡れているわけではなく、2時間から3時間ごとに

100～250g程度の尿排出がみられていた。しかし、それとは別に、1時間ごとにおむつチェックに行くと、の方が、大きな声を

だしたり、そわそわして介護者にまわりついたりすることがあることに気が付いた。ある時、このような状況の時に、トイレ誘導して排尿を促してみたところ、トイレでの排尿ができた。

介護者は、排尿日誌から、乙の方の排尿パターンを概ねつかむことができ、また、大きな声をだしたり、そわそわ動き回る時にトイレ誘導を行うととした。1週間もすると、介護者が尿意のサインがわかるようになり、本人も尿意の訴えとして介護者に伝えることができるようになり、トイレでの排尿が日常的となってきた。当初は、予防的にリハビリパンツを使用していたが、最終的には布パンツを使用するようになり、おむつはずしができた。

効果

介護者は、当初おむつはずしができるとは思っていなかったが、適切なアセスメントによりトイレで排尿ができるようになって驚いた。また、尿意はわからないと思っていたが、よく観察すれば、本人が態度で尿意を訴えていることが分かり、十分に観察をしていなかったことを恥ずかしく思った。さらに、罷知症とはいえ、おむつが臆ずされ、トイレで排尿できるようになってから、明らかに本人の態度が明るくなり、排尿ケアの重要性に気が付いた。

薬で尿失禁がなおった

85歳 女性

病歴

一人暮らしで生活しており、近くに娘夫婦の家があり、時々娘が訪問して、面倒をみている。転倒して大腿骨を骨折し、人工股関節置換術を受付、退院後も一人で生活をしているが、歩行に問題があり、週3回の訪問介護を受けている。手術を受けてから、頻尿傾向で、尿がしたくなるとトイレまで間に合わずに尿が漏れてしまうことが多くなった。特に、夜間は3回トイレに行くが、目が覚めた時には漏れていないものの、トイレに行くまでに、ほぼすべて尿が漏れてしまい、トイレではほとんど尿が出ない状態が多い。特に病気もなしかかりつけ医もおらず、週3回訪問するヘルパーさんに何かよい手立てはないか聞いてみた。

アセスメント

問題点や思い

特に病気もなく、元気であるのに、尿もれがひどく気の毒。どうしたらよいかはわからない。

原がしたいと思ったら、トイレまで間に合わない。昼間は尿取りパッド、夜間はリハビリパンツを使い始めたが、情けない。

ヘルパーが担当のケアマネジャーに相談したところ、ケアマネジャーは認定NPO法人愛知排池ケア研究会で、排池機能指導士の認定を受付しており、排池ケアに関する知識と技術があったため、本人、ヘルパーと相談し、排尿日誌をつけることとした。また、残尿測定装置（ユリリン）を用いて、1回だけ排尿直後に残尿測定を行った。昼間は、1回排尿量が50～100mlと少なく、夜間はトイレに行くまでの尿失禁が多くトイレでの排尿量は少なく、20～50mlであった。また、水分摂取量もチェックしたところ、朝起床後から就寝までは1800ml程度であったが、夜間就寝時にコップ一杯のお茶を毎日飲んでいて、

水分摂取が多い理由、また就寝時に必ずコップ一杯の水分を摂取する理由を聞いたところ、大腿骨骨折で入院した時に、脳卒中の予防のため、血液をサラサラにするために、水分を多く取るように、医師や看護師から言われたということであった。寝ているところから、トイレまでの動線は5メートル位であった。

支援経過

ケアマネジャーは、アセスメントから過活動蹄底と思い、泌尿器科専門医受診を進めた。また、水分摂取

が尿量を増やし、過活動膀胱の症状を悪化させていると考え、水分摂取調整を指導した。1日の水分摂取量を1リットル程度にし、特に寝る前のコップ1杯の水分摂取はやめることとした。また、夜間起きた時にトイレに間に合わないことから、トイレまでの動線を短くするため、つまり、目が覚めた時にすぐに排尿ができるように、寝室にポータブルトイレを置くことを勧めた。また、昼間は尿がしたくなる前に、時間をみはからって早めにトイレに行くように指導した。

効果

症状から、過活動膀胱と診断し、残尿がないことから過活動膀胱治療費（ベタニス®）を処方した。

薬を内服後、昼間はトイレに行く回数が減り、朝起きてから寝るまでに8回程度となり、尿意があってもトイレに行くまで我慢できるようになった。昼間の尿失禁はほとんどなくなり、就寝後の排尿回数は1回に減った。夜間は、目が覚めても部屋の外のポータブルトイレで排尿するととて、ほとんど尿失禁はなくなったが、1週間に1度くらいは失敗して、ポータブルトイレまで間に合わずに、少し尿が漏れることがあった。

昼間は、ほとんど原失禁が無いのでおむつをはずすことができた。夜間は、尿漏れが心配なので、リハビリパンツをつけるようにしている。本人は、尿漏れがほとんど消失し、昼間のおむつをはずすことができ、非常に喜んでいる。

便秘で尿失禁

91歳 男性

老人施設入所中の男性。脳出血後遺症のため、右片麻があり、車椅子生活をしている。軽度認知症あり。食事摂取は問題ない。排尿は1日に5～6回程度で、原置を訴えると介護者がトイレに連れて行き、自分で排尿するようになった。尿失禁はほとんどない。排便については、同施設では排便が3日みられないと下剤を授与する方針であり、頑固に下剤を内服していた。

1週間前から、尿失禁が出現し、常に尿が漏れるようになり、おむつを使用するようになった。排便については、毎回数回の下痢便が少しずつ出ている。

しよつちゆう尿失禁があるので、おむつで対応している。尿漏れの理由はわからない。尿がいつも漏れるようになっている。お腹が張っている。

アセスメントと支援経過

していることから超音波検査を行ったところ、腸内に多量の残尿があることがわかり、導尿を行った。

導尿により、膀胱内に600mlの尿が貯留していた。前立腺検査のために直腸診を行ったところ、直腸内に

に硬い多量の便塊があることがわかり、摘便が行われた。老人施設では、尿失禁の原因はわからないものの、おむつに原が出ているので様子を見ていた。施設の担当医の回診時に、頻回の尿失禁が起るとしてを訴えたとし、泌尿器科受診を勧めたため、施設の近くにある開業泌尿器科医を受診した。泌尿器科受診時の診察で、下腹部が異常に膨腫

効果

摘便後、尿失禁は消失し、排尿も以前の状態にもどった。高度な便秘により、置腸内に暗まった便塊が尿道を圧迫して、排尿困難を引き起こしていたものと考えられた。膀胱内に常に多量の残尿が存在するため、尿道から尿が溢れて、常に尿が漏れだしていた状態であった。高齢者で急に頻回の尿失禁が出現した時には、便秘による高度な排尿障害を想起することが重要である。下剤を授与し、下痢便が少しずつ出ているため、便秘に気が付かなかったようであるが、下剤を授与している時には、下痢便があるからといって便秘が解消されているとは限らないことを留意することが重要である。下剤にたよらず、食事、運動などによる排便管理が重要である。

夜間のおむつ交換による不眠

85歳 男性

病歴

グループホーム入所中で、AOLの障害は軽度であるが、認知症があり、排尿は尿失禁があるため、おむつを使用している。同グループホームでは、おむつは定時交換ではなく、おむつが濡れた状態で放置すると皮膚障害や褥瘡の発生につながるリスクがあるという理由で、おむつが漏れると新しいおむつに交換するようにしている。夜間も同様にできる限りおむつが濡れない状態を保つようにおむつ交換が行われている。

就寝後3時間ごとにおむつをチェックして、漏れていたらおむつ交換をしていたが、2時間でもおむつが漏れるようになり、2時間ごとのおむつ交換を行っている。夜間のおむつ交換のたびに、目が覚めるため、居眠不足傾向となり、担当介護者は昼間に傾眠傾向があったり、落ち着きがなく、粗暴な行動が増えたように感じている。

アセスメント

担当介護者が、関連老人保健施設で行われている排泄委員会に参加した時、この担当利用者について相談したところ、排尿日誌をつけることとなった。

排尿日誌では、昼間はおむつ交換が7回程度で、1回の尿量（尿の漏れたおむつの重さー濡れていないおむつの重さ）は150～250gm、夜間のおむつ交換は4回で1回の尿量は100～250gmであった。昼間の総尿量は980ml、夜間の総尿量は800mlであった。水分摂取量は、食事以外では1500ml程度であった。

支援経過

排泄委員会では、昼間のトイレへの排泄誘導によるおむつはずし、夜間はおむつ交換をやめて吸収量の多いおむつを使用し、十分な睡眠確保をめざすこととした。また、夜間多尿があるため、夕方以降の水分摂取を抑える計画を立てた。おむつはずし、特に夜間のおむつ交換中止は、同グループホームの方針に反するため抵抗を受けたが、試みとして行うことが許可された。

効果

昼間の排泄誘導は、認知症のために非常に困難であり、おむつはずしをすることはできず、夕方以降の水分摂取抑制も、本人が自分で水道水を飲み、止めようとするため、水分摂取調節もできなかった。しかし、夜間のおむつ交換中止のため、朝まで起きずに眠るようになり、昼間の傾眠傾向がなくなり、日中の態度も非常に穏やかとなった。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する教育システムの構築に関する研究
（分担）研究報告書

「高齢者在宅医療に関する多職種教育 Q and A テキスト—老年症候群編—の作成と評価」

亀井智子・聖路加国際大学・教授

研究要旨

本研究では、高齢者在宅医療に参加する保健医療福祉にわたる専門職、および家族を対象として、老年症候群について、Q and A 方式の実践的なテキストを作成することを目的とした。

作成方法は、質問項目 20 問を挙げ、テキスト原案を作成した。それを用いて、内容について一般市民 26 名から評価を受けた。評価の視点は、文章の明確さ、読みやすさ、内容の理解しやすさ、用語のわかりやすさ、文章の量、図の理解しやすさ、全体的な理解度とした。

その結果、一般市民からの意見では、テキスト中に薬剤による影響をより詳しく述べること、筋力維持のための運動の具体的内容を上げること、何点かの漢字にルビをふること、使用する器具について説明が必要であること、わかりやすい用語への変更が挙げられた。理解度確認テストは説明前 35.0%~95.7%、説明後 55.6%~94.7%の正答率であった。市民から挙げられた意見に基づき内容の修正を行い、高齢者在宅医療に関する多職種教育 Q and A テキスト—老年症候群編—を完成した。

A. 研究目的

本研究の目的は、高齢者在宅医療に参加する保健医療福祉にわたる専門職、および家族を対象として、老年症候群についての Q and A 方式の実践的なテキストを作成することである。

作成方法は、質問項目を挙げ、テキスト原案を作成し、それを文章の明確さ、読みやすさ、内容の理解しやすさ、用語のわかりやすさ、文章の量、図の理解のしやすさ、全体的な理解度の点から一般市民の評価を受け、テキスト原案に修正を加えた上で「高齢者在宅医療に関する多職種教育 Q and A テキスト—老年症候群編—」を完成する。

B. 研究方法

1. テキスト原案の作成

高齢者の在宅ケアに関する市民の質問(Q)を 20 問上げ、各質問への回答(A)を簡潔に述べる形式でテキスト原案を作成した。問の内容は、老年症候群である、転倒、骨折、寝たきり、褥瘡、外傷、誤嚥、尿失禁、低栄養、睡眠、リハビリテーション、入浴、うつについてとした。回答は、図やイラストを用いながら、簡潔に説明するようにした。

2. 市民によるテキスト内容の評価

本学研究センターPCC 実践開発研究部が行う PCC 事業の利用者、市民ボランティア(一般市民)の中から、テキスト原案の内容評価に任意で協力を得られる者を募集した。調査日に、会場に来所した研究協力者に対し、テキスト原案を配布し、内容を読みあげて、評価を受けた。

評価の視点は、Q and A テキストの質問項目(20 問)の妥当性、文章の明確さ、読みやすさ、内容の理解しやすさ、用語のわかりやすさ、文章の量、図の理解しやすさ、全体的な理解度とした。評価は 5 段階(とても良い—やや良い—普通—やや悪い—とても悪い)とした。理解度は、テキスト原案の内容をもとに、20 問の理解度確認問題を作成し、4 肢択一回答により市民の理解度を評価した。具体的な修正点等は、テキスト内に直接書き込んでもらうこととした。

3.テキストの修正

前述 2.で課題となった点について分析し、具体的な文言、図表の修正を行い、最終的なテキストを作成した。

4.倫理的配慮

本研究は、一般市民から意見を収集し、内容評価に用いるため、次の倫理的配慮を行った。

対象者のリクルート方法は、本学 PCC 実践開発研究部部長の同意と協力を得て、利用者、市民ボランティアを対象に、本研究の説明会を開催し、研究目的と協力依頼内容について説明する機会を設けた。

本研究協力への同意は任意で行うよう説明し、協力の意向をもつ者は、研究代表者に直接申し込む方法をとった。調査日を複数設け、都合の良い日程で会場に集合してもらうこととし、会場内で再度文書と口頭で研究目的などの説明を行い、文書での同意を得た。途中での協力撤回の自由を保証した。尚、本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1.テキスト原案の内容

テキスト原案の質問(Q)内容は、転倒・骨折の予防、寝たきりの予防と対処、褥瘡の予防、外傷の予防と対応、誤嚥の予防、失禁の予防、低栄養の予防、睡眠、生活リズム、リハビリテーション、入浴と清潔、うつの予防と対応とした。これらについて、図やイラストを取り入れ、理解しやすく、かつエビデンスのある事柄を中心に、回答(A)を記述した。

2.市民によるテキスト内容の評価

大学近隣に居住する一般市民、健康ボランティア計 26 名がテキストの評価を行った。

1)対象者の特性

評価者の特性は表 1 に示した通り、年代は 10 歳代～90 歳代にわたり、性別は男性 1 名、女性 25 名、介護の経験者は 11 名であった。

表 1 テキストの評価者(一般市民)の特性 (N=26)

年代別人数	10 歳代	5 名
	20 歳代	1 名
	30 歳代	—
	40 歳代	—
	50 歳代	2 名
	60 歳代	6 名
	70 歳代	3 名
	80 歳代	7 名
	90 歳代	1 名
性別	男性	1 名
	女性	25 名
介護の経験	あり	11 名
	なし	14 名
家族が訪問診療を受けた経験	あり	5 名
	なし	19 名
家族が訪問看護を受けた経験	あり	6 名
	なし	18 名

2) テキスト原案についての意見

テキスト原案についての意見として、テキスト中に薬剤による影響をより詳しく述べること、筋力維持のための運動の具体的内容を上げること、わかりにくい専門用語があること(表2)、何点かの漢字にルビをふること(表3)、使用する器具について説明が必要であることについての意見が挙げられた。

表2 市民からわかりにくいとされた用語

安全な生活空間をつくる
 抗重力筋
 圧受容体
 食形態
 発赤
 除圧器具
 抗コリン剤
 三環系抗うつ剤
 カルシウム拮抗剤
 廃用症候群
 概日リズム
 睡眠や概日リズムをもたらすホルモン
 メラトニン
 鑑別

表3 市民がルビを希望した用語

裾捌き
 骨粗鬆症
 誤嚥
 咀嚼
 臥床
 拮抗

3) 理解度

テキスト原案を説明する前後で市民の理解度を確認した。20問の正答率は図1のように、テキスト原案の説明前は最低35.0%(問10)~最高95.7%(問19)であったが、説明後は最低55.6%(問2)~最高94.7%(問1)と、説明後に13問において正答率がやや上昇していたことが確認できた。

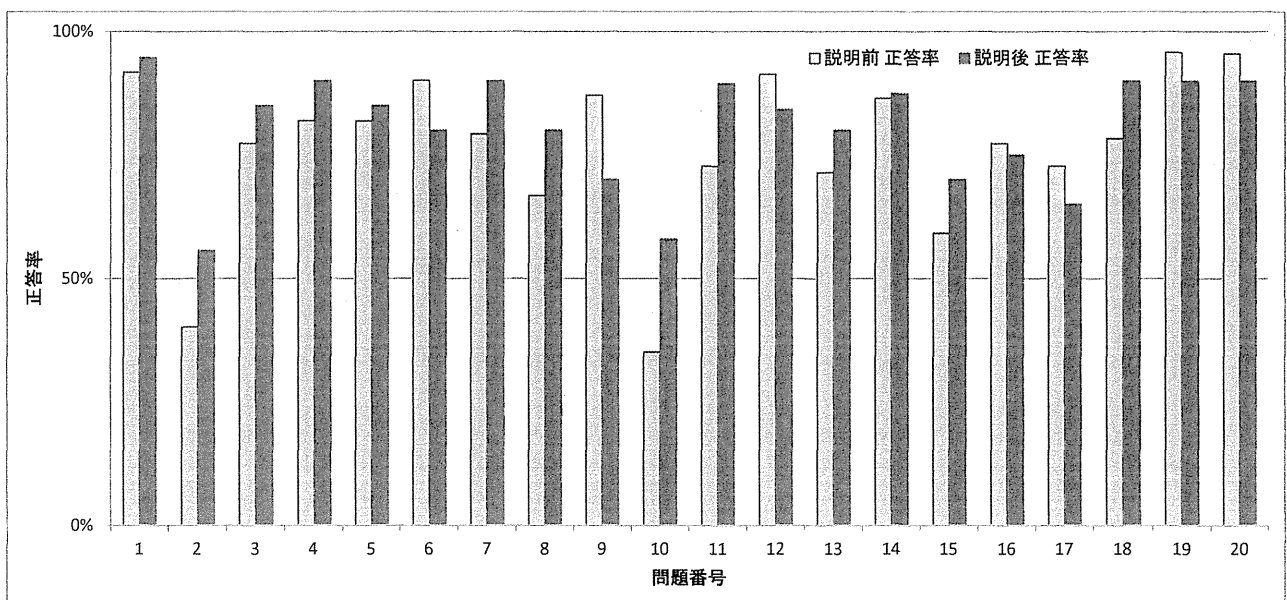


図1 理解度確認問題(20問)の正答率

3.完成したテキスト

市民の意見をもとに、内容に修正を加え、Q and A テキスト—老年症候群編—を完成した。

高齢者在宅医療に関する 多職種教育 Q and A テキスト

～老年症候群編～



編著 聖路加国際大学 亀井智子

平成24～26年度 厚生労働省(学術振興局)補助金(学術総合研究事業)
「高齢者在宅医療に関する多職種連携の推進要因を究明する教育システムの構築に関する研究」
(研究代表者:亀井智子)

＜目次＞

転倒・骨折の予防	.....	p.1
寝たきりの予防と対応	.....	p.5
褥瘡の予防	.....	p.8
外傷の予防と対応	.....	p.9
認知症の予防	.....	p.10
失禁の予防と対応	.....	p.12
低栄養の予防	.....	p.13
精神	.....	p.14
生活リズム	.....	p.14
リハビリテーション	.....	p.15
人財と情報	.....	p.16
うつつの予防と対応	.....	p.18
理解促進のために問題	.....	p.19
おわりに		

＜転倒・骨折の予防＞

問1 父(78歳)はこの頃、自宅にこもりがちで、家の中でもよく転びます。家の中で転ばないようにするために家族が注意することはありますか？

解説1
後期高齢者の骨力や足腰の筋力低下を防ぐため、日常的な歩行や運動は大切です。特に自宅での転倒を防ぐためには次のようなことを検討しましょう。

①自宅の生活環境、生活空間を安全にしましょう

①廊下や床

- ・本や新聞、小物を床に放置せず、片付ける
- ・滑り止めのついていない床のマット等は外す
- ・電気コードなど、足に引っかかりやすいものを床から出す、コードカバーを付けて、部屋の隅を避けるようにする
- ・段差を少なくする(バリフリー化)

②手すり

- ・浴下や階段、トイレ、浴室などに手すりを設置する。身長と身体の動きに応じて、手すりの高さ(たての手すり、横の手すり)を適切に検討する

③階段

- ・階段には滑り止めテープをつける

④照明

- ・足元が暗くならないように照明の配置を見直す。たとえば、階段を降りるとき、自分の影が伸びないように電燈の位置を工夫する
- ・玄関、浴室、浴室などが暗くなると、電燈を明るくするものに変える

⑤収納の位置

- ・手が届かない高い位置や、届かない低い位置の収納を、取り出しやすい位置に変更する

⑥浴室

- ・歩くときに滑りやすい靴は履かない場合、家具の配置を変更する
- ・浴槽からの立ち上がり時に滑らないよう、浴槽に滑り止めマットを置く
- ・衣服の裾を踏んで滑らないよう、浴槽の洗い場を滑り止めのマットを敷く
- ・スリッパは履きやすいため、かかとを滑り止めの室内履きを使用する

⑦玄関

- ・マットの高さは、端に置いた時電燈が届く高さのものにする

⑧玄関

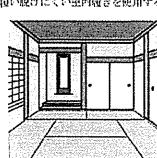
- ・玄関には踏みかき入れの踏みかき機を置く

⑨ベッド

- ・猫などと一緒に寝る場合、ベッドに上り下りしやすいように注意する

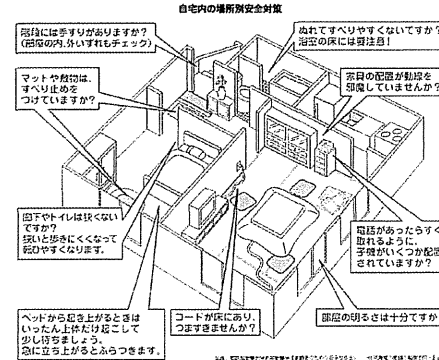
⑩視力

- ・視力・視野に低下がないか、定期的に視力検査を受ける

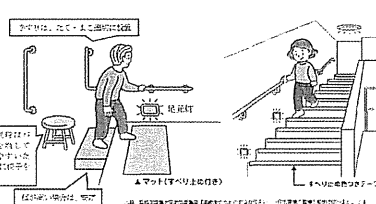


自宅の中を整頓する

自宅内の場所別安全対策



自宅内の転倒予防チェックポイント



④ 階段の転倒予防

2)薬による影響

次のような薬物は転倒のリスクを高めるものといわれています。薬物はあらかじめ処方箋を決めて一か所で管理してもらい、処方箋外や飲み合わせの薬品を避けましょう。

- 抗認知症薬**：認知症の症状の進行を遅くする薬。認知症が進行し、判断力の低下が著しい、危険の認知が難しくなり、転びやすくなります。
- 降圧薬**：血圧を下げる薬。横力は血圧が低くなっていることがあり、起立時に血圧が急に下がる場合があります。
- 鎮痛薬**：痛みを和らげる薬。血圧を下げる場合があります。
- 抗うつ薬**：気分が落ち込み、何もする気が起きないなど、抑うつを改善する薬。めまいなどが起こることがあります。
- 抗精神薬**：認知症などに伴う精神的な症状を和らげる薬。
- 降糖薬**：糖尿病や血糖値を下げる薬。低血糖により転倒を起こすことがあります。
- 利尿剤**：尿を出しやすくして、血圧を下げる薬。腎臓の働きを助ける薬。利尿剤そのものは転倒のリスクを高める可能性は低いですが、トイレの利用回数が増え、歩行機会が増えるため、結果として転倒の危険性が高まります。



問2 自宅や外出時転倒した場合、体を起こす前に確認すべき点がありますか？

解説2 転倒した直後は気が動転して痛みを感じないかもしれませんが、骨折していることも考えられます。すぐに立ち上がり、気が落ち着くまで待つから、ゆっくりと動きます。転倒直後は痛みなどが無い場合でも、あてがえられ、内出血による痛みがきたり、骨折していたという場合もあります。



高齢者が転倒した場合、転倒した方向によって、下の表の各部位に痛み、切り傷、あざ、腫れがいろいろ確認します。頭などを打った場合は、医師の診察を受けましょう。

表 転倒の方向と骨折しやすい部位

- ・横倒しに転倒した一足の内側(足首関節部)
- ・後ろに転倒した一足と背中、頭
- ・ひざをついて倒れた一足から上の手
- ・手のひらをついて倒れた一足から下手、手関節
- ・前につんのめった一足、首、肩

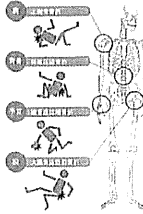


図 骨折しやすい4つの部位

問3 母は転倒することを怖がって、外に出たり、行動することに消極的です。行動を促すための声かけや手伝いとして適切なものはどのようなことでしょうか？

解説3 転倒による痛みや骨折を経験したことのある高齢者は再び転倒することを恐れ外出や行動することに対して消極的になることがあります。高齢者が身体を動かさないことで「廃用症候群」(ぼうようしょうぐん)をおこすことがあります。

「廃用症候群」とは、長い期間安静状態を余儀なくされたり、自ら寝ていることが増えた状態として、身体機能が低下する状態のことをいいます。具体的には、筋肉がやせ衰える(廃用性筋萎縮)、関節の動きが悪くなる(関節拘縮)、骨がもろくなる(廃用性骨萎縮)、心臓の機能が低下する、寝起きに立ち上がろうとするふらつき(起立性低血圧)、調整性動脈硬化、血管の中に血の塊がたまる(血栓症)、精神的な落ち込み(うつ)、目に見えないのが見える(夜盲)、今がいつなのかわからなくなる(見当識障害)、尿すれ、転倒などがあります。

心身の機能低下を防ぐために、家族や友人などが散歩や外出、趣味の活動などに誘い、なるべく活動的に過ごすことが重要になります。声かけたり、手を動かして、下腿の筋力をできるだけ維持し、転倒しにくい身体を保ちましょう。

表 廃用症候群を起さないための支援

- ・超歩者は歩道から歩道内に着替える
- ・生活リズム(起床、就寝、食事、服薬、その日の目標など)を崩さない
- ・転倒の原因となるものを排除し、行動に積極的にたれるよう支援する
- ・家族や友人など、誰かと一緒に外出することを誘う
- ・靴は、歩きやすく、マジックテープなどで足の甲のサイズ調整がきくものにする
- ・必要であれば、杖や歩行器を使い、歩行を安定させる
- ・お風呂は滑りし、外反母趾などで痛みがあれば、足浴とマッサージなど足の手入れを行う
- ・転倒の心配があれば、雨傘を吸収するソフプロテクターなど、保護具の装着を勧める
- ・地域包括支援センターなどが行っているサークルやサロン、転倒予防教室などの参加をすすめる



図 高齢者に適する靴の選び方

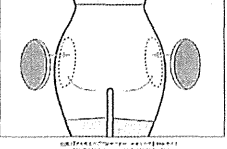


図 ヒッププロテクターの例 (左右に衝撃を吸収するパッドを使用)

<寝たきりの予防と対応>

問4 父が寝たきりになるのを予防するために日常生活で気を付ける点は何かですか？

解説4

寝たきりの原因は1位：脳血管疾患、2位：認知症、3位：加齢による衰弱、老例ですが、次いで多いのが「骨折・転倒」です(平成22年国民生活基礎調査より)。

脳血管疾患を予防するためには、高血圧や心疾患など、生活習慣から生じる病気を予防することが肝心です。防ぐことのできる認知症もあります。老衰を予防するためには、栄養バランスの良い食事の摂取により、健康的な体力を維持すること、また、日常的に体を動かして筋力を維持することが大切です。

転倒は、骨折による骨格を予防するため、日常生活の次のような注意に気を付けます。

表 転倒や骨折を予防するための留意点

- ・高血圧、糖尿病、肥満などを生活習慣病を予防しましょう
- ・栄養バランスをとり、食生活のたんぱく質の摂取を心がけ、筋力を維持しましょう
- ・ストレッチを毎日行うようにしましょう
- ・血圧を定期的に測定し、血圧が高い場合は、医師に相談しましょう
- ・処方を受けている薬物は、正しく服用しましょう
- ・筋力の維持、関節の柔軟性を高めるため運動(散歩、散歩などを積極的に実施しましょう)
- ・体を動かす、足踏の筋力の低下を予防しましょう
- ・座りながらテレビを見たりしながら歩いたりして転倒を予防しましょう
- ・医師が見えやすくなるよう照明を工夫しましょう
- ・必要に応じて手すりを設置しましょう
- ・認知症やパーキンソン病やスリッパ、靴がはきやすくなるよう履物(転倒しやすいため避けましょう)
- ・地域の身近な場所で開催されている転倒予防教室などに参加しましょう



栄養バランスを考えた食事、適度な運動、玄関に設置した手すりの例

1. 肩のストレッチ

- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の後ろで握る。
- 息を吐きながら、肩を後ろに引く。
- 息を吸いながら、肩を元の位置に戻す。
- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の前で握る。
- 息を吐きながら、肩を前に引く。
- 息を吸いながら、肩を元の位置に戻す。

2. 肘でのストレッチ

- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の前で握る。
- 息を吐きながら、肘を前に引く。
- 息を吸いながら、肘を元の位置に戻す。
- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の後ろで握る。
- 息を吐きながら、肘を後ろに引く。
- 息を吸いながら、肘を元の位置に戻す。

3. 肘での腕カフトレーニング

- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の前で握る。
- 息を吐きながら、肘を前に引く。
- 息を吸いながら、肘を元の位置に戻す。
- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の後ろで握る。
- 息を吐きながら、肘を後ろに引く。
- 息を吸いながら、肘を元の位置に戻す。

4. マットでのストレッチ

- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の前で握る。
- 息を吐きながら、肘を前に引く。
- 息を吸いながら、肘を元の位置に戻す。
- 両手を肩の高さまで上げ、肘を曲げて手を肩の後ろで握る。
- 息を吐きながら、肘を後ろに引く。
- 息を吸いながら、肘を元の位置に戻す。

図 転倒・骨折予防体操

問5 一日のほとんどの時間が寝たきりに近い日常生活での留意点はどんなことでしょうか？

解説5

寝たきり状態の高齢者に対する日常生活上の留意点は以下が挙げられます。

① 関節の拘縮

寝たきり状態が続くと関節を動かすことが少なくなるため、拘縮が進行し動かなくなってしまう。

② 筋力の低下

重力に逆らって、身体を支える必要がないため、自取を伴った筋力が低下します。

③ 骨粗鬆症(こつそしょう)

寝たきりが続くと、応用筋原線となり体を動かさなくなるため骨密度が低下し、骨粗鬆症となりやすくなります。

④ 心肺機能の低下

寝たきりの場合、生命活動を維持するための血液や酸素の量が少なくなため、心肺機能が低下します。

⑤ 起立性低血圧

立位や運動時に血圧を調節する機能が低下するため、起立性低血圧を引き起こします。

⑥ 便秘

寝たきりになると筋力が低下するため、便を押し出す力が減少します。また、食事が減り、食物繊維の摂取量が少なくなると、便の動きも遅くなり、便秘となります。トイレの回数を感じたり、おむつ使用のため水分摂取量を減らしてしまうと、便秘しやすくなります。

⑦ 褥瘡(じよくそう)(床ずれ)

寝たきりの場合、皮膚の同じ箇所が長時間圧迫され、血流が途絶えるため褥瘡が形成し、褥瘡が生じます。

⑧ 認知症・認知機能の低下

寝たきりの状態では脳への刺激が大幅に減少するため、認知症の発症や認知機能の低下の原因となります。

⑨ 誤嚥(ごえん)

食べ物や唾液(よだ)などが気管や肺の方に落ち込むこと、肺炎の原因となります。

⑩ 低栄養

食事摂取量やタンパク質の摂取量の低下が続くと、低栄養状態に陥ります。その人に適したやわらかさや、とろみをつけたり、刻んだり、つぶしたりと、食形態や好みの食べ物を考えて、必要エネルギー量を摂取できるようにしましょう。



図 褥瘡の原因



図 低栄養

<褥瘡の予防>

問6 寝たきりの母に床ずれを伴わないための留意点を教えてください。

解説6

褥瘡には原因による右の図のような段階があります。褥瘡を防ぐためには、次の点に留意しましょう。

表 褥瘡を予防するための留意点

- ① 発赤が認められた場合、注意して観察し、早めに医師や訪問看護師に相談する
- ② 圧迫マットなどの防圧器具を有効利用する
- ③ 自分で寝返りを打てない場合、おおよそ2時間ごとに体位交換
- ④ エアマットスを使用し、体に圧力がかかる時間を少なくする
- ⑤ 皮膚のケア(皮膚の清潔・保湿・保護)に努める
- ⑥ 低栄養状態に陥らないよう、バランスのとれた食事を摂る
特に次の栄養素については積極的に摂取するようにする
タンパク質:体の筋肉を作る(肉、魚、大豆製品など)
亜鉛:たんぱく質の合成に欠かせない必須ミネラル(肉、たまご、チーズ、大豆、きなこ、ゴマなど)
カルシウム:骨を丈夫にする(牛乳、乳製品、しじょうなど)
ビタミンA:粘膜の機能を維持する(レバー、うなぎなど)
ビタミンC:鉄の吸収を高める。抗酸化作用。(ピーマン、セロリ、かぶ、のり、果物、野菜)

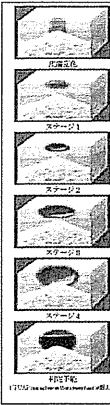


図 褥瘡の段階

図 褥瘡ができやすい部位



図 褥瘡ができやすい部位

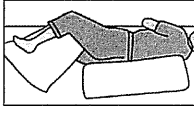


図 枕やクッションを利用した体位の保持

図 枕やクッションを利用した体位の保持

<外傷の予防と対応>

問7 この項目のけがの治りが悪いのですが、なぜですか？

解説7

高齢者の場合、自然治癒力が低下しているため、病気のけがなどが治るまでの時間が長くなります。栄養状態が悪い場合、傷口がなかなかつかぬこともあり、そこから感染症を起すこともありますので、傷口に菌が侵入しないように注意してください。

また、糖尿病があったり、血腫の多い状態が続くと、傷口がなかなか治りません。糖尿病とわかったり、早期に治療を開始することが大切です。

高齢者の皮膚は皮下組織が薄いので、傷やあざを作りやすくなりますので、けがの予防を心がけましょう。

問8 骨折の恐れを少しでも減らすにはどのような方法がありますか？

解説8

高齢者の骨折の主な原因は転倒、骨粗鬆症(こつそしょう)によるものです。まずは自分の骨密度を知ってもらい、自身の骨の強さを知っておきましょう。

転倒しないことが骨折の恐れを減らすことにつながりますので、問1~問4を参考にしてください。また、骨粗鬆症などで骨がもろくなっているため、わずかな外力でも骨折する恐れが高まるので、次の点に留意して転倒などによる骨折の恐れを減らすようにしましょう。

表 高齢者のけがの予防

- ① 普段から運動するように心がける
運動不足は骨密度低下の原因となるため、骨折の恐れが増します。足に重さをかけ、運動することによって、下肢筋力やバランス維持力が向上し、転倒の恐れが減少します。
- ② 骨量の増加を促す栄養素を摂る
骨を形成するカルシウムに加え、カルシウムの吸収を促すビタミンD、Kを摂取するようにし、適度に日光を浴びます。スキムミルクなどを調理で加えると、なお摂取しやすくなります。骨粗鬆症の進行を防ぐために、骨密度を増やす治療が行われることもあります。

分類	食品名	1回あたりの摂取量	カルシウム量(mg)
牛乳・畜製品	牛乳	1カップ(180ml)	290
	ヨーグルト	1杯(110g)	120
大豆・大豆製品	豆腐(絹)	2皿(100g)	190
	納豆	2皿(100g)	190
野菜	小松菜	1杯(50g)	56
	大根の葉	1杯(50g)	40
魚介類・海藻	いわし	1杯(100g)	180
	1ちりしり	1杯(100g)	180

<誤嚥の予防>

問9 誤嚥と肺炎を繰り返すようになりました。日常生活で予防する方法を教えてください。

解説9

肺炎は日本人の死因第4位で、とても多い病気です。

●嚥下とは

嚥下とは食べ物の飲み込みのことです。嚥下は舌、口の周り、首などの筋肉を使用して、食べ物や飲み物を喉に送り込み、咽を通った食べ物を食道に送り込むことを指しています。

●誤嚥とは

誤嚥は舌、口、咽喉(のど)のどこかに障害があるため、本来の速度でなく、気管、気道や肺の方に食べ物や飲み物が落ちることを指します。普通、気管や肺の方に食べ物がないと、むせ込み、吐き出すことができますが、全身状態が低下している場合などでは、むせずに反応がないこともあります。

喉につまづきや食べ物が入り込むと、肺炎につながります。次の点に留意することによって、誤嚥の恐れを減らすことができます。

表 嚥下機能が低下してきたときの食事について

- ① 噛み砕くことや温度など、やや刺激が強いものを避ける
- ② 食事のペースはゆっくりのペースで食べ、姿勢を良くする
- ③ 食事の前に嚥下体操(飲み込み体操)や口の周りのマッサージを行う
- ④ ひと口の量を減らして飲みやすくする
- ⑤ 食事に使用する(タンビなど、気が散る原因となるものを食事中は消す)
- ⑥ とろみ剤を用いて、汁物やお茶などにとろみを付け飲みやすくする
- ⑦ 固形でなく、ゼリー食など半固形の食事を提供する
- ⑧ 本人の食べかた・ペースに合わせて介助する

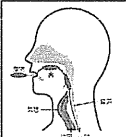


図 誤嚥

表 嚥下機能が低下してきたときの薬について

- ① 薬の服用量が少ない場合、医師と相談して量を減らすか、服用を中止することを検討する
- ② 炎症(めづめ)レベルの低下をまねくもの:抗精神薬、精神安定剤、抗けいれん剤など
- ③ 口腔内の乾燥をきたすもの:利尿剤、抗うつ剤、喘息薬、抗ヒスタミン剤、抗精神薬など
- ④ 不随意筋(自分で動かしていないのに動いてしまう)を止む恐れのあるもの:抗精神薬、抗パーキンソン薬など
- ⑤ 咽頭筋の収縮力を低下させるもの:抗コリン剤、抗うつ剤、カルシウム拮抗薬(降圧剤)など

●食べる前に腹下体節を行います
腹下について相談できる、歯科医師、歯科衛生士をもちまわります。

1. 歯の健康
歯の健康を維持するためのポイント

2. 歯の清掃
歯の清掃の重要性と方法

3. 歯の保護
歯の保護のためのポイント

4. 歯の検査
歯の検査の重要性

5. 歯の予防
歯の予防のためのポイント

6. 歯の治療
歯の治療の種類と特徴

7. 歯のケア
歯のケアのポイント

8. 歯の健康
歯の健康のためのポイント

9. 歯の予防
歯の予防のためのポイント

10. 歯の健康
歯の健康のためのポイント

解説 10

排泄とは身体にとって不要となった老廃物を体外へ排出する行為で、生きていく上で欠かせないものです。また、誰もが人の世話になりたくないのが本能的な反応です。
おむつをするということは、今まで問題なくトイレで行っていた排泄行為が行えなくなったことを意味し、おむつをするとか、交換してもらうということは本人の尊厳を傷つけることにもつながりかねません。

そのため、おむつをするかどうかの最終的な判断は本人にゆだね、周囲は通常の排泄行為を行うことができるよう支援するようにします。日中トイレの移動を行い、どうしても夜間に失禁がある場合は、夜間のみおむつの使用を考慮してもよいでしょう。
尿失禁には種類があり、治療で改善するものもありますので、一度は診察を受けましょう。

おむつを使用する場合、尿量に応じた吸収力があり、かつ皮膚に接する面積が小さいものを選びましょう。

表 おむつの特徴

パンツタイプ	脱ける方が立ち上がりやすい方、自分で交換する方に向いています
テープタイプ	横になっている時間が長い方で、介護者が交換する方に向いています
パッドタイプ	失禁する尿が少量のとき、また、ほかのおむつと併用する場合にすめられます。パッドだけを頻回に交換することができます。経済的です。
フラットタイプ(平型)	おむつカバーが必要で、介護者が交換する方に向いています

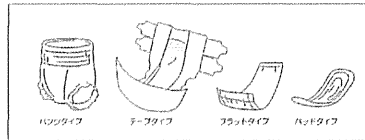


図 おむつの種類

< 低栄養の予防 >

問 11 以前より食が細くなっています。留意点や対応方法などはありますか。

解説 11 食欲不振の原因は様々なものが考えられますが、身体的な要因として考えられるのが、活動量の低下から必要となるエネルギー量が減ることにより食欲不振が発生するケースです。無量のな活動で運動することで食欲不振を防止することにつながります。
腹痛、嘔吐する力が低下している場合も注意が必要になります。誤嚥を忌こしてつらい寝食をすると食欲不振につながる原因となります。

誤嚥を予防するために、食一口を小さく切ったり、柔らかく調理する、流動食にしたりするなど対応を検討します。食料の形を問わず、口に入れると吞でつぶすることができる柔らかい介護用のおかずや固さも調整されるようになりました。二人に、元の食料の形状がわかるようにすることも、食感をわかすことは大切です。

精神的な要因として考えられるのが、特に一人暮らしの高齢者で持病や疾病、先のことに不安などから精神的に不安になり、食欲不振につながるケースです。このような場合に備え、周囲の人や家族が会いに行ったり、食事を一緒にしたりするなど、コミュニケーションをとることで、不安を解消することが必要です。

月1回は体重を測り、体重が減少している場合は注意が必要です。医師、栄養士などに相談しましょう。



問 12 食欲がなく、身体を動かさなくなって、悪循環になっています。どうしたら良いでしょうか？

解説 12 食欲不振から身体を動かさないと、消費するエネルギーも減少し、食欲も落ちません。そして、更に身体を動かさなくなり悪循環が進行して長たきりの状態になる恐れがあります。

運動してエネルギーを消費することによって食欲が回復していくことが理想ですが、難しい場合は、まず、一日のリズムを作って生活するようにします。目標決まった時間に起床して、趣味や日課としての活動、散歩に出るなど、生活のリズムを整えて生活することによって、身体を動かす機会を増やします。

また、外の景色が見えることが励みとなり外出する意欲がわくなど、さらに行動することへのきっかけが生まれます。体を動かせば、エネルギーも消費され、食欲増進につながりますので、好循環が生まれる可能性が高まります。

口当たりがよく、さっぱりとしたものなど、食欲がわくような調理の仕方を用いることも良いでしょう。食べ合わせ、身体も動かさないと状態が悪化し、医師に相談しましょう。

< 睡眠 >

問 13 起寝時刻、時間が不規則です。改善するための方法を教えてください。

解説 13 高齢者の睡眠は浅くなり、睡眠時間が短くなり、早寝早起きになってきます。これは、体内時計の調節機能が低下したため、血圧、体温、ホルモン分泌など睡眠を促す多くの生理的リズムの変化によるものです。
高齢者に多い睡眠障害には、入眠するまでの時間が長くなる、寝についていても定期的に起きてしまう時間的割合が長い、眠りが浅く、途中で目覚める、覚醒時に頻りに多く必要とする、という特徴があります。これらの睡眠障害は日常生活上の次のようなことに留意することで改善する場合があります。

表 高齢者の不眠への対策

・寝る前の読書、空想を遊ばせる
・食事は寝る2〜3時間前に済ませる
・睡眠5時間前のカフェイン摂取を避ける
・入浴はぬるめのお湯にする
・朝から午前中に日光を浴び、メラトニン(睡眠や一日のリズムをコントロール)の産生を促し、夜は自然に眠くなるようなリズムを作る

睡眠時無呼吸症候群のような、原因が別の部分にあるもの場合、専門施設での検査と治療が必要になることがあります。

< 生活リズム >

問 14 昼寝をしてしまうため、夜なかなか寝れず、起きられないため、生活が不規則になりがちです。どうしたら良いですか？

解説 14 高齢者は寝つきが悪くなり、寝覚めも悪い。ため、目覚めが早くなり、うとうとしがちです。昼寝に取替えることも多く、寝不足は決して悪いことではありません。
昼寝は午後5時〜6時頃に30分程度の短時間とし、夜の睡眠に影響が出ないようにします。また、朝起きたら日光を浴びることで、睡眠に関与するホルモン(メラトニン)の分泌が促進され、夜の睡眠がとりやすくなります。

決まった目標をもつなど、生活にメリハリをつけ、日中は活動的に過ごすことで、生活リズムが規則的になり、夜間の良い睡眠につながり、生活も規則的になることができます。



<リハビリテーション>

問15 リハビリに通うことに父は消極的ですが、どのような言葉をかけてあげたらよいでしょうか。

解説15

リハビリを続けていても体が変化がなかったり、痛みが治まらなかったりすることが多く、リハビリに対して消極的になることがあります。

良い方向に変化することはとても望まれることですが、現在の状態を維持することもリハビリの目的です。したがって、良い変化だけを期待せずに、リハビリに長く取り組み続けるようにしていく気持ちが大切になります。

そこで大切となるのが家族・周囲の人の存在であり、ちょっとした気遣いや励ましは本人にとって大きな支えとなり、リハビリへの意欲へつなげます。

家族・周囲の人は、気持ちの面での支えになることが重要です。



問16 リハビリに通っていますが、より効果を高めるために日常生活で気をつけることはありますか？

解説16

日常生活の中でリハビリに積極的に取り組むことは、自分でできることを積極的に行うなど、日常生活の中で身体活動を行うことが大切です。日常的に体を動かさず、できることを自分で行うことも、リハビリテーションと考えます。

ただし、無理をすると疲れが残り、急激な落病によりけがを生じたり、逆効果になる恐れもあります。そのような事態を防ぐために以下のような点に注意する必要があります。

※ 家族が身体的なリハビリテーションを行う際の注意点

- ・医師や理学療法士から受けた注意を守る
- ・新しい運動や動作は、担当の医師などに相談してから行う
- ・強い痛みを感じる場合には、医療機関をすぐに受診する（痛み薬の上の痛みは1～2日間くらいは我慢をしても良い）
- ・転倒防止のために、床や周辺物の物を片付けておく
- ・無理な運動、急激な運動、無理な荷物は避ける
- ・日常生活の中で、本人が行えることを実践が優先してしまわないように心がける

<入浴と清潔>

問17 入浴時の留意点を教えてください。

解説17

入浴はリラックスできる良い時間ですが、高齢者では入浴中の死亡事故の危険性もあり、事故の原因は心臓停止、脳血管障害、一過性意識障害(失神)、溺死・凍死とされています。また、入浴事故は冬場、かつお風呂に多いのも特徴として挙げられます。高齢者が入浴する時は、次のような点に留意するようにします。

※ 高齢者が入浴するときの注意点

- ・事前に脱衣室や浴室全体を暖めておく
- ・40℃を超えるような熱めのお湯は避ける
- ・心臓病や高血圧症をもつ人は半身浴にする
- ・長湯は控え、入浴時間を20分程度までとする
- ・浴室は滑りやすくバランスを崩しやすいので、手すりや滑り止めマットを利用する
- ・浴室に安定性の良い椅子をおく
- ・入浴前に家族に一戸かけておく。家族がいるときに入浴する
- ・食事前後や早朝・深夜の入浴は避ける
- ・血圧低下、安定剤、利尿薬などの服用後の入浴は避ける
- ・体調が悪化しやすいときは入浴を控える

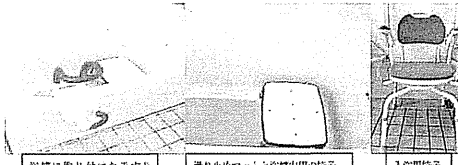


図 高齢者の入浴を支援する用具

問18 寝たきりの母の体をふく両の留意点は何か？

解説18

体を拭くことを清潔(けいせい)といいますが、タオルで体を拭くことで体の血行が良くなり、また蒸しタオルをすることで、体が温まり、入浴した時と同じような効果も得られます。高齢者の体を拭くときは、次の点に留意して実施します。

※ 高齢者の体を拭くときの注意点

- ・寝るの4時間前に行いましょう。寝付きを邪魔しておきまじょう
- ・急激な体温変化が熱いように、室温(冬場20～25℃、夏場24～26℃)に気を配りましょう
- ・皮膚病、果物や化粧品(顔色、皮膚の状態、うぶ毛、キズ、痛み、皮膚の傷など)に気を配る
- ・高齢者の皮膚が薄いので過度な摩擦や、圧迫は避け、やさしく拭く
- ・高齢者は関節が固いので、関節を変えながら実施する
- ・空振りや食後すぐは避ける
- ・体の末梢(手足の先)から中心部(体の中央)に向けて拭くようにする
- ・汗の溜まりやすい部分(首、顔、膝の裏、股、臀部、しわの部分)は特に丁寧に
- ・手袋、足袋など、部分的に清潔に保つための方法を用いると、負担が高まります
- ・清潔スチームを使って、皮膚のマッサージを行うことも良いでしょう



<うつつの予防と対応>

問19 夫(75歳)に軽いうつつの症状があるようです。受診するかどうかを判断するためのポイントは何ですか？

解説19

うつつ状態はストレスや身体的な状態など様々な原因で気分が落ち込む状態を指し、身体に不調が現れる状態です。時間がたてばやがて元の精神状態に戻る場合があります。若年うつつ病は、65歳以上の方にみられるうつつ病、次のような症状がみられます。

※ 老年期うつつの症状

- ・何もやる気が起きない
- ・物事への興味や喜びがない
- ・眠れない
- ・気分がふさぐ
- ・気分がめいる
- ・集中できない
- ・体がだるい
- ・食欲がない
- ・手足のしびれ
- ・人と会って、話したりするのがめんどくさい
- ・寝汗をかく

ひどくなると、自殺を訴えるような場合もあります。うつつにより気力や実力が落ち、認知症の初期症状である記憶力低下と間違われることがあります。うつつ状態が2週間以上毎日続く場合、認知症ではないことを確認することを含めて、医師への相談が必要となります。

問20 祖母は介護を長く続けていましたが、このごろ疲れないことが多くなり、友人と会うことも億劫だと言います。かかりつけ医にうつつ病と言われました。周囲の人が留意することはありますか？

解説20

うつつ病の人と接する場合、まずは気分が落ち込んでいるという心の状態を理解したうえで、次のような点に留意して接します。

- ・相手の話をよく聞く
- ・相手の気持ちに寄り添う

また、次のような接し方ばかりにならないように注意します

- ・相手の悩みを解決したくないと断定する
- ・不用意な説教、反論、解決を試みることはやめる
- ・「がんばって」と無理を勧める

寛解し、薬を服用している場合は、薬の作用や副作用の指導方法、治療方針を理解し、偏見などから「薬に頼ってはいけない」となどの不適切なアドバイス、接し方は避けます。その他、自分の考えを押し付けるようなことはせず、接し方が分からない場合は、医師や看護士に相談するようにします。



E. 結論

高齢者在宅医療に関する Q and A(20問)テキスト原案を作成し、一般市民 26 名から評価を受け、理解しにくい点に修正を加えた。在宅医療の受け手である市民にとって、本テキストは理解しやすい内容で、わかりやすい用語を用いたテキストとして完成することができた。また、このテキストを使用することで、老年症候群に関する市民の理解度が向上する可能性があることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 26 年度 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
「高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する教育システムの
構築に関する研究」（H24・長寿・一般・006）鳥羽班
和田忠志 医療法人社団実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長
太田秀樹 医療法人社団アスミス 理事長

研究要旨

平成 24 年度と 25 年度に収集した事例の集計と検討を行った。基礎疾患としてのがん、併発疾患としての下気道感染症は、在宅医療を受けると、首尾よく治療できる可能性が高いと示唆された。「介護困難が直接的な在宅医療断念の原因である」例は非常に多く、介護者要因が在宅医療継続において決定的であると考えられたが、独居であるからといって必ずしも最期まで在宅療養できないわけではないことが示唆され。在宅医療現場場で診断がつかなかったが病院で診断がつく例は多く、検査機器に乏しく、診断能力においては病院医療よりも制約が大きい点が、阻害要因となりえると考えられた。

A. 研究目的

平成 24 年度と 25 年度に収集した事例の集計と検討。

B. 研究方法

事例のなかで、在宅医療現場の事例でないものや書類不備例を除外し集計した。

C. 研究結果

a. 「急性疾患を併発したが在宅医療で治療し、入院を回避した例」37 のうち、基礎疾患はがん 3 例、非がん 34 例であり、併発急性疾患は下気道感染症(肺炎、気管支炎、膿胸)が 27 例を占めた。

b. 「急性疾患を併発し、在宅医療で治療したが入院を余儀なくされた例」35 のうち、基礎疾患はがん 6 例、非がん 29 例で、併発急性疾患は、下気道感染症は 14 例、その他の感染症は 10 例であった。

c. 「在宅医療経過中に困難を生じたが、それを克服して自宅で最期まで診療した例」36 のうち、基礎疾患は、がん 25 例、非がん 10 例で、経過中の困難として下気道感染症例はなかった。

d. 「在宅医療を断念し、長期療養施設あるいは介護施設入所となった例」36 例のうち、基礎疾患はがん 3 例、非がん 36 例で、経過中の困難として下気道感染症は 2 例を占めた。c においては、「介護困難が直接的な在宅医療断念の原因である」と考えられる事例が 31 例を占めた。独居事例は c 4 例、d 8 例であった。

e. 「在宅医療を受けていて入院した例で、病院治療において在宅医療では見逃されていた課題が明らかになった例」15 のうち、入院後に診断がついたものが 14 例、新規に癌が発見された事例は 4 例であった。

D. 考察 および E. 結論

基礎疾患としてのがん、併発疾患としての下気道感染症は、在宅医療で首尾よく治療できる可能性が高いと示唆される。介護者要因が在宅医療継続において決定的であると考えられるが、独居であるからといって必ずしも最期まで在宅療養できないわけではないことが示唆される。在宅医療現場場は、検査機器に乏しく、診断能力においては病院医療よりも制約が大きい点が、阻害要因となりえると考えられた。

G. 研究発表 なし