

# 認知症（鳥羽） Q and A 79問, e-Learningを開発

独立行政法人  
国立長寿医療研究センター  
認知症情報サイト

貴方の認知症の知識は間違っていますか？ 認知症の正しい知識を勉強しましょう。思いがけない発見がきっとあります。

医療関係者ログインはコチラ

検索

大 中 小

● 一般の方

● 医療関係の方

● 認知症疾患医療センターの方



## 認知症 e-ラーニング

認知症 e-ラーニング



## 認知症 Q&A 医療関係者向け

認知症 Q&A 医療者向け

### 1. 認知症のことを知りたい(一般)

- [01] 病気について知りたい (9)
- [02] 症状について知りたい (3)
- [03] 検査について知りたい (3)
- [04] 治療について知りたい (1)
- [05] お薬について知りたい (8)
- [06] 予防について知りたい (1)
- [07] その他 (1)

### 2. 認知症の人と上手に向き合うために

- [01] 食事について (2)
- [02] 排泄について (2)
- [03] 入浴について (4)
- [04] お薬について (2)
- [05] 対応に困る言動との向き合い方 (16)
  - 5.1 徘徊 (1)
  - 5.2 妄想・繰り返し (2)
  - 5.3 暴言・暴力 (6)
  - 5.5 その他 (7)
- [06] 趣味や余暇活動への取り組み (1)
- [07] 外での活動を支える (4)
- [08] 運転と車のとりあつかい (2)
- [09] 介護者の気持ち (3)

### 3. 認知症の人の生活を支える

- [01] 専門の医療機関に診てもらおう (3)
- [02] 自宅で診てもらいたい (1)
- [03] 介護サービスを利用する (9)
- [04] 身体の具合が悪く時 (3)
- [05] 主治医を変えたい・病院を変えたい (2)
- [06] 日常生活の悩み (1)

認知症情報サイトへのアクセスは、開設以来162523件に上った。

Eラーニングは、医療者向けに限定したため、244件にとどまった。

家族もチーム医療の中に入れるため、Eラーニングを一般向け後悔とする必要があることが示唆された。

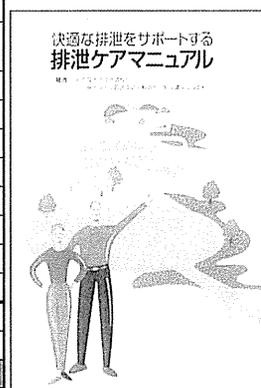
# 排尿障害（後藤百万）【26問】

## 1. 排尿障害の種類をどうやって見分けるのですか？

回答：排尿障害は、尿排出障害（尿を出す障害）と蓄尿障害（尿を貯める障害）に分けられますが、この2つの要因を見分けることは適切な治療やケアにおいて非常に重要です。また、2つの要因が重複してみられることも少なくなく、排尿障害にどのような膀胱や尿道の異常が関わっているのかを知ることが必要です。排尿障害の種類を見分けるには、正確には専門医による膀胱・尿道機能の検査が必要ですが、介護・看護の現場では、排尿に関する症状を詳しく聞き取り、可能な場合には排尿状態を観察することで、おおよそ見分けることができます。また、排尿障害の種類を排尿状態の観察により、おおよそ診断できるツール「排尿チェック表」を使うことにより、介護・看護の現場でも排尿障害タイプを予測することができます。排尿チェック票を含む高齢者排泄ケアマニュアルは、下記ホームページからダウンロードできます。

排尿チェック票の使い方：1～13 までの排尿状態を観察し、その症状があれば○を、その症状がなければ×をつけます。症状がある場合（○をつけた項目）には、その右覧の定数に○を付けます。今度は縦方向に○のついた定数を足し算して、1～13 の合計点を記載します。最後に合計点から引き算分の定数を引き算して、最終点を記載します。最終点が0以上の点数であれば、その項目が診断となります。

No	項目	○/×	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	排尿途中で尿線が途切れる						1.8
8	トイレ以外の場所で排尿する					1.1	
9	排尿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尿器をうまく使えない					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	経産的分娩の既往がある		1.3				
1～13の合計点							
引き算分			-1.8	-2.1	-3.3	-1.6	-1.4
最終点							



高齢者排泄

ケアマニュアル：名古屋大学排泄情報センター <http://www.m-haisetsu.info> よりダウンロード可

## 2. 排尿の状態をどうやって評価するのですか？

回答：症状の聞き取り、排尿状態の観察、排尿日誌、残尿測定により、排尿状態をおおよそ正しく評価することができます。症状を聞き取るためには、排尿障害の症状にはどのような症状があるのか、また症状はどのように分類されるのかを知っておく必要があります。排尿障害の症状は（表1）、排尿（尿排出）症状、蓄尿症状、排尿後症状に分けられます。尿排出症状は、排尿する時の異常を示す症状、蓄尿症状は尿を貯める時の異常を示す症状、排尿後症状は排尿後の異常を示す症状で、これらの症状を把握することにより、排尿機能のどこに問題があるのかを推測できます。

排尿状態の観察は、可能な場合も難しい場合もあると思われませんが、尿の勢い、排尿時に腹圧をかけている（力んでいる）かどうか、尿が漏れるとしたらどのような状況で漏れるのか、などを観察します。排尿障害を排尿状態の観察により、おおよそ診断できるツール「排尿チェック表」を使うと（問1参照）、介護・看護

の現場でも排尿障害タイプを予測することができます。腹圧性尿失禁は、尿が漏れないように尿道を締める括約筋（かつやくきん）の機能が不良となり、咳・くしゃみをするとか、走るとか、思い物を持つとか、腹圧がかかった時に尿が漏れるものです。切迫性尿失禁は、膀胱に尿が貯まっていく途中で、膀胱が自分の意思とか関係なく急に収縮し、急にがまんできないような強い尿意（尿意切迫感）が生じて、トイレまで間に合わずに尿がもれるものです。溢流性（いつりゅうせい）尿失禁は、尿排出障害のために膀胱内にいつも多量の尿が残っていて（残尿）、これ以上膀胱に尿が貯められず、お風呂の水が溢れるように、常に尿道からちよろちよろ尿がもれるものです。機能性尿失禁は、膀胱の働きは問題なくても、認知症とか、運動障害とか、正常なトイレ動作ができないために尿が漏れるものです。尿排出障害は、前立腺肥大症や尿道狭窄のために尿道の通過障害がある場合と、膀胱収縮障害に分けられます。

### 蓄尿症状

- ③ 昼間頻尿  
患者の排尿回数が多いとの愁訴
- ③ 夜間頻尿  
夜間1回以上の愁訴
- ③ 尿意切迫感  
突然起こる、抑えきれない尿意
- ③ 尿失禁

### 排尿症状

- ③ 尿勢低下：尿の勢いが弱い
- ③ 尿線分割：尿がとびちる
- ③ 尿線途絶：尿が途中で途切れる
- ③ 排尿遅延：出始めるまでに時間がかかる
- ③ 腹圧排尿：排尿時にきむ
- ③ 終末滴下：排尿のおわり頃、尿がぼとぼとたれる

### 排尿後症状

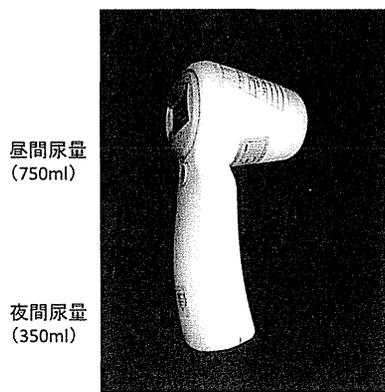
- ③ 残尿感：  
排尿後まだ残った感じがする
- ③ 排尿後尿滴下：  
尿をし終わったあとで、尿がでてくる

### 尿失禁の状況

- ③ 咳・くしゃみ・走る・重いものを持つ・立ち上がる・スポーツをする
- ③ 間に合わない・手を洗う・流水の音を聞く
- ③ 常に少しずつもれる
- ③ 笑う
- ③ 知らないうちにもれる
- ③ 夜間寝ている間
- ③ 性交時
- ③ 溢流性
- ③ トイレ以外の場所で排尿する

また、排尿状態の把握には排尿日誌が有用です。24時間で、昼と夜（就寝後）に分けて、排尿時刻とその時の排尿量（目盛付コップなどで計測）を記載します。これにより、排尿回数、膀胱容量（1回排尿量）、尿量を知ることができます。さらに、排尿後の残尿測定も重要です。残尿は尿道からカテーテルを挿入しなくても、ブラダースキャンなど、簡便な残尿測定装置により、コメディカルでも簡単に計測することができます。

排尿時刻	排尿量 (ml)	尿失禁
7時	80	
9時	50	
10時	70	間に合わず
12時半	100	
13時半	70	
15時	60	
17時	80	
18時半	90	
20時	70	
21時	100	
22時	60	
1時	80	
3時	100	間に合わず
4時半	70	
7時	100	



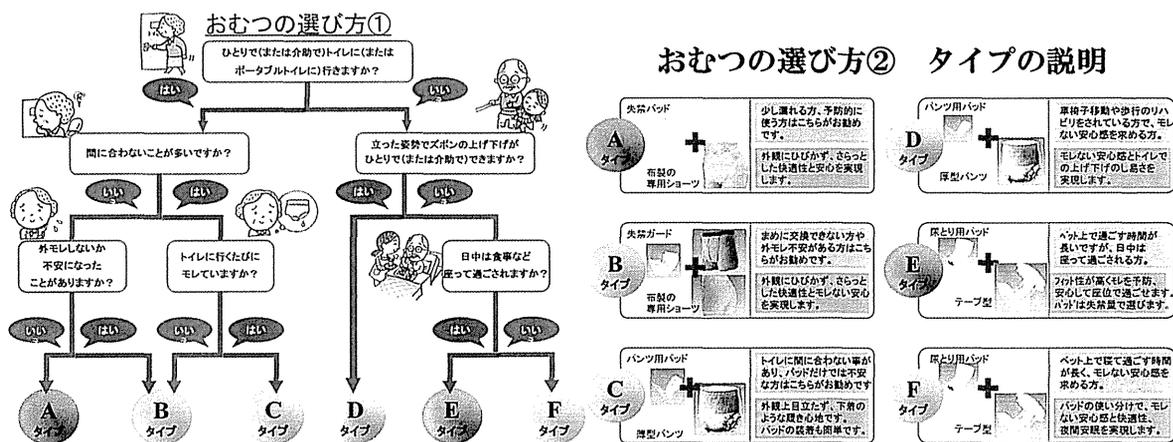
残尿測定装置：ブラダースキャン

排尿日誌の例

症状のアセスメント、排尿日誌、残尿測定により、おおよその排尿障害の状況を把握することができます。

### 3. おむつの選び方は？

回答：おむつは、何でもよいというわけではなく、利用者の身体状況、体型、尿が漏れる量、交換回数によって選択することが重要です。おむつ管理の基本は、インナーとアウターの組み合わせとなります。インナーは、いわゆるパッドで、アウターはパンツを意味します。パッドは吸収量により、様々な種類があるので、尿漏れの量に合わせて、適切な1枚を使います。パッドを何枚も重ねて使ったり、パッドに切り口をあけて何枚も重ねて使ったりすることはよくありません。パッドは1枚で使用するよう設計されています。アウターは、できれば布パンツを用いるのが利用者にとっても、経済的にもよいと思いますが、前述のように尿漏れの程度によってリハビリパンツや紙おむつなどを使い分けします。また、体型により、リハビリパンツや紙パンツの大きさも体型にあった（ウエストサイズなどで表示されます）ものを選択することが必要です。図は厚生労働省班研究で作成したおむつの選択基準です。もちろん、絶対的なおむつ選択の基準は決められてはいませんが、1つの基準として、参考になります。



厚生科学研究補助金：長寿科学総合研究事業、高齢者排尿障害に対する患者・介護者・看護師向きの排泄ケアガイドライン作成

### 4. おむつからすぐに脇もれしてしまいます

回答：おむつからの脇もれがある場合には、体型に合ったおむつ（ウエストサイズやヒップサイズ）が使われているか、おむつの当て方は適切かどうか、インナーについても適切な吸収量のパッドが使われているかどうかを確認します。

### 5. おむつの交換時期はどうやって決めるのですか？

回答：本人がおむつに尿が漏れたことを自覚することができ、介護者に伝えることができる場合には、おむつに尿が出たら伝えるように指示して、尿が漏れた時に交換してあげるのがよいでしょう。もし、おむつに尿が漏れたことを伝えられないような場合には、30分から1時間ごとにおむつが濡れているかどうかをチェックして、その方の1日の排尿パターンをおおよそ把握します。排尿のパターンが把握できたら、それに合わせておむつをチェックして濡れていれば交換してあげましょう。ただ、自分で尿が漏れたことを伝えられないような認知症のある場合でも、落ち着かなくなる、おむつを外そうとする、大きな声を出すなどの行為が尿が出たことに関連していることもあるので、その方の排尿時の行動などが理解できればおむつ交換の時期を知ることができる場合があります。夜間についても、その方が夜間何回尿をおむつにするかのパターンがつかめれば、交換のタイミングを把握できますし、逆におむつが濡れていても起きないような場合には、無理に起こしておむつを交換するよりも、吸収量の大きなおむつを使用して、朝まで安眠させるという場合もあってよいでしょう。

6. 清潔間欠導尿（せいけつかんけつどうによ）ってなんですか？

回答：膀胱、前立腺の病気や、寝たきりなどの理由で、自分で排尿できない、あるいは排尿しても残尿が多量に残っている場合、尿道カテーテルを留置するのではなく、膀胱内の尿を排出する目的で尿道からカテーテルを挿入し、膀胱内の尿を完全に排出（導尿）し、終了したらカテーテルを抜去します。これを定期的に繰り返すことを間欠導尿といいます。手術後などに医師や看護師が導尿を行う場合には、感染を防ぐために滅菌操作で導尿を行います。他方、清潔導尿という場合には、滅菌操作を気にするものではありません。外尿道口の消毒は必要ではなく、薬局で購入できるクリーンコットンのようなもので拭く程度で十分です。また、カテーテルも手で直接つまんで、尿道から挿入して導尿します。カテーテルの先端が、誤って尿道周囲の皮膚に触れたり、物に触れてもまったく構いません。膀胱に尿が多量に溜まって、膀胱が過伸展となっている状態、あるいは常に残尿が存在していることにより、感染を起こしやすくなったり、膀胱収縮機能が悪くなったりしますので、尿路感染を防ぎ、膀胱機能のリハビリテーションを行うことが間欠導尿の目的ですので、清潔操作にあまり過敏になる必要はありません。清潔間欠導尿は、本人、あるいは家族が行い、自分で行う場合を清潔間欠自己導尿といいます。具体的な清潔間欠導尿の指導は、泌尿器科で受けることができます。

7. 尿道カテーテル留置中ですが、尿が濁ってすぐにつまってしまいます

回答：尿道カテーテルを長期留置すると尿路感染を避けることはできません。どんなに細菌が入らないように気を付けても、1週間以上感染を防ぐことは難しく、抗生物質の投与を行っても同様です。従って、尿道カテーテルを長期留置する場合には、尿路感染は必発ですが、発熱などの症状がなければ、抗生物質を使う必要はなく（むしろ安易に抗生物質を投与すると、抗生物質が効かない耐性菌がでてきてしまいます）、様子をみるのみです。しかし、尿路感染のために尿が濁ってくることもあり、混濁がひどいとカテーテルが閉塞してしまふことがあります。膀胱洗浄は、一次的なカテーテル閉塞解除にはなりますが、尿混濁の改善には効果がなく、尿混濁が高度な場合には、いったん尿道カテーテルを抜去して、清潔間欠導尿に切り替えるのがよいでしょう。間欠導尿だけでも、尿混濁が改善することが多く、改善不良であれば短期間の抗生物質の投与を行ってもよいでしょう。もし、清潔間欠導尿で改善されるようであれば、再度カテーテル留置を行うのではなく、清潔間欠導尿による排尿管理を続けることができるよう、できる限り努力することが大切です。

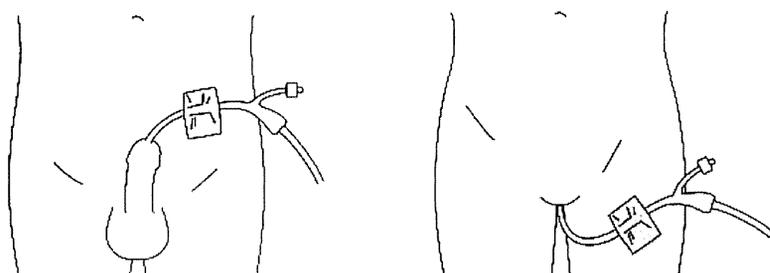
8. 尿道カテーテル留置中ですが、カテーテルのわきから尿が漏れます

回答：尿道カテーテルの脇から尿がもれる理由は、カテーテルの閉塞、あるいは膀胱が収縮するための2つが考えられます。尿道カテーテルを洗浄し、尿道カテーテルの閉塞を解除する。膀胱収縮がある場合には、そもそも尿道カテーテルを留置する必要がないので、カテーテルを抜去しましょう。

9. 尿道カテーテル留置中ですが、カテーテルはどこに固定するとよいですか？

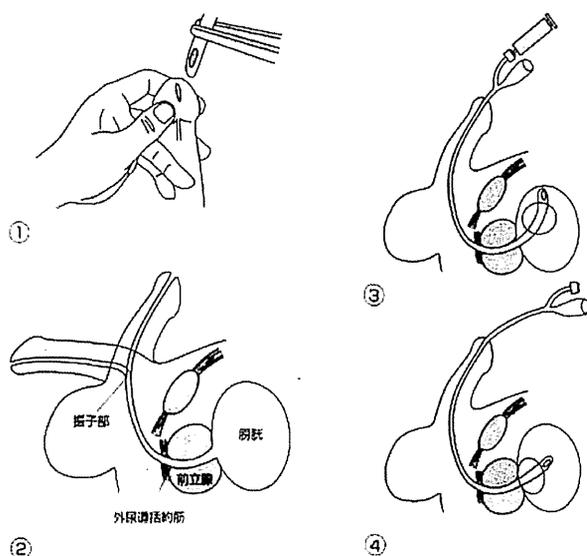
回答：1～2週間程度の短期留置であれば、カテーテルの固定位置はそれほど大きな問題にはなりません、長期留置の場合にはカテーテルの固定位置が重要となります。女性の場合には、動いてもカテーテルが引っ張られないように余裕を持たせて下腿にテープなどで固定します。男性の場合には、陰茎を下（足側）に向けた状態で、カテーテルを脚に固定すると、尿道と皮膚に瘻孔ができやすくなります。固定は右方向でも左方向でもどちらでもよいが、自然に傾く方向や、ベッドから下りる時の方向を考えて固定するとよいでしょう。歩行を行う患者では、歩行を妨げない位置を考慮します。女性では脚部、男性では陰茎を頭側に向けた

状態で腹部に固定しますが、長期留置において、陰茎を足側にした状態で固定すると、尿道振子部が鋭角に屈曲した状態となり、尿道皮膚瘻を形成しやすくなるためです。また、カテーテルを引っ張りすぎないように少したるみを持たせて固定し、患者の状態（意識レベル・ADL・創部など）を考慮し、はがれ難い位置に固定する必要があります。



男性

女性



#### 10. 尿に血が混じりますが、どうしたらよいですか？

回答：尿に血が混じることを血尿といいます。おおきく顕微鏡的血尿と肉眼的血尿に分けます。顕微鏡的血尿は、一見、目で見ても尿に血が混じているとはわからないものの、試験紙で尿をチェックすると尿鮮血反応が陽性であったり、顕微鏡で観察すると血（赤血球）が確認できるものをいいます。肉眼的血尿は、一見して尿に血が混じているのが分かる（尿が赤い）ものをいいます。血尿の原因は、様々ですが、膀胱炎・尿道炎などの尿路の感染、腎炎、尿路結石、腫瘍（腎・尿管・膀胱・尿道のがんなど）などがあります。顕微鏡的血尿の場合には、実際に治療を要する病気がみつかることは10～30%程度と多くありませんが、肉眼的血尿の場合には70%以上で治療を必要とする病気が見つかりますので、一度は泌尿器科専門医を受診することが推奨されます。

#### 11. 排尿する時に痛がります

回答：排尿時に尿道や下腹部、会陰部などの痛みがある場合、最も考えられるのは尿路の感染です（膀胱炎、尿道炎、前立腺炎など）。感染の場合には、排尿時の痛みとともに、感染のために尿が混濁（透明ではなく、

濁っている) することがあります。膀胱炎、尿道炎の場合には、通常発熱することはなく、多くは自然に治ります。ただ、膀胱炎や尿道炎とともに、腎盂腎炎を合併する場合には、背部痛、38度以上の発熱などがみられ、点滴による抗生物質投与が必要となるので、見分けることが重要です。男性における前立腺炎では、急性前立腺炎の場合には排尿痛、会陰部痛、頻尿などの症状が重症で、38度以上の発熱がみられることがあり、抗生物質による早めの治療が必要となります。一方、慢性前立腺炎では、症状は比較的軽度で、高い発熱はありませんが、不快な症状が長く続き、抗生物質の比較的長期の内服治療が必要となります。排尿時の痛みと区別する症状として、膀胱充満時痛があり、すなわち膀胱に尿がいっぱい貯まると、下腹部や、腰、尿道、膣などが痛くなり、排尿すると楽になると言う症状です。この症状は、間質性膀胱炎に見られる特徴的な症状です。間質性膀胱炎は細菌による感染ではなく、原因不明の慢性炎症疾患で、男性より女性に多く、通常治癒することは難しいと考えられており、泌尿器科専門医による診断と治療が必要となります。このように、排尿時痛といっても、その他の症状により、速やかに治療を要する疾患、専門医による診療を必要とする疾患などを、現場においても見分けることが重要です。

## 12. 尿道カテーテルを抜きたいのですが

回答：尿道留置カテーテルは、生活の質の低下、寝たきり状態や認知症の誘発、排尿障害に対する治療機会の喪失、尿路感染・膀胱結石・尿道皮膚瘻孔などの合併症などを避けるために、できる限り、抜去することが推奨されます。まず、尿道カテーテルが留置されている場合には、「なぜカテーテル留置されているのか？」を確認しましょう。膀胱の病気があって排尿できないからなのか、寝たきりでトイレにいけないからなのか、尿が漏れるからなのか、など。しかし、実際には、なぜ尿道留置カテーテルが留置されているのか、理由がはっきりしなかったり、ただ、かかりつけの医師からの指示でという理由だけだったり、尿道カテーテルを留置すべき医学的理由がはっきりしないことがほとんどです。カテーテルを抜きたいと思ったら、まずはカテーテルを抜いてみましょう。

トイレまで行ける場合には、トイレで排尿を行ってもらい、尿が出せない、あるいは少量しかでないようであれば、数日間は排尿ごとに清潔間欠導尿を行い、膀胱を空にします。これによって、残尿量を記録することができると共に、膀胱が広がり過ぎることを防ぐことができ（膀胱の過伸展の防止）、また膀胱が充満して膀胱を空にするということによる膀胱のリハビリテーションになります。もし、トイレで十分な量の尿を排尿できるのであれば問題ありませんが、残尿測定を行うことができればそれにこしたことはありません。残尿測定は、カテーテルによる導尿でできますが、もし残尿測定のための簡易装置（ブラダースキャン、あるいはゆりりん：質問2参照）があれば、非侵襲的に残尿を測定することができます。残尿の多い方で、数日間トイレでの排尿の試みと間欠導尿を行うことで、残尿が50～100ml以下に減ってきたら、もう導尿をやめることができ、うまく尿道留置カテーテルから脱却できたこととなります。数日間排尿トライと間欠導尿を続けても、自排尿が確立できない場合（自排尿がない、あるいは残尿が100ml以上みられる）には、状況が許せば、カテーテル留置にもどすより、清潔間欠導尿による排尿管理を続けた方が望ましいです。その場合の間欠導尿は、自分（自己導尿）、家族、あるいは看護職が行います。間欠導尿を続けることができない場合には、再度のカテーテル留置も致し方ありませんが、できる限りカテーテル抜去を考えていただきたい。ただ、残尿量が100ml以上あっても、自排尿があるのであれば、そのまま自排尿を続けることができます。

トイレ排尿できない（寝たきりなど）場合には、おむつ排尿とし、カテーテル抜去後、数日間は、頻回におむつをチェックします。排尿後のおむつの重さを測ることにより、排尿量を知ることができます。また、残尿測定装置、あるいは導尿による残容量をチェックします。自排尿ができない、あるいは残尿が200ml以上の場合には、清潔間欠導尿を行います。残尿量が50～100ml以下であれば、そのままおむつ排尿を続行で

きます。もし、数日様子を見ても自排尿ができない、あるいは残尿量が 100ml 以上ある場合には、清潔間欠導尿を続けることが望ましいと思われます。どうしても、自排尿がなく、間欠導尿を続けることが困難であれば、カテーテル再留置も致し方ないと思われますが、ただ、残尿が 100ml 以上あっても、自排尿が出ているのであれば、カテーテル再留置は見合わせましょう。

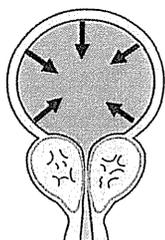
### 13. 内科からたくさんの薬をもらっていますが、排尿に影響しますか？

**回答：**高齢者で医療機関を受診している方は、一般に多くの種類の薬をもらっていることが少なくありません。他方、様々な薬が、膀胱や尿道に影響することがあり、知らないうちに、他の疾患で内服している薬の影響で、排尿障害が起こったり、排尿の問題を有している方の症状が悪化したりすることも少なくありません。前立腺肥大症の男性が、風邪薬を服用して、尿が出なくなってしまう（尿閉）というのは頻度の多い事象です。

排尿障害には、尿の勢いが悪い、残尿感がある、尿が途中で途切れてしまうといった尿排出障害と、排尿回数が多い、尿が漏れてしまうなどの蓄尿障害の 2 つに大別することができます。排尿障害は、膀胱の収縮力と膀胱出口の構造（前立腺、膀胱頸部）、尿道（括約筋）の閉鎖圧の釣り合いが崩れることによって生じます。膀胱や尿道は、中枢神経、交感神経、副交感神経、体性神経の制御を受けており、これらに影響を与える薬剤は排尿障害を引き起こす可能性があります。

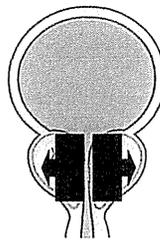
#### 膀胱収縮促進

コリン作動性薬：  
塩化ベサネコール  
臭化ジスチグミン



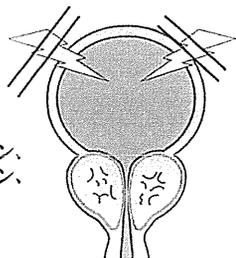
#### 尿道抵抗低下

交感神経α1遮断薬：  
タムスロシン  
ナフトピジル  
テラゾシン  
ウラピジル  
シロドシン  
プラゾシン



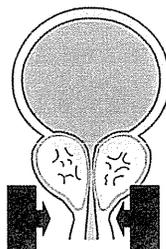
#### 膀胱収縮抑制

抗コリン薬：  
オキシブチニン、プロピベリン、  
トルテロジン、ソリフェナシン、  
イミダフェナシン



#### 尿道抵抗増強

交感神経α受容体刺激：  
塩酸エフェドリン  
三環系抗うつ薬：  
塩酸イミプラミン



塩酸ベサネコール：ベサコリン®、臭化ジスチグミン：ウブレチド®

タムスロシン：ハルナール®、ナフトピジル：フリバス®、テラゾシン：ハイトラシン®、

ウラピジル：エブランチル®、シロドシン：ユリーフ®、プラゾシン：ミニプレス®

オキシブチニン：ポラキス®、プロピベリン：バップフォー®、トルテロジン：デトルシトール®、ソリフェナシン：ベシケア®、イミダフェナシン：ウリトス/ステープラ®

塩酸エフェドリン：エフェドリン®、塩酸イミプラミン：トフラニール®

#### 排尿に影響を与える薬剤

(1) 利尿剤、カフェイン（紅茶、お茶、コーヒー）、アルコール類

膀胱排尿筋の収縮力が低下していたり、膀胱出口の抵抗が強くなっている高齢者では、膀胱に尿が急速に溜まる薬剤によって尿閉が生じることがあります。尿量が増えるため、頻尿になったり、尿が我慢できず（切迫性）尿失禁が生じることがあります。

具体的な商品名：ラシックス、ダイアート、エデクリル、アレリックス、ルネトロン、フルイトラン、ダイクロトライド、ロンチル、ベハイド、ブリザイド、エンデュロン、ナトリックス、ハイグロトン、ノルモナール、アレステン、ノルメラン、バイカロン、アルダクトンA、ソルダクトン、トリテレン、ダイアモックスなど

#### (2) かぜぐすり

尿閉の誘因として、もっとも多いものです。かぜぐすりは通常、何種類かの成分が混じっており、抗コリン剤、抗ヒスタミン剤、 $\alpha$ 交感神経刺激剤を含むものは排尿困難、尿閉、溢流性尿失禁を生じさせることがあります。抗コリン剤抗・ヒスタミン剤は膀胱の収縮力を低下させ、 $\alpha$ 交感神経刺激剤は尿道抵抗を増加させます。よく効く（はなが止まる）かぜぐすりほど、尿閉が生じやすいようです。

具体的な商品名：ダンリッチ、PL 顆粒

#### (3) 抗不整脈剤

抗不整脈剤の中には膀胱の収縮力を低下させ、排尿困難を助長するものがあります。

具体的な商品名：リスモダン、シベノール、ピメノール

#### (4) 向精神薬

##### a. 3環系抗うつ剤

本薬剤は抗コリン作用と $\alpha$ 交感神経刺激を合わせ持ち、膀胱を弛緩させ、膀胱出口部の収縮を増強します。頻尿や尿意切迫、夜尿症の治療に用いられることもあります。

具体的な商品名：トフラニール、トリプタノール、アナフラニール、プロチアデン、ノリトレン

##### b. 抗精神病薬・パーキンソン病治療薬

フェノチアジン類の薬剤には抗コリン作用を有するものがあり、排尿困難、尿閉を引き起こす可能性があります。

具体的な商品名：パーキン、トリモール、コリンホール、ペントナ

#### (5) 認知症治療薬

アルツハイマー型の痴呆の進行を抑制させるアリセプトは、膀胱の過敏性を高め、頻尿や尿意切迫、切迫性尿失禁を引き起こすことがあります。

具体的な商品名：アリセプト

#### (6) 抗コリン剤

ポラキス、バップフォー、プロバンサインは抗コリン作用により膀胱の過敏性を下げ、頻尿や尿意切迫を改善する。膀胱の収縮力も低下させるため、排尿困難・尿閉・溢流性尿失禁の可能性がある。パーキンソン病に用いられる抗コリン剤も排尿障害の原因になり得ます。消化器系・胆石症・尿路結石の鎮痛目的で使用される抗コリン剤によっても、排尿困難・尿閉・溢流性尿失禁がもたらされる可能性があります。消化管の検査時に用いられる硫酸アトロピン（筋注）により、排尿困難をきたすことがままあります。便秘の要因ともなり得ます。最近、認知機能の悪化を招くことがあるとされています。

具体的な商品名：ポラキス、バップフォー、アーテン、アキネトン、プロバンサイン、コリオパン、スパスマックス、パンプロール、ロビナール、セスデン、ブスコパン、パドリン、ファイナリンなど

#### (7) 麻薬性鎮痛剤

モルヒネは膀胱の収縮力を低下させるため、排尿困難・尿閉・溢流性尿失禁をきたすことがあります。

具体的な商品名：塩酸モルヒネ、MS コンチン、アンペックなど

#### (8) $\alpha$ 交感神経遮断剤

末梢の血管を弛緩させ、血圧を下げる効果を持つ薬剤は、膀胱出口の緊張も低下させるため、前立腺肥大症による排尿困難を軽快する作用を合わせ持ちます。末梢血管に対する影響を最小限とした薬剤であるハルナール・

フリバスは前立腺肥大症の治療専用に使われるα交感神経遮断剤です。α交感神経遮断剤の重要な副作用は起立性低血圧であり、高齢者では特に注意を要します。尿道抵抗が減弱している高齢女性では、腹圧性尿失禁が生じる可能性があります。

具体的な商品名：ミニプレス、エブランチル、ハイトラシン、カルデナリン、デタントール、バソメットなど

#### (9) α交感神経刺激剤

かぜぐすりに含まれることの多いエフェドリンは、α交感神経刺激作用により尿道抵抗が上昇、排尿困難・尿閉・溢流性尿失禁の誘因となります。喘息、起立性低血圧の症例にも使用されています。

具体的な商品名：エフェドリン、メトリジン、リズミック

#### (10) β交感神経刺激剤

β交感神経刺激剤は、心臓病、喘息治療に使われます。膀胱出口の抵抗を増すため、膀胱出口の閉塞のある患者では排尿困難・尿閉・溢流性尿失禁を惹起される可能性があるが、稀です。気管支の拡張作用により喘息の治療に使われるスピロペントは、腹圧性尿失禁の治療にも使われています。

具体的な商品名：スピロペント、アトロベント、テルシガンなど

#### (11) カルシウム拮抗剤

今日、高血圧、脳血流低下の治療に最もよく使われている薬剤です。膀胱の収縮力の減弱をきたし、排尿困難となる可能性があります、稀です。

具体的な商品名：ワソラン、アダラート、フルナールなど

#### (12) β交感神経遮断剤

高血圧の治療に使われるβ交感神経遮断剤は、尿道抵抗を上昇させ、排尿困難・尿閉を生じさせる可能性があります、稀です。

### 14. 昼間何回以上排尿すると異常ですか？

回答：排尿回数は、1日の尿量によりますが、通常の1回の排尿量は200～300ml位ですので、1日の尿量が1000～1500ml程度であれば、5回～8回くらいの排尿回数が普通と考えられます。しかし、正常な昼間の排尿回数が決まっているわけではなく、学会の基準では、本人が排尿の回数が多いと感じた場合に昼間頻尿ということになっています。例えば、通常は昼間5回程度の排尿回数の人が、8回になると頻尿と感じるといいますし、水分を多く摂って、昼間の尿量が2500mlもある人では、昼間10回でも異常ではありません。排尿回数の絶対値のみではなく、その変化も重要となります。

### 15. 夜間何回以上排尿に起きると異常ですか？

回答：排尿に関する国際学会（国際禁制学会）による規定では、夜間就寝後1回以上排尿のために起きることを夜間頻尿といいます。しかし、夜間1回以上排尿に起きることが必ずしも異常ではありません。年齢と共に、夜間排尿に起きようになることは一般的なことで、70歳以上の高齢者では50%以上が夜間1回以上排尿のために起きます。夜間頻尿が異常かどうかは、本人が困るかどうか重要なポイントです。夜間2回起きて、すぐに眠れるし生活に困らないということであれば、異常とは考えません。ただし、一般的には夜間3回以上の排尿は、睡眠の妨げになったり、様々な支障を起こすことが多いので、治療対象になることが多くなります。

### 16. 何回もトイレに行きますが、少ししかできません

**回答：**1回排尿量が少ない場合には、いくつかの原因が考えられます。1つは膀胱容量が少ない、すなわち膀胱に貯めることができる量が減っている場合です。この原因として最も多いのが、過活動膀胱です。膀胱が過敏になり、少しの尿が貯まると強い尿意（尿意切迫感）が起こるために、尿が漏れそうになり、すぐトイレに行く、その結果として、1回の排尿で少ししか尿が出ないこととなります。脳卒中やパーキンソン病など脳や脊髄の疾患、あるいは前立腺肥大症などの排尿障害、あるいは加齢により起こってきます。過活動膀胱は加齢とともに頻度が増加して、日本では約800万人の方が罹患しているといわれています。2つ目には、骨盤への放射線治療、膀胱結核などにより膀胱が委縮して小さくなってしまう場合があります。3つ目は、膀胱から尿を完全に排出することができず、排尿後も膀胱内に多量の尿が残る（残尿）ために、少ししか尿を出すことができず、何回もトイレに行くような場合です。糖尿病による末梢神経障害、腰部椎間板ヘルニアによる膀胱への神経障害、子宮がん・直腸がん手術による膀胱への神経障害により、膀胱の収縮が障害された時に起こります。また、前立腺肥大症など、尿道の通過障害により排尿障害が起こると、排尿後の多量の残尿が発生して、同様のことが起こります。

#### 17. 夜間排尿に起きないために、生活で気を付けることは？

**回答：**高齢者の夜間頻尿において、よくみられる原因は夜間多尿です。もともと高齢者では、心機能や腎機能が低下し、体に水分が貯留する傾向にあり（浮腫）、夜間就寝後、安静時に尿が多く産生され、夜間多尿（夜間の尿量が増える）になる傾向があります。1日の尿量のうち、夜間（就寝後）の尿量が1/3以上の場合を夜間多尿といいます（一日の尿量が1500mlであれば、夜間500ml以上の尿がでると夜間多尿といいます）。さらに、マスコミなどで、水分をたくさん摂ると、血液がサラサラになり、脳梗塞や心筋梗塞の予防にいいという情報が氾濫し、水分を多く摂る高齢者がたくさんいます。しかし、次の質問の回答にもあるように、水分をたくさん摂っても血液はサラサラにはならず、また脳梗塞や心筋梗塞の予防にもなりません。前述のように高齢者ではただでさえ夜間多尿傾向があるのに、さらに水分を多く摂ると夜間多尿がひどくなり、頻尿が悪化します。したがって、夜間頻尿のある方は、飲みたくないのに無理に水分をとることは避ける必要があります。また、もちろん、寝る前にカフェインを含む飲み物を飲むことは、利尿効果により夜間尿量が増えるので避けた方がよいでしょう。また、寝る前のアルコールはよく眠れるのでよいという人もいますが、実際には、利尿作用による夜間尿量の増加、睡眠の質の障害により、夜間頻尿を悪化させます。また、高齢者は浮腫が起きやすく、特に下肢に浮腫が起こり、それが夜間尿量増加の原因になるので、夕方に軽い散歩をすることにより、下肢の浮腫をとって、尿を寝る前に出しておくことに役立ちますし、寝つきも良くなります。また、睡眠障害が夜間頻尿の原因になることも多いので、よく眠れるような生活上の注意、例えば、1) 寝前のリラクセス：軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、2) 眠りの妨害因子を避ける：就床前4時間のアルコールあるいはカフェイン摂取を避ける、就床前1時間の喫煙は避ける、3) 就床時刻にこだわらない：眠くなったら床につく、同じ時刻に毎日起床、4) 規則的な運動習慣、5) 15時前の短い昼寝、などが有効なこともあります。

#### 18. 水分を取ると血液サラサラになるので、水分をたくさん取らせています

水分をたくさん摂ると、血液の粘稠度が低下、すなわち、血液サラサラになり、脳梗塞や心筋梗塞の予防になるという情報が、マスコミなどで氾濫して、喉が渇いているわけでもないのに、水分をたくさん摂る高齢者がたくさんいます。しかし、頻尿のある人が水分を必要以上に摂ると多尿になり、症状がより悪化します。多くの医学研究で、水分をたくさん摂っても血液粘稠度は変わらないこと、すなわち血液サラサラにはならないことが報告されており、また、水分摂取により脳梗塞や心筋梗塞が予防できるということも証明されて

いません。したがって、脱水はもちろん体によくありませんが、頻尿のある人が、必要以上に水分を摂取することは避けた方がよいと考えられます。

19. 夜間いびきをかいて、少しの間呼吸が止まりますが、排尿と関係ありますか？

回答：夜間いびきをかいて、少しの間呼吸が止まることを、睡眠時無呼吸症候群といいます。生まれつきの喉の構造、肥満など原因は様々ですが、この睡眠時無呼吸症候群と夜間頻尿は強い関連があります。夜間就寝中に一時的に呼吸が止まると、無理に呼吸をしようとして胸腔内圧が低下し、それが心臓に負担をかけて心臓から特殊なホルモンが分泌されます。このホルモンが利尿効果を及ぼして、夜間の尿量が増加します。夜間頻尿があり、睡眠時無呼吸のある人は、耳鼻科あるいは循環器内科を受診して、睡眠時無呼吸の治療を受けることが推奨されます。睡眠時無呼吸が改善すると、夜間尿量が減少して、夜間多尿も改善します。

20. 尿意を訴えるのでトイレに連れて行っても排尿しないのですが

回答：認知症傾向のある高齢者では、よく見られる症状です。多くは、うまく尿意を認識できないため、膀胱に尿が十分貯まっていないのに尿がしたいと思ってしまうものと考えられますが、その他にも周囲の関心を引きたいなど、膀胱機能と関係ない原因もあるでしょう。ただ、排尿障害のために、膀胱に尿が貯まっても排尿できず、残尿がある場合もあり得ますので、これらを見分けることが必要です。可能であれば、残尿測定用の器具（ブラダースキャン、ゆりりん）を用いて、残尿のチェックを行うことが勧められます。泌尿器科受診が可能な場合には、一度受診するとよいでしょう。

21. 排尿する時に強く力んでいますが、ちょろちょろとしかできません

回答：正常な排尿では、力まなくても膀胱の収縮によりスムーズに尿がでます。したがって、排尿時に力むこと自体が異常ですが、さらに強く力んでもちょろちょろとしか出ないということであれば、明らかに尿排出障害があると考えられます。排尿障害の原因には、前立腺肥大症などの尿道通過障害、膀胱の収縮障害がありますが、現場での区別は困難ですし、排尿障害は放置すると尿路感染、尿閉、腎機能障害などの合併症の危険性がありますので、泌尿器科専門医を受診することが必要です。

22. トイレに向かっても、なかなか排尿がはじまりません

回答：排尿しようとしても、なかなか排尿がはじまらない症状も、排尿障害の症状のひとつであり、前立腺肥大症や尿道狭窄による尿道通過障害、あるいは膀胱収縮障害（椎間板ヘルニア、糖尿病性末梢神経障害、腰部脊椎管狭窄症、子宮がん・直腸がん手術による膀胱への神経障害、加齢による膀胱収縮障害など）が原因として考えられます。治療により改善可能なことも多く、またさらに高度な排尿障害を防止することもできますので、泌尿器科専門医の受診が勧められます。

23. まる1日おしっこが出ず、苦しんでいます

回答：膀胱に尿が貯まっても排尿できない状態を尿閉（にょうへい）といいます。まる1日尿閉状態が続くと、膀胱内に尿が1リットルも貯まってしまうこともあります。尿が長時間出ないこと、尿意があっても出ないので苦しいこと、また、満杯状態になった膀胱のために下腹部が盛り上がり膀胱を触れることができることから、診断は容易です。これは、本人にとっては大変に苦しい状態ですので、早急に導尿により膀胱内の尿を出してあげることが必要になります。尿道にカテーテルを入れて膀胱内の尿を出しますが、この時に注射器などにより急速に膀胱内の尿を吸引すると、副交感神経反射により血圧が急激に下がる危険があり

ますので、カテーテルを挿入し、自然にカテーテルから尿を流出させ、ゆっくりと尿を出すことが重要です。尿閉状態が続くと、腎機能が障害されたり、腎臓が腫れたり（水腎症）することがあります。

**24. 尿の出が悪いので、下腹部を強く押して尿を出してあげているのですが**

回答：排尿障害のある者が、自身あるいは看護・介護者が下腹部を強く押して膀胱を圧迫し、強制的に尿を排出する方法を手圧排尿、あるいは Crede 法（クレデー法）といいます。昔は、この手技は一般に行われましたが、無理に膀胱を圧迫することで、尿排出時の膀胱内圧が非常に高くなり、長期間このような手技を続けることにより、腎臓が腫れたり（水腎症）、腎機能障害が起こりますので、現在では行ってはいけない手技になっています。尿道抵抗が低い女性など、一部行ってもよい場合もありますが、この場合には必ず泌尿器科専門医による判断が求められます。

**25. 便秘と排尿は関係ありますか？**

回答：高齢者において、便秘は排尿障害を起こす原因の一つです。便秘がひどく、直腸内に便塊が多量に存在することにより、尿道を圧迫して通過障害を起こし、尿排出障害をきたすものです。高齢者において排尿障害がある場合には、便秘も念頭におき、直腸診（肛門から指をいれて便塊の有無を確認する）も必要です。

**26. 脳卒中と排尿障害は関係ありますか？**

回答：膀胱機能は、脳、脊髄、末梢神経によりコントロールされているので、これらの領域の神経疾患があれば、膀胱機能障害が起こり、これを神経因性膀胱といいます。脳と脊髄は、排尿反射をコントロールする役割を果たしていますので、脳卒中や脊髄の病気が起こると、排尿反射のコントロールが効かなくなり、勝手に膀胱が収縮する状態（過活動膀胱）になります。したがって、頻尿、尿意切迫感、切迫性尿失禁などの蓄尿症状が出現します。ただし、脳卒中発症直後から1～2ヶ月はショック膀胱といって、神経障害の部位に関わらず、膀胱が麻痺してしまい、排尿できない状態となります。1～2ヶ月たつと、本来の神経異常部位に起因する膀胱機能障害タイプが出現し、脳卒中では前述のように過活動膀胱状態となります。

**27. 認知症と排尿障害は関係ありますか？**

回答：認知症そのものと膀胱機能は、一般には直接関係ありませんが、認知症があると正常な排尿動作ができなくなり、結果として排尿障害が出現します。排尿のためには、尿意を感じて、トイレまで移動し、着衣を脱いで（あるいは排尿できる状況を作り）、排尿し、それから着衣を来て、トイレを離れるという一連の動作ができなくてはなりません。認知症のために、これらの排尿動作ができなければ、トイレ以外の場所で排尿する、すなわち尿失禁が起こります。このような尿失禁を機能性尿失禁といいます。また、認知機能障害で、大脳の異常も伴う場合には、尿意の知覚が分からなかったり、過活動膀胱が起こったり、排尿機能自体に異常を生じることもあり得ます。

**28. 咳やくしゃみ、力んだ時に尿が漏れます**

回答：咳、くしゃみ、歩く、重い物を持ち上げる、走る、階段をのぼるなど、お腹に力が加わる時に、尿意を伴わずに尿が漏れることを腹圧性尿失禁といいます。腹圧性尿失禁は、尿が漏れないように尿道を締める筋肉（尿道括約筋）が弱くなるために起こります。腹圧がかかると、膀胱の内圧も上昇しますが、この時に尿道括約筋が弱いと尿が漏れてしまいます。女性では、妊娠、出産、肥満、加齢による括約筋機能の低下、男性では前立腺手術による括約筋障害が原因となります。一般女性の15～40%に腹圧性尿失禁がみられ、本

邦では 500 万人以上の罹患者がいるといわれています。また、男性では頻度は少ないものの、近年の前立腺肥大症や前立腺癌に対する手術の普及により、少しずつ増えています。

29. トイレに行くまで我慢できずに尿が漏れてしまいます

回答：尿が急にしたくなって我慢できず（尿意切迫感）、トイレまで間に合わずに尿が漏れてしまうことを切迫性尿失禁といいます。切迫性尿失禁は、蓄尿時に膀胱が勝手に収縮してしまうために起こります（過活動膀胱）。脳や脊髄など、中枢神経疾患の病気（脳卒中、パーキンソン病、多発性硬化症など）によることもありますが、加齢による膀胱の生理現象としても起こり、また原因不明のものも少なくありません。

30. 夜間起きてトイレに行くまで間に合いません、どうすればよいですか？

回答：夜間目が覚めてトイレに行こうと思っても、間に合わずに漏れてしまうのは、過活動膀胱による切迫性尿失禁です。過活動膀胱では、膀胱内に尿が貯まると、自分の意思とは関係なく勝手に膀胱が収縮してしまうために、目が覚めた時に膀胱にいっぱい尿が貯まっていると、もう間に合わない状況となります。自分でできる対策としては、夕方以降の飲水量を減らして、夜間の尿量を減らすことです。特に、就寝直前の水分摂取やアルコール、カフェインを含む飲み物を摂ることは避けた方がよいでしょう。過活動膀胱に対しては、現在、有効な薬剤が多数開発されているので、泌尿器科専門医を受診することが最も重要です。

31. おむつをしています、いつ見てもおむつが濡れています

回答：おむつを替えて 30 分もしないのに、またおむつが少し濡れている、いつ見ても濡れている、このような場合には、溢流性（いつりゅうせい）尿失禁のチェックが必要です。溢流性尿失禁とは、高度の尿排出障害があり、膀胱内に常に多量の残尿があると、それ以上膀胱内に尿を貯めることができないので、尿道から尿が溢れて、常に少しずつ漏れる状態をいいます。下腹部を触れてみて、膨隆した膀胱があるかどうかを見る、残尿測定装置（ブラダースキャン、ゆりりん）で残尿をチェックする、あるいは導尿してみるなど、残尿の有無を調べることが必要です。このような状態が長期続くと、尿路感染、膀胱結石、水腎症、腎機能障害などの合併症が起こりますので、清潔間欠導尿が必要となり、また、泌尿器科専門医の受診が必須です。ただ、このような場合にも安易なカテーテル留置は推奨されません。

32. 尿がもれるので、尿道カテーテルを留置するよう言われたのですが

回答：尿道カテーテル留置の絶対的適応は、手術後や重症時、膀胱容量の極度の減少で、相対的適応は尿排出障害があり尿が出せず、しかも清潔間欠導尿が実施できない場合となります。尿失禁は、尿が出ているわけですので、少なくとも適切なおむつ使用を行うべきであり、カテーテル留置は適応ではありません。確かに、カテーテルを使えばおむつを使わなくても済むかもしれませんが、カテーテル留置は尿路感染が必発であり、膀胱結石、尿道皮膚瘻などの合併症もあり、尿失禁に対して行うべきではありません。ただ、尿失禁とはいっても質問 31 への回答で述べられたように、多量の残尿による溢流性尿失禁においては、残尿をとるために清潔間欠導尿が必要となります。

33. おむつをとってあげたいのですが

回答：おむつは確かに、尿失禁のある場合に使われ、適切に使えば、介護・看護者の負担軽減にもなります。しかし、おむつ使用により、本人が精神的ショックを受けたり、落ち込んだり、活動が制限されたり、とい

ったマイナス面もあり、実際に認知症や寝かせきりの誘因になることが少なくありません。また、実際に在宅や老人施設での調査では、おむつは安易に使われていることも多く、おむつ使用者の30~40%くらいはおむつをはずすことができることが報告されています。したがって、可能であれば、おむつ外しを試みるべきです。

#### 34. 尿意を訴えずに、尿を漏らしてしまいます

回答：質問28の腹圧性尿失禁、質問31の溢流性尿失禁も尿意を訴えずに尿を漏らすものではありませんが、認知症の高齢者では、「おしっこがしたい」と言わずに排尿してしまうことが少なくありません。しかし、本当に尿意がないのでしょうか。尿意としては訴えなくても、おむつをはずそうとする、便をいじる、陰部をいじる、トイレ周囲を徘徊する、看護・介護者のそばから離れない、不穏・興奮行動、脱衣したがる、大声を発するなどの、尿意のサインを発していることも少なくありません。また、認知症がなく、尿意がわかっていても、自分でトイレに行けないので仕方ない、人に迷惑をかけたくない、呼んでもすぐに来てくれない、との思いで、尿意を伝えずにおむつに尿を出してしまう人もあるようです。尿意を訴えない高齢者がいたら、このようなことを考えてみる必要もあります。

#### 35. トイレ以外の場所で、放尿してしまいます

回診：トイレ以外の場所で排尿してしまう原因としては、質問27で述べたような認知症で正常なトイレ動作ができない・トイレが認知できないといった場合と、もう一つは身体運動障害（ADLの問題）によりトイレで排尿できない場合があります。対処としては、介護・看護者が正常なトイレでの排尿を支援することが必要となります。また、事例ですが、必ずベランダで放尿する認知症高齢者がいて、ある日、介護の方がベランダにポータブルトイレを置いたら、必ずベランダのトイレで排尿したという話があります。介護の力量が重要になります。

#### 36. 尿が漏れないようにトイレに連れて行きたいのですが、どのようにしたらよいですか？

回答：排尿のパターンは個人によって違いますし、食事時間・水分摂取時間や摂取量、尿失禁の原因など、多くの要因によって変わってきます。適切な排尿誘導を行うためには、排尿パターンを知ることが重要となります。排尿日誌を少なくとも3日間記録して、排尿時刻と排尿量、尿失禁などについて把握し、適切な排尿誘導のタイミングを決めることが大切です。もちろん、過活動膀胱、尿排出障害、残尿など、尿失禁となる異常についても、把握しておくことが重要です。

#### 37. 尿失禁は治せるのですか？

回答：尿失禁にはいろいろなタイプがあり、それぞれ原因が異なります。膀胱や尿道の異常が原因となることはもちろんですが、それ以外に環境的な要因も関与することがあります。一般的には、トイレ動作も自立しており、自分で泌尿器科専門医を受診できるような元気な高齢者であれば、適切な治療により70%程度は改善でき、50%程度は尿失禁を治すことができます。泌尿器科を受診できないような老人施設入所あるいは在宅看護を受けている虚弱高齢者については、尿失禁を完全に治すことは確かに難しいことが多いかもしれませんが、適切なアセスメントができ、介護・看護者が排尿管理について正しい知識と技術を持っていれば、尿失禁の消失、排尿障害の改善、適切な排尿管理はできるものと思われれます。

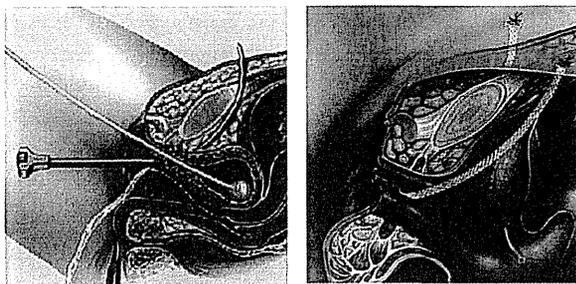
### 38. 尿失禁のよい薬はありますか？

回答：薬物で治療可能な尿失禁は、過活動膀胱による切迫性尿失禁です。過活動膀胱治療薬は抗コリン薬と交感神経β3作動薬に分けられ、抗コリン薬は、膀胱平滑筋の副交感神経ムスカリン受容体の遮断効果により、膀胱平滑筋を弛緩させ、膀胱不随意収縮を抑制し、過活動膀胱症状を改善します。さらに、膀胱上皮、膀胱知覚神経に存在するムスカリン受容体にも作用して、膀胱知覚亢進を抑制し、尿意切迫感を改善することが示唆されています。β3作動薬は、膀胱平滑筋の交感神経β3受容体を刺激して、蓄尿期の膀胱弛緩を増強します。排尿期においては、ムスカリン受容体(M2)刺激により、β3受容体刺激による膀胱弛緩作用が抑制されるため、膀胱収縮には影響しないと考えられています。

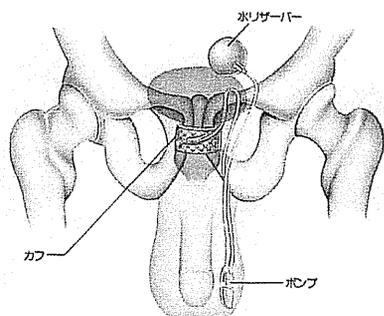
抗コリン薬	一般名	商品名	推奨される 1日投与量と 投与方法	副作用
	オキシブチニン 塩酸塩	ポラキス	6~9mg 分2~3	比較的頻度の多い副作用 ・口内乾燥
	プロピペリン 塩酸塩	バップフォー	10~40mg 分1~2	・便秘 ・霧視
	トルテロジン 酒石酸塩	デトルシトール	2~4mg 分1	重大な副作用 ・ショック、アナフィラキシー様症状
	ソリフェナシン コハク酸塩	ベシケア	2.5~10mg 分1	・尿閉 ・麻痺性イレウス
	イミダフェナシン	ウリトス、 ステープラ	0.2~0.4mg 分2	・急性緑内障発作
β3 作動薬	ミラベグロン	ベタニス	25~50mg 分1	抗コリン薬でみられる口内乾燥、便秘、霧視の副作用はまれ

### 39. 尿失禁の手術はあるのですか？

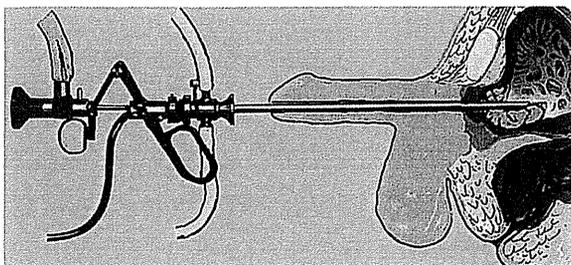
回答：手術治療の適応となるのは、腹圧性尿失禁です。尿道括約筋が弱くなって尿が漏れる、女性の腹圧性尿失禁に対しては、スリング手術が広く行われています。局所麻酔による30分程度の手術で、2泊程度の入院で治療することができ、長期成績として90%程度の尿失禁消失率が得られます。スリング手術とは、尿道の下に人工的なテープを置いて尿道を支えるもので、TVT(Tension free vaginal tape)スリング手術とTOT(Transobturator tape)スリング手術があります。前立腺手術後の男性腹圧性尿失禁には、人工尿道括約筋埋め込み術があり、平成25年4月から保険適用となっています。前立腺肥大症により高度な排尿障害と高度な残尿があり、そのために溢流性尿失禁がある場合には、経尿道的前立腺摘除術が適応となります。



#### 女性腹圧性尿失禁に対するTVTスリング手術



#### 男性腹圧性尿失禁に対する人工尿道括約筋埋め込み術



#### 前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺切除術

#### 40. 夜間、おむつが濡れたら交換する方がよいですか？

回答：最近の技術の進歩により、様々な進化したおむつが販売されていることは確かですが、それでもおむつに尿が漏れたままの状態は、おむつをしている本人にとっては不快ですので、おむつが濡れたら交換するのは当然のことです。しかし、そうは言っても、おむつの費用の問題もあり、適切な交換が大切です。他方、夜間のおむつ交換はまた別の問題を含んでいます。就寝後に濡れたからといっておむつを交換するのは睡眠の妨げになりますし、夜間の睡眠障害は睡眠不足、昼間の活動の質の低下にもつながりますので、夜間十分な睡眠をとることを優先して、吸収量の多いおむつを使用して、朝までおむつ交換せずに寝かせることも重要な排尿ケアとなります。

#### 41. おむつの交換は1日3回決まった時間にしています

回答：老人施設での介護・看護師の忙しい業務、時間の決まった在宅訪問看護などの制限の中、以前は決まった時間におむつ交換を行うことが一般的でした。しかし、排尿パターンは個人により様々であり、またおむつは濡れたらできる限り速やかに交換することが高齢者にとって快適な状態となります。また、排尿パターンを知って、適切な排尿誘導を行うことにより、トイレで排尿ができるようになり、尿失禁がなくなり、おむつがはずせることができることが排尿ケアの最終目標です。おむつの定時交換を行っていても、排尿自立、おむつはずしのチャンスは全く得られないこととなります。最近では、個別ケアが重要であるというコンセンサスが広がり、おむつ交換についても定時交換を行う施設は減ってきています。

# 目次

1.	高齢者の死に関する疫学	1
2.	高齢者の死亡場所の多様化に現状と課題	4
3.	高齢者の死生観	6
4.	高齢者の尊厳ある終末期ケア	7
5.	高齢者の終末期	9
6.	終末期医療の考え方	10
7.	尊厳ある死を迎えるための意思決定支援	11
8.	死へのプロセス	13
9.	安定期の日常生活ケア	14
10.	在宅終末期における食事・栄養の援助	15
11.	在宅酸素療法について	16
12.	在宅における褥瘡管理	18
13.	苦痛のアセスメントと緩和方法	20
14.	状態の急激な変化への対応	22
15.	臨死期のケア	23
16.	死期が予測された時の留意点	25
17.	死亡確認	26
18.	最期のケア(エンゼルメイク)	28
19.	グリーフケア	30
20.	看取り後のカンファレンス	32
21.	認知症の終末期	33
22.	認知症高齢者の終末期ケアの特徴とプロセス	36
23.	終末期ケア体制の構築	37
24.	グループホームにおける家族・医療機関・訪問看護との連携	37
25.	認知症高齢者の終末期の特徴	40
26.	認知症高齢者の意思確認	40
27.	事前指示書	41
28.	在宅終末期ケアの利点と欠点	43
29.	在宅終末期ケアに必要な条件	43
30.	在宅終末期ケアに必要な看護・介護スキル	44
31.	認知症高齢者を支える終末期ケアの条件	44
32.	認知症高齢者グループホームの終末期ケアの取り組み	45
33.	高齢者の終末期における倫理的課題とその対応	46
34.	高齢者の尊厳を守り、最善のケアを提供するために	52

## 高齢者の死生観

Q1: 高齢者は死に対してどのように考えてる？

- (奥野ら「高齢者の健康と日常生活に関する研究」より)
30. 死に対する不安: 高齢者を対象に、「死に対する不安があるか」について回答を求めた結果(n=1561)、男性の37.3%、女性の54.2%が「不安がある」と回答しています。  
年齢階級別に見ると、「不安に思う」人は、65~74歳は50.2%、75~84歳は49.4%、85歳以上は40.3%と、年齢が高くなるほど減少する傾向があります。
31. 死について「考える」「話し合う頻度」: 高齢者のうち、「死について考えることがあるか」への回答は、「よく考える」が15.2%、「ときどき考える」が50.4%でした。(n=287)
32. 「死について話し合うことがあるか」への回答は、「よく話し合う」が3.1%、「ときどき話し合うことがある」が36.7%でした。(n=286)
33. 高齢者が望む死: 高齢者に「あなたが望むよい臨終とはどんなことか」について回答を求めると、「自分も気づかずに、苦痛なくほっくり逝く」が65.1%を占め、次いで「家族や親しい人に囲まれて逝く」が22.3%でした。

©内丸さき、大淵律子、藤田ゆかり編(2013) ナーシング・グラフィカを看護学部の高齢者看護の支援。メディア出版、237-238。

Q2: 高齢者は終末期をどこでどのように過ごしたいと思っている？

- A:
- 老人クラブに所属する60歳以上の高齢者を対象にした調査(n=364)では、終末期を過ごす場所の希望は、「病院」38.5%、「自宅または子どもの家」35.6%、「老人保健施設・特別養護老人ホーム等」14.6%であった。病院を選択した理由は、「すぐに処置してもらえる」が88.5%を占めたが、老健・特養では「家族に迷惑をかけない」が72.0%と他の理由に比べて高い割合を示した。
- 家を選択した理由は、「家族といつもいっしょにいたいことができる」「自由に過ごすことができる」「他の人への気兼ねがない」が上位を占めた。終末期の過ごし方の希望(複数回答)では、「苦しまない」81.9%、「できるだけ医療機器はつけないで」40.7%、次いで「だれかにそばにいてほしい」37.4%であった。
- 最期のときを迎える際にいっしょにいてほしい人については「子ども」74.5%、次いで「配偶者」54.1%、「孫」34.3%、「医療者」26.4%であった。

坂本亜紀、野内さき、辻野祐子(2010) 地域在住高齢者の終末期の過ごし方の希望とその確信に関連する要因の検討。日本在宅ケア学会誌、Vol.14, No.1, 76-85。

Q1 高齢者に意思確認ができない場合、尊厳ある死を迎えるためにどのような支援をしたらよいでしょうか？

A 家族と共に、高齢者本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考えながら、合意を目指します。高齢者本人の意思確認ができなくても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にします。

高齢者本人の意思なしに治療方針などを決定することに対して法的問題が生じるのではないかと不安があるかもしれませんが、日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」では、高齢者本人の最善を模索し、それを實現しようとして医療職・介護職らが家族と合意した点について同意が得られることとはないと示されています。

参考文献 1) 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」  
2) 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」  
3) 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」

## 死へのプロセス

Q1 死に至る経過にどのようなタイプがありますか？  
A 終末期の経過は「がん」「心・脳疾患末期」「認知症・老衰」の3つのモデルが示されています。



Q2 死が近づくとどのような身体の変化が起こりますか？

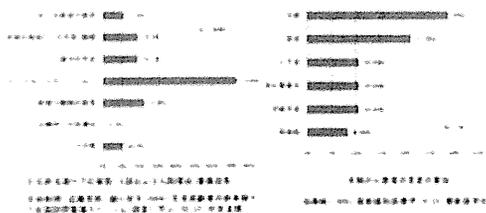
A がんの進行や臓器不全に伴い、体温の低下も倦怠感、食欲不振、呼吸困難、嘔気、浮腫、褥瘡、口腔内トラブル、出血傾向などの様々な身体症状が出現します。

- 量の減少、下肢に浮腫(むくみ)が出現したり失禁もみられるようになる。
- 意識はぼんやりして瞳孔がちとる。
- 死に数時間前になると呼吸が不規則になり下顎呼吸(呼吸のたびに喉で喘ぐような呼吸)などの努力呼吸が出現する。
- 血圧が下降し脈が触れなくなる。
- 足趾や口唇にチアノーゼ(皮膚や粘膜が青紫色)が出現する。唇、爪、指先で特に目立ちます。
- 呼吸は徐々にゆっくりとなり、自発呼吸が停止し間もなく心臓も停止する。

## 状態の急激な変化への対応

Q1 どのような変化が起きますか？

A 終末期に、出血、呼吸困難、嘔吐の増加、痙攣などの変化が起こることばまれではありません。



臨死期の状態(死亡1週間以内)	臨死期の状態(死亡48時間以内)
1 食事や水分摂取がごく少量しかとれなくなる	1) 水分をとることも困難となる
2 トイレに行けなくなる、床上排便になる	2) 血圧が低下する(測定不能になる)
3 意識が減り、痙攣状態になる	3) 顔面の表情が苦くなり、触れなくなる
4 せん妄が持続する	4) 手足が冷たくなる
5 強い倦怠感が持続する	5) 尿量が極端に少ないか排尿がない
6 血圧が低下する	6) 呼吸状態が変化する(チーンストークス呼吸、肩呼吸、下顎呼吸)
7 顔色が、顔赤や顔紫になったりする	7) 昏睡状態で呼びかけても応答・反応が少ない
8 嘔吐が出現する	

## 最期のケア (エンゼルメイク)

Q1 最期のケア(エンゼルメイク)とは？

A エンゼルメイクは、生前の姿を呼びつつ、その人らしい姿に整えることです。その際、故人の尊厳を守るだけでなく、ご家族の希望を取り入れ、グリーフケアとしての意味合いを重視して関わる必要があります。

エンゼルメイクの具体的な方法

- 1 清潔にする(ワシントンクリームでマフラー後、歯粉をナイロンハンカチで優しく拭き取る)
- 2 保湿する(ワシントンクリームでこすらず、やさしく押さえた後、乳液等で水分を蒸発させる)
- 3 化粧をする(ファンデーションは水分の多いリキッドタイプかクリームタイプを選ぶ。高齢者の目は山が低くなるので、鼻が遠くならないよう口紅を使う)



Q2 グリーフケアはいつから始め、どのような人たちが関わりますか？

- 死別が予期される時点から始めるのがよいとされています。
- 家族や親族、友人、知人、遺族同士、医療関係者、宗教家、葬儀関係者、カウンセラー、傾聴ボランティアなどがグリーフケアに関わります。ただし、認知症高齢者の場合は、認知症の症状が進行するにしたがって家族の顔をおぼるることにより家族は喪失体験をするということから、死別に関係なく開始する必要があります。

## 亀井 【22問】

本テキスト原案を用いて、本学のPCC実践開発室に属する市民向けの各事業に参加する一般市民約30名を対象として、Q and A テキスト原案の内容や表現の理解しやすさの評価を受け、表面妥当性を検討する調査を今後実施するための研究倫理審査を受け、承認を得た。今後、市民による表面妥当性、内容妥当

性、およびテキストの内容に関する説明の前後での理解度テスト(20問)の得点変化を合わせ、最終的な Q and A テキストを完成する計画である。

### 高齢者が在宅医療に関する 多職種教育 Q and A テキスト(原案)

～高齢者・高齢者介護 関係者 関係機関  
関係者への普及啓発用～



編者 徳島大学 尾崎 隆子

(株) 日本出版販売株式会社  
〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1  
出版部

#### ＜目次＞

序文	1
第1章 高齢者の在宅医療	1
第2章 在宅医療の現状	2
第3章 在宅医療の課題	3
第4章 在宅医療の推進	4
第5章 在宅医療の未来	5
第6章 在宅医療の国際的動向	6
第7章 在宅医療の政策	7
第8章 在宅医療の教育	8
第9章 在宅医療の研究	9
第10章 在宅医療の普及	10
第11章 在宅医療の展望	11
第12章 在宅医療のまとめ	12

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ

#### ＜はじめの言葉＞

序文

第1章 高齢者の在宅医療

第2章 在宅医療の現状

第3章 在宅医療の課題

第4章 在宅医療の推進

第5章 在宅医療の未来

第6章 在宅医療の国際的動向

第7章 在宅医療の政策

第8章 在宅医療の教育

第9章 在宅医療の研究

第10章 在宅医療の普及

第11章 在宅医療の展望

第12章 在宅医療のまとめ