



News Letter

March 2016 vol.10

市民公開講座、 第45・46回高齢者排泄ケア講習会



多数のご参加
ありがとうございました！

10/24(土)
市民公開講座が、
11/27(金)・2/20(土)
高齢者排泄ケア講習会
が開催されました。

ニュースソース概要



市民公開講座「健康長寿は快適な排泄から」

日 時：平成27年10月24日(土) 14:00～16:30 会 場：イムズホール 参加者：299名
司 会：宮崎 良春先生(特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会 理事長)
講 師：荒木 靖三先生(大腸肛門病センター くるめ病院 院長)
松本 成史先生(旭川医科大学腎泌尿器外科学講座 講師)
共 催：特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会、グラクソ・スミスクライン株式会社
後 援：福岡市、福岡市泌尿器科医会、福岡県泌尿器科医会、日本臨床泌尿器科医会



第45回 高齢者排泄ケア講習会 テーマ：在宅支援

日 時：平成27年11月27日(金) 19:00～20:30 会 場：KKRホテル博多 参加者：55名
座 長：山口 秋人先生(特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会 副理事長)
講 師：鹿野 由紀先生(福岡市役所高齢社会部地域包括ケア推進課地域包括ケア推進係長)
鈴山 京子先生(福岡市医師会 訪問看護ステーション中部・ケアプランセンター中部 統括管理者)
共 催：特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会、久光製薬株式会社
後 援：福岡市泌尿器科医会、福岡市医師会、福岡県看護協会



第46回 高齢者排泄ケア講習会 テーマ：排尿管理

日 時：平成28年2月20日(土) 15:00～18:00 会 場：アクロス福岡 参加者：69名
座 長：武井 実根雄先生(特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会 事務局長)
講 師：高橋 良輔先生(九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野 助教)
今丸 満美先生(日本コンチネンス協会 九州支部長/有限会社エルム 代表)
山下 博志先生(日本海員救済会門司掖済会病院泌尿器科 部長)
共 催：特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会、ファイザー株式会社
後 援：福岡市泌尿器科医会、福岡市医師会、福岡県看護協会



特定非営利活動法人
福岡高齢者排泄改善委員会
FEEIC Fukuoka Elderly Excretion Improvement Committee

良い排便ケアのために 必要な基礎知識



大腸肛門病センター くるめ病院 院長 荒木 靖三先生

排便ケアは「排便の流れ」に沿って問題となるケースを考えれば理解できる。

- 便意 → 便意を認知できない(機能障害や認知症など)
- トイレの認識 → 外出先などでトイレの場所がわからない
- 移動 → 足が不自由、車椅子の利用など、トイレまでの時間がかかる
- 脱衣 → 自分で脱衣ができない
- 便器へのアプローチ → ひとりでは便座に座れない
- 排便 → いきんでも出ない、残便感がある、痛みがある
- 後始末 → 拭く、流すことができない
- 着衣 → 自分で着衣ができない

健康な人にとっては毎日当たり前のように行っている排便だが、このプロセスのどこかに問題が生じると、排便障害につながる。そして、この一連の流れすべてを、自分ひとりで行えないという方も存在する。大切なことは「誰が困っているのか」を明確にすることである。それが本人だけでなく家族や介護士であれば、対処法も変わってくる。

便秘の治療や改善には、便の輸送能力、排出障害、食事、排便姿勢の4つが重要である。

食物は胃や小腸を経て大腸の右側結腸に到達し、便を形づくりながら蠕動運動により左側結腸へと輸送され、直腸に貯留されて排便に至る。この腸管輸送や排出能力に問題が発生した結果、便秘という症状が起こる。

○結腸輸送能障害による便秘

大腸全体の動きが悪く便をスムーズに輸送できず右側結腸に停滞する。つまり蠕動運動が弱くなっているために起こる便秘である。便が腸に長時間滞留することにより硬くなっていることが多いため、まず便を軟らかくする塩類下剤や浸潤性下剤を使用し、その後消化管運動促進薬を使用して大腸の動きを高めていく。それでも効果が出ない場合は刺激性下剤を使用するが、できるだけ連用を避ける。

○左側結腸性便秘

S状結腸まで便の輸送はあるが、直腸まで便がおりてこない状態である。塩類下剤や浸潤性下剤を使って便を軟化、膨張させ、S状結腸から直腸に便をおろす治療を行う。

○亢進性便秘

大腸の輸送能力が強すぎることで、水分が結腸で吸収されずに便が24時間以内に直腸まで到達してしまう状態である。直腸では水分を吸収するため、肛門付近の便だけが硬くなり排便に支障が出る一方で、奥の方にある軟便は腸壁に付着して残便感を生じさせる。「便の量が少ない」「排便の回数が減った」「最初は硬くて、残便感がある」「コロコロ便で便秘」といったケースには、亢進型が多くみられる。原因として食物繊維不足であることが多いため、下剤を中止し水溶性食物繊維を摂取する。

○直腸性便秘

便が直腸内に送られ肛門近くまで到達しているが正常な排出動作が起こらず、直腸内に留まることで起こる排便困難型便秘である。「そこまで便が来ているがなかなか出せない」「下剤が合わない」という症状を訴える患者のほとんど

がこのタイプに属する。

主な原因としては、度重なる便意の抑制や、下剤や洗腸の乱用によるもの、また排便時に肛門がうまく開かない協調障害によるもの、直腸圧(腹圧)が弱いということが考えられる。そのほか、直腸瘤や不顕性直腸脱という病気が隠れていることがあるので、正しい診断を受けることが大切である。直腸性便秘の場合には、まず洗腸や坐薬を使って直腸にたまっている便の摘便を行う。炭酸ガス系の坐薬はガスを発生させて肛門を開きやすくする。便が硬くなっている人には温水で洗腸を行い、あわせて便を軟らかくする塩類下剤や浸潤性下剤を用いながら、排便の習慣をつけるようにしていく。

図1

便秘の種類と治療

便秘の種類	弛緩性	左結腸性	直腸性	亢進性
下剤の種類	刺激性下剤	膨張性下剤	炭酸ガス系	いない
食物繊維	水溶性食物繊維(15-20g)			かたい食物繊維

<食物繊維>

食物繊維の摂取は、便の体積と重量を増加させてくれるので便秘の改善にはおすすめである。しかし、患者の多くは食物繊維の摂取を十分にできていないのが実態である。厚生労働省の「日本人の食事摂取基準」で目標とされている食物繊維摂取量は、18才以上の男性で1日あたり19g以上、女性で17g以上。ところが、便秘を訴える20~30歳の女性122人を調査した結果、1日あたりの水溶性食物繊維摂取量は5g未満が52%、5~10gが40%と、摂取量がまったく足りていないという状況である。

<排便日誌>

1週間分の排便状況と食事内容を患者に記録してもらって「食物繊維を摂取したくてもできない」、「規則正しい生活をしたくてもできない」という生活実態が見えてくる。便秘治療は生活習慣を変えていくことが重要になるため、勤務状況や家族関係も踏まえて指導しないと効果がでないこともある。そこで「排便日誌」を記入してもらおうと、おつうじに関わる日常生活(食事メニュー・起床/就寝時間・便の性状(状態)・回数・残便感・便秘薬の種類/服用量)や毎日の暮らしぶり、家族の様子も把握できる。

「排便日誌」は、患者の食事内容と便の状態についても詳しく記載されているので、便秘の診断をするのにとっても重要なツールとなります。

図2

排便日誌

- 食事内容
- 排便のパターン(排便周期)
- 排便障害のタイプ
- 治療の効果
- 自己管理

生涯“快尿”に向けて—地域の取り組み



旭川医科大学腎泌尿器外科学講座 講師 松本 成史 先生

はじめに

「快食・快眠・快便」は人として必要なこととされています。「おしっこ」も同じで、尿が「出にくい」、「近い」、「もれる」など「おしっこ」がうまくできなくなることは気持ちを害するだけでなく医学的に問題が生じる場合があります。われわれは排尿に悩む皆さんに「心地良い・快適な排尿」、つまり「快尿」を提案したいと思っています。

高齢者の排尿トラブル

一般的に高齢者は、男性は前立腺肥大症になり「尿が近い・出にくい・・・」、女性は腹圧性尿失禁などが起こりやすくなり、「尿が近い・もれる・・・」の症状が出て来ます。そこに認知機能や身体機能の低下が加わることで、多くの高齢者は排尿トラブルを有することになります。また、排尿トラブルは高齢者に多い生活習慣病(メタボリック症候群)をはじめとする内科疾患(全身疾患)、例えば、高血圧、糖尿病、動脈硬化性病変、脳梗塞、認知症などと非常に関連することが分かっており、多くの場合「頻尿」を併発します(図1)。

図1

生涯“快尿”に向けて 排尿トラブルは“歳のせい”だけではない



「頻尿/尿もれ」と言っても内容はいろいろです。

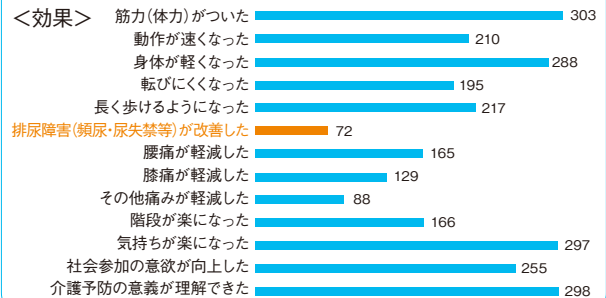
<頻尿>には、タイプ①「尿の量が多い」ことで、これには水分の摂り過ぎ(多飲)も原因の一つです。タイプ②は「尿が全部出ない(残尿がある)」ことで、前立腺肥大症や膀胱の神経障害などが含まれます。タイプ③は「1回に出る尿の量が少ない」ことで、膀胱にたくさんの尿を貯めておくことが難しい(中枢神経系の障害、過活動膀胱)ことです。このように「頻尿」と言ってもさまざま、複数の要因が組み合わさっていることもあります。

図2

旭川市一次予防運動教室事業 一般高齢者向け運動教室「筋肉ちょきんクラブ」 こんな軽運動でも継続的に実施することで

排尿が改善!

平成25年度「筋肉ちょきんクラブ」参加者アンケート結果
@旭川市福祉保険部介護高齢課



<尿もれ>の中で、特に腹圧性尿失禁は、お腹に力が入った時に尿もれするタイプです。原因は出産や肥満、加齢などによる骨盤底筋の緩みにより尿道がグラグラになることです。

これらに対する地域の取り組みとして、旭川市一次予防運動教室事業である一般高齢者向け運動教室「筋肉ちょきんクラブ」(筋力をつける軽運動やバランス運動、柔軟体操など)の参加者を調査した結果では、「頻尿・尿もれ」の改善を認め(図2)、このような軽運動も「頻尿・尿もれ」の予防・治療法である膀胱訓練や骨盤底筋訓練のような効果があることが分かりました。また正しい知識を持つことも大事で、一般市民を対象に開催されている「旭川市シニア大学」や「百寿大学」で、定期的に「排泄ケア;適切な排尿管理」を授業しています。

生涯“快尿”に向けて

どの病気に対しても同じですが、生涯“快尿”を継続するには、排尿トラブルがある場合も含めて、「適切な飲食」「適切な運動」「正しい知識」が必要であり(図3)、日々の生活そのものです。

図3

生涯“快尿”に向けて

- ✓ 適切な飲食
- ✓ 適切な運動
- ✓ 正しい知識



「地域包括ケア」について

福岡市役所高齢社会部地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進係長 鹿野 由紀先生

1. 地域包括ケアシステムとは

高齢者の要介護度が重度になっても、住み慣れた地域で自立した生活を安心して続けることができるよう、介護、保健(予防)、医療、生活支援、住まいの5つのサービスが一体的に切れ目なく提供される仕組みです。

平成23年6月改正の介護保険法に「地域包括ケア」の理念が規定されたことを受け、福岡市においても団塊の世代が全て75歳以上となる平成37年度(2025年)に向けて、地域包括ケアシステムの仕組みづくりに取り組んでいます。

2. アクションプラン策定

関係者が自ら実施し、協力していくための短・中期的な行動計画として2015~2017年の3年間のアクションプランが作成されました。これは福岡市の地域包括ケアシステムの「目指す姿・目標」やその実現に向けた関係機関・団体、行政の「個別・連携による取組」を「みえる化」することにより、専門職等の関係者が、共通認識のもと連携し、市民へ医療・介護・生活支援等のサービスが一体的で切れ目なく提供される仕組みづくりを進めていくことを主な目的としています。

3. 将来人口推計から見る福岡市の高齢化

福岡市の総人口は2035年までは増加し、その後は緩やかに減少に転じます。65歳以上の人口は増加を続け、2025年には4人に1人、2045年には3人に1人は65歳以上となります。後期高齢者(75歳以上)の単身世帯も増加します。

4. 平成24~26年度の取組と見えてきた課題

平成24年度に行政及び医療機関、介護サービス事業者、社会福祉協議会等の関係機関・団体が構成される「福岡市地域包括ケア検討会議・専門部会」を設置。地域包括ケアシステムの5つの構成要素である「保健(予防)」「医療」「介護」「生活支援」「住まい」の5分野ごとに現状や課題、取り組むべきこと等について検討。検討を進める中で抽出された課題に対し、区において「医療介護の連携強化」及び「地域における支えあい、助け合いの仕組みづくり」のモデル事業を実施し、「退院時の連携の手引き」の作成、医療・介護などの専門職の連携会議の開催、19小学校区で高齢者支援の地域づくり等の取組を実施。

5. 福岡市の地域包括ケアの2025年の目指す姿

- 「多様な主体による支えあい・助け合いの実現」
- 「市民の主体的な取組による自立生活の実現」
- 「一体的で切れ目ない支援による住み慣れた地域での暮らしの実現」

6. 目指す姿実現に向けた取組の視点

- 目指す姿と目標の共有

- 自立生活の選択を支える「自助・共助・公助」の役割分担
- 地域特性を踏まえた取組の推進
- 高齢者個々人の生活に寄り添う多職種間の連携

7. 地域包括ケアシステムの目標とその実現に向けた取組の方向性・各主体の役割

8. 取組の持続的な展開に向けて

- 高齢者が地域で生活しやすい環境づくりのために、各階層(個別、小学校区、概ね中学校区、区、市)で「地域ケア会議」を開催し、地域課題の解決を進める。
- アクションプランに基づき、計画⇒実行⇒評価⇒改善(PDCA)のサイクルを繰り返しながら、課題解決や地域包括ケアの5つの要素(保健(予防)・医療・介護・生活支援・住まい)ごとに示した目標達成に向けて、取組の内容を確認し、改善していく。
- 地域包括ケアシステムの推進の進捗を正確に測ることは困難であるが、その歩みを確認していくため、主な取組の活動指標と成果指標を掲げ、進捗の確認の参考とする。

スライド1

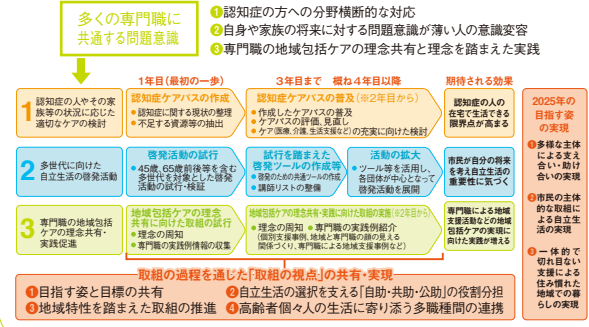
地域包括ケアシステムの基本単位(日常生活圏内)で高齢者の日常生活を支えるために必要と考えられる機能・拠点の集積イメージ



▶ 専門職から提供される医療・介護・保健(予防)等のサービスは、日常生活圏域(概ね中学校区)の範囲で提供され、日常的な困りごとに対する生活支援サービスは、福岡市のコミュニティの基本単位である小学校区などより身近な範囲で提供する体制を整えていくことを想定。

スライド2

3つの分野横断的な取組と取組の段階的な発展のイメージ



詳細はネットをご覧ください。▶ <http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/chiihikoken/00/04/4-040201.html>より引用改変

地域包括ケアでの訪問看護・ケアマネジャーの役割を考える



福岡市医師会 訪問看護ステーション中部・ケアプランセンター中部 統括管理者 鈴木 京子先生

今年度より地域包括ケアの構築に向けての取り組みが本格始動しているが、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けるためには、介護、医療、生活支援で多職種が連携し支援の充実を図る必要がある。包括ケアシステム構築のため訪問看護、ケアマネジャーが果たす役割について事例を上げ検証する。

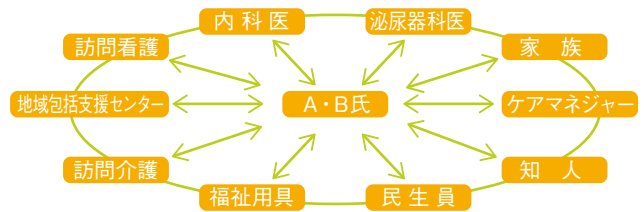
1. これまでの流れ

- 平成4年、福岡市在宅ケアホットライン設置。
- 平成6年、福岡市医師会が在宅介護支援センターを委託し、在宅介護に対しての相談対応施行。福岡市医師会訪問看護ステーション設立。
- 平成12年、介護保険法施行。福岡市医師会ケアプランセンター設立。
- 平成18年、介護保険法に位置付けられた包括支援センター運用開始。平成6年、福岡市医師会訪問看護ステーションを開設し、主治医を中心に在宅介護支援センターと連携を図り、自宅での療養生活支援を行う。その中で、必要時は他のサービス導入のための支援を訪問看護の役割とし施行するが、連携の範囲は限られた専門職のみであった。平成12年介護保険法が施行され、ケアマネジャーが利用者のニーズを把握し自宅での療養生活のための計画を立て、利用者の自立に向けたサービスのコーディネートを行う。当ステーションが担当した事例をあげ、現在行っている訪問看護、ケアマネジャーの役割を紹介する。

2. 認知症で排泄障害がある夫婦を多職種が連携し、支援した事例

夫 A氏	
80歳代 要介護2	
障害自立度 A1 認知症 II b	
疾患名	認知症 高血圧 糖尿病 前立腺がん 前立腺肥大症
移動	杖歩行 → ベッド柵につかまり起き上がる 家具につかまり歩行
排泄	留置カテーテル → 紙パンツ。トイレ使用(尿汚染あり)
入浴	自立 → 通所介護にて施行。看護師にて清拭
判断力	部分的理解 → 困難
社会性	妻と共に受診 → 外出後、帰宅できない お金が盗まれた等被害妄想

妻 B氏	
80歳代 要介護2	
障害自立度 A2 認知症 II b	
疾患名	多発性脳梗塞 認知症 糖尿病 高血圧 高脂血症
移動	自立 → 家具につかまり歩行
排泄	トイレ → 紙パンツ。交換拒否がある
入浴	不明。週1回程度衣類交換している
判断力	部分的な理解と限定された内容は判断することができる
社会性	誰かに悪口を言われている等被害妄想著明



排泄の障害は、利用者の尊厳を大きく傷つける。訪問看護師が利用者の思いに寄り添い、それをケアマネジャーやその他のサービス担当者に伝えることは、自宅での生活を維持するために重要となる。

また、医師が話す医療的な内容を具体的にわかりやすく各担当者に伝えることで共通の理解ができる。ケアマネジャーは、常に顔の見える関係をつくり、各担当者が何でも話せるようにし、情報を常に集約し、タイミング良く担当者会議を設定する。

利用者を中心に関係する担当者(家族、内科医、泌尿器科医、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護士、通所介護、福祉用具担当者、民生委員、近隣住人、大家、地域包括支援センター)が密な連携を取り、チームで状態を観察し、情報共有することで問題や課題を明らかにし、支援の目標が共通の理解とすることができ、自宅での生活が維持できた事例となる。

3. 訪問看護の導入で医師との連携がスムーズになった事例

利用者C氏	男性	70歳代
要介護3	障害自立度：B1	認知症：自立
疾患名	脳梗塞後遺症	
移動	車椅子	
排泄	一部介助	
入浴	全介助	
判断力	自立	
社会性	親族との関係を絶っている。他者に対し攻撃的。	

医療への不信感から半年受診せず、服薬もしていなかった。ケアマネジャーは利用者の意向を重んじ、受診を勧めず、他の医療機関への変更を検討していたためますます主治医への不信感が強くなっていった。訪問看護により、主治医の治療方針をわかりやすく具体的に利用者、ケアマネジャー、各サービス担当者に伝えることで共通の理解ができ受診をおこなうことが出来た事例である。

在宅での生活支援を行う時、色々な職種とチームを組む。それぞれの職種によって得意分野、不得意分野があるが各サービス担当者がそれを認め、お互いが信頼関係を築く必要がある。その時、訪問看護師は主治医と利用者、その他の関わる人たちとの橋渡しをおこない、ケアマネジャーが中心となり情報を共有し顔の見える関係を作ることが、医療と介護が連携し包括的にケアをおこなう上で重要であると考えられる。

蓄尿・排尿のしくみと 代表的疾患について



九州大学大学院医学研究院泌尿器科学分野 助教 高橋 良輔先生

排尿生理(蓄尿と排尿)

①蓄尿期

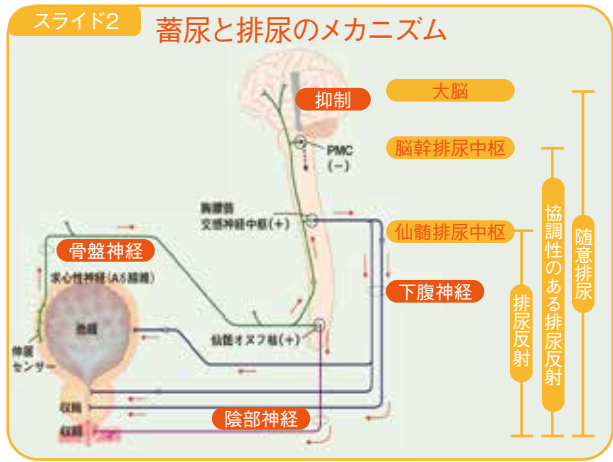
1日の大半は蓄尿期であり、その障害に伴うQOLへの関与は排尿期を上回る。正常膀胱は十分な進展性を有し、膀胱内の低圧環境を維持しながら適切な容量まで(200-400ml程度)膀胱に尿を貯留することができる。また、尿量に応じた適切な尿意を感じることができる。同時に尿道括約筋は、腹圧などによる膀胱内の急激な圧上昇に抵抗できるように、ある一定レベルの緊張を保つことで尿失禁を防ぐ。排尿筋過活動(不随意的な排尿筋収縮)や低コンプライアンス膀胱(蓄尿に伴って膀胱内圧が徐々に上昇する状態)など、膀胱内圧の上昇をもたらす因子は、頻尿・尿意切迫感・尿失禁などの蓄尿障害の原因となると同時に上部尿路障害の原因にもなるため、排尿管理法を選択する際に重要な因子となる。

②排尿期

排尿期には、尿道の緊張低下と膀胱の十分な持続的収縮により、膀胱内の尿を残すことなく体外に排出する。またこの尿の排出は随意的に行われる必要がある。正常な排尿には、膀胱と尿道の協調運動が重要である。この部分の障害である排尿筋括約筋協調不全(DSD)は上部尿路障害の危険因子であるため、排尿管理法を選択する際に重要な因子となる。

③適切な排尿の目安

1日尿量: 1000-1500ml 最大1回排尿量: 200-400ml
1日排尿回数: 5-7回 残尿量: 50-100ml以下
夜間尿量: 1日尿量の20-33%以下



蓄尿と排尿のしくみ(神経系)

3つの末梢神経系(骨盤神経、下腹神経、陰部神経)のコントロールの下、下部尿路(膀胱・尿道)は蓄尿と排尿を行う。これら3つの神経系はともに求心性神経を含んでおり、膀胱・尿道からの情報を脊髄に伝達する。特に骨盤神経は膀胱容量に関する情報(尿意)を伝える。これら3つの神経由来の情報はさらに上位の脳幹や大脳に伝えられ、脳幹では膀胱と尿道の協調運動を調節している。さらに上位の大脳では尿意を感知し、蓄尿と排尿の最終的な意思決定を行っている。

排尿状態の評価

下部尿路症状は蓄尿に関わる症状(蓄尿症状)と排尿に関わる症状(排尿症状)に分けて本人がどちらの症状優位に困っているのか理解するとよい。また客観的評価としては、残尿の評価が重要である。残尿測定は従来導尿を行って確認していたが、最近では超音波で簡易的に測定できる「ブラダースキャン」や「ゆりりん」などがあり、介護の現場でも容易に測定可能である。このような機器の利用も検討して頂ければと思う。また、日常の排尿状態の把握には、排尿記録の記載が有効である。1日尿量、1回排尿量、排尿回数、夜間排尿量など治療介入に必要な多くの情報を与えてくれる。



日本コンチネンス協会 九州支部長/有限会社エルム 代表 今丸 満美先生

排尿管理 ～在宅の立場から、他職種連携の必要性～

在宅でかかわるようになった時、ほとんどの場合何かの疾患の治療後、または治療経過中であり、すでに排泄障害が生じていても、治療していた医療機関や主治医からは、特別排泄障害に対する支援を受けていないことが多い。尿の

トラブルであれば「齢だからしょうがない。」と言わんばかりに、おむつを使用したりカテーテル留置のまま在宅に放置の状態である。本来ならば、「齢だからしょうがない。」は多疾患に罹患する確率は高くなるということで、その治療をすれ

ば付随しておこった生活に支障をきたすであろう状況には、さほど重視しなくてよいということではない。しかし、今日の医療状況を考えると、在院日数の短縮でそこまで考えられないという事実を思うと、そこに期待しても仕方がない。

であれば、注目を浴びている在宅に大いに期待されていることを在宅事業にかかわっている専門職が自覚しなければならぬ。介護や看護に携わる資格を得ている専門職は、少なくとも排尿の正常については教育を受けている。(スライド1)

スライド1

排尿の正常

- 一回目の尿量 200~400ml
- 一日の回数 昼間 8回以内 夜間 1回以内
- 一日の尿量 1000~1500ml

正常な排尿

- 我慢ができる
- いつでも出せる
- いきまないで出せる
- 残尿なくスッキリとした爽快感がある
- 10~30秒で出し終える
- 漏れがない

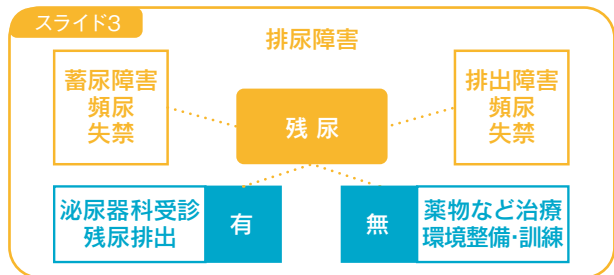
この正常が頭に入っていれば、排尿障害になった方が、どの部分が正常ではないのか照らし合わせてみれば、異常を見つけられる。何も病院に行って長い待ち時間を使うこともない。さらに、今日は誰でも簡易的に残尿測定ができるような機器も開発されている。

(スライド2) 超音波により残尿測定を行いその排尿障害が蓄尿障害によるものなのか排出障害によるものなのか確認することができる。また、在宅では強みの日常生活状況も確

認すれば、スライド3を参考に、専門医に受診しなければならないのか環境改善で解決できるのか方向性が分かる。支障をきたす残尿があれば看護師がいる場合は導尿もでき、排尿障害は緩和する。(スライド2)

スライド2 こんなものを活用しています。

リリアム 残尿測定器 定時測定器



日本の動きを見ていると、深刻化する高齢社会に対し在宅療養を推進しており、医療ニーズの高い高齢者が、増え続ける在宅事業者に託されていく。その方々を引き受ける際、医療ニーズが高い状況でも、責任もって受け入れられるフィールドを他職種が連携して構築していきたいものである。



日本海員掖済会門司掖済会病院泌尿器科 部長 山下博志先生

現場で役立つ排尿管理①

夜間頻尿とは、夜間に排尿のために1回以上起きなければならぬという訴えであり、夜間の排尿回数が2回以上になるとQOLに障害を起こしやすくなる。

夜間頻尿ガイドラインでは、夜間頻尿以外の下部尿路症状がない場合は、排尿日誌(排尿記録)が有用とされており、夜間多尿指数(夜間尿量/24時間尿量)が0.33以上(高齢者)の場合に、夜間多尿と診断される(図1)。

図1 夜間多尿による夜間頻尿症例 (70歳、体重65kg)

排尿日誌 (Frequency volume chart)

8月1日(日) ◎起床時間(午前)午後7時15分 ◎就寝時間(午前)午後10時45分

時刻	尿量 (ml)	備考
1 7時 30分	200	
2 10時 00分	150	
3 13時 15分	200	
4 15時 30分	180	
5 18時 45分	250	昼間1,080ml
6 21時 00分	200	
7 22時 30分	100	
8 0時 30分	200	
9 2時 00分	250	夜間870ml
10 5時 00分	200	
11 7時 30分	220	
12 時 分		
13 時 分		
14 時 分		
15 時 分		
16 時 分		
17 時 分		
18 時 分		
19 時 分		
20 時 分		
計	1,950	

翌日 8月2日 ◎起床時間(午前)午後7時30分

日本排尿機能学会 夜間頻尿診療ガイドライン2009

- 昼間排尿回数 (起床時から就寝前): 7回
- 夜間排尿回数 (就寝後から起床前): 3回
- 24時間尿量: 1,950ml
多尿の基準 (40ml×体重65kg=2,600ml以上) より少なく、多尿ではない
- 夜間多尿指数: 0.45
夜間尿量/24時間尿量=870ml/1,950ml=0.45となり、夜間多尿の定義(高齢者では0.33以上)を満たし、夜間多尿と診断される

排尿日誌をつけることが難しい場合は、膀胱用超音波画像診断装置リリアムα-200を用いて排尿時刻、排尿量、残尿量を測定することもできる。夜間多尿の治療は生活指導や行動療法が中心であり、24時間尿量がおおよそ20~25mL/kg(1日の飲水量として体重の2~2.5%に相当)となるような飲水指導が適当と考えられる。また、夕方に20~30分程度の散歩や下肢拳上体操を行うことや、弾性ストッキング装着が有効とされている。

切迫性尿失禁に対しては、過活動膀胱ガイドラインでは、抗コリン薬、β3刺激薬が推奨グレードAとなっている。

溢流性尿失禁は腎後性腎不全の原因にもなるため、見逃してはいけない尿失禁であり、治療としては一時的なカテーテル留置や間欠導尿がまず行われ、自排尿を目指す場合は、αアドレナリン遮断薬単独投与やコリン作動薬との併用療法を行なう(図2)。

現場で役立つ排尿管理②

日本海員救済会門司救済会病院泌尿器科 部長 山下 博志先生

図2

溢流性尿失禁(低活動膀胱)の治療

1. 薬物治療

- 1) α_1 アドレナリン遮断薬
エブランチル30~90mg/日、分2
- 2) コリン作動薬 (副交感神経刺激薬)
ウブレチド5mg/日、分1

2. 間欠導尿(自己導尿)

薬物治療を併用する場合もある。

3. 尿道留置カテーテル(一時的または永久的)

間欠導尿の回数は1日4~5回程度で、1回の導尿量は300mlを超えないようにする(300mlを超えるようなら回数を増やす)。その後自排尿があり、残尿が200ml以下になれば、導尿回数を1日1~2回に減らし、100ml未満になれば中止してよい。夜間尿量が多いにもかかわらず夜間就寝中に導尿ができない場合や、外出中に導尿ができない場合は、間欠式バルンカテーテルを利用する方法もある(商品名ナイトバルン、株式会社ティプインターナショナル)。また、女性で導尿困難がある場合は、硬めのカテーテルに変更するとよいこともある(商品名セフティカテピュールキャスハード、株式会社クリエートメディック)。

一方、留置カテーテルによる治療を行う場合は、適応かどうかを考えるとともに、長期になる場合は抜去できるかどうかもある。留置カテーテルの固定では、男性・女性の解剖が異なるためその点に留意し、男性は腹部、女性は大腿部に固定し、挿入部、テープ固定の個所などを定期的に観察することで、尿道損傷を予防する。また、カテーテル周囲からの尿漏れの対処としては、カテーテル内腔の閉塞が原因であれば、カテーテル交換(通常2~4週間毎)で対処し、それでも駄目なら膀胱洗浄で対処する。また、膀胱排尿筋の不随収縮が原因であれば、バルンカテーテル先端部の短いもの(腎盂カテーテルなど)に変更したり、抗コリン薬や β 3刺激薬を内服するのもいいが、カテーテル抜去を考慮するいいタイミングでもある。

機能的尿失禁は、認知症が原因の場合は、排尿に必要な歩行、衣服の着脱、的確な排尿動作などのリハビリを行うのが有効であり、排尿誘導(1日6~8回決まった時間にトイレへ連れていく)、排尿訓練(尿意の意識づけ、排尿抑制、排尿行為の意識づけなどを行う)も有効である。膀胱内圧測定の見解によっては過活動膀胱治療薬が有効な場合もある。

平成28年度 高齢者排泄ケア講習会のご案内 ※都合により、日程・会場などが変更になる場合があります。ご了承ください。

第47回高齢者排泄ケア講習会

会場: 福岡国際会議場 テーマ: 感染対策
日時: 平成28年6月4日(土) 14:50~17:00
参加費: 1,000円

第48回高齢者排泄ケア講習会

会場: KKRホテル博多 テーマ: 排便ケア
日時: 平成28年8月26日(金) 19:00~21:00
参加費: 1,000円

第49回高齢者排泄ケア講習会

会場: 福岡国際会議場 テーマ: 認知症
日時: 平成28年11月11日(金) 19:00~21:00
参加費: 1,000円

第50回高齢者排泄ケア講習会

会場: 未定 テーマ: 未定
日時: 平成29年2月 or 3月※日付未定(土) 15:00~18:00
参加費: 2,000円

講習会 受講申込方法

- 必要事項①所属施設名・住所(施設に所属していなければご自宅の住所で結構です)②氏名(ふりがな)③電話番号④「第●回講習会受講希望」と明記のうえ、ハガキもしくはFAXにて下記事務局までお申込ください。申込締切日と募集定員については別途ご案内いたします。講習会前に先着順に入場券を送付します。入場券がお手元に届かない場合はお申込が受けられておりませんので、下記事務局までご連絡ください。
- 入場券がない場合は受講できないことがあります。当日の申込は参加者が多い場合には受け付けできませんのでご了承ください。
- 当委員会ホームページ(<http://fukuokahaisetsu-net.org/>)でも申込を受け付けておりますので、ぜひご覧ください。
- 締切日以降は、お電話にて直接お問い合わせください。締切日前でも定員になり次第、締め切らせていただきます。
- お申込によりご提供いただく個人情報、講習会の出席確認および今後の活動のご案内以外の目的で使用されることはありません。



特定非営利活動法人 福岡高齢者排泄改善委員会

所在地 / 〒812-0033 福岡市博多区大博町1-8 TEL / 092-282-5910 FAX / 092-282-5812

E-mail / info@fukuokahaisetsu-net.org ホームページ / <http://fukuokahaisetsu-net.org/>