

平成30年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
施設系サービスにおいて排泄に介護を要する利用者への支援にかかる手引き等の作成

施設系サービスにおいて



平成30年度
介護報酬改定対応版

に介護を要する
利用者への支援にかかる手引き

はじめに

平成 30 年度介護報酬改定において、新たに『排せつ支援加算』が創設されました。

本加算は、医師や看護師、介護支援専門員とその他の職種による多職種連携に基づき、排泄状態の改善が見込まれる利用者に対して、特別な支援を行うことで評価されるものです。

排泄は、1 日の生活で複数回くり返す行動であり、利用者の尊厳や生活意欲に大きな影響を及ぼす行動であるため、ADL や認知機能なども踏まえた適切なアセスメントを行ったうえで支援計画書を作成し、排泄ケアを提供することが施設側に求められます。また、本会が提唱する『伴走型介護』の概念から、利用者やそのご家族が望む排泄ケアに取り組み、QOL の向上・尊厳の保持を目指すこともひとつの指標としております。

本加算の算定にあたっては、排泄状態の改善という結果が必須ではありません。利用者に応じた排泄ケアを行う過程、および改善されなかった場合の要因分析を多職種との連携により明確化することで、算定要件を満たすものです。

そのような趣旨を踏まえて本書を作成するにあたり、有識者や施設関係者の方々より多くのご意見をいただきました。排泄ケアへの考え方や取り組みは、医療・介護の各職種においてさまざまですが、利用者の尊厳に関わる非常に重要なケアであるということは、共通認識として整理されています。

本書をご活用いただくことにより、当該加算の求める方向性を具体的に介護現場へ浸透させ、一層素晴らしい排泄ケアを実践される一助となりましたら幸いです。

平成 31 年 3 月

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

会 長 石 川 憲

本手引き書の特徴と使い方

●本文について

本手引き書は、大きく分けて「導入編」と「解説編」の2部構成になっています。

「導入編」では、身近な排泄ケアの事例から「排せつ支援計画」の全体像を理解します。3つの典型的な事例について、基本情報の読み取り方やアセスメントのポイント、排泄ケアのアプローチを考え、実際の「排せつ支援計画書」の作成を通して、『排せつ支援加算』の算定に向けたポイントの理解を深めます。

「解説編」では、『排せつ支援加算』の算定にあたり、背景となる知識やより実践的な取り組みを理解します。利用者やご家族が望む排泄ケアを実践するために必要な考え方や姿勢をはじめ、排泄に関する身体の仕組み、さらにアセスメントにおける具体的な視点とケアのアプローチを理解します。

巻末の2つの「事例」では、より具体的な事例を通して「排せつ支援計画」のつくり方とケアの取り組みを実践的に学びます。

● Point マーク Point P.○～○▶

「導入編」を中心に、それぞれの解説に「Point マーク」を付しています。「Point マーク」に示された該当する頁を参照すれば、そのポイントをより詳しく学ぶことができます。

●表記について

「排せつ」と「排泄」

介護報酬における『排せつ支援加算』に関する表記は、原則「排せつ」としています。その他については「排泄」と表記しています。

「利用者」

介護老人福祉施設に入所する要介護高齢者について、原則「利用者」と表記しています。

はじめに	1
本手引き書の特徴と使い方	2

【導入編】

事例で見る排せつ支援計画のポイント 4

事例 1 排便時に介護抵抗がある利用者への排泄ケア	4
事例 2 尿意を頻繁に訴える利用者への排泄ケア	8
事例 3 ベッド上で過ごす時間の多い利用者への排泄ケア	12

【解説編】

1 排泄支援の基本理念 16

1 伴走型介護の考え方	16
2 QOL とケアマネジメントの視点	20

2 排泄の仕組みとケアの実際 22

1 排尿の仕組みと疾患	22
2 排便の仕組みと疾患	33

3 アセスメントの視点とケアのアプローチ 38

1 健康管理の重要性（身体機能や栄養について）	38
2 排泄に必要な ADL	41
3 排泄機能	45
4 認知機能	54
5 環境	57
6 排泄用品	62
7 介護ロボット等の利活用	65

4 排せつ支援加算の仕組み 72

1 排せつ支援加算	72
-----------------	----

事例 排せつ支援計画と取り組み事例 76

取り組み事例①	76
取り組み事例②（介護、看護、医療との連携）	79
用語解説	82



排便時に介護抵抗がある利用者への排泄ケア

基本情報

鈴木春彦さん（仮名）／82歳／男性
要介護3／入所3か月目
既往歴：脳梗塞（75歳時）

アセスメントのポイント

Point
P.16~20
P.20~21

A D L

- ・障害高齢者の日常生活自立度A
- ・右片麻痺（利き手：右）
- ・座位、立位は保持可能
- ・車いす自走可能

- ・左上下肢の筋力の状況を評価し、機能向上が可能であるかを確認する
- ・また、衣服の着脱に必要な動作についても確認する

Point
P.41~44

認知機能

- ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa
- ・脳血管性認知症
- ・介護抵抗あり（特に入浴と排便）
- ・興奮時は意思疎通が困難

- ・脳血管障害の病変部位と認知症症状との関連を確認する
- ・介護抵抗のきっかけや場面を確認し、要因を分析する

Point
P.54~56

環境

- ・日中は居室にて、車いすで過ごすことが多い
- ・布パンツにパッドを使用

- ・自分で着脱可能な衣服の選択及び福祉用具を検討する

Point
P.57~61
P.62~64

排泄に関する課題

- ・尿意・便意があり、車いすを自走してトイレまで移動可能
- ・便秘がちであるため、頓服で下剤を使用
- ・便器への移乗及びズボンの上げ下ろしと排便後の後始末に介助が必要であるが介護抵抗が強くあり、結果、便失禁につながるが多い

- ・排便日誌により、排便の間隔・回数を把握し、適切な介助のタイミングを確認する
- ・便秘による不穏や排便時の不快感等心身への影響の有無を確認する
- ・自分で車いすから便器への移乗可能な福祉用具を検討する

Point
P.33~37
P.38~40
P.45~53
P.57~61
P.65~70

疾患

- ・脳梗塞の後遺症による右片麻痺
- ・脳血管性認知症

- ・認知症専門医師と連携し、易怒性[※]への適切な対応を検討する

Point
P.54~56

※些細なことで怒りを表すこと。認知症のBPSD症状の1つである。

排泄ケアのアプローチ

- 利用者に必要な環境を整えることで、できるだけ自立してトイレで排泄できるように支援を行う。
- 介護抵抗の要因を便秘や排便コントロールの課題からも分析する。

易怒性や介護抵抗の改善を認知症ケアの視点から考える。

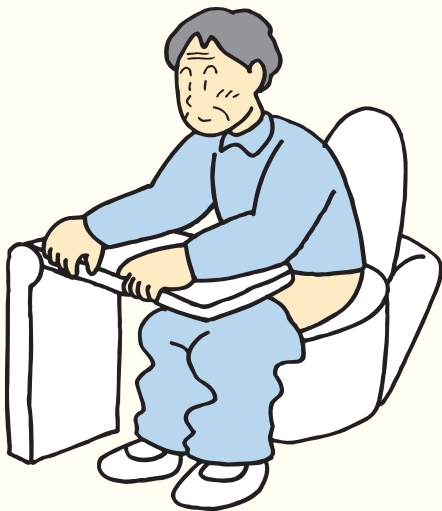
P.33~37 ▶

P.54~56 ▶



できるだけ1人で排泄できる方法を見つける。

P.57~61 ▶



専門職が連携して改善
に向けた検討を行う。

P.33~37 ▶

P.38~40 ▶



排せつ支援計画書

計画作成日 ○年○月○日

氏名 鈴木 春彦 殿 (男・女)
明・大・昭・平 年 月 日生 (82 歳)

記入者名 * * * *
医師名 * * * *
看護師名 * * * *

排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6 か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因

ADL：座位、立位の保持可能。衣服の着脱動作は右片麻痺により一部介助
認知機能：脳血管性認知症。介護抵抗（特に入浴と排泄）があり、易怒性による興奮時は意思疎通が困難で、その結果として便失禁となる
排泄機能：尿失禁、便失禁あり。便秘のため頓服で下剤を使用（週 1 回程度）
疾患：脳梗塞後遺症による右片麻痺、脳血管性認知症

(A)

支援計画

- ①排便についてできるだけ自立して行える環境整備を行う
 - ・麻痺のない左上下肢の筋力増強により着脱動作の機能向上を図る
 - ・ズボン、下着の上げ下ろしを補助する福祉用具（着脱しやすいズボン等）の使用を検討する
 - ・車いすから便器への移乗（その逆）において、福祉用具（手すり等）の使用を検討する
- ②排泄機能改善のための取り組みを行う
 - ・排泄日誌を記録する
 - ・看護職員、管理栄養士と連携し、便秘の改善等排便コントロールを行う
- ③介護抵抗を軽減するための取り組みを行う
 - ・易怒性の改善に向けて認知症専門医師と連携する
 - ・利用者の尊厳に配慮し、適切な介助のタイミングや声掛けについて共有する

(B)

(C)

(D)

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

- ①福祉用具の導入により、便器への移乗（その逆）はほぼ見守りにて可能になったが、衣服の着脱については右上肢の麻痺が強く一部介助が必要
- ②管理栄養士が提案した粉末タイプの食物繊維を導入した結果便秘が改善し、下剤使用の回数が月 1 回程度に減少。排便サイクルが整ったことから適切なタイミングでトイレ誘導が可能になり、便失禁が改善された
- ③認知症専門医師と連携し、興奮を鎮める薬剤の検討を行ったが、排便時の介護抵抗が軽減されたことから経過観察中である

(E)

(F)

上記について説明を受け、理解しました。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

① point

脳梗塞の右片麻痺による言語障害や意思伝達困難の有無等も見逃さないようにしましょう

② point

福祉用具、介護ロボット等を使用することによって広義の自立に向けた環境整備の視点を持ちましょう

Point

P.57～61 ▶

P.62～64 ▶

P.65～70 ▶

③ point

排泄日誌（P.46 図 6 参照）の記録内容に基づき、多職種でカンファレンスを行いましょう

Point

P.45～53 ▶

④ point

認知症の周辺症状（BPSD）や処方されている薬剤の副作用の影響も考えられるため、服薬状況について医師に確認しましょう

Point

P.28～31 ▶

P.33～37 ▶

⑤ point

支援計画に対してかかわった多職種及び専門指導内容等について記載しましょう

⑥ point

支援計画に目標設定した内容のうち、改善につながらなかった課題についてはその要因についても明確にしましょう



尿意を頻繁に訴える利用者への排泄ケア

基本情報

佐藤夏子さん（仮名）／84歳／女性
要介護4／入所6か月目
既往歴：脳出血（72歳時、82歳時）

アセスメントのポイント

Point

P.16～20 ▶

P.20～21 ▶

A D L

- ・ 障害高齢者の日常生活自立度 B
- ・ 脳血管性認知症の疑いあり
- ・ 脳出血の後遺症で上下肢とも軽度の麻痺
- ・ 座位は保持可能
- ・ 立位は保持困難
- ・ 車いす自走困難

- ・ 体幹のバランスや上下肢の筋力を評価し、機能向上が可能であることを確認する
- ・ 立位保持に必要な機能について評価する
- ・ ADL全般の再アセスメントと機能改善に向けたアプローチを検討する

Point

P.41～44 ▶

認知機能

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 II a
- ・ 意思疎通は日常生活に支障なし

- ・ 認知症の原因疾患を特定する

Point

P.54～56 ▶

環 境

- ・ 日中は居室もしくはホールにて車いすで過ごすことが多い
- ・ 紙パンツタイプのおむつを使用

- ・ トイレまでの動線を見直す
- ・ おむつからパッドへの変更が可能であるか確認する

Point

P.57～61 ▶

P.62～64 ▶

排泄に関する課題

- ・ 尿意・便意があり、車いす一部介助にてトイレまで移動可能
- ・ 頻回に尿意を訴えてトイレ誘導するが、排尿量が少なく排尿後すぐに尿意を訴えるほか、ときどき尿失禁あり

- ・ 排尿日誌により、排尿の間隔・回数を把握する
- ・ 排尿量と残尿量を測定し、排尿機能の確認を行う
- ・ 脳出血の後遺症と排尿障害との関連を確認する

Point

P.22～31 ▶

P.38～40 ▶

P.45～53 ▶

疾 患

- ・ 脳出血の後遺症による麻痺
- ・ 脳血管性認知症の疑いあり
- ・ 排尿機能の疾患の疑いあり

- ・ 認知症専門医師と連携し、確定診断を行う
- ・ 泌尿器科専門医師と連携し、診断を行う

Point

P.28～31 ▶

P.54～56 ▶

排泄ケアのアプローチ

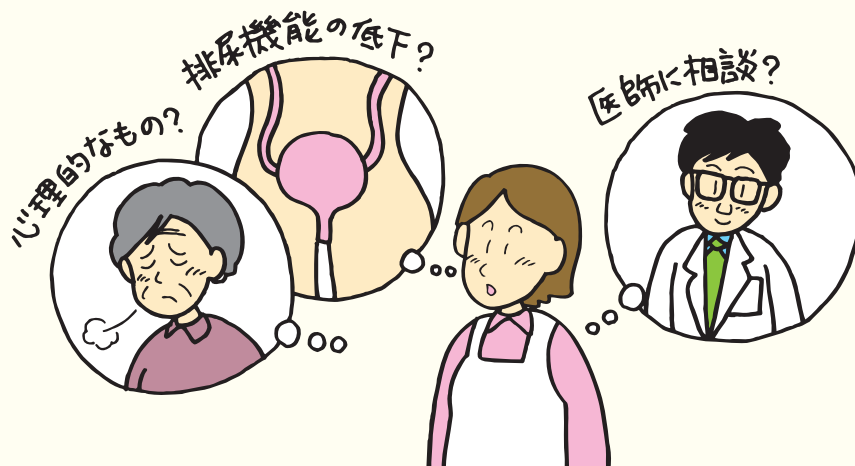
- 排泄に必要な動作ごとにできるだけ自立可能な環境整備等の支援を行う。
- 頻回な尿意の要因について排尿日誌から状態を把握し、医療との連携を含め分析する。

尿意を頻回に訴える原因を適切にアセスメントし、心理的なものであるのか、排尿機能の低下によるものかなどを見極め、支援を行う。
必要に応じて医師に相談する。

Point

P.22～31 ▶

P.54～56 ▶



ベッドと車いす間、車いすと便器間の移乗を支援するなかで、利用者ができるだけ1人で移乗ができる方法を見つける。

Point

P.57～61 ▶



利用者の尊厳を第一に考える。

Point

P.16～20 ▶

P.20～21 ▶



排せつ支援計画書

計画作成日 ○年○月○日

氏名 佐藤 夏子 殿 男・女 (84 歳)
明・大・昭・平 年 月 日生

記入者名 * * * *
医師名 * * * *
看護師名 * * * *

排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6 か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因

ADL：座位は保持可能、立位は保持困難。脳出血の後遺症で上下肢とも軽度の麻痺があり、姿勢の保持に課題がある。排泄は移動、移乗、衣服の着脱含めて一部介助が必要
認知機能：軽い認知機能低下は見られるが、意思疎通は可能
排泄機能：尿意、便意あり。頻回に尿意の訴えがありトイレ誘導するが、排尿量が少なく排尿後すぐに尿意が見られる。1 日複数回失禁があるため排泄機能障害の疑いあり
疾患：脳出血の後遺症による軽度の麻痺

支援計画

- ①頻回な排尿の訴え及び頻尿、失禁の改善をめざす
 - ・1 日の排尿量、失禁量等を排尿日誌に記録し、排尿誘導のタイミングを把握する
 - ・計測器を用いて残尿量を確認し、多職種で排泄機能の評価を行い、改善に向けて検討する
- ②トイレへの動線及び排泄用品の見直しを行う
 - ・トイレまでの距離が短い居室への変更を検討する
 - ・パンツ型おむつから布パンツとパッドの使用に変更することで、失禁時及び排尿後の後始末を自分で行えるよう試みる
- ③排泄動作を支援する福祉用具を検討する
 - ・トイレへの移乗（その逆）を補助する手すり等の設置を検討する

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等 一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等 一部介助・全介助

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

- ① 3 日間排尿日誌を記入し、排尿量、失禁量、残尿量の測定を行い配置医師へ報告したうえで、泌尿器科を受診。「過活動膀胱」の診断となったため、投薬治療を開始したところ、介入前に比較して排尿の訴えの回数が 2 割程度減少した。残尿の改善に向けて引き続き受診及び治療を行う
- ② 居室の変更は未実施であるが、排尿の回数が減少したため現状のまま対応する。パンツ型おむつからパッドへの変更については、職員の声掛けは必要であるがパッド交換動作の一部が見守りとなった
- ③ 立位については理学療法士の指導により、一部介助と手すりの使用によって取り組みを開始しているが、ふらつきが強く体幹バランスの改善には至っていない

上記について説明を受け、理解しました。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

⑥ point

頻回な尿意の訴えが心理的な要因によるものか、排尿機能障害によるものか必要に応じて専門医療の協力を得ましょう

頻尿の原因となる利尿作用を含む薬剤の処方がされていないか確認しましょう

Point

P.28~31 ▶

⑦ point

6 か月後の改善見込みが困難であっても、継続した支援によって段階的に排泄行為の機能が回復し、結果見守りとなっていくことに着目しましょう

Point

P.22~31 ▶

P.45~53 ▶

P.57~61 ▶

⑧ point

排尿機能の改善に向けて複数の課題が出現しますが、1 項目ずつ優先順位をつけて整理し、取り組みましょう

Point

P.22~31 ▶

⑨ point

立位保持について理学療法士等と連携して機能評価を行い、アプローチを検討しましょう

Point

P.41~44 ▶

P.57~61 ▶

⑩ point

排泄行為に関する問題は、介護の視点のみでは解決しないケースもあり、医療との連携が解決の糸口になることも意識しましょう

多職種協働、医療との連携には正確かつ標準化された記録を有効活用しましょう



ベッド上で過ごす時間の多い 利用者への排泄ケア

基本情報

田中秋男さん（仮名）／ 90 歳／男性
要介護 5 ／入所 1 年目
既往歴：糖尿病（70 歳ごろから）、大腿骨
頸部骨折（88 歳時）

アセスメントのポイント

Point

P.16~20 ▶

P.20~21 ▶

A D L

- ・ 障害高齢者の日常生活自立度 C
- ・ 全介助
- ・ 座位、立位は保持困難
- ・ 上肢でからだを支えることは可能
- ・ 離床時はリクライニング車いす

- ・ 上下肢の筋力の状況を評価し、機能向上が可能であるかを確認する
- ・ 座位保持に必要な機能について評価する

Point

P.41~44 ▶

認知機能

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 IV
- ・ アルツハイマー型認知症
- ・ 尿意、便意を含め意思疎通は困難

- ・ 声掛け時や介助時の反応・表情を確認及び排泄前後の体動等から尿意、便意のサインを確認する

Point

P.54~56 ▶

環 境

- ・ 日中はほぼベッド上で過ごすことが多い
- ・ フラットタイプのおむつを使用

- ・ 座位保持及び移乗の支援方法や福祉用具を検討する
- ・ ベッドわきへのポータブルトイレ等の設置を検討する

Point

P.57~61 ▶

P.62~64 ▶

P.65~70 ▶

排泄に関 する課題

- ・ 尿意・便意がなくほぼ失禁
- ・ 定期的の下剤を使用するため水様便となり、おむつかぶれになりやすい

- ・ 排尿、排便日誌により、排泄の間隔・回数を把握する
- ・ 排便のタイミングを確認し、ポータブルトイレでの排便が可能か確認する

Point

P.22~31 ▶

P.33~37 ▶

P.45~53 ▶

P.57~61 ▶

P.65~70 ▶

疾 患

- ・ 大腿骨頸部骨折後の生活不活発病
- ・ アルツハイマー型認知症

- ・ 認知症専門医師と連携し、アルツハイマー型認知症の進行による ADL 低下への影響を確認する

Point

P.54~56 ▶

排泄ケアのアプローチ

- 生活不活性病、アルツハイマー型認知症による心身機能の低下を確認する。
- まずは座位保持に取り組み、（ポータブル）トイレで排便できるように支援を行う。

座位を保持する支援を行う（手すり等の福祉用具を使用する）。

Point

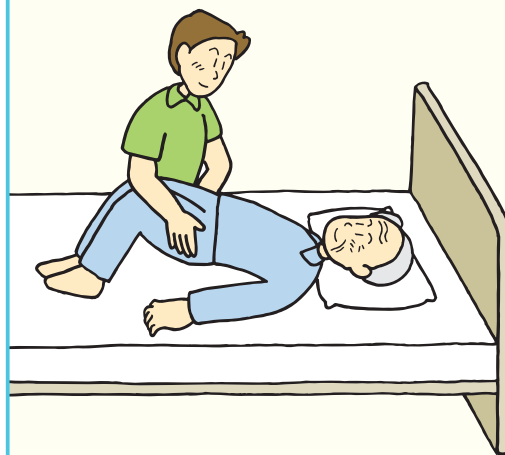
P.57~61 ▶



腰上げ運動、体幹運動などによる身体機能の向上を図る。

Point

P.41~44 ▶



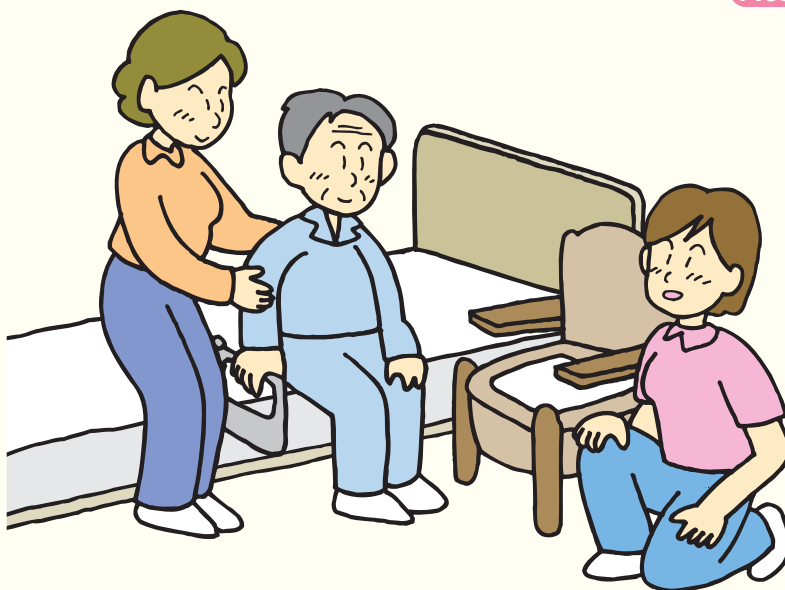
適切なタイミングで排便ができるように支援を行う。
ベッドからポータブルトイレへ安全に移乗できる支援方法を見つける。

Point

P.45~53 ▶

P.57~61 ▶

P.65~70 ▶



排せつ支援計画書

計画作成日 ○年○月○日

氏名 田中 秋男 殿 (男) 女
明・大・昭・平 年 月 日生 (90 歳)

記入者名 * * * *
医師名 * * * *
看護師名 * * * *

排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6 か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因

ADL：座位、立位とも困難。短時間であれば上肢で上半身を支えることは可能だが不安定。離床時はリクライニング車いすを使用し、日常生活動作は全介助
認知機能：受け答えによる意思疎通は困難。アルツハイマー型認知症の進行により心身機能の低下が見られる
排泄機能：尿意、便意なし。ベッド上での排泄及びおむつ交換を行っている。おむつはフラットタイプを使用。便秘のため週 1 回下剤を使用することから、水様便となりおむつかぶれが見られる
疾患：大腿骨頭部骨折後の生活不活発病及びアルツハイマー型認知症

支援計画

- ①トイレもしくはポータブルトイレでの排便をめざす
・座位保持の機能訓練として理学療法士と連携し、腰上げ運動、体幹運動を行う
・リクライニング車いすから標準の車いす使用への変更を検討する
- ②排便に必要な排泄機能改善に取り組む
・排便記録を記入し、看護職員、管理栄養士と連携して自然排便に向けたアプローチを検討する
・声掛けへの反応や表情を観察して記録、共有し、尿意、便意のサインを把握することで排便コントロールの一助とする
- ③座位排便に取り組む環境を整備する
・ベッドわきのポータブルトイレの設置及び座位保持に必要な福祉用具の導入を検討する
・皮膚の清潔を保つための排泄用品を検討する

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

- ①手すりを使用して座位保持に取り組み、10 分程度はポータブルトイレに座ることが可能になった。車いすについてはリクライニング車いすと標準の車いすを併用しており、引き続き標準の車いすへの移行をめざす
- ②排便記録を活用し多職種で自然排便に取り組んだが、便秘の改善には至らず下剤は使用している。下剤服用のタイミングと排便のサイクルは確立できたことから、適切なタイミングでのトイレ誘導回数が増え、おむつかぶれが改善した
- ③洗浄機能付きポータブルトイレを導入し、排便後の爽快感を得られたことから QOL の向上につながった

上記について説明を受け、理解しました。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

L point

まずは座位保持を目標に多職種でアプローチしましょう

Point

P.41~44 ▶

P.57~61 ▶

M point

会話によるコミュニケーションが困難であっても、排泄ケアを行うときはその都度具体的な声掛けをしましょう

N point

一部介助のうち、さらに目標を絞って計画を作成しましょう

6 か月後の改善見込みが困難であっても、継続した支援によって段階的に排泄行為の機能が回復し、その結果一部介助となっていくことに着目しましょう

Point

P.22~31 ▶

P.45~53 ▶

P.57~61 ▶

O point

アルツハイマー型認知症の進行に伴う心身機能の低下について専門職と連携し、今後の留意点等について理解しましょう

アルツハイマー型認知症で尿意、便意の訴えができないと判断せず、尿意や便意に関するサインを見逃していないか観察しましょう

Point

P.54~56 ▶

P point

排便後の不快感及び皮膚トラブル改善は利用者の QOL を大きく向上させることを意識しましょう

Point

P.62~64 ▶

Q point

同じ全介助の状態であっても、支援に取り組んだ成果として改善した事項を評価し、次の支援目標につなげましょう

R point

ADL だけではなく QOL の評価を明確に表現しましょう



排泄支援の 基本理念

→ 1 伴走型介護の考え方

1) 排泄という生活行為とおむつの意味

排泄は毎日行われる、とてもデリケートな行為です。多くの場合、物心がついてからは人の手を借りずに個人的に行われる生活行為であり、排泄を失敗するということは尊厳にかかわる重大なトラブルといえます。それに加えて、おむつを使用することは、今まで当たり前に行ってきた行為ができなくなったことを排泄のたびに感じなくてはならない、ということを意味します。

2) 排泄を支援するということ

施設利用者には、おむつを使用している人が多くいます。施設で排泄ケアをしていると、おむつへの排泄が当たり前のように思えるかもしれませんが、本当に当たり前のことといえるのでしょうか。もちろんおむつへの排泄があってはならない、ということではなく、排泄機能にトラブルを抱えている人にとって、おむつにより守られる生活もあるでしょう。しかし、トイレですか、おむつですか、を選べる状況で、おむつへの排泄を選択する人はおそらくいないのではないのでしょうか。まずトイレでの排泄を前提として、どうしてもできない場合におむつの活用を考える必要があります。

排泄をケアするということは、ただ単に排泄による汚れの後始末を行うことではありません。本人が感じる不快や不自由、不安、不満への視点を持ち、排泄にトラブルを抱えていても幸せに生きていくために、移動・移乗といった動作介助のスキルや、羞恥心やプライバシーへの配慮、気づき、声掛け、アセスメント力など、援助の総合力が問われる場面だといえるでしょう。

排泄には尿便意の知覚やトイレに行こうという認識、移動、着脱、移乗、排出、後

始末、といったさまざまな機能や行為が関係します。排泄をケアするには、このように非常に幅広い、認識から動作に至るまでの本人の能力を把握し、動作に加えて心理面にまで配慮したかわりが求められます。そのため「排泄ケアの水準が高い」とは、すなわち質の高いケアを提供でき、本人の尊厳を大事にしていることで、排泄ケアに熱心に取り組むことはケアの質を向上させることに直結するのです。

介護する家族にとっても、身内の排泄のトラブルは大きな負担になる場合もあります。在宅介護の限界を感じる場面として排泄への対応をあげる家族も少なくはなく、そうした家族にショートステイの利用等を通じて排泄へのより良い対応を伝えることができれば、家族介護者の負担軽減にも貢献できます。

3) 伴走型介護の考え方 (図1)

全国老人福祉施設協議会（以下、全国老施協という）は、平成28年度全国老人福祉施設研究会議（長崎会議）において、『利用者一人ひとりの望む将来像・状態像に基づき、それぞれが願う“自立”を叶えるための伴走型自立支援を目指す「自己実現介護宣言」』を発信しました。その基本的理念は、『「心身機能・身体構造」の改善が困難であっても、「活動」「参加」の目標達成によってQOLの向上は可能』というものです。

厚生労働省は科学的介護を推進するなかで客観的に評価しやすい「利用者の状態像ごとの標準的な心身機能の変化」に着目し、機能の維持・向上を図ることのできる介護を「質の高い介護」として捉えています。しかし「心身機能・身体構造」の改善はQOL（Quality of Life、生活の質）向上のためのアプローチのひとつにすぎません。

全国老施協は、QOL向上のアウトプットとして、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」ごとの評価指標を確立すべきとしています。さらに、『本人が望む生活に近づけるためのアプローチにはICF（国際生活機能分類）における「活動」「参加」の領域を重視したケアマネジメントが有効』であり、『「活動」「参加」のアウトプットを可視化することにより、有効なサービスをデータベース化し、自立支援・重度化防止に向けた取り組みの普遍化が可能』だとしています。

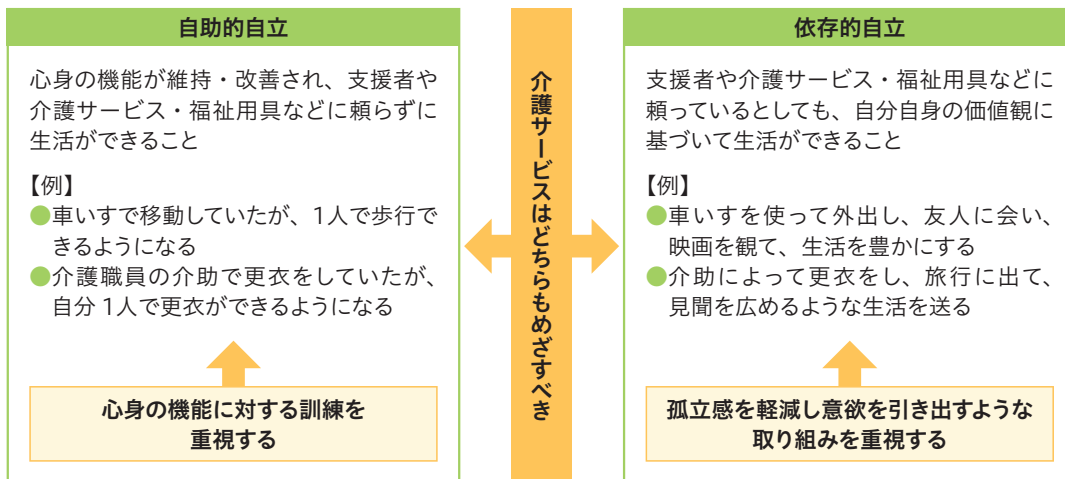
このように伴走型介護で目指すのは、心身機能と身体構造の維持・改善に限定されない、より質の高い暮らしであり、利用者一人ひとりの環境に応じた幸福の増大です。伴走型介護を実現するには、支え手が明確な自立観をもち、アセスメントによってその人が何を望んでいるのか、何を叶えたいのかを受け取り、描く力が要求されます。

4) 伴走型介護における「自立」の捉え方

従来、「依存」は望ましくない、自立と対立するものとして考えられてきました。しかし、介護を必要とする人が「なんでも自分でする」ことを目指すのは、果たして現実的なのでしょうか。

依存には「他者とのかわり」という側面があり、誰かとかかわりながら生きていくという積極的な意味ももちます。施設利用者が誰ともかわらずすべてを自分で行

介護保険制度における“自立”の概念



要介護高齢者の状態像の推移のイメージ例

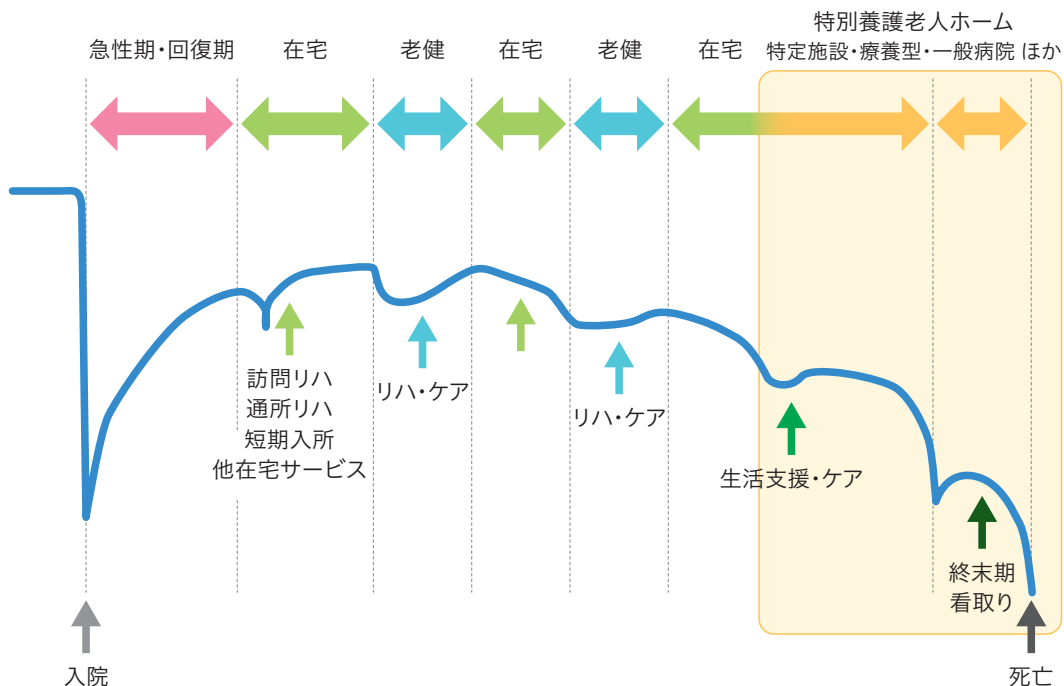


図1 介護保険サービスにおいて目指すべき「自立支援介護」の再検証に向けて

公益社団法人全国老人福祉施設協議会 第1回自己実現介護 WT 資料
 東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科 准教授 高野龍昭
 次の文献を参考にして作成

参考：古川孝順：社会福祉原論，誠信書房，pp233-236，2002.

うというのは現実的ではなく、自立というよりもむしろ孤立に近づく可能性すらあるのではないのでしょうか。

現代社会では多くの生活上の機能をお金で買うことができます。現実問題として、衣食住のすべてを自前でまかなっている人はほとんどおらず、一般的には購入したり、家族に頼るなどして暮らしています。つまり大多数の現代人は、お金や人間関係を介した依存を前提として生きていて、それを意識しないことがほとんどであるに過ぎま

せん。

したがってここでいう「自立」は何事もひとりでできるという意味ではなく、介護などの他者からの援助を受けながら、自ら選び、決定する状態です。そのうえで、利用者一人ひとりの望む将来像・状態像に基づき、それぞれが願う自立に寄り添ってその願いを叶えるためのケアが伴走型介護といえるでしょう。

5) 伴走型介護に基づいた排泄ケア

施設に入所される人は、要介護者のなかでも重度であり、多くの援助を必要とします。しかし、重度だからといってこれまで長年行ってきたトイレでの排泄を諦めてしまってもよいのでしょうか。

在宅では人手や設備、ケアスキルの面でトイレでの排泄が難しくても、施設では排泄ケアを実施する環境が整っており、専門職の支援も受けることができます。専門職の介助に依存しつつ、自らの願う排泄を叶える環境としては在宅よりも施設のほうが適する面があります。トイレとおむつ、どちらを選ぶかと問われれば多くの人はトイレでの排泄を望むはずです。当たり前の願いに寄り添い、その人が望む排泄に近づけていくことは、まさに伴走型介護が具体化された姿だといえるでしょう。

6) 後始末の先へ：QOLを向上させる排泄ケア

「自分は他者に頼らず生きている」という認識は、多くの人にとってプライドの中核になります。しかしその状況が崩れ、誰かに頼らねばならなくなったときには、非常に大きな葛藤が生まれます。特に排泄は、多くの場合物心がついてからは家族にさえ触れさせることの無い極めて個人的な生活行為であり、排泄に他者の手を借りるというのは大きな羞恥心を生み、自信の喪失を招く恐れがあります。排泄ケアにおいて援助者はこの相反するプライドと依存の間の揺らぎを意識しておく必要があります。

トイレで排泄することは、これまで述べてきたように当事者の切実な願いです。それを叶えることは、どんな状態になっても幸せに生きることへの援助につながっていきます。施設利用者が排泄のすべてを自分で行うことを目指すのではなく、人それぞれの状態にあわせたケアマネジメントに基づき、自立のための支援を受けて、たとえすべてが叶わなくても、より良い方向に向かっていると実感できることが重要になります。

また、洋式便器に座ったり和式便器にまたがったりすることは、しっかり排泄するために合理的な姿勢といえます。おむつに排泄するという行為は、お漏らしをするという物心がついて以来のタブーを犯すようにも感じられ、なおかつ横になった状態で排泄するということになれば、非合理的な排泄姿勢による排泄の困難が生じます。できる限りトイレで排泄することは、心理的にも生理的にも望ましく、QOLの向上につながります。

特に排便については、極力トイレで行いたいものです。おむつは便には無力であり、

どんな高性能の吸収ポリマーでも便を吸収することはできません。どんな人でも日常生活のなかでおむつを使用し、そこに排便することを容易には許容できないでしょう。仮にすぐ洗い流せるとしても、とても強い抵抗感をもつのではないのでしょうか。排泄に関する QOL を高めるには、トイレで排泄する方法を試行錯誤し、便器に座った姿勢をとることが重要になります。そのためには、汚れたから綺麗にするという後始末の介護から転換し、その先にある当たり前の願いに寄り添う伴走型介護の視点に立つ必要があります。

→ 2 QOL とケアマネジメントの視点

排泄ケアに限らず QOL の向上を目指すには、質の高いアセスメントに基づくケアマネジメントが必要になります。今の暮らしがベストなのか、幸せなのか、現状の整理と未来の予測を行い、理想に近づくためのケアマネジメントを行います。

排泄ケアのアセスメントでは過去の排泄習慣、現在の食事や水分摂取量、疾病や服薬の排泄への影響、排泄に関連する動作をしっかりと把握します。ケアプラン作成ではアセスメントで把握した現状をより良い未来につなげるための行動計画を具体的に作成します。いわば未来のために今なすべきことを明確化したものがケアプランです。トイレに誘導して終わり、おむつを交換して終わりではなく、その先にあるより良い排泄を目指していかなければなりません。

アセスメントに当たっては問題と課題の明確化が必要になります。問題とは理想的な状態と現状とのギャップであり、課題とは現状をあるべき姿に近づけていくために解決すべき事柄を指します。

排泄における問題は、たとえば便失禁が理想的な状態とはいえないことは明らかですが、それを理想の状態に近づけるには、なぜ理想と現状の間に乖離が生まれるのかをアセスメントし、解決すべき事柄を明確化する専門職としてのケアマネジメントが必須です。課題がわからなければ、日々のケアを組み立て対処することもできず、問題の解決につながりません。

また、課題への具体的対応と専門職間の役割分担がプランに盛り込まれていなければ解決しない、予防できない事態に陥ってしまいます。施設において利用者の暮らしに密接にかかわる介護職が、自立支援の専門職として問題と課題の明確化を行うことは非常に重要です。自立支援の観点から問題と課題が明確化されてはじめて支援の内容が具体化されます。動作評価をリハビリテーション専門職に、病気による影響の診断や治療・予防は医師に、病気の生活への影響の緩和を看護職員に、適切な食事や水分摂取による排泄へのアプローチは栄養士に、といったように各職種の強みを上手に活かし、そのうえで本人が頑張れる力を発揮できる支援を目指します。

ケアプラン作成の目的は、その人の QOL 向上と自立支援です。排泄ケアにおいては排泄における自立や QOL の向上とは何かを明確にしたうえで自立を妨げる要素を

排除し、本人がもつ力を発揮しやすくすることを考えていくことになります。

何気なく行っていたことが、当たり前でなくなったことを受け止め、これまで行っていた排泄行為をもう一度当たり前にすることを目指していくのが排泄ケアであり、それを一番近くで支えるのが介護職です。

コラム①

失禁の頻度と精神的な影響

2014年に米国で行われた調査では、ナーシングホームに入所中の65歳以上の高齢者(約240万人)のうち、尿失禁の頻度は50%、便失禁の頻度は43%でした¹⁾。わが国では2015年に同様の調査が行われ、尿失禁および便失禁の頻度は老健で68%、43%であったのに対し²⁾、特別養護老人ホームでは82%、70%でした³⁾。わが国の平均寿命の長さが失禁頻度の高さと関係しているようです。

2016年に米国ペンシルベニア州の大学病院にて重症入院患者を対象に行われた調査研究結果では、68%もの患者さんが「便失禁や尿失禁は死ぬことと同等かそれ以上に辛いこと」と回答したそうです⁴⁾。入院患者さんが失禁状態になったからといって死を選ぶわけではないと思いますが、失禁状態は精神的に大変辛いことなのだ、ということを知る必要があるでしょう。

文献

- 1) Gorina Y, et al: Prevalence of incontinence among older americans. Vital Health Stat 3 (36): 1-33, 2014.
- 2) 公益社団法人 全国老人保健施設協会: 介護老人保健施設等におけるリハビリテーションの在り方に関する調査研究事業 報告書。
http://www.roken.or.jp/wp-content/uploads/2012/07/H27_rehamanagement_report.pdf
- 3) 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会/老施協総研: 特別養護老人ホームにおける入所者の重度化に伴う効果的な排泄ケアのあり方に関する調査研究事業 報告書。
<http://www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/257>
- 4) Rubin EB, et al: States worse than death among hospitalized patients with serious illnesses. JAMA Intern Med 176 (10): 1557-1559, 2016.



排泄の仕組みと ケアの実際

→ 1 排尿の仕組みと疾患

1) 排尿の基礎知識

本項では排尿の基礎知識と身体機能を中心に、排尿の仕組みを解説します。

① 人の生活における排尿の意義

人は生涯にわたり排尿をくり返します。乳幼児期は誰でも尿失禁、便失禁の状態にありますが、成長とともに尿意、便意を自覚できるようになり、徐々におむつに依存しなくなります。就学以降の排泄自立は社会生活を送るうえで、心理的にも社会的にも重要です。

一方、高齢になると、頻尿、尿勢低下、残尿感、尿意切迫感、尿失禁などの下部尿路症状が発生し、社会生活を送るうえで支障をきたすようになります。60歳以上の高齢者において、なんらかの下部尿路症状を有する頻度は約8割と極めて高いことが知られています。80歳以上になると夜間3回以上の夜間頻尿、尿失禁の頻度は40%を超えるようになります。高齢者における夜間頻尿と尿失禁は死亡リスクを高め、さらに生活の質、尊厳、自立性を低下させる、とも指摘されています。

排泄ケアによって高齢者の尊厳を守りながら、自立性や生活の質を改善するお手伝いができたら素晴らしいことだと思います。

② 排尿はなぜ必要なのか

(1) 尿とは

尿は腎臓でつくられる淡黄色透明な液体です。腎臓には血液を濾過する装置（＝糸球体）があり、からだにとって不要な老廃物（尿素窒素、尿酸、塩分、ホルモン代謝物など）を尿として分離しています。糸球体から沁みだした最初の尿は原尿と呼ば

れ、原尿は尿細管という細い管を流れながら 100 倍に濃縮されます。1 日に 1.5L の尿がでると仮定すると、原尿は 150L つくられていることになります。正常の尿には血液やたんぱく質、ブドウ糖は含まれておらず、しかも無菌です。

(2) 尿路とは

尿路とは尿の“通り道”のことです。腎臓^{じんぞう}でつくられた尿は、尿管^{にょうかん}を流れて膀胱に溜められたのちに、尿道^{にょうどう}を通じて体外に排泄されます。尿路は上部尿路（腎盂～尿管^{かん}）と下部尿路（膀胱～尿道）に区別されます。尿を膀胱に溜め、尿道を通じて体外に排出する一連の機能のことを下部尿路機能と呼びます。下部尿路機能が障害されると頻尿、尿失禁、尿勢低下、残尿感などの症状が現れ、日常生活に支障をきたします。

(3) 尿が排泄できない場合

尿が排泄できないとからだにとって不要な老廃物^{ろうはいぶつ}が体内に蓄積^{じんふ}されてしまい、腎不全^{じんぜん}になります。体内の水分量も増加し、下肢や顔面がむくんだり（浮腫^{ふしゅ}）、肺に水が溜まって呼吸が苦しくなったり（肺水腫^{はいすいしゅ}）、心臓に過剰な負担がかかったりします（心不全^{しんぜん}）。腎不全の状態が続くと生命を維持することが困難となり、やがて死に至ります。

(4) 尿量の異常

腎臓は尿をつくることでからだにとって不要な老廃物を排泄するだけでなく、体内の水分量を調整しています。尿量は脳下垂体^{のうかすいたい}から分泌される抗利尿ホルモン^{こうりによう}によって制御されます。抗利尿ホルモンには腎臓の尿細管^{にょうさいかん}に作用して水の再吸収を促進させる効果があるため、分泌されると尿が濃縮されて尿量が減り、逆に分泌が減ると尿が希釈されて尿量が増えます。

尿量の異常には多尿^{たによう}、乏尿^{ぼうによう}、無尿^{むによう}のほか尿閉^{にょうへい}があります。

●多尿

24 時間の総尿量が 40mL/kg 以上の状態を多尿といいます。なんらかの原因で脳下垂体からの抗利尿ホルモンの分泌が低下することで発症する尿崩症^{にょうほうしょう}や糖尿病、ドライマウスによる過剰な水分摂取などが多尿の原因となります。

●乏尿、無尿

1 日尿量が 400mL/ 日よりも少ない状態を乏尿といいます。さらに、1 日尿量が 100mL/ 日以下の場合を無尿といいます。飲水量の低下^{おうと}、嘔吐・下痢・発汗多量などによる脱水状態などが原因で乏尿や無尿になります。

●尿閉

膀胱に尿が十分に溜まっているにもかかわらず自力で排尿できない状態を尿閉といいます。前立腺肥大症や子宮筋腫による下部尿路閉塞が原因となって発生する非誘発性尿閉のほか、手術や麻酔、疼痛、便秘、尿路感染症、薬剤の副作用などが誘因となって発症する誘発性尿閉に区別されます。非誘発性尿閉では尿道カテーテルの留置や原因となっている疾患の治療が必要になりますが、誘発性尿閉では原因を除去することで尿閉が改善することが多いといわれています。

(5) 排尿回数の異常（頻尿）

1 日の排尿回数が 8 回以上の状態を頻尿^{ひんによう}といいます。さらに、夜間就寝中に 1 回以上排尿のために目を覚ましてトイレに行かなければならないという愁訴^{しゅうそ}を夜間頻尿と

いいです。頻尿の原因はさまざまであり、^{にょうろ かんせんしやう}尿路感染症、^{か かつどうぼうこう}過活動膀胱、^{ぜんりつせん ひ だいしやう}前立腺肥大症、膀胱結石症、膀胱がんなどの泌尿器疾患のほか、心血管疾患、高血圧、脳血管障害、糖尿病、歩行障害などの泌尿器以外の疾患も頻尿の原因となります。65 歳以上の高齢者において 24 時間尿量に占める夜間尿量の割合が 33% を超える状態を夜間多尿といいます。通常、若者では夜間に抗利尿ホルモンが多く分泌されて夜間尿量が抑制されますが、高齢者になると抗利尿ホルモンの分泌量が低下して夜間も尿をつくるために夜間多尿となり、その結果、夜間の排尿回数が増えてしまいます。

(6) 残尿

膀胱に溜まった尿を排尿した後に膀胱内に残った尿のことを残尿といいます。残尿の量が多いと排尿後に膀胱が尿ですぐにいっぱいになってしまうため排尿の時間間隔が短くなり、結果的に排尿回数が増加します。異常な残尿量の定義は今のところ確定していませんが、残尿量が 50mL 未満であれば臨床的に問題はありません。

(7) 尿路感染症

尿路に発生する細菌感染症のことを尿路感染症といいます。細菌は尿道の出口（外尿道口）から尿路に侵入するため、尿道が短い女性のほうが尿路感染症にかかりやすいとされています。原因となる^{き えんきん}起炎菌の 7～8 割はグラム陰性桿菌（多くは大腸菌（*Escherichia coli*））です。尿検査では尿中に白血球が認められます。原因菌の検出には^{にょうばいよう}尿培養という検査を行います。通常の尿培養で細菌が検出できない場合は尿路結核を疑い、^{こうさんきん}抗酸菌培養検査を追加することもあります。

^{ぼうこうにょうかんぎゃくりゆう}膀胱尿管逆流、^{にょうかんけつせき}尿管結石・狭窄、^{きやうさく}神経因性膀胱、^{しんけいいんせいぼうこう}糖尿病、^{とうにょうびやう}前立腺肥大症、^{ぜんりつせん ひ だいしやう}尿道狭窄などの基礎疾患を伴う尿路感染症のことを^{ふくざつせいにょうろ かんせんしやう}複雑性尿路感染症と呼び、基礎疾患を伴わない場合を単純性尿路感染症と呼びます。膀胱炎や尿道炎の症状には排尿痛、頻尿、残尿感、血尿などがありますが、発熱を伴うことはありません。

発熱を伴う尿路感染症には^{きやうせいじん う じんえん}急性腎盂腎炎（男女共通）、^{きやうせいせいそうじやうたいえん}急性精巣上体炎（男性のみ）、^{きやうせいぜんりつせんえん}急性前立腺炎（男性のみ）があり、通常 38.0℃ 以上の熱がでます。有熱性尿路感染症が^{じやうとく か}重篤化すると敗血症に至ることもまれではありませんので、医療機関を受診してください。

2) 身体機能に見る排尿の仕組み

① 下部尿路の仕組み

下部尿路を構成する器官は膀胱と尿道です。膀胱は下腹部中央に位置する袋状の器官であり、尿を溜めて（^{ちくにょうそう}蓄尿相）、排出する（^{にょうはいせつそう}尿排泄相）という 2 つの機能があり、膀胱に溜められた尿は尿道を流れて体外に排泄されます。膀胱と尿道の接合部には尿道括約筋という筋肉があり、膀胱に尿を溜めているときは緊張して尿道を締めて尿を漏らさないように機能し、尿を排出するときには弛緩して尿を排泄します。

男性と女性の下部尿路の構造における違いは前立腺の有無です（ 図 1）。前立腺は膀胱の直下で尿道を取り巻くように存在する男性特有の生殖器であり、精液の成分のうち粘液を産生しています。前立腺は加齢とともに肥大して尿道を狭くするという

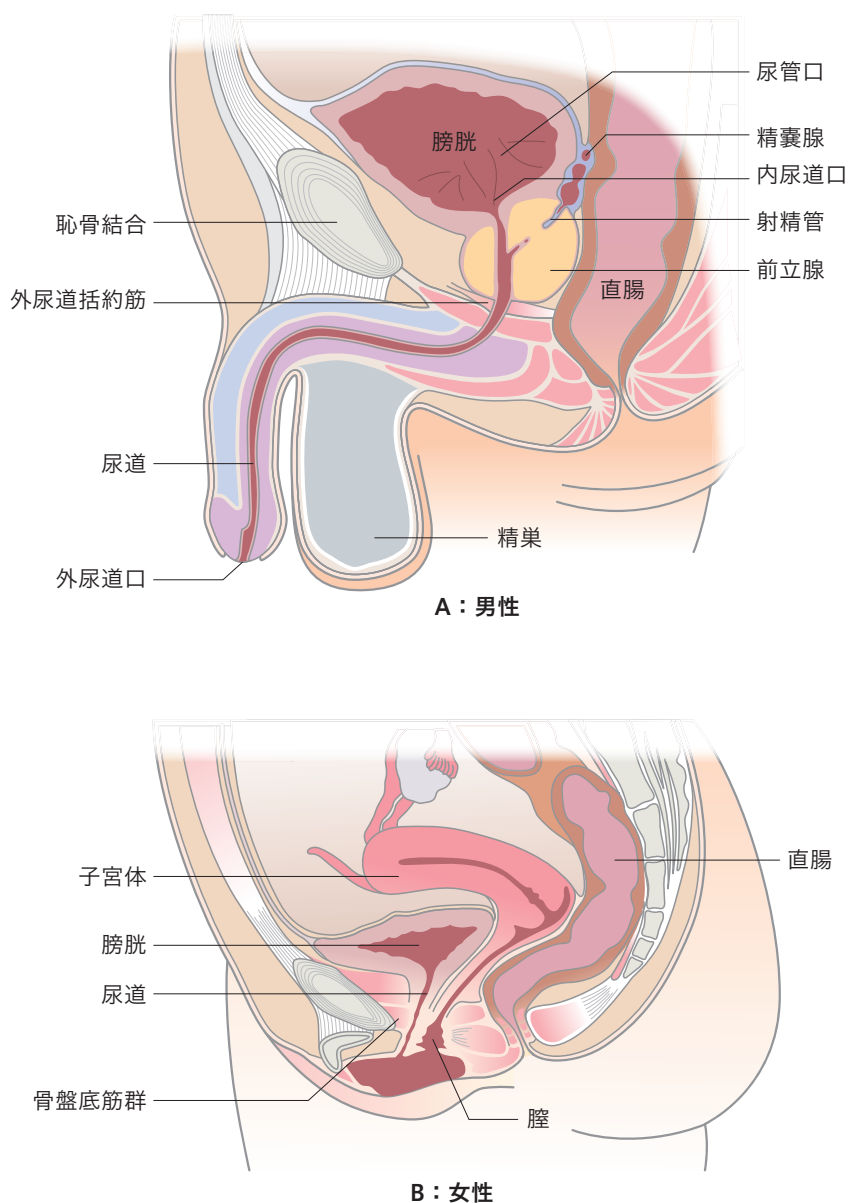


図1 下部尿路の仕組み（解剖図）

元図：白岩康夫，他監：目で見える排尿障害-排出障害から蓄尿障害まで-，メディカルレビュー社，p9，1995.

特徴を有する器官であり、後述の下部尿路症状の原因となります。直腸や尿道をハンモック状に支える筋肉が骨盤底筋群こつぱんていきんぐんです。出産や加齢によってこの筋群が緩むと頻尿ゆるや尿失禁の原因になります。

② 下部尿路症状とは

排尿に関連して膀胱及び尿道に生じる諸症状のことを下部尿路症状と呼びます。具体的な症状には以下の3つに分類されるほか、さらにその具体的な症状は括弧内に示す通り細分化されます（表1）。

蓄尿症状（昼間頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、尿失禁、膀胱知覚異常）

排尿症状（尿勢低下、尿線分割・散乱、尿線途絶、排尿遅延、腹圧排尿、終末滴下）

排尿後症状（残尿感、排尿後尿滴下）

③ 下部尿路の機能は神経によって支配される (図2)

膀胱に尿が溜まると、膀胱の圧センサーの信号が仙髄と胸腰髄のほか、延髄のそばにある橋と呼ばれる部位にある排尿中枢に伝えられます。脊髄にある交感神経が興奮すると尿道括約筋が収縮し膀胱の弛緩が起こることで膀胱に尿が溜められます。

表1 下部尿路症状の分類

蓄尿症状	昼間頻尿	活動時間帯の排尿回数が多い
	夜間頻尿	就寝中に排尿のために1回以上起きる
	尿意切迫感	急に出現する抑えきれない強い尿意
	尿失禁	尿漏れのこと
	膀胱知覚異常	尿意に異常があること
排尿症状	尿勢低下	以前よりも尿の勢いが弱い
	尿線分割・散乱	尿線が排尿中に分割・散乱すること
	尿線途絶	尿線が排尿中に1回以上途切れる
	排尿遅延	排尿開始までに時間がかかる
	腹圧排尿	排尿の開始、尿線の維持改善のために腹圧をかける
	終末滴下	排尿時間が延長し、ポタポタと零状の尿がでる
排尿後症状	残尿感	排尿後に完全に膀胱が空になっていない感じがする
	排尿後尿滴下	排尿直後に不随意に尿がでてくる

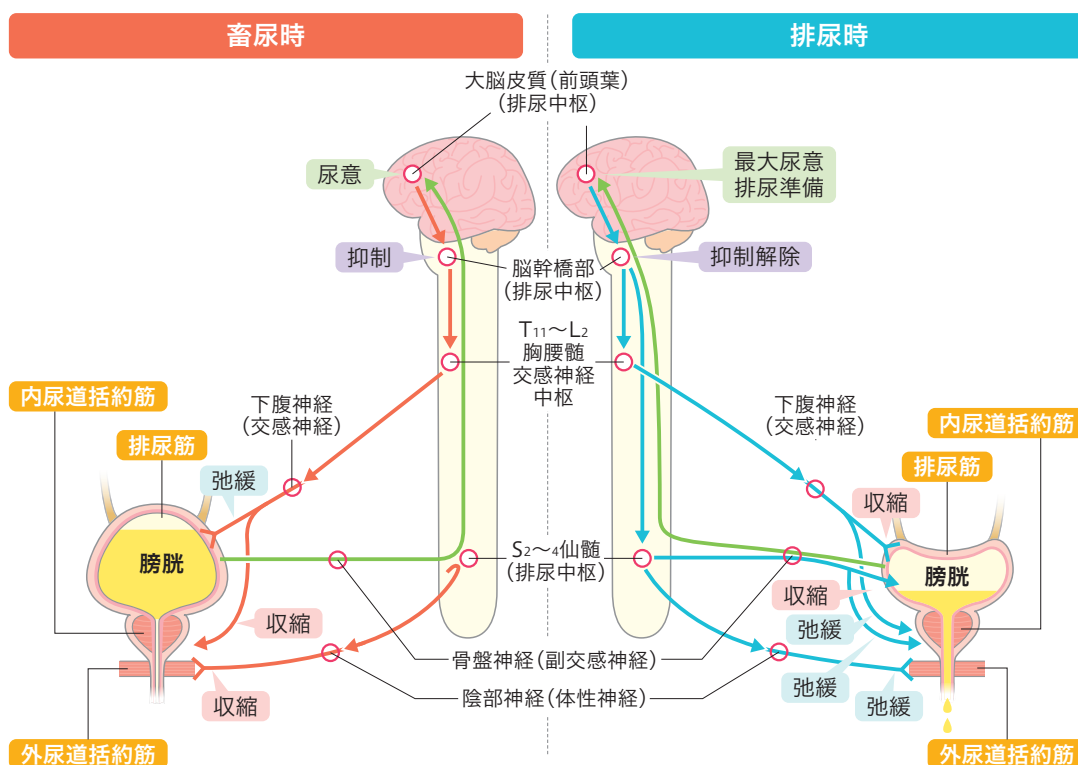


図2 排尿に関連する神経経路

出典：清藤友里絵，他：脳卒中（大脳白質病変含め）と排尿障害，WOC Nursing，4（5）：33，2016.

橋排尿中枢が興奮すると膀胱が収縮して排尿してしまうため、十分に膀胱に尿が溜まるまで脳が橋排尿中枢を抑制して尿がでないように制御しています。赤ん坊では脳の発達が未熟で橋排尿中枢への抑制が不十分なため、“お漏らし”してしまうのです。

十分に膀胱に尿が溜まると、脳の抑制が解除されて橋排尿中枢から排尿の指令がだされて尿意が発生します。尿意を感じると人はトイレを探して移動し、この間は自ら意図的に外尿道括約筋を収縮させて尿が漏れないようにしています。膀胱の弛緩や収縮は自らの意志ではコントロールできませんが、外尿道括約筋だけは自分の意志で収縮させることができます。

④ 神経因性膀胱とは（表2）

しんけいいんせいぼうこう

神経因性膀胱とは下部尿路機能に関連する神経系統の障害により、下部尿路機能障害をきたす疾患の総称です。神経障害の部位と症状は次の通りです。

（1）中枢神経

脳卒中の初期では膀胱の収縮不全による尿閉が発生することがあります。脳から橋排尿中枢への抑制が弱まるため、膀胱に十分に尿が溜まる前に膀胱収縮が発生しやすく、徐々に過活動膀胱となります。一部の患者では尿意切迫感が強く、一方で膀胱の収縮力が弱く残尿量が増加するため、排尿筋収縮不全型排尿筋過活動という状態になります。

（2）脊髄神経

● 脊髄排尿中枢よりも中枢側で障害を受けた場合

急性期：尿意と排尿筋反射が消失し、排尿筋無収縮となります。

回復期：病的な排尿反射経路が形成され、膀胱の収縮時に弛緩すべき尿道括約筋が収縮して、断続的な尿漏れが起こります（排尿筋尿道括約筋協調不全）。

慢性期：排尿筋尿道括約筋協調不全の状態が長期化すると、膀胱内圧が上昇し、膀胱尿管逆流現象、水腎症、腎機能障害、有熱性尿路感染症などが発生します。

表2 神経因性膀胱の分類と原因疾患

中枢神経疾患	1. 脳疾患	脳血管障害、脳腫瘍、脳外傷
	2. 脊髄疾患	脊髄損傷、脊髄腫瘍、脊髄炎、HTLV-1 関連脊髄症、 にぶん 二分脊椎症、脊髄係留症候群、脊髄血管障害、多発性硬化症
	3. 変性・脱髄疾患	パーキンソン病、認知症、 たけいとう いしやくしやう 多系統萎縮症
末梢神経疾患	1. 感染性疾患	たいじやうほうしん 带状疱疹、ギランバレー症候群
	2. 代謝性疾患	糖尿病、ビタミン欠乏症、アルコール障害
	3. 医原性疾患	こうはん 広汎子宮摘除術後、直腸がん術後、骨盤内臓全摘術後
	4. その他	せきちやうかん 腰部椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症

- 脊髄排尿中枢よりも末梢側で障害を受けた場合

肛門周囲の知覚が低下や消失し、肛門括約筋の緊張も低下します。尿意はあいまいになり、排尿反射が低下または消失するため残尿量が増加し、腹圧排尿や溢流性尿失禁をきたします。

3) 排尿にかかわる疾患と医療的ケア

本項では排尿にかかわる主な疾患や障害と、医療的ケアや治療・投薬について解説します。

① 過活動膀胱

(1) 病態

尿意切迫感（突然起こるがまんできかないような強い尿意）を主体とした症状症候群で、通常は昼間頻尿と夜間頻尿を伴います。尿意切迫感の後に尿が漏れることを切迫性尿失禁といいます。

(2) 病因

神経の異常によって発症する場合と、神経の異常とは別の原因で発症する場合があります。

- 神経因性

脳疾患：脳出血、脳梗塞、パーキンソン病、多系統萎縮症、正常圧水頭症など

脊髄疾患：脊髄損傷、多発性硬化症、椎間板ヘルニアなど

末梢神経疾患：腰部脊柱管狭窄症、糖尿病性末梢神経障害など

- 非神経因性

膀胱血流障害

自律神経系の活動性亢進

膀胱の炎症

(3) 治療

- 行動療法

尿意をがまんして蓄尿症状を改善させる膀胱訓練と骨盤底筋訓練が有効です。体重の減量は一定の効果があるとされますが、禁煙や禁酒、便秘解消が過活動膀胱の治療に有効とする根拠はないとされています。

- 薬物治療

抗コリン薬や $\beta 3$ アドレナリン受容体作動薬が有効です。抗コリン薬の副作用によって残尿量が増加したり、口渇が出現して飲水量が増加して結果的に頻尿が悪化することもあります。抗コリン薬のなかには認知機能低下に影響する薬剤もあるため、専門医とよく相談する必要があります。 $\beta 3$ アドレナリン受容体作動薬は認知機能に影響しませんが、心血管障害のある高齢者については心拍数が増加することもあるため注意が必要です。代表的な処方薬を表3、4に示します。

●神経変調療法

電気刺激療法と磁気刺激療法は体外からの刺激により、排尿反射の抑制効果が得られます。難治性の切迫性尿失禁に対しては仙髄神経電気刺激法も有効ですが、刺激装置を仙骨孔に埋め込む手術が必要です。

② 前立腺肥大症

(1) 病態

年齢を重ねるとトイレが近い、尿の勢いが弱い、夜中にトイレに起きるときに尿を漏らす、といった下部尿路症状が出現しやすくなります。

中高齢男性においてこれらの下部尿路症状をきたす代表的な疾患が前立腺肥大症です。前立腺肥大症の定義は「前立腺の良性過形成による下部尿路機能障害を呈する疾患」です。前立腺は膀胱の直下で尿道を取り巻くように存在する男性生殖器で、加齢とともに体積が増大する（＝良性過形成）ことが知られています。前立腺肥大症に関連する症状を自覚する男性の割合は、50代が44%、60代が52%、70代が63%と加齢とともに増加します。高齢男性が下部尿路症状を訴えた場合はまず、前立腺肥大症を疑ってよいでしょう。

(2) 病因

加齢や遺伝、ジヒドロテストステロンによる前立腺組織の増生、アドレナリン受容体を介した交感神経系の興奮、炎症などが前立腺肥大症の病因といわれています。

一方、飲酒や喫煙は前立腺肥大症とは無関係のようです。近年、生活習慣病（肥満、脂質異常症、高血糖、高血圧など）やメタボリック症候群が前立腺肥大症の発症と関係していることがわかってきました。

表3 抗コリン薬

一般名	代表的な薬剤名	ポイント
オキシブチニン塩酸塩	ボラキス [®] ネオキシテープ [®]	禁忌：閉塞隅角緑内障、尿閉
プロピベリン塩酸塩	バップフォー [®]	強い下部尿路閉塞のある患者、前立腺容量が大きい患者、急性尿閉の既往のある患者、PSA 高値の患者、排尿後残尿が多い患者、尿流率の悪い患者に対しては推奨しない 脂溶性が高く中枢移行性の高いオキシブチニン塩酸塩では中枢性ムスカリン受容体に薬剤が結合し、認知機能の低下を招く可能性がある
コハク酸ソリフェナシン	ベシケア [®]	
酒石酸トルテロジン	デトルシトール [®]	
イミダフェナシン	ウリトス [®] ステーブラ [®]	副作用：便秘、口内乾燥、尿閉
フェソテロジンフマル酸塩	トビエース [®]	

表4 $\beta 3$ アドレナリン受容体作動薬

一般名	代表的な薬剤名	ポイント
ミラベグロン	ベタニス [®]	抗コリン薬に特有の副作用なし 残尿量を増やすこともない
ビベグロン	ベオーバ [®]	

(3) 治療

●生活指導

わが国のガイドラインでは、長時間の座位や下半身の冷えの回避、適度な運動のうながし、外出時のトイレ位置の確認などが生活指導として紹介されています。欧州のガイドラインでは表 5 のような 9 つの生活指導が推奨されています。

表 5 欧州のガイドラインで推奨する生活指導

1. 夜間や外出時などの頻尿症状を回避するために水分摂取を控える
2. 利尿作用のあるカフェインまたはアルコールの摂取を控える
3. 膀胱に溜まった尿をだし切るために弛緩排尿や二段排尿を実践する
4. 排尿後尿滴下を防ぐために尿道をよく拭く
5. 陰茎圧迫、呼吸訓練、会陰圧迫のほか、膀胱やトイレのことを意識から遠ざけることで、蓄尿症状をコントロールする
6. 膀胱再訓練を実施し、尿意をがまんすることで膀胱容量を増加させ、排尿間隔を延長させる
7. 服薬歴の見直しや利尿剤などでは服薬時間を変更し、排尿障害の原因となる可能性のある薬剤を副作用の少ない薬剤に変更するよう工夫する
8. 巧緻性の低下、歩行障害や認知機能低下など、機能性尿失禁の原因となるような障害がある場合には適切な介護を提供する
9. 便秘を治療する

出典：European Urol 2013；64：118-140.

●薬物治療

前立腺肥大症では交感神経の興奮状態による尿道閉塞（機能的閉塞）と肥大した前立腺腺腫による物理的な尿道閉塞（機械的閉塞）が生じています。機能的閉塞を改善させるためには α 1 アドレナリン受容体遮断薬またはホスホジエステラーゼ 5 阻害剤、機械的閉塞を改善させるためには 5 α 還元酵素阻害剤が用いられます。 α 1 アドレナリン受容体遮断薬やホスホジエステラーゼ 5 阻害剤は即効性に優れるため、第一選択薬として使用されます。薬剤ごとに特徴的な副作用が現れることがありますので、注意が必要です。

α 1 アドレナリン受容体遮断薬では、起立性低血圧によるめまいやふらつきが出現することがあるため、高齢男性では転倒に注意が必要です。

ホスホジエステラーゼ 5 阻害剤は肺高血圧症や勃起不全の治療にも使用される薬剤であり、血圧低下の副作用が起こります。5 α 還元酵素阻害剤では肝機能障害や黄疸が出現することがあります。代表的な処方薬を表 6 ～ 8 に示します。

●外科治療

前立腺肥大症の外科治療では、肥大した前立腺内腺を内側から削り取る経尿道的前立腺切除術が標準術式です。麻酔は腰椎麻酔または全身麻酔で、手術所要時間は1時間程度です。術後は尿道カテーテルを数日間留置して抜去します。耐術能や合併症悪化のリスク、術後せん妄リスク、膀胱機能などをあらかじめ十分に検討する必要があります。

表6 α 1 アドレナリン受容体遮断薬

一般名	代表的な薬剤名	ポイント
タムスロシン塩酸塩	ハルナール®	α_{1A} 受容体選択性 めまい・ふらつき・射精障害
ナフトピジル	フリバス®	α_{1D} 受容体選択性 射精障害の頻度は低い
シロドシン	ユリーフ®	α_{1A} 受容体超選択性
ウラピジル	エブランチル®	女性の神経因性膀胱による排尿障害にも投与可能

表7 ホスホジエステラーゼ5 阻害剤

一般名	代表的な薬剤名	ポイント
タダラフィル	ザルティア®	膀胱の血流改善、尿道平滑筋の弛緩作用 ED 治療薬バイアグラと同類 死亡例を含む心筋梗塞等の有害事象、警告・禁忌要確認

表8 5α 還元酵素阻害剤

一般名	代表的な薬剤名	ポイント
デュタステリド	アボルブ®	テストステロンの活性化を阻害する作用があり、前立腺体積を約3割程度縮小させる効果がある 毛髪が増える 性欲減退 前立腺特異抗原（PSA）を半減させることが知られており、2倍換算して評価すること

尿道留置カテーテルの正しい使い方

介護の現場では尿道カテーテルを留置されている高齢者が数%存在することがわかっています。尿道カテーテルは入所前から留置されていることが多いのですが、留置理由がよくわからないという話もよく聞きます。尿道留置カテーテルの適否については、米国のガイドラインが参考になります¹⁾。不適切な使用が疑われたら、泌尿器科専門医に相談してみましょう。

尿道留置カテーテルの適切な使用

- ・急性尿閉または膀胱出口部閉塞により、自力で排尿できない状態
- ・重篤な容体の患者の正確な尿量を計測する必要がある場合
- ・手術前後で全身管理を行っている場合
- ・仙骨部または会陰部にある開放創の尿汚染を回避して創傷の治癒をうながす場合
- ・長期安静が必要な場合（胸部や腰椎が潜在的に不安定な場合、骨盤骨折などの多発外傷）
- ・終末期ケアを快適にするため

尿道留置カテーテルの不適切な使用

- ・おむつの代用として尿道留置カテーテルを使用すること
- ・自排尿可能にもかかわらず、尿検査のサンプリングを目的としてカテーテルを使用すること
- ・手術の後に長期間にわたって使用すること

文献

- 1) CDC : CAUTI Guidelines.
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>

→ 2 排便の仕組みと疾患

1) 身体機能に見る排便の仕組み

① 便とは

便は腸内細菌や剥がれ落ちた腸内粘膜、食物繊維などの未消化の食物残渣からできています。食物繊維は大腸で消化、吸収されないため、便のかさを増して腸蠕動を刺激し、排便をうながす役割を果たします。

健康な便の形状はバナナ状で70～80％程度の水分が含まれています。人によっても異なりますが、健康な便の目安は次のようになります。

回数：1日1回が理想。一定の周期が維持されている

量：1日100～250g（鶏卵大1個分が50gの目安）

形状：バナナ状

色：茶褐色や黄土色

排便できない状態が続くと左下腹部のはりや痛み、食欲不振などの消化器症状だけでなく、頭痛やイライラ、不眠、注意力散漫、血圧上昇など、排便とは直接関係ない症状が現れることがあります。

認知症高齢者の興奮や不穏な行動は、便秘が原因で生じている場合もあります。規則的な排便は、落ち着いた生活を送るうえでとても大切です。

② 便がつくられる仕組み

口から摂取した食物のほとんどの栄養素は胃や小腸で消化、吸収されます。そして、栄養が吸収された後の内容物が大腸に送られて便がつくられます。小腸から送られてきた内容物は水様ですが、じょうこうけつちょう上行結腸に比較的長く停滞して大部分の水分が吸収されます。さらにおうこうけつちょう横行結腸、かこうけつちょう下行結腸と大腸の蠕動運動によって送られていくうちに水分の吸収が進み、食後約24～72時間で固形の便が生成されます（図3）。

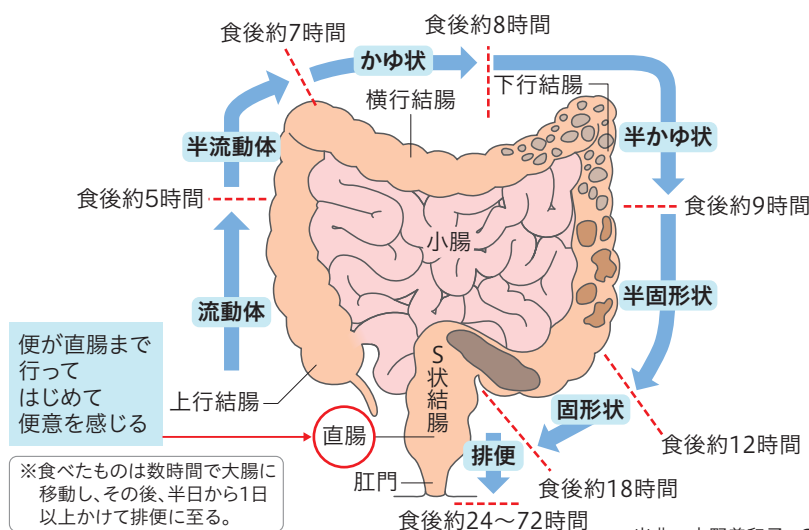


図3 便がつくられる仕組み

出典：中野美和子：Civil Engineering Consultant, 271：12-15, 2016. より一部改変

③ 便を排出する仕組み

大腸内の便は蠕動運動によって徐々に大腸内を移動しますが、胃に食物が入ると急激な強い蠕動運動が起こり、大腸内の内容物を一気に直腸に押しだします（胃結腸反射）。直腸は便で引き伸ばされると、直腸の壁にあるセンサーから脳に刺激が伝わって便意を催します。

便意を感じると反射（排便反射）が起こり、直腸が蠕動し、内肛門括約筋を広げて排便します。便意を感じても排便できない状態であれば、通常は外肛門括約筋を締めてがまんすることができます。

(1) 胃結腸反射

胃結腸反射は、特に朝食後に強くみられます。そのほか朝の起床時にみられる人もいます。便意を訴えることが困難な高齢者にも胃結腸反射は起こっているはずですので、すっきりと排便するための好機を見逃さないようにします。

(2) 排便反射

便が直腸に下降したときに排便反射が起こります。排便は便意をがまんしていると排便反射が消失し、排便することが難しくなります。反射が起こってもトイレに行けないとがまんしてしまう場合があるため、トイレ誘導のタイミングは重要です。

2) 排便にかかわる疾患と医療的ケア

① 便秘とは

便秘とは次の4つの症状のうち、複数の症状がみられることをいいます。たとえば排便回数が5日に1回でも少しの腹圧でバナナ状の便が排出される場合は正常な排便といえます。便秘の判断をするうえで、その人のもとの排便周期を知っておくことも大切です。

1. 排便回数の減少
2. 排便量の減少
3. 便性状の硬化（硬便、コロコロ便の排出）
4. 排便時の困難感

② 便秘の原因

(1) 器質性便秘

がんや炎症などが原因で大腸の通過障害や疾患に伴う大腸の運動機能異常によって生じる便秘です。原因疾患の治療が必要となります。

(2) 機能性便秘

●直腸性便秘

便が直腸まで下降しているにもかかわらず、便意を感じたタイミングを何度も無視して排便せず、便が直腸に貯留した状態が続くため、排便反射が起こらなくなり便秘となります。

●弛緩性便秘

大腸の蠕動運動が低下し、大腸内の便の移送に時間がかかることによって排便間隔が延び、便秘となります。

●痙攣性便秘

ストレスや自律神経の乱れによって大腸の運動や緊張が亢進しすぎるため、便が排出できない状態となります。

●薬剤性便秘

感冒薬や抗ヒスタミン剤、向精神薬、抗不安薬を内服することによって、便秘が起こりやすくなります。

●食事性便秘

食事量や食物繊維の摂取が少ないことによって、便量が減少して腸蠕動が起こりにくくなります。

③ 排便のコントロール

(1) 排便を促進する食生活

食物繊維には便のかさを増して腸の働きを活発にしたり、便を軟らかくしたりする働きがあります。普段の食事やファイバーなどの補助食品から食物繊維をうまく摂れるように工夫しましょう。

乳酸菌やオリゴ糖は腸内の善玉菌を増やし、排便を整える効果があります。2週間程度継続して効果を確認しましょう。

(2) 便意を感じたタイミングにトイレで排泄する

便意を訴えられない高齢者の場合、胃結腸反射が起こる食後 30 分以内にトイレでの排泄をうながしましょう。

(3) 排泄環境を整える

座位姿勢をとることは排便をうながすために重要です。そして、前傾姿勢をとると、直腸と肛門の角度が広がり便がでやすくなります(図4)。座位保持が難しい場合でも、

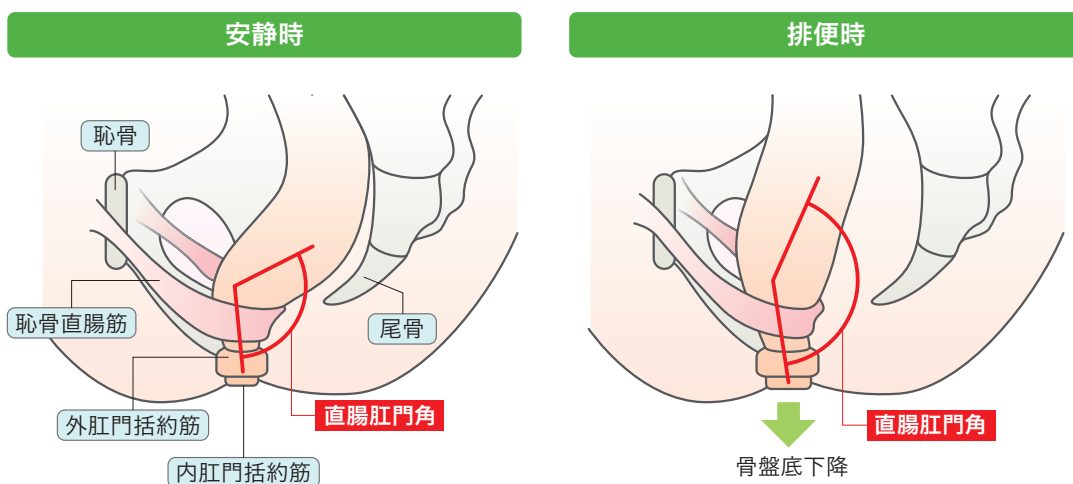


図4 安静時・排便時の直腸肛門角

中島淳，編：臨床医のための慢性便秘マネジメントの必須知識「初版」．医薬ジャーナル社，42-45，2015．より一部改変

足台の設置や前に手すりを置くなど工夫して前傾姿勢が安定するように環境を調整してみましょう（図5）。

④ 下剤を調整する（表9）

下剤は作用や作用時間を考慮して、高齢者の便の性状・量・排便間隔に応じて調整します。下剤を使用する場合は、原則として非刺激性の薬剤を用いて効果が認められない場合に、刺激性の薬剤を使用します。下剤使用時には便の性状を観察し、便が泥状や水様になる場合は下剤の分量の調整や種類を変更します。

刺激性の下剤は屯用として使用し、3日に1回などの定期的な使用はできる限り避けます。刺激性の下剤は効果がでるまで8時間程度を要するため、睡眠前に内服す



図5 排便姿勢の確保

表9 下剤の種類

種類		作用	代表的な薬剤品	作用時間（目安）
非刺激性下剤	塩類下剤	浸透圧によって、大腸の腸管内の水分を保ち、便の容量を増大させることで腸の蠕動をうながす	酸化マグネシウム マグラックス® マグミット®	8～10時間
刺激性下剤	大腸刺激性下剤	大腸の粘膜を直接刺激し、蠕動運動の亢進と同時に、水と電解質の分泌を増加させる	プルセニド® センノサイド® ラキシベロン® シンラック®	
上皮機能変容薬		小腸で腸管内への腸液の分泌を上げ、便の水分含有量を増やし柔軟化し、腸管内輸送を高め、排便を促進させる	アミティーザ® リンゼス®	24時間以内
漢方薬		腸の水分を調整する	大黃甘草湯® 麻子仁丸®	
ざざい坐剤		直腸粘膜への蠕動促進作用と直接刺激による排便の促進	テレミンソフト®	5～60分
		腸内に炭酸ガスを発生させ、蠕動の亢進を起こす	新レシカルボン®	10～30分

ると翌朝に効果がでます。内服した翌日に排便がない場合は、その前日の内服は必要なかったと判断して、その人の排便周期に合わせて排便がみられる前日だけの内服とします。

下剤を減量するときは、排便日誌 (P.46 図 6 参照) をつけながら便の性状・排便頻度・排便量を観察して実施します。

⑤下痢とは

下痢は排便の回数が多いことではなく、水分を多く含んだ泥状便や水様便を排出する状態をいいます。下痢は大腸の内容物が急速に送られることにより大腸で水分が吸収されないこと、腸管壁の水分分泌過多や水分吸収能力低下によって起こります。感染性の腸炎の急性下痢や大腸の炎症などの疾患による慢性下痢があります。

施設利用者にみられる下痢は、下剤の過剰服用や^{かんじょうべん}嵌入便によることが多いです。便意を訴えることが困難なことやトイレでの排泄に援助が必要なことで便失禁も生じやすいため、排便のコントロールが重要です。下剤を内服して下痢がみられる場合は、下剤を調整しましょう。また嵌入便がある場合は肛門が開き気味になり、便の隙間を伝って水様便が流れ出して便失禁が生じることがあります。嵌入便が疑われる場合は、直腸診によって便が触れないか確認し、便が触れる場合は摘便によって便を排出します (図 6)。

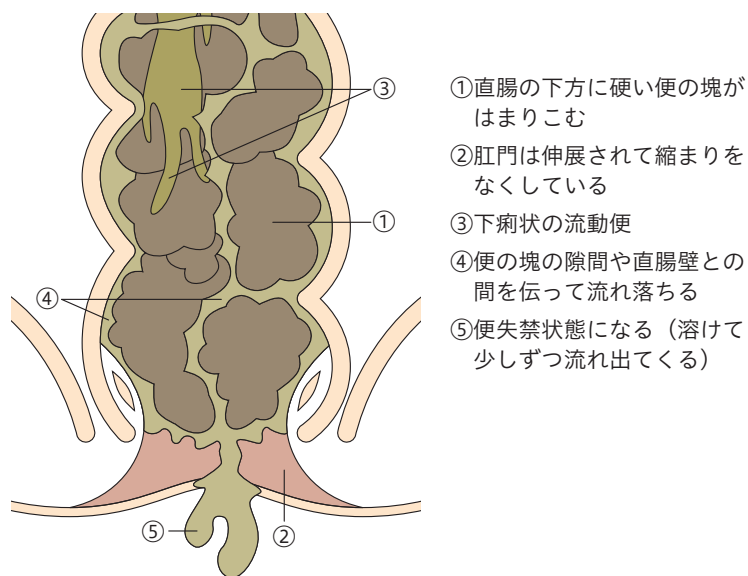


図 6 嵌入便



アセスメントの視点と ケアのアプローチ

➔ 1 健康管理の重要性(身体機能や栄養について)

アセスメントの視点

- ADL を評価する。
- 摂食や嚥下等の口腔機能を評価する。
- 食事の環境や補助具等を評価する。

など

ケアのアプローチ

- 筋力や運動機能の低下を防ぎ、ADL の維持・回復をめざす。
- それぞれに合った食形態に変更する。
- 食事をしやすい環境や補助具等を検討する。
- 口腔リハビリテーションや口腔ケアを実施する。

など

加齢や疾病による麻痺^{しつぺい}などのある高齢者は、状況が著しく変化することで日常生活のリズムが崩れ、規則正しい食生活が乱れていきます。それに伴って身体機能が低下してさまざまな障害が現れます。そのひとつが排泄^{まひ}障害です。

施設利用者は、障害が重度になると臥床^{がしょう}時間が長くなり、全身の筋力が低下していきます。そして排泄機能を保つための消化管運動の低下や、腹筋や骨盤底筋などの筋力の低下をきたします。

また、摂食や嚥下機能も低下します。舌の筋力や口輪筋^{こうりんきん}が低下することで、食物が口腔内に取り込みにくくなったり、食塊を形成できなくなり、適切な食事量を確保できなくなります。それによって必要な栄養素や食物繊維が不足し、また、口閉じができなくなると水分不足になり、便秘や尿量低下等をきたします。

1) 身体機能（筋力低下を含む）を回復する取り組み

ベッド上仰臥位の時間を少なくして短時間でも座位確保に努めることで、ポータブルトイレやトイレを使用した排泄体位の確保につなげることができます（表1）。排泄体位が確保されると腸の蠕動運動が活発になり、残便や残尿の減少にもつながります。

表1 生活における身体機能の回復への取り組み方

ベッド上での座位確保	仰臥位のみ→側臥位→ベッド上座位（ギャジアップにてセミファースター位からはじめる）
ベッドから車いすへ	ベッド→リクライニング型車いす→ティルト型車いす→普通型車いす
車いすからいすへ	車いす→いす（下腿長にあった高さで足底がつく状態。仙骨滑りの起きない安定したシーティングを提供する）
いすから立位、歩行	歩行器使用→介助歩行→見守り歩行→独歩

2) 食事のアセスメント

1日に必要な水分量や食事量の確保が困難となり、それが継続することで排泄障害を誘発します。したがって、一人ひとりの食に関するアセスメントを実施し、摂食嚥下を評価する必要があります。何が問題なのかを見きわめて食形態（ミキサー食、ムース食、軟菜食、普通食など）を変更していきます。

食事にあたっては食べるための準備が重要です。まずは座位を確保し、何を食べるのか献立を説明し脳を活性化し、口腔内を潤します。次に介助姿勢、または前傾した座位をとり、食べやすい姿勢を確保しましょう。

次に実際の食事を観察し口腔機能を評価しましょう。そして必要に応じて食形態の変更を検討します。さらに、食べやすい、飲み込みしやすい食材を選んだり、トロミ剤などの使用も検討しましょう。

そのほかの留意点としては、自力で食事を摂取できる人には生活リズムにあわせて提供しましょう。身体機能や口腔機能に障害がある場合は、飲みやすい環境や補助具（水飲みストロー、介助コップなど）を検討する必要があります。嚥下機能に問題がある場合は口腔リハビリテーションや口腔ケアを実施することも必要です。

3) 食物繊維と水分の摂取量

食事量が減少すると必要な栄養が確保できなくなります。そのため食物繊維の摂取量も減少します。

食物繊維は便のかさが増え、便が出やすくなります。食物繊維の摂取量は水溶性と不溶性を合計して20g/日を目標にしましょう。

しかし、不溶性の食物繊維ばかりを摂取すると大腸内で便の水分が吸収され、硬くなるので注意が必要です。生野菜からも食物繊維は補えますが、生では野菜のかさが

増えるので、加熱処理をして摂取しやすくするとよいでしょう。目標量は300g/日以上としましょう（表2）。

水分の摂取目標は体重×30mL/日といわれています。大腸で水分が吸収されるため、大腸内に便が長時間留まると硬くなります。水分をこまめに、目標量を摂取すると便が軟らかくなります。

表2 水溶性食物繊維と不溶性食物繊維

	主な機能	含まれる部位	名称	多く含まれる食品
水溶性食物繊維	生活習慣病の原因となる有害物質を吸収し、体内に排泄する	植物細胞の貯蔵多糖類	ペクチン質	熟した果物
			植物ガム（グアーガム）	樹皮、果樹など
			粘質物（マンナン）	植物の種子、葉、根など
			海藻多糖類（アルギン酸、ラミナリン、フコイジン）	海藻
不溶性食物繊維	胃や腸で水分を吸収して膨張し、便通を整える	食物細胞壁の構成成分	セルロース	野菜、穀類、豆類、小麦ふすま
			ヘミセルロース	穀類、豆類、小麦ふすま
			ペクチン質	未熟な果実、野菜
			リグニン	ココア、小麦ふすま、豆類
			イヌリン	ゴボウ
		甲殻類の殻の構成成分	キチン	エビやカニの殻

牧野直子監, 女子栄養大学出版部編:「五訂日本食品標準成分表」対応 コレステロール・食物繊維早わかり, 女子栄養大学出版部, p5, 2003.

・食物繊維が多く含まれる食品

食品群	食品名
イモ類	サツマイモ、ヤマイモ、サトイモ
豆類	大豆、おから、枝豆、小豆、きな粉
穀類	玄米、ヒエ・アワなどの雑穀
野菜類	カボチャ、ニンジン、ゴボウ、大根、レンコン
キノコ類	シイタケ、シメジ、エノキダケ
海藻類	ヒジキ、ワカメ、昆布
乾物	干しシイタケ、キクラゲ、干し大根、かんぴょう
ナッツ類	アーモンド、カシューナッツ、落花生、クルミ
果物類	リンゴ、バナナ、柿、干しブドウ

→ 2 排泄に必要な ADL

アセスメントの視点

- トイレやポータブルトイレで排泄するのに必要な動作能力を評価する。
- 移乗動作や座位、立位の確保がどの程度できるかが重要である。
- ベッド上の排泄はおむつだと決めつけない。 など

ケアのアプローチ

- その人がもつ動作能力を最大限に活かせるように介助する。
- 足台や前傾姿勢で使える手すりを設置するなど、トイレ内の環境を整備する。
- ベッド上の排泄も、その人がもつ能力を最大限に活かした排泄方法で行う。 など

排泄は便意や尿意を催して、①トイレに移動し、②衣服を脱ぎ、③便器に座り、④排泄し、排泄が終わったら、⑤おしりを拭いて、⑥着衣するという一連の行為によって成立します。言い換えれば、これらの動作のどこかに支障をきたすと何かしらの介助が必要になります。

また、排泄介助はその人のもつ動作能力をアセスメントして、その能力を最大限に活用することが必要です。排泄行動は1日に何回もくり返す動作です。その際に、少しでも自分自身で動作することをうながすことで、動作能力の低下を最小限におさえたり、向上させることにつながります。

1) トイレで排泄する場合

● 移動手段

歩行、歩行補助具を使用した歩行、車いすでの移動など何らかの移動手段で、トイレへ移動します。

● 移乗動作

車いすから便座への移乗には、立位保持と方向転換ができることが必要です。

移乗の際に足底を床について立位姿勢がとれる場合は、少しでも高齢者自身が下肢に力を入れて立てるように、介助者の支える力の具合を調整しましょう。介助者がしっかり支えてしまうと、自分で立つ力を発揮する機会がなくなって、下肢の筋力低下につながります。

● 座位の保持と環境整備

便座での座位が保持できることが必要です。そのためには、ベッド等で背もたれなしで座位を保持できることが条件です。座位の保持能力が十分でない場合は、環境を

調整して便座での座位を可能にしましょう。

具体的な環境整備としては、p.36 図 5 のような補助具を設置しましょう。座位姿勢の際に足底が床につくことで姿勢が安定するので、足台を置いたり便座の高さを調整する等の方法で足底が床につくように調整します。前傾姿勢で使用する手すりの設置も効果的です。

●衣服の着脱等

衣服の上げ下げやおしりを拭くなどの動作は、自力で立位の保持が可能であることと、手指の巧緻性^{こうち}や一定の握力などが必要です。立位保持ができない場合は、立位の介助と衣服の着脱等のために 2 人の介助者が必要になります。立位保持か着脱のどちらかの動作を自分でできるように働きかけることで、1 人の介助者でトイレ動作を援助することが可能となります。

トイレでの排泄は立位保持と着衣の 2 つの動作を一度に行うことから、どちらにも介助が必要であればトイレでの排泄を諦めているという現状もありますが、排便のときだけ、あるいは 1 日 1 回の排泄時だけでもトイレ動作を継続することは、運動機能の維持に必要です。可能な限りトイレでの排泄を継続しましょう。

2) ポータブルトイレで排泄する場合

移動動作以外は、前述したトイレでの排泄と同じ動作能力が必要です。ただし、ベッドから車いす、車いすからトイレと、何度も移乗動作を繰り返さなくてよいため、立位保持の能力が低い場合でも負担になりにくいと考えられます。

また、プライバシーについては十分配慮しましょう。

3) ベッド上で排泄する場合

立位保持や車いすへの移乗が困難な場合にはベッド上で排泄します。ベッド上の排泄も、可能な限り高齢者自身の能力を活用して、本来の排泄行動に近い方法で行えるように試みましょう。

排泄時にはベッドアップするなどして座位になると、排泄がスムーズに行えるため残尿や便秘を減らすことができます。可能な限り座位姿勢での排泄を検討しましょう(図 1)。

また、ベッド上でおむつに排泄するとしても、便意や尿意を活かした排泄援助を行うことを検討してみましょう。自身の尿意や便意に基づいて排泄ケアを受けることは、尊厳を保つ意味でも大切です。ベッド上の排泄だからおむつのままでよいと考えず、高齢者の能力を最大限に活かした排泄方法を工夫してみましょう。

たとえば、図 2 のような尿器を自分で装着することができれば(男性では比較的簡単)、ベッド上で排尿することができます。夜間は当てたままにしておくことで、夜間多尿による尿漏れを解決できた事例もあります。

また排泄後であっても、排泄がわかった時点で知らせてもらうことができれば、す

ぐにおむつを交換しましょう。濡れたおむつが当てたままにならず、排尿や排便をしている感覚を失わないことにもつながります。

おむつやパッド交換の際にも可能な動作は自分自身で行ってもらいましょう。腰を上げる、横を向くなどの動作を少しでも自分の力でやってもらうように働きかけることが大切です。腰を上げるだけでも下肢の筋力はもちろん、腹筋や背筋を使うので、座位を確保するために必要な筋力を鍛えていることになります。

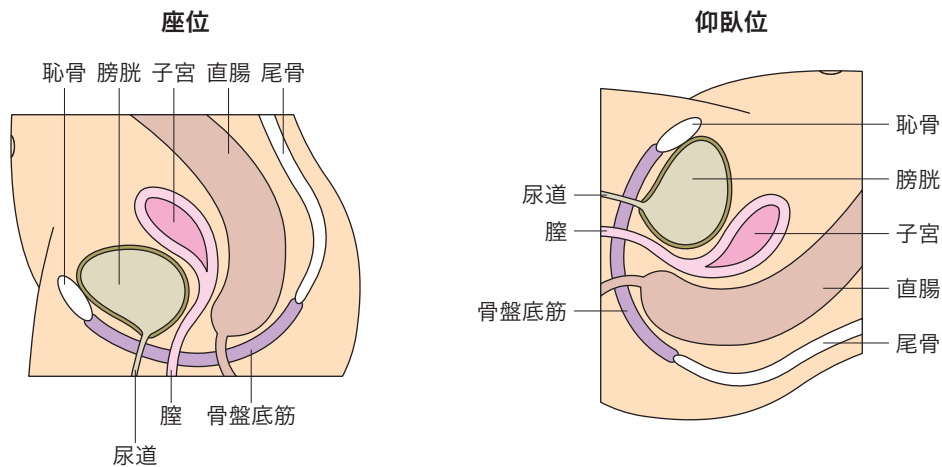


図1 座位と仰臥位の尿道や直腸等の位置（女性）

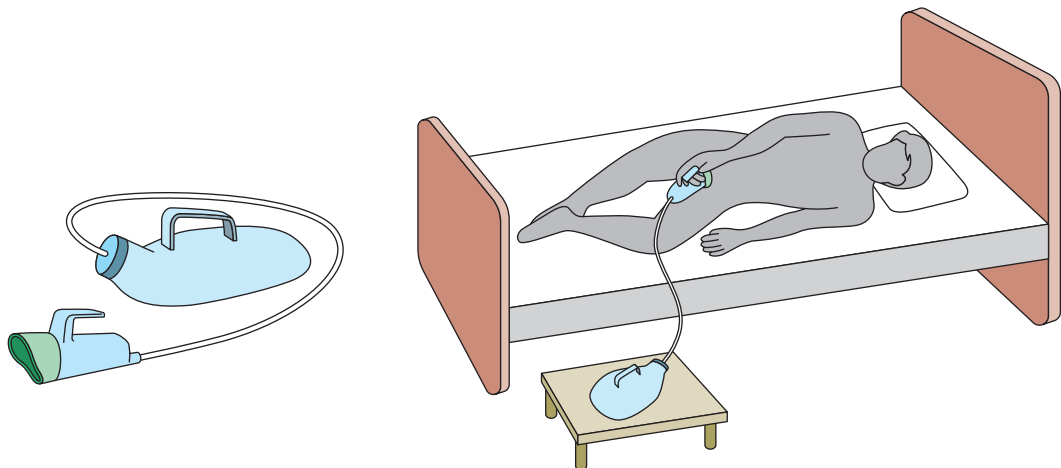


図2 ベッド上で使用する尿器

4) ベッド周囲での自主練習

①臀部を挙上するトレーニング (図3)

姿勢の保持、骨盤底筋群のトレーニング等にも臀部の挙上は有効です。ベッド上でできる自主練習になります。

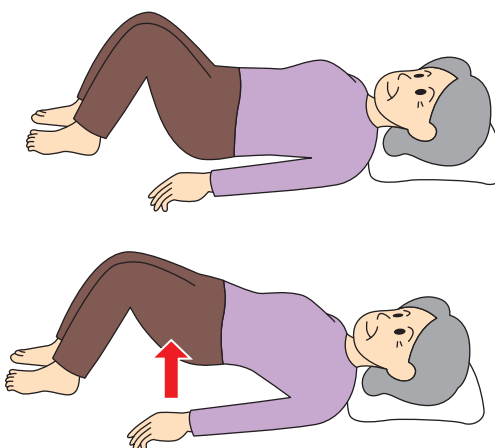


図3 臀部を挙上するトレーニング

②座位でのトレーニング

●座位での足踏み (ベッド端座位で) (図4)

ベッド柵を持って、あるいはいすに座って足踏みを行います。慣れてきたら、ベッド柵を持つ手を片手や持たずに行うことで、姿勢保持の練習になります。

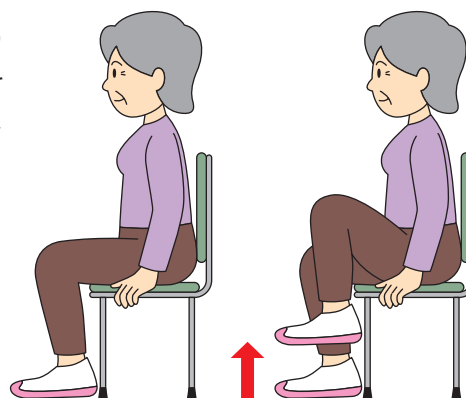


図4 座位でのトレーニング

●座位でのベッド横移動 (ベッド端座位で) (図5)

はじめは両上肢を使って、座位のままでベッドを横移動します。慣れてきたら、上肢は使わずに臀部を挙上し、横移動を行います。起立のタイミングや重心移動の練習になります。

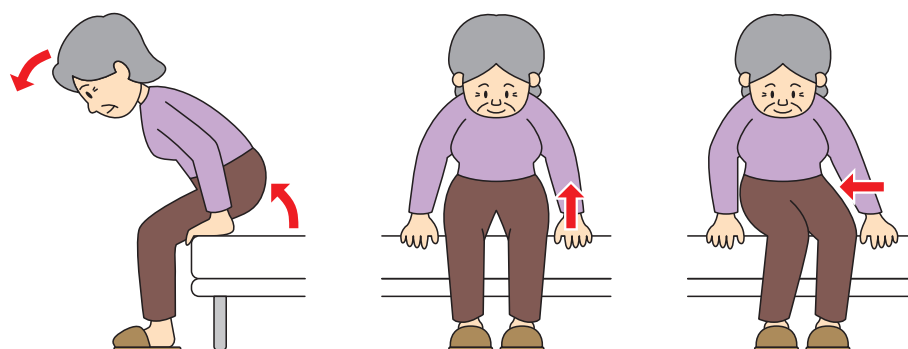


図5 座位でのベッド横移動

→ 3 排泄機能

アセスメントの視点

- 頻尿や失禁のある場合は排尿日誌をつけて膀胱機能や排尿パターンを評価する。
- おむつに十分な排尿があっても膀胱機能に異常がないとは言いきれない。下腹部のはりや体位変換時の尿漏れなどは残尿の兆候である。
- 膀胱機能に異常がなくとも1回の排尿量が少ない場合もある。 など

ケアのアプローチ

- 膀胱機能に異常がある場合はからだに深刻な影響を与える場合があるため、泌尿器科医に相談し適切なケアを行う。
- 排泄の訴えができない利用者の場合は、排尿日誌から適切なトイレ誘導時間を把握し実行する。 など

排尿が支障なく行われるためには、腎臓でつくられた尿をいったん膀胱に溜めて、まとめて排出する機能が必要です。その機能を膀胱機能といいます。膀胱機能に支障があり失禁や頻尿などがみられる場合は、泌尿器科医に相談し内服治療などで症状を緩和することもできます。また、早急に対応しないと健康状態に深刻な影響がでる場合もあります。頻尿や失禁している利用者の膀胱機能は排尿日誌で把握し、適切なケアを行いましょう。

1) 排尿日誌とは

1日の排尿時刻、1回排尿量、失禁量などを記録します。2～3日記録することで、その人の膀胱機能や排尿のパターンを把握することができます（図6）。

● 排尿日誌のつけ方

排尿日誌は排尿や失禁があるたびにその時刻を記入しましょう。また、トイレで排尿できたときの1回排尿量をトイレ設置型採尿器（図7）等で測定して記入します。失禁量は失禁後のパッドと元のパッドの重さとの差分から測定できます。また1日の排尿量と失禁量を合計した値が1日排尿量となります。

排泄日誌

平成 年 月 日 ()

平成 年 月 日 ()

時間	尿mL 便g(失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿 120mL + 失禁 30mL 便 50g	尿○ 便×	茶 100cc	便+おむつをはずそう としていた
0:00				
1:00	尿 200mL	尿×		夜間休まれる様子なし 落ち着きないため誘導する
2:00				
3:00				
4:00				
5:00				
6:00				
7:00	尿失禁 650mL	尿×	茶 100cc	朝の起床時トイレ誘 導する
8:00			茶 200cc 牛乳 180cc 汁 100cc	
9:00				
10:00			茶 200cc	トイレの拒否あり
11:00	尿 80mL			声掛けて誘導
12:00			茶 200cc 汁 100cc	
13:00	失禁 100mL	尿×		
14:00				
15:00			茶 200cc	
16:00	失禁 100mL 尿 100mL	尿×		トイレの声掛け誘導
17:00				
18:00			茶 200cc 汁 100cc	
19:00	尿 150			
20:00	便 400g	便×	茶 100cc	落ち着きないため誘 導する
21:00				
22:00	失禁 100mL	尿×		
23:00				
	排尿 1,480mL		1,680cc	

時間	尿mL 便g(失禁)	尿意 便意	水分量	その他 (機嫌 気づき 性状等)
記入例	尿 120mL + 失禁 30mL 便 50g	尿○ 便×	茶 100cc	便+おむつをはずそう としていた
0:00	尿 100mL	尿×		夜間休まれておらず 誘導する
1:00				
2:00				
3:00	尿 150mL	尿×		落ち着きなし トイレ誘導する
4:00				
5:00				
6:00	失禁 350mL		茶 150cc	
7:00				
8:00			茶 200cc 牛乳 180cc 汁 100cc	
9:00	尿 200mL	尿×		
10:00			茶 200cc	
11:00	尿 150mL	尿×		うろうろされている ため誘導する
12:00			茶 200cc 汁 100cc	
13:00	尿 200mL	尿×		
14:00				
15:00	尿 100mL 便 400g	便○	茶 200cc	便が出そうだと訴え あり
16:00				
17:00				
18:00	尿 100mL 便失禁 100g	尿×	茶 200cc 汁 100cc	便臭あり 誘導する
19:00				
20:00			茶 100cc	
21:00	尿 150mL 尿失禁	尿×		園内落ち着きなく歩 行される
22:00				
23:00				
	排尿 1,500mL		1,730cc	

図 6 排泄日誌：排尿日誌 + 排便日誌

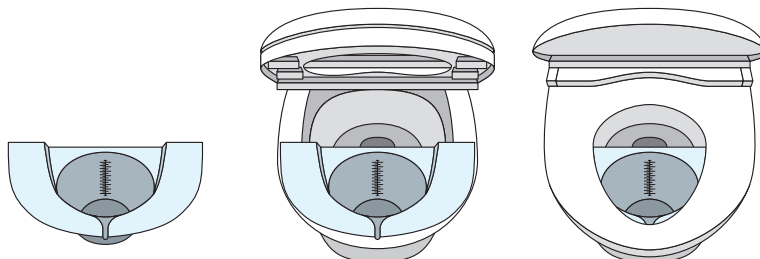


図 7 トイレ設置型採尿器

2) 排尿日誌から膀胱機能をアセスメントする

①トイレで排泄している場合

膀胱機能を判断する重要な情報が1回排尿量です。1回排尿量がいつも少ない（およそ100mL以下）場合は次の2つが考えられ、いずれも膀胱機能の障害です。

1. 蓄尿障害：膀胱にある程度の尿を溜めることができない障害
2. 排出障害：尿を出せず、いっぱいになり膀胱から少しずつ排尿する障害

蓄尿障害と排出障害を見分けるポイントは残尿の有無です。残尿は排尿後に膀胱内に残っている尿量で、本来はすべて出しきれているのが正常です。高齢者の場合は、少し（50mL程度）の残尿は正常範囲と考えます。

残尿を測定するには、排尿後に膀胱内にカテーテルを挿入する方法がありますが、負担が大きいため、近年では体を傷つけない装置（P.69 図19 参照）で測定する場合があります。しかし、そのような装置を使用できない場合もあり、観察によって残尿を判断することもあります。腹部や排尿後に次のような徴候があれば残尿を疑います。

1. 下腹部がはっている。下腹部をおさえると痛みがある
2. 排尿後にも立ち上がったはずみで尿が漏れる

膀胱機能の障害は医療によって改善する場合があるので泌尿器科を受診しましょう。

●膀胱機能の問題ではない可能性

1回排尿量が少ないときがあっても、正常な1回排尿量（150～300mL）がみられることがある場合は、膀胱機能の問題ではないことがあります。尿量の違いがどんなときに起きるかを排尿日誌から読みとることが大切です。

たとえば、興味のあるレクリエーション活動や家族が面会にきているなどの場合、排尿の間隔があいたり、まとまった量の排尿があること等は、膀胱機能の問題ではないと考えられます。排尿のことが気にならないように、何かに集中できる時間がもてるように工夫してみましょう。

②おむつに排泄している場合

おむつに排泄している場合、おむつを交換したときの失禁量が1回排尿量となるわけではありません。おむつが吸収した尿量は何回分の排尿量かわからないので、おむつに十分な排尿があっても膀胱機能に異常がないとは言いきれません。

特に排出障害が起こっていて慢性的に多量の残尿があると慢性尿閉となり、尿が腎臓へ逆流して腎盂腎炎などの重篤な健康障害の原因になる場合があります。したがっておむつ交換の際には、下腹部のはりや体位変換時の尿漏れなどの残尿の徴候を見落とさないよう気をつけることが大切です。

3) 尿意が訴えられない場合

膀胱機能に異常がなくても、尿意が訴えられない利用者の場合は、排尿のタイミングをつかみきれないために、定時誘導（決まった時間にトイレに誘導する）を行うのが通例です。

その人に適した誘導時間を把握するには、たとえば、膀胱機能を評価するような詳細な排尿日誌ではなく、**図 8**のような「トイレでの自尿の有無、失禁の有無、誘導した時間」だけを記録する排尿日誌でも可能です。常に失禁がみられるのであれば誘導時間を変更しましょう。そしてその効果を排尿日誌で改めて評価することで、誘導に適した時間を把握できる場合もあります。

4) 排便

適切な排便を行うためには、便がつくられる仕組み（P.33 **図 3** 参照）と、便を排出する仕組み（P.34 参照）が正常に機能していることが大切です。便の形状、量、排便間隔などを排便日誌に記録し、排便状態の問題やその原因を考えて、適切な対応方法を検討しましょう。

5) 排便日誌とは

排便日誌は1回の排便量、便の性状、排便時間を記録します（P.46 **図 6** 参照）。

1回の排便量はできるだけ具体的な記載が望ましいので、たとえばバナナ1本分を100gと仮定して〇〇gで記載したり、ほぼ正常な1回量を中等量とし、少量、多量など記載をしたりするなどの方法があります。施設で共通する目安を決めて統一し

時間 →

○トイレで排泄 + パッドに失禁 ⊕トイレで排泄／パッドに失禁あり

	0	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		+				⊕			⊕			⊕		⊕
2		+				⊕			⊕			⊕		⊕
3		+				⊕			⊕			⊕		+
4		+				⊕			⊕			⊕		⊕
5		⊕		○		○			⊕			⊕		⊕
6		+		○		○			⊕			⊕		⊕
7		⊕		—		⊕			⊕			⊕		+
8		+		○		⊕			⊕			⊕		+
9		⊕		○		○			⊕			⊕		⊕
10		⊕		○		○		⊕			○			⊕
11		⊕		○		○		○			○			⊕
12		⊕		○		○		—			○			○
13		○		○		○		○			○			+
14		⊕		⊕		○		○			○			○

10日目より排尿パターンにあった誘導時間に変更でき、失禁なくトイレでの排泄が可能となった

図 8 尿失禁を軽減させることができた排尿日誌の例

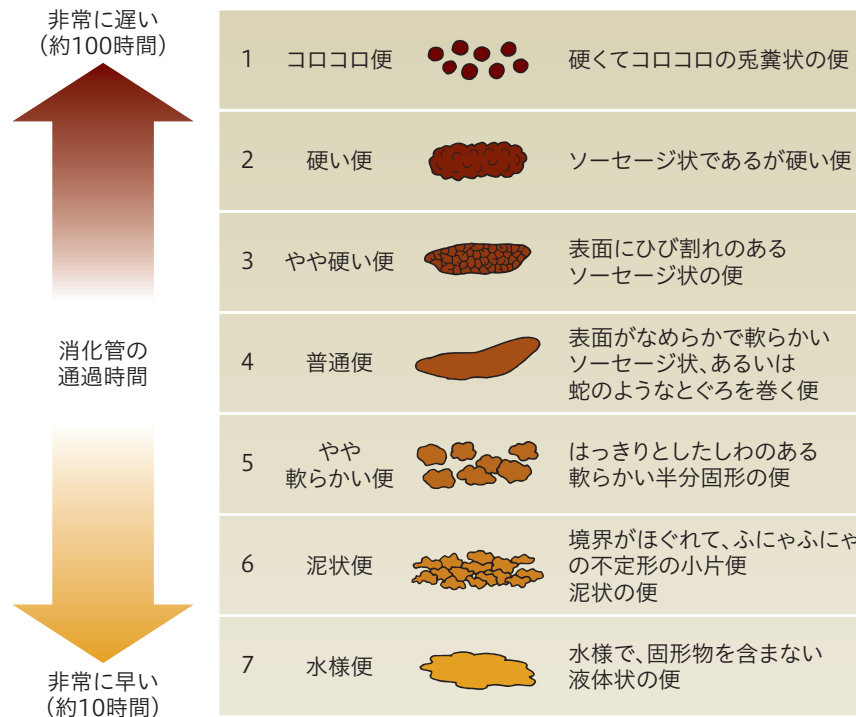


図9 ブリストル便形状スケール

て量を記載しましょう。便の性状は、ブリストル便形状スケール（図9）を用いて記載しましょう。

下剤を使用している場合は、薬剤名や量、内服時間も記録することが大切です。また、食事量や水分量も排便に影響するので、適切な量や内容が摂取できなかったり、摂取量が日によって変わったりする利用者の場合は特に記録しておきましょう。

6) 排便日誌の活用

排便をアセスメントする際に最も重要な視点は、バナナ状といわれるような有形の便がまとまって排出されているかどうかです。そうでない場合はその原因を検討して対応方法を選択しましょう。

①便の形状が軟らかい（下痢をしている）

下剤を使用して便が泥状や水様になっている場合は、下剤の量が多いと考えて下剤の種類や内服量を検討しましょう（P.36～37 参照）。排便がみられる周期は人によって違うので、排便の間隔（日数）ではなく、形状を整えることを目標に、排便日誌を記録しながら下剤を調整しましょう。下剤の種類（P.36 表9 参照）によって作用が異なるのでその効果と排便の状態をみながら、いつ内服している下剤をどのくらい減らすかを検討します。一般に塩類下剤は食後に定期的に内服しているので、内服する回数と量を減らしながら、便の形状の観察をしましょう。刺激性下剤は排便周期を排便日誌から予測して、排便がある前日にだけ内服することが望ましいです。

いずれも、下剤だけの調整は排便が起こりにくくなる可能性があるので、食後のト

イレ誘導や食物繊維の摂取等排便コントロールのためのケア（P.33～37、38～40参照）を合わせて実施しましょう。

下剤を使用していない場合は、下痢の原因を医師や看護職員に相談しましょう。

②便が硬い、コロコロ便である

食事量や食物繊維の量、あるいは水分の摂取量を確認してみましょう。摂取量が不足している場合は、食事に食物繊維を増やすこと（P.40 表2参照）を検討します。食物繊維を増やすときには、水分が十分に摂取できているかも確認し、少ない場合は水分も合わせて摂取をうながします。また、直腸に便が下りてきたタイミング（便意を感じたとき）に排便できないことでも硬いコロコロ便になります。食後などの便意を催すタイミングでトイレでの排泄ができるように援助方法を検討しましょう。

③少量の排便がたびたびみられる

排便時に十分な腹圧がかかっていないことで、直腸内の便を一度に排出できていないことが考えられます。トイレで十分な腹圧をかけて排便するためには姿勢が大切です。

安定した前傾の座位姿勢が保持できるような援助方法（P.36 図5参照）を検討しましょう。さらに、落ち着いて腹圧がかけられる、プライバシーの守られた環境づくりも心掛けるとよいでしょう。

コラム③

“記録”の一覧化・一元化が多職種協働によるケアの入口

特別養護老人ホームでは入所要件の厳格化により利用者の重度化・重症化が進み、これまで以上に「多職種協働による重度化対応・重症化予防」が求められています。

そこで必要なのが、最新の知識や技術に基づく科学的なケアです。科学的なケアにおいて最も大切なのは、関係スタッフすべてが記録を共有することです。日々のチェックに加えリーダーが週1回程度の定期的なダブルチェックを行い、効果的なカンファレンスによって病気の重症化や急変を防ぎます。最新の認知症ケア、食事ケア、排泄ケアは、介護・看護・栄養部門の協働と医療連携が不可欠です。

先進施設では水分、食事、バイタル、体重、服薬、BPSD（行動・心理症状；Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の出現、頻度などの情報を1枚の記録シート（図A）で一覧化し、多職種で共有（一元化）しています。

総合記録シートを導入した施設では利用者の状態悪化を早期に把握し、状態の変化を予測してより適切なケアができるようになります。医師への論理的な説明と具体的なリクエストや相談をすることで、下剤や抗精神薬の常用を減少させることもできます。利用者の状態が落ちつく、入院者日数が半減する、稼働率が向上する、スタッフの負担が軽減される、離職者が減少するなどの好循環が生まれ

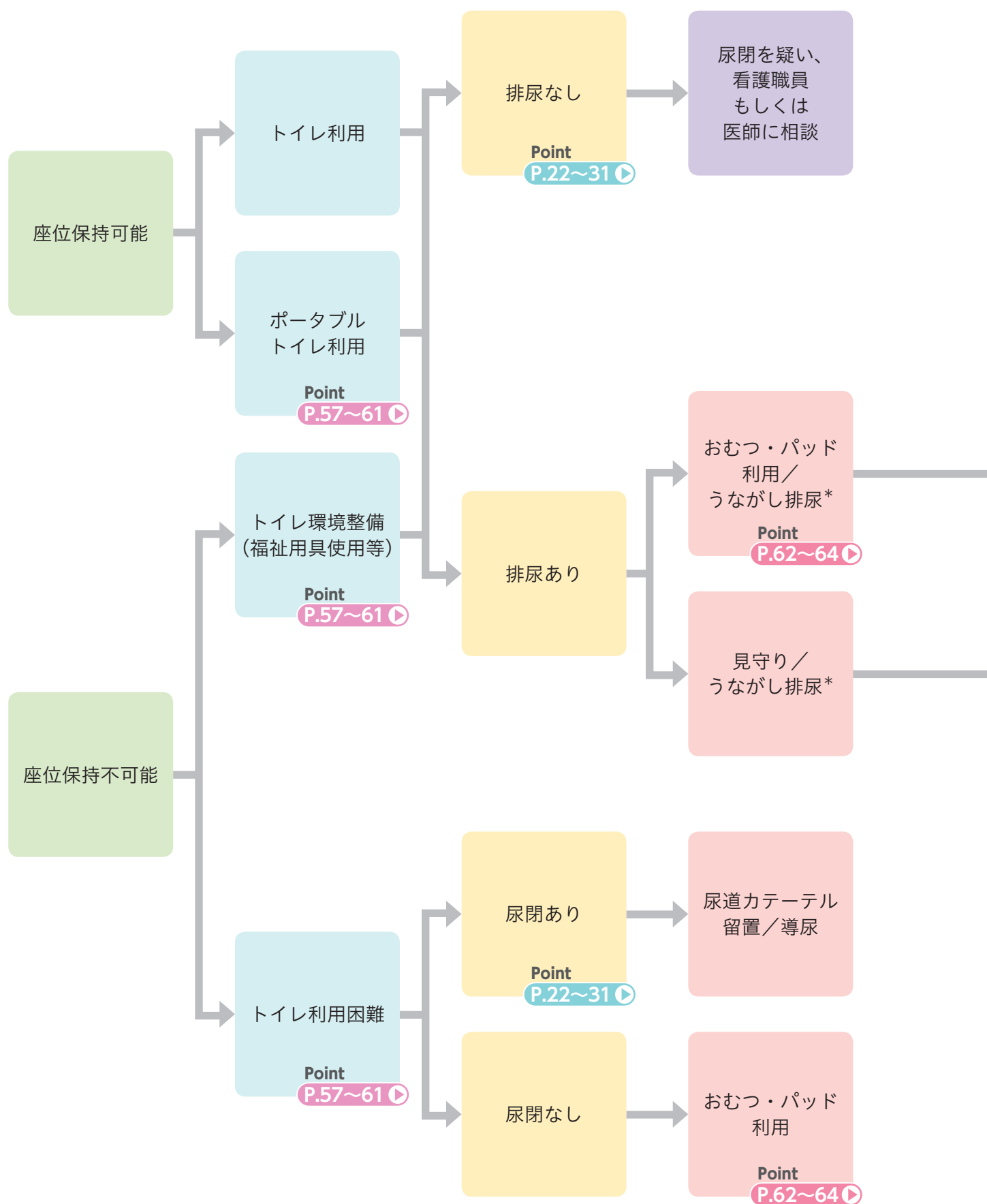
ています。

今後は地域包括ケアシステムの推進により、在宅での中重度対応も重要な課題となります。特別養護老人ホームは地域のなかで地域包括ケアシステムの中心的な役割を担わなくてはなりません。総合記録シートのような最新・最先端のツールやシステムを、施設ケア・在宅ケアでともに取り入れることで良質で高度なケアをシームレスに提供することが可能になります。

* * 年	* 月 * 日 (*)				* 月 * 日 (*)				* 月 * 日 (*)				* 月 * 日 (*)				* 月 * 日 (*)				
定期と薬	朝・昼・夕				朝・昼・夕				朝・昼・夕				朝・昼・夕				朝・昼・夕				
排泄へのフォロー																					
食 事 摂取状況 (10/8/5/3/0)	主食		副食		主食		副食		主食		副食		主食		副食		主食		副食		
	朝	/10	/10	朝	/10	/10	朝	/10	/10	朝	/10	/10	朝	/10	/10	朝	/10	/10	朝	/10	/10
	昼	/10	/10	昼	/10	/10	昼	/10	/10	昼	/10	/10	昼	/10	/10	昼	/10	/10	昼	/10	/10
	夕	/10	/10	夕	/10	/10	夕	/10	/10	夕	/10	/10	夕	/10	/10	夕	/10	/10	夕	/10	/10
記入方法 1=コロコロ 2=堅い便 3=やや堅い 4=普通 5=やや軟らかい 6=泥状便 7=水様便 □=付着 △=少量 ○=普通 ◎=多量 ト=トイレ ポ=ポータブル バ=バット ニ=尿器	補		補		補		補		補		補		補		補		補		補		
	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分
		6			6			6			6			6			6			6	
		7			7			7			7			7			7			7	
		8			8			8			8			8			8			8	
		9			9			9			9			9			9			9	
		10			10			10			10			10			10			10	
		11			11			11			11			11			11			11	
		12			12			12			12			12			12			12	
		13			13			13			13			13			13			13	
		14			14			14			14			14			14			14	
		15			15			15			15			15			15			15	
		16			16			16			16			16			16			16	
		17			17			17			17			17			17			17	
		18			18			18			18			18			18			18	
		19			19			19			19			19			19			19	
		20			20			20			20			20			20			20	
		21			21			21			21			21			21			21	
		22			22			22			22			22			22			22	
		23			23			23			23			23			23			23	
	24			24			24			24			24			24			24		
	1			1			1			1			1			1			1		
	2			2			2			2			2			2			2		
	3			3			3			3			3			3			3		
	4			4			4			4			4			4			4		
	5			5			5			5			5			5			5		
水分合計/目標量	/				/				/				/				/				
バイタル																					
入浴状況	入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				入・中止・辞退・清拭				
受診予定 (入院含む)																					
処置欄																					
機能訓練 (内訳) A: 集団体操 B: 筋トレ C: 立ち上がり D: 歩行 E: 他動運動 F: 車椅子自乗 G: その他	時間: A・B・C・D・E・F・G				時間: A・B・C・D・E・F・G				時間: A・B・C・D・E・F・G				時間: A・B・C・D・E・F・G				時間: A・B・C・D・E・F・G				
	実施者:				実施者:				実施者:				実施者:				実施者:				
9:00 ~ 21:30 (記録の視点) 1. 身体状況の変化 2. スタッフとの関係 3. 他入居者との関係 4. 家族との関係 5. 環境の関連性 6. 暮らしづくり																					
入眠中: ○ 覚醒: △ 体交: ◎	22:00	0:30	2:30	4:30	22:00	0:30	2:30	4:30	22:00	0:30	2:30	4:30	22:00	0:30	2:30	4:30	22:00	0:30	2:30	4:30	
21:30 ~ 9:00	☐ お変わりなく眠れている				☐ お変わりなく眠れている				☐ お変わりなく眠れている				☐ お変わりなく眠れている				☐ お変わりなく眠れている				

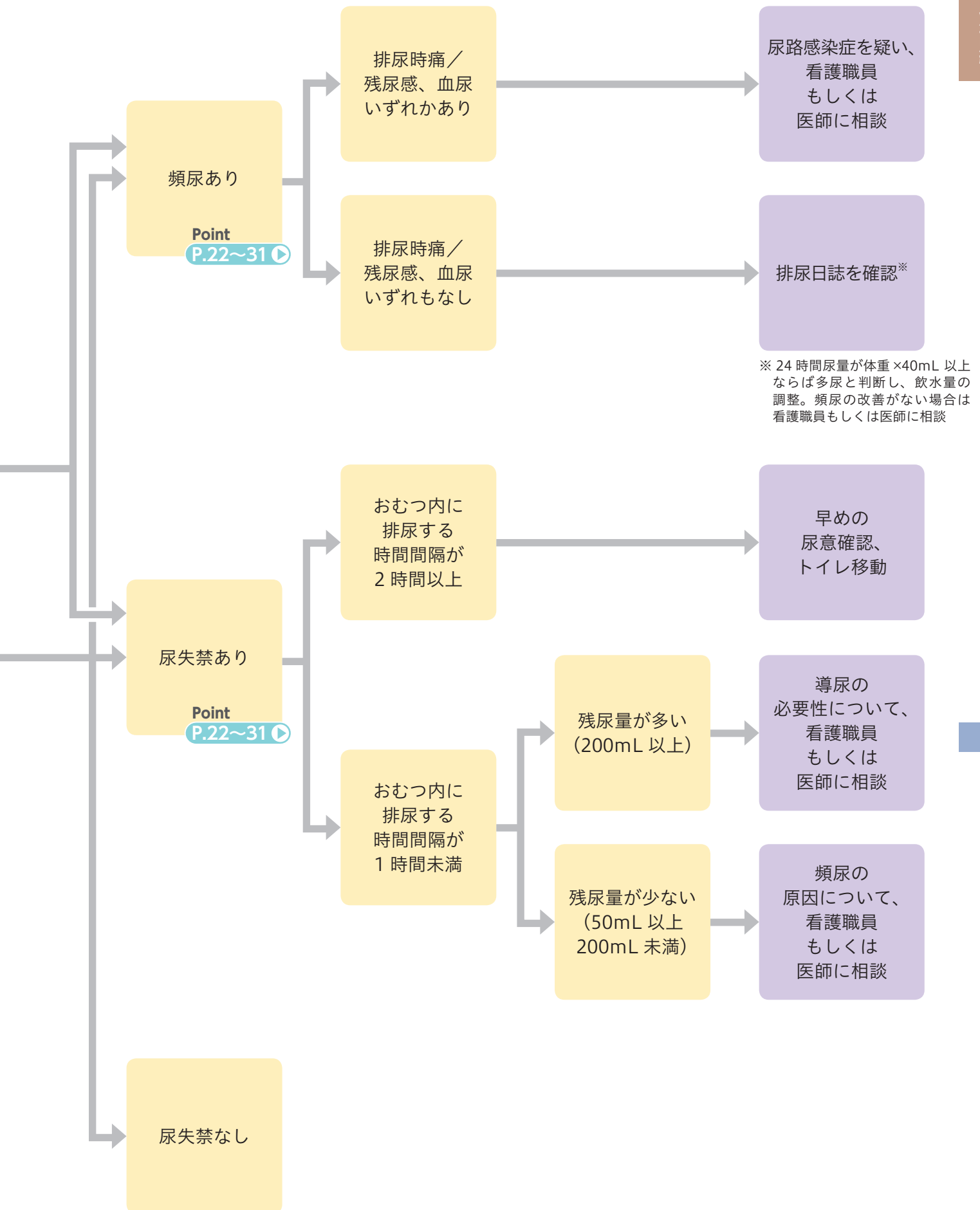
図 A 総合記録シートの例

7) 排泄ケアのフローチャート（排尿）



*うながし排尿／排尿自覚刺激行動療法

個別の排尿パターンを把握した利用者に対し、排尿の意思を伝え、失禁がなく排尿できた場合に社会的賞賛（感謝の意を伝えるなど）の言葉掛けを行うことで、排尿を自発的に伝える能力を獲得する行動療法。



→ 4 認知機能

🔍 アセスメントの視点

- 尿意や便意を訴えない利用者にも尿意や便意を確認する。
- 尿意をたびたび訴える理由を明らかにする。
- 利用者の表情や訴えをよく観察して、トイレに行くことを拒む理由を考える。 など

🔍 ケアのアプローチ

- 尿意や便意を自発的に訴えない利用者にも、尿意や便意を問いかけながら利用者の意思を尊重して誘導を行う。
- 何を不快に感じているか、その人の気持ちに沿った精神的なケアを行う。
- 無理強いせずプライバシーを保持したケアを行う。 など

排泄に支障をきたすひとつの原因として、認知機能の低下が考えられます。人は便意や尿意を感じて適切な場所や方法を選んで排泄行動をとります。認知機能が低下するとこれらの行動に支障をきたすのです。認知機能の低下によって生じる排泄行動ごとに、アセスメントと対応方法について説明します。

1) 尿意や便意がわからない

膀胱内に尿、直腸に便が溜まったことは、骨盤神経から脊髄を介して脳に伝えられて尿意や便意として知覚します。したがって、神経や脊髄、脳に障害がある場合は、尿意や便意を感じるができなくなります。

しかし、こうした疾患による神経系の障害がない利用者が尿意や便意を訴えない場合は、おむつの使用や定時のトイレ誘導により尿意や便意を感じたり訴えたりする必要がなくなり、その機能を低下させている可能性があります。そのため、尿意や便意を訴えない利用者に対しても、トイレに誘導する際には、必ず尿意や便意を確認し、その感覚や訴えを尊重することで、自分自身が排泄をコントロールしているという意思をもち続けてもらうことが必要です。尿意の訴えがなく定時誘導を受けている利用者を対象に尿意を問いかけて、もし利用者の訴えがあれば誘導するという援助を継続した結果、尿意を訴えることが可能になり失禁が軽減することが報告されています¹⁾。

文献

1) 形上五月，陶山啓子，小岡亜希子，藤井晶子：尿意を訴えない介護老人保健施設入所高齢者に対する尿意確認に基づく排尿援助の効果。老年看，15（1），13-20，2011。

2) 頻回に尿意・便意を訴える

認知機能が低下した利用者が頻回に尿意を訴える場合は、まずは膀胱機能をアセスメント（P.45～48 参照）し、膀胱機能の障害ではないことを確認してから、尿意をたびたび訴える理由について、次の対応を検討しましょう。

●トイレに行ったことを忘れてしまっている

「さっきトイレに行きましたよ」などと説明していることも多いかと思います。それでも理解してもらえないときには、トイレに行った時間を一緒にノートに記録するなどして、トイレを訴えるときに確認できるようにすると理解してもらえることもあります。

●落ち着かない気分や不安がある

「トイレに行く」という行動は、時間をみて管理しているのではなく、「排泄がしたい」という感覚に基づいて、行われていることが多いかと思います。そう考えると認知機能の低下した利用者が「トイレに行きたい」と訴えるときには、何かしらそのように感じて落ち着かない気分になったり、不安を覚えることがあるといえます。そのため、何か不快を感じているその人の気持ちに沿った精神的なケアが重要になります。

まずできることは、「トイレに行きたい」という訴えに対して、イライラしたり否定的な対応をしないことです。否定的な対応をすると、利用者はますます不安定な精神状態になり、さらに頻回に尿意を訴えたり、興奮したりと悪循環に陥ります。このような場合は、排泄介助をどうするかという視点だけではなく、日中にレクリエーション活動や人と交流する時間をもつなど、利用者が排泄のことを気にせずに、何かに熱中できるような時間をつくることや、利用者の訴えに受容的にかかわり安心してもらえるような良好な人間関係をつくることを目指しましょう。

●漏らしてしまうことを心配して頻回にトイレを訴えている

「パッドを当てているから漏らしても大丈夫ですよ」というのは、介護する側の都合であって、誰しも失禁したくないと思う気持ちはあるはずです。膀胱機能に問題がない場合は、一定の時間は尿を溜めることができると考えられます。何かほかのことで気を紛らわしながら少し我慢してみることを勧めること、そして失禁がないときにはそのことを伝えることで「溜める力があること」を成功体験から実感してもらうようにしましょう。

もちろん、利用者自身がそのことを理解して、少し我慢してみようと思うように丁寧に説明する必要があります。

●便意を訴えている

「トイレに行きたい」という表現は、尿意か便意を特定しているわけではありませんが、たびたび訴えがあると尿意と解釈してしまうこともあります。しかし、排泄状態を排泄日誌で確認していくと、軟便が少しずつ付着していたり、排便がある前に訴えが多くなっていたりと、トイレへの欲求が便意と推察されることもあります。認知機能が低下していると、自分で腹部不快や排便による症状であることを理解できなくて、あるいは説明できなくて、「トイレ」と訴えている場合があります。その可能性が考えられる場合は、まず排便のコントロール（P.35～37 参照）を検討しましょう。

3) トイレに行くことをいやがる

尿意を訴えたり、自発的にトイレに行くことができない利用者に対して、トイレに誘導する声掛けをしても「今はいいです」などと断られる場合があります。またトイレに行くことを強くうながすことで、興奮したり、抵抗したりすることにつながります。こうした場合は、このタイミングでトイレに行くことが必要と判断していたとしても、利用者はそのように感じていないと捉え、決して無理な誘導は行わないことが重要です。そして、どこかに行く途中や食前・食後などにトイレの前を通りかかったタイミングで行くことを勧めてみることもひとつの方法です。さらに、いつも行かないわけではないのであれば、トイレ誘導に応じたときと応じなかったときに何が違うのか職員間で情報を共有して、利用者が誘導に応じやすい時間や方法を検討することが必要です。

トイレで排泄するという行動は、これまで1人で行ってきたことです。無理強いしたりプライバシーが保持できないような援助方法は厳禁です。たとえば、人前で大きな声で誘導するなどの行為は、利用者の尊厳を傷つけることになります。利用者の表情や訴えをよく観察して、何がトイレに行くことを拒む理由なのかをよく考えて援助の方法を検討してみましょう。

4) トイレ以外の場所で排泄する

トイレ以外の場所で排泄行動をとる場合は、利用者がトイレの場所がわからないことを示しています。トイレがわかるように、たとえば「便所」など利用者の使い慣れた言葉やトイレを示す記号で表現することで適切な場所を知らせます。また、同じ場所で排泄を繰り返す場合は、そこで排泄しても影響が少ないようにポータブルトイレを置くなどの工夫を考えましょう。

また、トイレ誘導に応じるのであれば排泄日誌を活用して排泄のタイミングを把握したり、排泄のサインとなる行動がないか観察するなど、利用者自身がトイレに行く時間を予測して誘導を行うことも検討しましょう。

5) おむつ内の排泄物に触れる、おむつを外す

おむつ内の排泄物に触れたり、おむつを外すという行動は、利用者が不快に感じているサインです。排便に関しては、リズムを整えて一度にまとまって排便があるように調整して、可能な限りトイレで排泄できるように援助しましょう(P.33～37 参照)。

排尿に関しては、排泄日誌を記録しておむつ外しが起こる時間や尿量などを調べることで対策を検討します。おむつ外し起きる時間やタイミングを予測して、うながし排尿を試みたり、利用者は夜間の尿量が多くなるので、夜間のおむつ外しに対しては、吸収量の多いおむつの着用や漏れないようなおむつの当て方などを検討するとよいでしょう。

→ 5 環境

アセスメントの視点

- 利用者の身体機能の把握が必須である。現在の環境に適應できるか、介助方法はどうかアセスメントする。
- 身体機能は「臥床中心」、「座位中心」、「立位中心」の3つのタイプに分けられる。
- 3つのタイプに加えて上肢や下肢の状態を把握する。
- 排泄動作は細分化して評価する。 など

ケアのアプローチ

- 利用者の身体機能に合わせた環境をつくる。
- 最小限の介助を心がけ、上肢や下肢の運動機能をできるかぎり使ってもらおう。 など

1) 利用者の身体機能を把握する

利用者の排泄を支援するには、利用者の身体機能の把握が必要です。その身体機能に応じて環境や介助方法が変化します。身体機能は大きく、臥床が中心、座位が中心、立位が中心の3つのタイプに分けられ、そのタイプごとに上肢や下肢が使えるかによって介助方法を検討します（表3）。

表3 身体機能別の介助方法

身体機能のタイプ	上肢の機能	下肢の機能	環境	介助方法
臥床が中心で座れない	○	×	ポータブルトイレの使用やトイレ誘導を行う 手すりの設置や排泄用具を使用する	動作への協力が可能なため、環境により最小限の介助をする
	×	×	ベッドのリクライニングや体交機能を利用する マットレスの検討	全介助
座位が中心で座位が安定している	○	○	ポータブルトイレの使用やトイレ誘導を行う	環境により自立。動作方法の指導。2人介助から1人へ
	×	×	ポータブルトイレ（手すりやタッチアップバー等の設置）の使用やトイレ誘導を行う	立ち上がりや座位保持、清拭を介助する
立位が中心	○	○	トイレで排泄する（環境への適応可能）	自立
	×	△	トイレで排泄する（手すりや広さが必要）	更衣、清拭動作を介助する

（○：機能良好、△：機能不十分、×：機能不全）

身体機能の改善を目指したり、できる範囲で上下肢の機能を使っていくことが、排泄動作自立へのアプローチともいえます。

2) 排泄動作について具体的にアセスメントする

より計画的に排泄動作の自立をめざすためには、排泄動作を細分化して評価し、問題点を明確にする必要があります。次のチェックポイントを確認するとよいでしょう。

●チェックポイント

- ☐ 車いすの操作を理解しているか
- ☐ 上体を倒せるか。立ち上がるときに手すり（縦型、横型）を使用できるか
- ☐ 安定して立っているか、またはどのくらい立っているか
- ☐ 足踏みして方向転換ができるか
- ☐ 立ったまま上肢を活用して下衣の更衣ができるか
- ☐ ゆっくりと便座に座れるか
- ☐ 排泄時に座位が安定しているか
- ☐ 上肢を活用して清拭ができるか

3) トイレとポータブルトイレに関する福祉用具

利用者の身体機能から環境を検討します。トイレとポータブルトイレのチェックポイントと具体的な福祉用具を紹介します。

①トイレで排泄する場合

●チェックポイント

- ☐ 手すりはあるか、それは両側か、片側か
- ☐ 便座の高さは足底がつくか、つま先がつくか
- ☐ トイレは車いすが旋回できる広さか、介助するスペースがあるか
- ☐ 利用者はどこから便座に移乗するか、便器の正面からか、左右どちらからか
- ☐ 入り口は引き戸か、開き戸か、自動か

●バディー（つかえ棒）（図 10-①）

トイレ内のどこにでも配置することができるので環境設定の自由度が高いです。バディーには手すりをつけることもできます。跳ね上げタイプも装着可能です。

トイレ動作では前方に支持物があると有用な場合もあるので、トイレの正面に設置されていることもあります。

●手すり（縦型、L字型、横型など）（図 10-②）

壁に設置する一般的な福祉用具で安定感があります。姿勢を変化させるための縦型、姿勢を安定させるための横型、両方を兼ねるL字型などがあります。設置の際は配置にも注意が必要です。



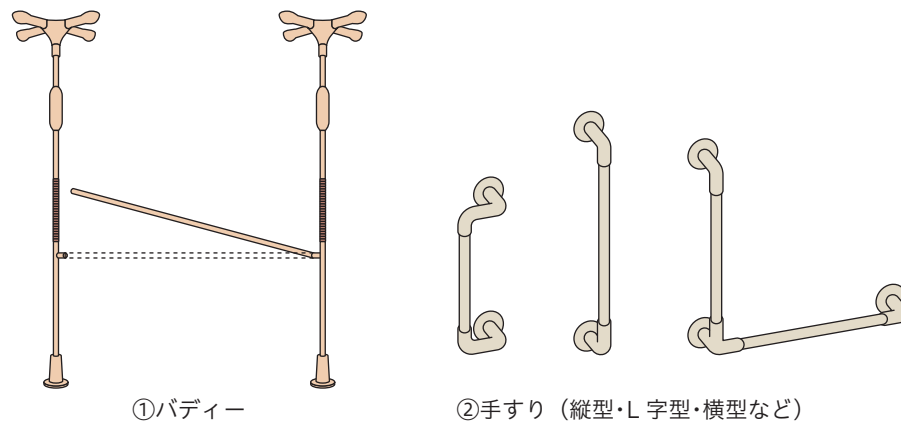


図 10 トイレ内で使う福祉用具の例

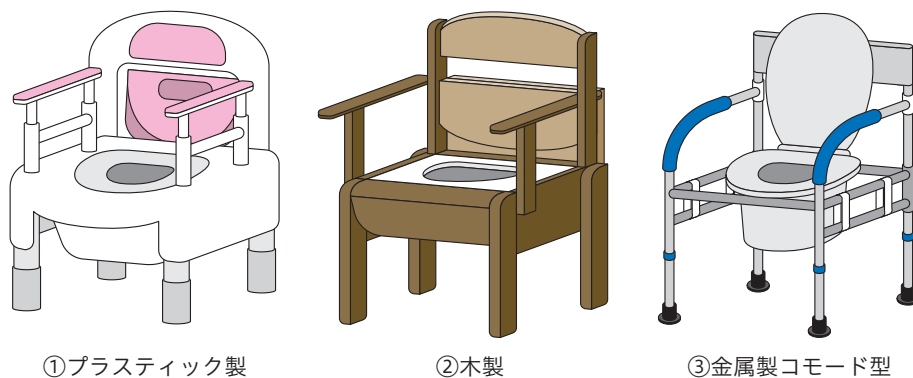


図 11 一般的なポータブルトイレの例

②ポータブルトイレで排泄する場合

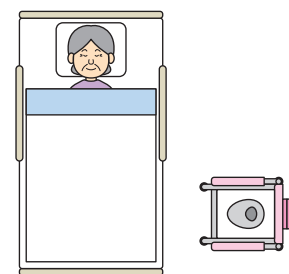
●チェックポイント

- ☐ ポータブルトイレや手すり等は安定しているか
- ☐ ポータブルトイレの位置は頭側か、足側か
- ☐ プライバシーは配慮されているか。視線や音、におい等に配慮できているか
- ☐ 介助するスペースを確保できているか

●一般的なポータブルトイレ（図 11）

プラスチック製や木製、金属製コモード型などがあります。暖房便座やソフト便座、シャワー機能、脱臭機能などを備えているものもあります。置き場所や安定性（感）、高さ、ひじ掛けの着脱が可能か、蹴り込みスペースがあるか、便座の大きさ、移りやすさ、背もたれの有無などを留意して選びましょう。

また、便座の角度や背もたれ位置の調節、後方介助スペース、キャスター等の調節が可能なものもあります。



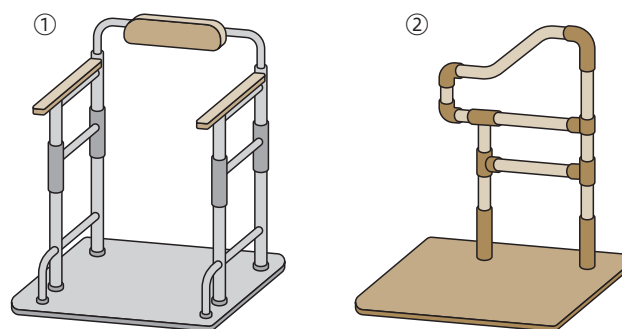


図 12 ポータブルトイレを使う場合の福祉用具の例

●ポータブルトイレを使う場合の福祉用具

ポータブルトイレの前方に設置し、ポータブルトイレの横側の手すりとなるものもあります。姿勢の安定や立ち上がり、着座の補助になります（図 12-①）。図 12-②は設置が容易で移乗や立ち上がりの補助になります。

4) 改善事例

①事例 1

●圧迫骨折後、変形性膝関節症の症状が強くなり車いす移動になった、立ち上がり困難な利用者

ベッドサイドもトイレの環境も横手すりを押しつけるように使っています。このような状態は、立位の保持には有効ですが、前後の重心移動を伴う立位の移動動作にはもう少し時間がかかると考えられます。立ち上がり・移乗時の介助法としては、居室ではタッチアップバー、トイレ内ではL字型の手すり等を使うと前後の重心移動が行いやすくなります。立位が保持できるとポータブルトイレやトイレ使用の可能性があります。

この場合の介助のポイントはどちらの下肢に荷重がかかっているかになります。荷重がかかっている下肢は動きません。移乗を行うためにはどちらかに荷重をかけ（手すり等）、反対側を介助すると下肢の誘導がスムーズにできます。目標まで数歩ある場合は左右でこれをくり返しましょう。

②事例 2

●座位が不安定な利用者

5 分間程度の座位でも姿勢が崩れ、介助なしでは座位保持が困難です。そのため、ベッド周囲が基本的な生活空間（臥床中心）になっています。

座位保持は、股関節・体幹の可動性や起立性低血圧の有無、保持可能な全身持久力がかかわってきます。座位保持が困難な場合は、保持が安定するように足底の補高（足の裏をつく）やポータブルトイレ、トイレの背もたれを使うと安定しやすくなります。



図 13 座位の図

また、手すり（横手すり）が左右にあると上肢を使った座位の安定の助けになります（図 13）。

はじめに座位の安定性を確保します。ベッドのギャッジアップや手すりを用いながら時間を決めて座位保持の練習をします。徐々に練習する時間を延長していきます。

③事例 3

●座位が安定している（上肢支持なし）利用者

下肢機能が低下し移乗や起立動作に介助が必要です。車いすや歩行補助具などを使用し、移動時は自走できるものの、自走に至るまでに介助や見守りが必要です。車いすでの生活が基本（座位中心）となっています。

平行棒等で立位を練習します。前方に支持物があるほうが立ちやすい場合もあります。歩行可能であれば歩行練習も有効です。トイレ内は細かい重心移動が多いため、立位での足踏みやステップ練習は移乗動作につながります。

④事例 4

●支持物があれば移乗が可能な利用者

移乗や起立動作は見守りレベルで可能なため移動もほぼ自立していますが、誘導等や一部に軽度な介助や見守りが必要です。立位での生活が可能で目的動作もほぼ可能（立位中心）です。

立位を保持しながら上肢の動きができるように練習（立位保持練習）します。トイレ動作では更衣や清拭といった動作も伴うため、立った状態で足部を触る、臀部を触る、実際の下肢更衣を行うなどの練習が有効です。

→ 6 排泄用品

🔍 アセスメントの視点

- その人の身体機能や状態、環境に合わせた排泄用品を使用しているか。
- 臥床状態が多い利用者は褥瘡のリスクがある。 など

🔍 ケアのアプローチ

- その人の身体機能や状態、環境に合わせた排泄用品を選択する。 など

1) 排泄用品の選び方

排泄用品は、身体機能や状態、環境等によって変わってきます（表4）。それぞれにあった排泄用品を検討しましょう。

おむつのタイプはその人の身体機能や状態、環境等によって変わります（表5）。

また臥床状態が多い利用者の場合は衛生面の管理に加えて、褥瘡のリスクにも注意が必要です。長時間の皮膚の湿潤状態は褥瘡発生を誘発する恐れがあります。

表4 身体機能に応じた排泄用品・環境と高齢者の状態の例

身体機能	排泄用品・環境	高齢者の状態の例
ベッド上 (臥床状態)	おむつ、尿器	要介護4、5の高齢者に多い 介助に複数人を要する 四肢の拘縮もあり、座位や立位の保持が困難
ベッドサイド (座位保持可能)	ポータブルトイレ、 トイレ	要介護2～4の高齢者に多い 座位が（介助でも）可能 上肢の支持や座位に必要な下肢の可動性が保たれている 立位が困難なため更衣や清拭動作等には介助が必要
移動可能 (歩行可能)	布パンツ、トイレ	要支援者や要介護1、2の高齢者に多い トイレまでの移動も可能 トイレ内動作でも上肢の支持なしに立位を保持できる

表5 身体機能や状態に応じたおむつタイプの例

身体機能や状態	おむつタイプ
1人で歩ける	うす型パンツタイプ
介助で歩ける	うす型パンツタイプ+パンツ用パッド
軽失禁がある	軽失禁用ライナー、パッド
介助で立てる	高吸収パンツタイプ+パンツ用パッド
介助で起きられる	開閉型パンツタイプ+パンツ用パッド
臥床状態	テープ止め+パッド

2) おむつ・パッドの選び方

①排泄環境による選定

歩行の可否、立位の可否、介助の有無等の環境によって使い分ける視点が必要になります（図14）。

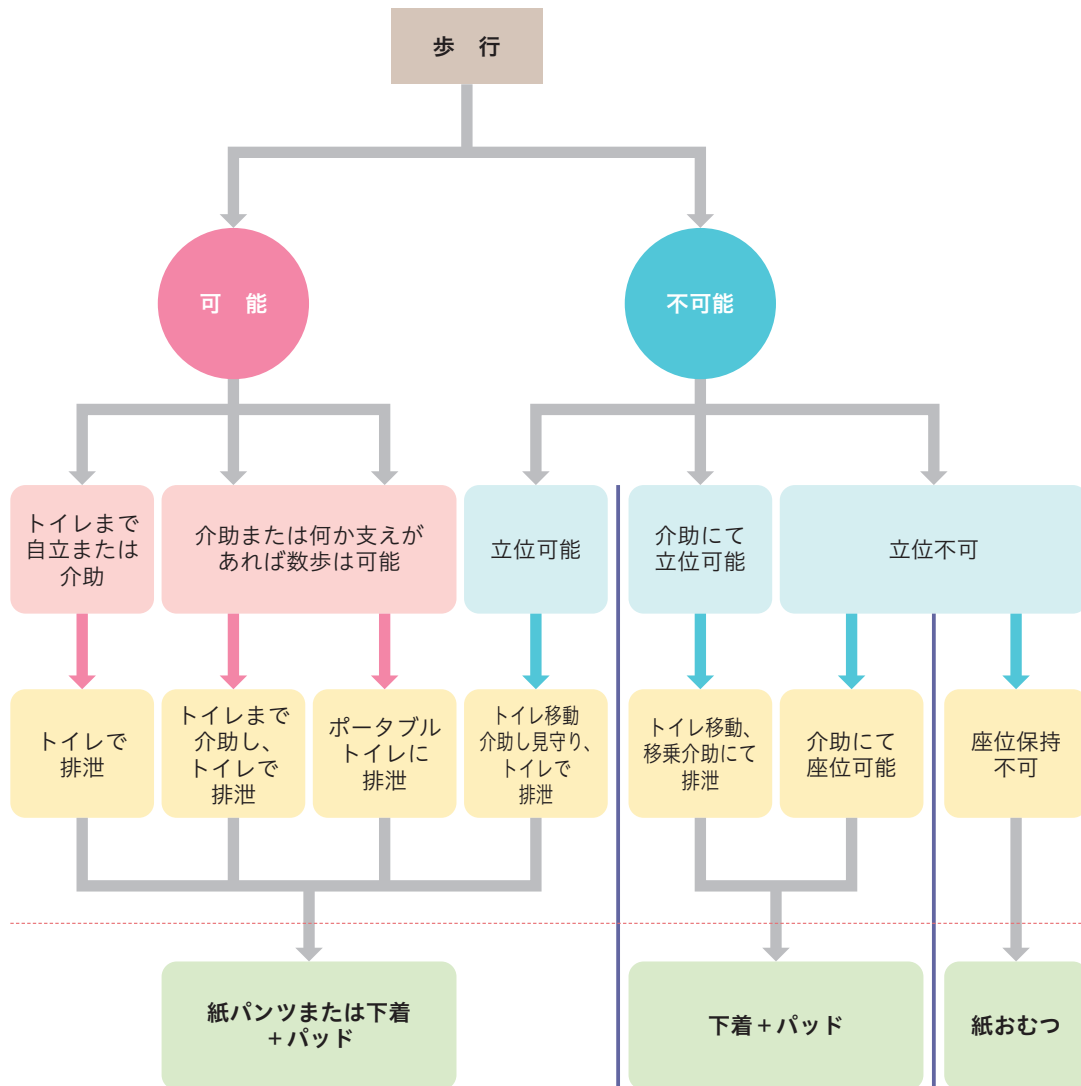


図14 排泄環境と排泄用品の選定について（尿もれのある人対象）

②夜間のおむつの選択

おむつ等も時間帯や状態によって使い分ける視点が必要になります。夜間のおむつを選定するために、次のアセスメントを実施しましょう。

1. 睡眠時間の把握
2. 夜間の熟睡度の把握
3. 夜間と昼間の排尿量（高齢者は夜間多尿が多くみられるため）
4. 夜間頻尿の有無
5. 臀部の湿潤と浸軟状態
6. 夜間のおむつ交換実施についての本人確認

これらアセスメントしたうえで、次のことに留意して夜間のおむつを選択します。

1. 夜間2～3時間ごとに目覚める人は、1時間に約80mLの排尿があると算定し $80\text{mL} \times 3\text{時間} = 250\text{mL}$ 以上の吸収量パッドを使用します。
2. 臀部の湿潤及び浸軟がみられる場合は、こまめにパッドを交換しましょう。夜間熟睡している場合は、熟睡時間を把握し $80\text{mL} \times$ 熟睡している時間にプラスアルファをして、その量を吸収できるおむつやパッドを採用します。排泄物が漏れないおむつを選び、しっかり睡眠をとってもらいましょう。
3. 夜間多尿の人には排尿量にあわせたおむつやパッドを選択します。
4. 夜間の排泄介助を拒否される人は、できる限り昼間におむつを交換したり、十分に話し合う機会をもちましょう。話し合っても了解が得られない場合は、夜間のおむつは吸収量の多いものを選択するとよいでしょう。

→ 7 介護ロボット等の利活用

アセスメントの視点

- 排泄介助のなかで、介護ロボット等の機器を利用することで利用者や介助者の負担軽減等につながるものがないか検討する。
- 利用者や介助者の機器に対する抵抗感の解消をめざす。
- 利用者の疾患特性リスクを回避する。 など

ケアのアプローチ

- 導入機器の十分な操作訓練を実施する。
- 介護職や作業療法士、理学療法士等の多職種で効果の確認と課題を整理し情報を共有する。 など

1) 排泄支援機器としての介護ロボット

①負担の大きい介護行為と介護ロボット¹⁾

入所施設約 600 施設 3,000 名に実施した調査結果では、排泄介助の身体的負担感が「中等度」もしくは「大きい」と回答した人では、「頻回なコールによる排泄介助や排泄誘導」、「おむついじりへの対応」、「おむつ交換」、「衣服・シーツを汚した場合の処置」、「車いすへの移乗」、「トイレへの移乗」という項目が高い割合を占めました。

そしてこれらの行為のうち、現在の介護ロボット等の機器で解決できる可能性のある介護行為としては「車いすへの移乗」と「トイレへの移乗」が考えられます。

一方、施設管理者 100 名に対して実施した調査結果をみると、「トイレでの排泄に取り組んでいる」では、「していない」が 44.0%、「状態に応じ実施」が 36.0%であり、おむつを使わないトイレでの排泄支援は必ずしも十分でない結果となっています。

さらに、「利用者 1 人に対して介護者複数名でのトイレ介助を実施している」では、「している」が 74.0%、「していない」が 23.0%であり、1 人の介護者でトイレでの排泄支援が可能になれば、負担が軽減され効率化し介護サービスの質の向上につながると考えられます。

これらのことから身体的負担の大きい「車いすへの移乗」と「トイレへの移乗」の介護の課題を解決する介護ロボットを導入し、実証評価を行った例を紹介します。

②移乗支援ロボットの導入効果について¹⁾

- 移乗支援ロボットの適応となる高齢者の状態像と目的（図 15、図 16）

利用者の前方から、立ち上がり、立位、着座までを支援する機能を有しているため、車いすで座位が可能な人であれば、介護者 1 人での対応が十分実現可能であると考えられます。

ひとくちメモ

支えることで立位がとれる人であれば、トイレで排泄支援を行う場合、安全な立位を確保することに加え、下衣の上げ下げと後始末がしやすいように、臀部がフリーな状態になることが最も介護がしやすいと考えられます。そのため、前方を支持することにより立位をとることのできる介護ロボットを活用することが有効な方法のひとつと考えられます。

介護老人保健施設に入所する排泄動作に介護が必要な中等度から重度の利用者に対して移乗支援ロボットを活用し、これまで介護者2人で実施していた移乗支援を可能な限り介護者1人で実施することを試みました。

●移乗支援ロボット導入時の留意事項

効果を得るためには、導入環境の整備も含めた導入機器の十分な操作訓練を実施し、適応となる利用者の選定等を介護職と作業療法士と協働で評価し決定しました。

●有効活用に向けたプロセス

本事例では、介護ロボットを導入した介護老人保健施設では、有効活用に向けて次の4つのプロセスで取り組まれました。

1. 利用者の機器に対する抵抗感の解消

機器の利用に対する不安を訴える利用者には、導入当初からリハビリテーションの立ち上がり訓練にセラピストがサポートすることで安心感を与えました。さらに機器に馴染んできた段階で居室でのベッドから車いすへの移乗の際にも利用し、経験を重ね、排泄支援の実践に本格導入するといった段階的な方法をとりました。

2. 介護者の機器に対する抵抗感の解消

利用する介護スタッフも同様に、操作ミスによる転倒や転落等の不安がある場合、上記で示した利用者への導入段階において、リハビリ専門職と一緒に利用訓練を行うことで不安の解消につなげました。

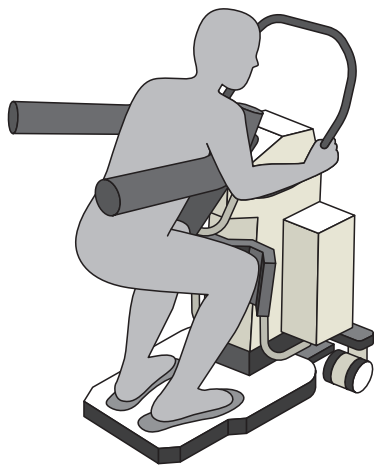


図 15 移乗支援ロボット

利用者の前方からの立ち上がり、立位、着座までを支援する機能を有している。

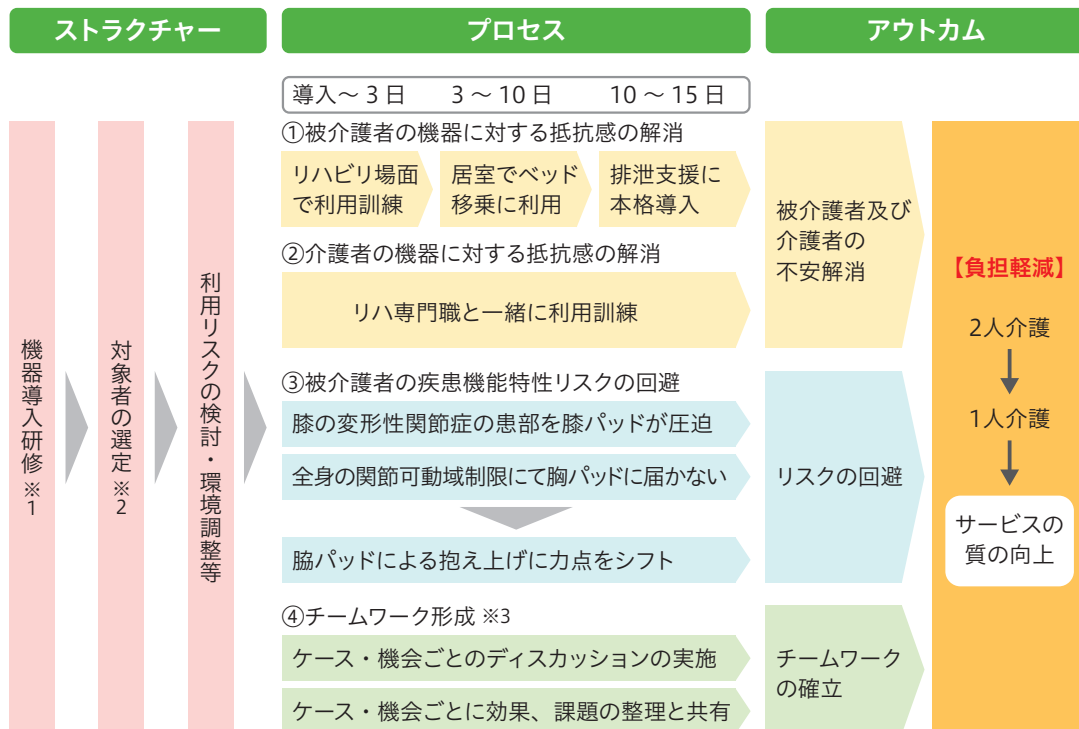


図16 介護ロボットを活用した介護技術開発モデル（排泄における移乗支援）

- ※1 フロア（ユニット）ごとに全スタッフによる利用研修（リフト導入経験の有無により内容は考慮する必要がある）
 ※2 体格と介護負担の大きいケース等の条件を基に適応を検討
 ※3 介護・リハビリ専門職等による利用方法と効果、課題を検討

3. 利用者の疾患特性リスクの回避

利用する高齢者のなかには膝の変形性関節症に罹患する人もいますので、利用の際に膝パッドによる患部への圧迫がリスクとして想定されます。その場合は、膝パッドの圧迫を少なくして腋窩（脇）パッドによる抱え上げに力点を集中させることでリスクを回避しました。

4. チームワークの形成

これらのプロセスでは、利用したケースや利用機会ごとに介護スタッフや作業療法士、理学療法士等の関係者間でディスカッションしました。それが、効果の確認と課題の整理や情報の共有といった、チームワーク形成につながりました。

これらの取り組みにより、介護の負担軽減効果として2人介護が1人介護につながるケースがみられました。

③負担の大きいそのほかの介護行為への導入の可能性

先述の通り、排泄介助の身体的負担感が「中等度」もしくは「大きい」と回答した人では、「頻回なコールによる排泄介助や排泄誘導」、「おむついじりへの対応」、「おむつ交換」、「衣服・シーツを汚した場合の処置」という項目も高い割合を占めています。

これらの課題は、利用者の排泄のタイミングによることが大きいと考えられ、生理的状态像を把握することが重要です。トイレでの排泄を実現するためにも、重要な課

題であるといえるでしょう。

次に上記の課題を解決する可能性のある機器を紹介します。

1. 水洗ポータブルトイレ（図 17）¹⁾

●課題：頻回なコールによる排泄介助や排泄誘導とおむついじり

●適応状態像

日中は自力でトイレでの排泄が可能であるが夜間は移動中の失禁や転倒のリスクがある利用者です。

●期待できる効果

通常のトイレへの移動に介助を要するレベルの利用者が、介護ロボット（水洗ポータブルトイレ）を利用したことで、次のような介護負担の軽減効果が期待できます。

トイレ移動の動作中の転倒リスクと失禁に軽減効果が期待できます。また、バケツ型のポータブルトイレと異なり、排泄物の後始末が不要なので介護環境の改善につながります。さらに、夜間における排泄の自立度の向上につながるケースが考えられ、自尊心を保つ効果が期待できます。

2. 見守り支援ロボット（図 18）

●課題：おむつ交換

センサーをマットレスの下に敷いてスイッチを入れるだけで測定可能です。測定したデータは自動で機器本体の内蔵メモリーに記録されます。記録されたデータの閲覧や管理は見守り支援ロボットのソフトをインストールしたパソコンで行うことができます。

●適応状態像

日中は自力でトイレでの排泄が可能であるが夜間は転倒のリスクがある利用者です。または、夜間はおむつに排泄している利用者です。

●期待できる効果

ベッド上での姿勢や睡眠状態を遠隔地のパソコンやタブレット端末で確認できるので夜間でも利用者の転倒リスクに対応することが可能です。

睡眠や覚醒状態を確認できるため、状態にあわせて効率的におむつ交換などの必要なケアを提供できます。

今後は排泄支援に限らず、時間的負担が大きい状態像の記録等の副次的な業務についても、測定されたデータが自動記録され、一元的に管理することが可能になれば、直接的な介護サービスにより専念できる環境整備が期待できるのではないのでしょうか。

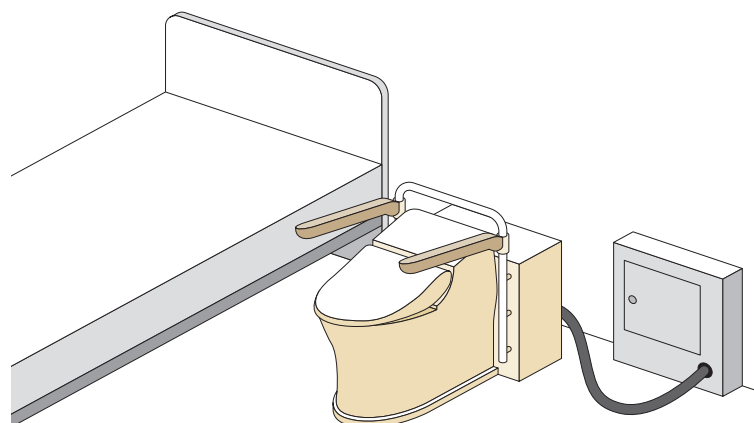
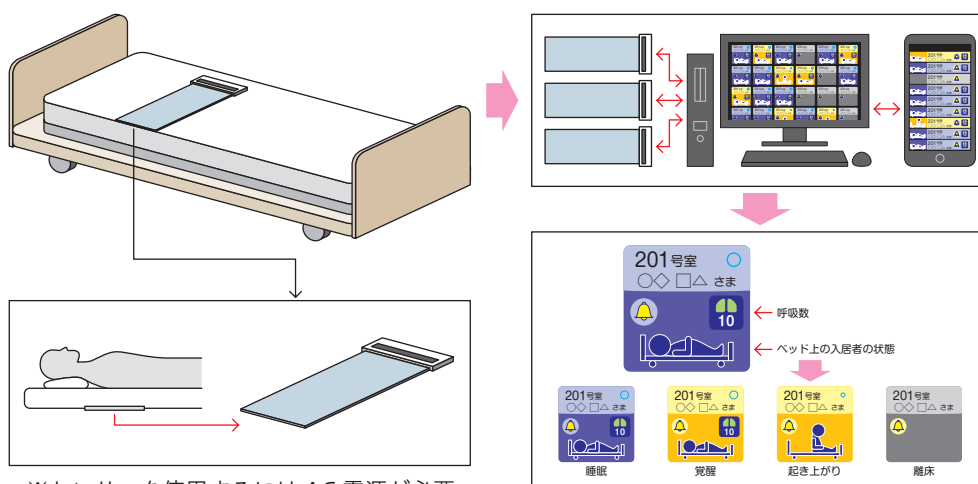


図 17 水洗ポータブルトイレ

図 18 見守り支援ロボット



※センサーを使用するにはAC電源が必要。

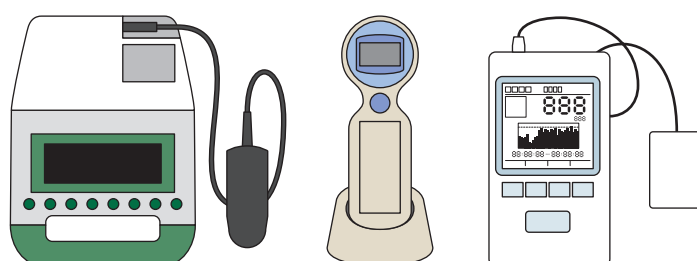


図 19 さまざまな膀胱用超音波画像診断装置

2) 膀胱用超音波画像診断装置

病院の臨床現場では、図 19 のような装置を用いて膀胱のなかの尿量を測定しています。排尿後に測定することが多いため、残尿測定器と呼称することもあります。排尿量と残尿量が計測できるとその両者を足し算することで膀胱容量が推計できます。

正しい呼称は「膀胱用超音波画像診断装置」といいますが、実際には画像ではなく膀胱内の尿量がデジタルで表示される仕組みになっています。膀胱は下腹部中央に位

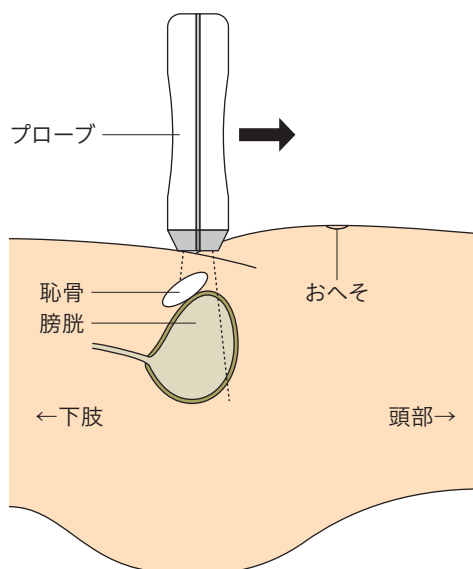


図 20 膀胱の位置とプローブの当て方

置するため、図 20 のように恥骨上部の陰毛の生え際あたりにプローブと呼ばれるセンサーを軽く押し当てるようにして計測します。皮膚にそのままプローブを当てると、プローブと皮膚との間に存在する空気の影響で正しく計測できないため、あらかじめプローブにゼリーを塗ってから皮膚に当てます。そうすることで、空気のノイズがなくなり、正確な計測が可能になります。ただし、おなかのなかに腹水や卵巣嚢腫などの液体が貯留していると膀胱内の尿と区別されずに、液体の量が表示されてしまいます。利用者の既往歴や合併症を確認したうえで計測することも大切です。

文献

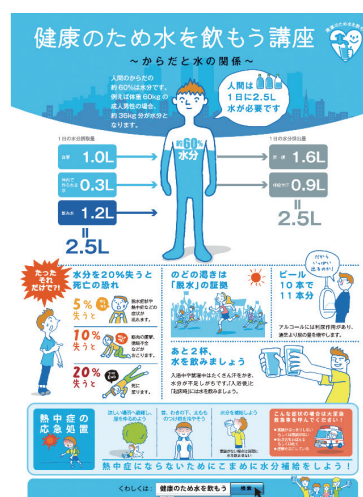
- 1) 厚生労働省：平成 29 年度介護ロボットを活用した介護技術開発支援モデル事業；排泄介護の各プロセスにおける効率的な支援を実現するための介護技術開発に関する検討報告書，2018。

コラム ④

適正な飲水量はどれくらいか

厚生労働省が推進する「健康のために水を飲もう」¹⁾ 運動によれば、1 日あたり、成人のからだを出入りする総水分量は 2.5L。2.5Lのうち 1L (40%に相当) は食事、0.3L (12%に相当) は体内でつくられる代謝水、残りの 1.2L (48%に相当) は飲水で補われています。

一方、排出される水分は 0.9L (36%に相当) が呼吸や汗などで失われ、残りの 1.6L (64%に相当) が尿や便としてでていきます¹⁾。ヨーロッパで推奨されている 1 日当たりの総水分量／飲水量は成人男性で 2.5L / 2.0L、成人女



ポスター「健康のため水を飲もう講座」

性で 2.0L / 1.6L です (表 A)²⁾。欧米の食事はアジアに比べて水分含有量が少ないため、1 日当たりの水分量のうち 80% に相当する水分を飲料水で補う必要があります。世界 13 カ国で調査された統計では飲水量の平均は 2.0L 程度で、ドイツが 2.5L と最も多く、わが国は 1.5L と最も少なかったそうです³⁾。国別の比較では体格差も影響していると思われますが、およそ自分の体重の 3% くらいが適度な飲水量ですので、体重 60 kg であれば 1.8L くらい飲水するとよいでしょう。

昨今の異常気象による熱中症が社会問題になるなか、今夏 (7 月～9 月) の統計では重症熱中症で入院した患者数が全国で 626 人、うち 61 歳以上の高齢者は 371 人 (59%) に上りました⁴⁾。脱水になると、めまい、錯乱^{さくらん けいれん}、痙攣^{けいれん}を起こし、最悪の場合は死に至ります。高齢者になると喉の渇きを感じにくくなることによる飲水量の減少、腎臓での尿濃縮力の低下による水分の喪失、処方される利尿剤の影響などで脱水になりやすい要因がいくつもあるといわれています。逆に、飲水しすぎると水分過剰となり、うっ血性心不全、肺水腫によって呼吸が苦しくなり、錯乱、高血圧、痙攣などが起こり、最悪の場合は死亡します⁵⁾。高齢者においては、適度な水分摂取が行われるよう周囲の協力が必要です。

表 A 欧州、米国で推奨される 1 日当たりの総水分量／飲水量

	EFSA (欧州)		IOM (米国)	
	総水分量	飲水量	総水分量	飲水量
男性	2.50	2.00	3.30	2.60
女性	2.00	1.60	2.30	1.80

EFSA : European Food Safety Authority (欧州食品安全機関)

IOM : Institute of Medicine (米国医学研究所)

文献 2、3) より引用

文 献

- 1) 厚生労働省：「健康のため水を飲もう」推進運動。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/topics/bukyoku/kenkou/suido/nomou/index.html>
- 2) Gandy J : Water intake : validity of population assessment and recommendations. Eur J Nutr, 54 Suppl (2) : S11-S16, 2015.
- 3) Ferreira Pêgo C, et al : Total fluid intake and its determinants : cross-sectional surveys among adults in 13 countries worldwide. Eur J Nutr, 54 Suppl (2) : S35-S43, 2015
- 4) 厚生労働省：平成 30 年度熱中症入院患者等発生情報。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000169949_00001.html
- 5) Picetti D, et al : Hydration health literacy in the elderly. Nutr Healthy Aging, 4 (3) : 227-237, 2017.



排せつ支援加算の 仕組み

→ 1 排せつ支援加算

平成 30 年度介護報酬改定において、介護老人福祉施設で排泄に介護を要する利用者の支援に対する評価として「排せつ支援加算」が創設されました。

その概要や算定要件等は、以下の通りです。

【概要】

○排泄障害等のため、排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合の新たな評価を設ける。

【単位数】

＜現行＞

なし

＜改定後＞

⇒

排せつ支援加算

100 単位／月（新設）

【算定要件等】

排泄に介護を要する利用者^(※1)のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる^(※2)と医師、または適宜医師と連携した看護師^(※3)が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、

- ・排泄に介護を要する原因等についての分析
- ・分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援

(※1) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

(※2) 要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り等」以上に改善することを目安とする。

(※3) 看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、事前の医師への相談を要することとする。

を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

■指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）の一部改正

1 介護福祉施設サービス

ネ 排せつ支援加算 100単位

注 排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断した者に対して、指定介護老人福祉施設の医師、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同して、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は、算定しない。

■指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）（老企第40号平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

5 介護福祉施設サービス

(35) 排せつ支援加算について

- ①本加算は、全ての入所者について、必要に応じ適切な介護が提供されていることを前提としつつ、さらに特別な支援を行って排せつの状態を改善することを評価したものである。したがって、例えば、入所者が尿意・便意を職員へ訴えることができるにもかかわらず、職員が適時に排せつを介助できるとは限らないことを主たる理由としておむつへの排せつとしていた場合、支援を行って排せつの状態を改善させたとしても加算の対象とはならない。
- ②「排せつに介護を要する入所者」とは、要介護認定調査の際に用いられる「認定調査テキスト2009改訂版（平成27年4月改訂）」の方法を用いて、排尿または排便の状態が、「一部介助」又は「全介助」と評価される者をいう。
- ③「適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる」とは、特別な支援を行わなかった場合には、当該排尿又は排便にかかる状態の評価が不変又は悪化することが見込まれるが、特別な対応を行った場合には、当該評価が6月以内に「全介助」から「一部介助」以上、又は「一部介助」から「見守り等」以上に改善すると見込まれることをいう。
- ④③の見込みの判断を医師と連携した看護師が行った場合は、その内容を支援の開始前に医師へ報告することとする。また、医師と連携した看護師が③の見込みの判断を行う際、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等は、医師へ相談することとする。

- ⑤支援に先立って、失禁に対する各種ガイドラインを参考にしながら、対象者が排せつに介護を要する要因を多職種が共同して分析し、それに基づいた支援計画を別紙様式6の様式を参考に作成する。要因分析及び支援計画の作成に関わる職種は、③の判断を行った医師又は看護師、介護支援専門員、および支援対象の入所者の特性を把握している介護職員を含むものとし、その他、疾患、使用している薬剤、食生活、生活機能の状態等に応じ薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等を適宜加える。なお、介護福祉施設サービスにおいては、支援計画に相当する内容を施設サービス計画の中に記載する場合は、その記載をもって支援計画の作成に代えることができるものとする。
- ⑥支援計画の作成にあたっては、要因分析の結果と整合性が取れた計画を、個々の入所者の特性に配慮しながら個別に作成することとし、画一的な支援計画とならないよう留意する。また、支援において入所者の尊厳が十分保持されるよう留意する。
- ⑦当該支援計画の実施にあたっては、計画の作成に関与した者が、入所者又はその家族に対し、現在の排せつにかかる状態の評価、③の見込みの内容、⑤の要因分析及び支援計画の内容、当該支援は入所者又はその家族がこれらの説明を理解した上で支援の実施を希望する場合に行うものであること、及び支援開始後であってもいつでも入所者又はその家族の希望に応じて支援計画を中断又は中止できることを説明し、入所者及びその家族の理解と希望を確認した上で行うこと。
- ⑧本加算の算定を終了した際は、その時点の排せつ状態の評価を記録し、③における見込みとの差異があればその理由を含めて総括し、記録した上で、入所者又はその家族に説明すること。

■平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) (平成30年3月23日)

○排せつ支援加算について

問84 排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成する際に参考にする、失禁に対するガイドラインに、以下のものは含まれるか。

- ・EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン（平成16年 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班）
- ・男性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会）
- ・女性下部尿路症状診療ガイドライン（平成25年 日本排尿機能学会）
- ・便失禁診療ガイドライン（平成29年 日本大腸肛門病学会）

（答）

いずれも含まれる。

問85 排せつ支援加算について、「支援計画に基づく支援を継続して実施した場合は、支援を開始した日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、1月につき所定単位数を算定する。ただし、同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とされているが、

- 1)「支援を継続して実施」を満たすためには、毎日必ず何らかの支援を行ってい

る必要があるのか。

- 2) 支援を開始した日の属する月から起算して6月の期間が経過する前に、支援が終了することも想定されるか。その場合、加算の算定はいつまで可能か。
- 3) 「同一入所期間中に排せつ支援加算を算定している場合は算定しない」とは、入所中1月分しか当該加算を算定できないという意味ではなく、加算が算定できる6月の期間を経過する等によって加算の算定を終了した場合は、支援を継続したり、新たに支援計画を立てたりしても加算を算定することはできないという意味か。

(答)

- 1) 排せつに関して必要な支援が日常的に行われていれば、必ずしも毎日何らかの支援を行っていることを求めるものではない。
- 2) 想定される。例えば、6月の期間の経過より前に当初見込んだ改善を達成し、その後は支援なしでも維持できると判断された場合や、利用者の希望によって支援を中止した場合等で、日常的な支援が行われない月が発生した際には、当該の月以降、加算は算定できない。
- 3) 貴見のとおりである。

■平成30年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.4) (平成30年5月29日)

○褥瘡マネジメント加算及び排せつ支援加算について

問14 「褥瘡対策に関するケア計画書」と「排せつ支援計画書」に関して、厚生労働省が示した様式通りに記載する必要があるか。

(答)

「老企第40号平成12年3月8日厚生省老人保健福祉局企画課長通知」に記載の通り、厚生労働省が示した「褥瘡対策に関するケア計画書」、「排せつ支援計画書」はひな形であり、これまで施設で使用してきた施設サービス計画書等の様式にひな形同様の内容が判断できる項目が網羅されていれば、その様式を代用することができる。



取り組み事例①

女性、79才（要介護5）

既往歴：脳梗塞（2回）

状態

2016年3月に胃ろうを造設した。同年9月に当施設に入所となった。

入所前から少しずつ経口摂取可能となっていた。歯科医、内科医と連携を図りながら経口摂取となる。

脳梗塞による軽度の右麻痺がある。自分の思うようにからだ動かない。手引き歩行、または手すりなどにつかまりながらの歩行であり不安定である。立位は右足から崩れそうになる。言語不明瞭で思いを伝えることができない。理解力が低いいため何度説明してもナースコールを押せない。ほかの入所者と交流をもつことは好まず、食事、水分の摂取時以外は居室で過ごす。行事やレクリエーションは遠くから見守る程度の参加である。

排泄は居室のポータブルトイレを使用している。麻痺があり、排泄姿勢をとる前に失禁がみられる。

衣服の上げ下げが十分ではない。排便の後始末が不完全である。排泄の失敗があるとそのたびに涙を流す。

▶ アセスメント・ケアマネジメント

- ・脳梗塞による言語障害があり、他者と会話ができず自分の意思の言語化が困難である。介護者の伝える言葉も理解できないことが多くみられる。
- ・軽度の右麻痺があり、排泄行為が間にあわずに失禁する。
- ・尿意便意を伝えられない。
- ・尿失禁が心配なのか、不安定な座位のまま頻回にポータブルトイレに座り、床や衣服が尿汚染している。

▶ ケアの実践、医療との連携

- ・介護者の言葉をどのくらい理解できるのかを把握し、短い単語や理解しやすい言葉を選びながら意思を伝える。共有しやすい言葉を確認する。
- ・居室での自力排泄をめざす。ベッド、ポータブルトイレなどの位置を本人の移乗、移動能力にあわせて定め、安全にポータブルトイレを使用できるようにする。
- ・自力でスムーズに下着の交換を行えるよう、下着にパッドを貼り付け、脱ぎ着しやすいズボンを選定し、セットした状態で枕元に準備する。

- ・適時排泄の状況を確認し、汚染した場合は居室内を清掃して清潔を保つ。
- ・医師から尿失禁対応の指導を受ける。
- ・排泄パターンの把握を行い、誘導のタイミングと本人の排泄手順行為を把握する。

▶ アウトカム評価

ケアの関係者が排尿日誌を読み込み情報を共有し、タイミングをつかみながらトイレ誘導を行っていく。パッド内に尿失禁があるものの、衣服や床などへの尿汚染は減少した。

▶ 排泄にかかわる環境整備について

①座位安定への取り組み（生活リハビリテーションの取り組みのなかで）

段階的に実施する。いす上においては90度ルール（いすでの座位姿勢で、股関節、膝関節、足関節のいずれの角度も90度程度になるように整えること）を基本として座位確保を行う。本人の体型に合わせた（特に下腿長に高さを合わせる）いすを準備する。いす上のシーティングはクッションを使用し安定させる。その後本人の負担にならない程度を座位時間として、徐々に時間を延長していった。

②居室環境の検討

ベッドとポータブルトイレを安全に移動できるようにするために、最短距離や高さ、手すり等に配慮し、検討のうえ配置した。

排泄の際にバランスを崩しても、ベッドやポータブルトイレに座ることで転倒がなくなった。

③衣服の選定

右麻痺があるため衣服の上げ下げに困難がみられた。尿意を感じて衣服を下げている途中で尿漏れを起こし、それが衣服や床の汚染につながっていた。衣服をスムーズに上げ下げできるようになったことと下着にパッドを貼り付けたことで尿汚染の予防となり、排泄行為の問題が解消した。

これらのことで本人にとっての気かがりであった失禁や尿漏れが軽減し、尿臭も消失して日々の生活が快適になった。他の利用者と会話する場面もみられ、施設内の行事や趣味の生け花、音楽クラブ等に参加し、彩りある生活に変化していった。

排せつ支援計画書

計画作成日 ○年○月○日

氏名 ○○○○○ 殿 男・女 (79 歳)
明・大・昭・平・年・月・日生

記入者名 * * * *
医師名 * * * *
看護師名 * * * *

排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6 か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因

- ・医師の判断によると、言語障害があり、意思の伝達が困難。脳梗塞（右麻痺）があり頻尿、切迫性尿失禁である。
- ・尿意があっても下着類の上げ下げに時間を要することに加え、援助を嫌がるため排泄の失敗につながっている。
- ・パッドの着脱が困難なため、下着類に排泄汚染あり、下半身の清潔を保持できない。
- ・排泄行為に必要な安定した座位がとれていない。

支援計画

- ・排泄しやすい環境整備を行う。
- ・居室での自力排泄をめざす。ベッド、ポータブルトイレなどの位置を本人の移乗、移動能力に合せて定め、安全にポータブルトイレを使用できるようにする。
- ・自力でスムーズに下着の交換が行えるように下着にパッドを貼布し、脱ぎ着しやすいズボンを選定し、セットした状態で枕元に準備する。
- ・適時排泄の失敗を確認し、汚染した場合は居室内を清掃して清潔を保つ。
- ・排泄日誌に本人の行動及び気づきを記入し、状態をみながらトイレ誘導を行う。

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等 一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等 一部介助・全介助

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

- ・ベッドの高さとポータブルトイレの位置を本人のADLにあわせることで、トイレまでの時間を短縮できたので、以前に比べて安全に排泄できるようになっている。
- ・セットした衣服を自分で着脱しやすくなったため、からだと居室の清潔を保つことができるようになった。
- ・信頼関係が構築され、思いが伝わるようになってきた頃なので、看護師とも相談しながら、今後の状態を経過観察していく。

上記について説明を受け、理解しました。

平成○年○月○日

氏名 * * * *



取り組み事例② (介護、看護、医療との連携)

男性、67歳（要介護3）
既往歴：くも膜下出血、正常圧水頭症、脳出血（2回）

状態

精神科から転移入所時は精神薬と向精神薬を複数内服していた。そのため排便コントロールが困難であった。刺激性等の下剤を数種類服用し、反応便がみられないと3～4日間隔で浣腸を施行していた。

認知症も重度であり、指示に理解を示さずに介護時に興奮し、暴言や暴力行為がみられる。尿意や便意はあるもトイレを認識せず、さまざまな場所で放尿や放便がみられた。トイレ誘導の協力動作はなく暴力や抵抗があり、職員が多数で便座に誘導し排泄姿勢をとることが精いっぱい状態である。

▶ アセスメント・ケアマネジメント

- ・カンファレンスを開催し、排泄行動のアセスメントの必要性を共有する。
- ・尿意・便意はあるがトイレを理解できず排泄行為に対する連動動作が行えない。
- ・どのようにすれば失禁等がなくトイレで排泄ができるかについて検討する。なにが問題か分析するため、アセスメント表に1日（24時間）の行動や言動、精神状態、気づいた点などを記入する。これを7日分収集し、失禁等が起こる間隔や本人の行動などについて把握していく。その結果、ホールで過ごしているときに失禁が起こることがわかった。具体的には立ち上がってそわそわと落ち着かない様子でホールの隅に移動したときに失禁をしていた。
- ・上記のことからケアプランには「立ち上がってそわそわと落ち着かない様子でホールの隅に移動したときは、必ずそっと寄り添い、排泄の有無を確認しながらトイレに誘導する」ことに決定した。あわせて「向精神薬の検討を精神症状等にあわせ、主治医と精神科医に相談しながら減量を目的に調整をしていく」という方針にした。

▶ ケアの実践、医療との連携

- ・放尿、放便がなくなりトイレで排泄がきちんとできるよう2時間ごとにトイレ誘導を実施。落ち着きがないとき、立ち上がったとき、隅に歩いて移動したときは優しく声掛けし、トイレ誘導を行った。また、本人が理解しやすい言葉づかいで声掛けをするように取り組んだ。

- ・看護職員や介護職員から介護現場における本人の生活状況、及び精神状態の情報を収集し、それを基に主治医と精神科医に相談しながら向精神薬と便秘薬について調整をしていった。

▶ アウトカム評価

服用していた刺激性の下剤は向精神薬の調整とともに減少した。入所前は3日間排便がない場合、男性職員が3人がかりで浣腸していた。現在は4日間排便がなければラキソベロン3～5滴服用し、ブリストル便形状スケール4の形状（P.49 図9 参照）でトイレで排泄している。

日々のケアを継続するなかで、これまではいつも陰しい表情であったが、少しずつ表情が豊かになり、職員とのコミュニケーションも少しずつとれてきた。会話が単語から短いものの文章になり、発病前の穏やかな、利用者本来の姿を取り戻したように思えた。介護抵抗も徐々に減少していった。

しかし、失禁等がなくなるまでにはしばらく時間を要した。現在は失禁等はほとんどなくなり、おむつから普通の下着に変えることができた。今でも立ち上がりや落ちつきのないときはトイレ誘導を継続している。排尿間隔の把握できたことで、介護職員の声掛け誘導のもと、トイレで排尿・排便できている。

また、衣服の着脱全介助からズボンの上げ下ろしの一部介助になった。排便の後始末はきれいにできずに一部介助を要している。

異食も減少したため、夜間はパッドを使用し睡眠を確保している。精神面でも落ち着きを取り戻し、会話も成立するようになった。日中はほかの利用者とテレビを観たりして日々を穏やかに過ごしている。知人や家族の面会の際も相手の名前を呼ぶことができるようになり、表情豊かに会話しながら面会を楽しんでいる。

排せつ支援計画書

計画作成日 ○年○月○日

氏名 ○○○○○ 殿 (男・女) 明・大・昭・平 *年*月*日生 (67 歳)

記入者名 * * * *
医師名 * * * *
看護師名 * * * *

排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6 か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 27 年 4 月改訂）」を参照。

排せつに介護を要する原因

- ・脳出血を 2 回発症し、その後認知症も発症した。暴言や暴行などみられるようになった。向精神薬にてコントロールしているため、排泄機能に関する副作用もあり排泄全介助である。
- ・医師より、前頭葉のダメージが強く、脱抑制であるとの指摘あり。

支援計画

- ・精神症状にあった向精神薬の内服量にするため、主治医、精神科医と連携し可能な限り減量していく。
- ・生活状況を知るため、1 日（24 時間）アセスメント表に記入し、排泄に関する気づき、及び排泄時間排泄リズムなどを把握し共有する。

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助

総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

- ・生活状況アセスメント表から、排尿間隔が把握でき、トイレでの排泄が可能となっていった。
- ・医師の介入により、向精神薬、刺激性の下剤の減量につながり、表情も穏やかになった。しかし、6 か月では全介助から一部介助への移行は困難であった。

上記について説明を受け、理解しました。

平成○年○月○日

氏名 * * * *

あ行

いつりゅうせいにようしっせん
溢流性尿失禁（別名：奇異性尿失禁）

膀胱が尿でいっぱいになり（＝尿閉）、少しずつ尿が溢れ出るようにして尿漏れをきたす状態。前立腺肥大症、子宮筋腫のほか、膀胱結石や膀胱がんによる膀胱出口部閉塞が原因となる。糖尿病や骨盤内手術の術後などで末梢神経が障害を受けているときなどにも発生する。

うんどう き のうくんれん
運動機能訓練

その人らしく生活するために必要な身体能力や生活能力、趣味、社会参加を獲得するために必要な機能訓練。機能訓練の内容は、筋力増強訓練やストレッチなどの運動プログラムだけでなく、食事やトイレ動作などの日常生活動作（ADL: Activities of Daily Living）や家事、買いものなどの手段的日常生活動作（IADL: Instrumental ADL）、手芸やカラオケ、囲碁などの趣味活動も対象となる。

か行

かんせつ か どういきかくだい
関節可動域拡大

関節可動域拡大は、動作獲得のために必要な可動域の確保と維持のために行う。関節可動域の拡大を図る訓練として関節可動域訓練（Range Of Motion exercise）があり、関節を動かし関節拘縮を予防する。関節可動域訓練は、他者に行ってもらう他動的関節可動域訓練（Passive ROM-ex）と、自身で行う自動的関節可動域訓練（Active ROM-ex）、利用者の健側の手や補助器具を介して関節に運動を起こす自動介助関節可動域訓練（Active assistive ROM-ex）がある。訓練内容も種類があり、ストレッチ、関節モビライゼーション、リラクゼーションなどがある。

きのうせいにようしっせん
機能性尿失禁

下部尿路機能障害以外の原因によって尿漏れをきたす状態。下肢筋力低下や運動器疾患、神経疾患による歩行障害のため、尿意を感じてからトイレにたどりつく前に尿が漏れてしまう場合や、認知症の進行によりトイレの場所がわからない、排尿動作がわからない、トイレに行く意欲がなくなるなどの理由で尿が漏れてしまう。要介護状態の高齢者に起こる

尿失禁のうち、最も頻度が高いタイプの尿失禁である。

こつぽんていきんくんれん
骨盤底筋訓練

骨盤底筋とは、骨盤の最下部にあり、三層構造でハンモックのように内臓を支える働きをしている。何らかの原因で骨盤底筋の働きが低下すると尿漏れや頻尿といったトラブルが生じる。骨盤底筋訓練とは、意識して膣や肛門を締める・緩めるトレーニングを繰り返し行い、低下した筋力を強化することや、協調した運動を再獲得することで尿漏れや頻尿を予防・改善する訓練である。

さ行

ざいほじ
座位保持

座位とは、上半身を90度あるいはそれに近い状態に起きて座った状態をいう。長座位（脚を伸ばして座っている状態）、端座位（ベッドの端に座り、両足を垂らしている状態）、起座位（枕やクッションなどを抱えて座っている状態）、半座位（ベッドの背もたれを45度起こしている状態）、椅座位（いすに座っている状態）などがある。日常生活を行ううえで基本的な姿勢保持となる。まず座位保持の獲得をめざし、日常生活の参加をうながすことが自立の第一歩となる。

ざんにようそくてい
残尿測定

排尿後に膀胱内に残存した尿を残尿という。1回排尿量と残尿量を測定できれば、個別の膀胱容量を知ることができる。正確な残尿量を測定するには尿道カテーテルによる導尿が最も正確であるが、導尿には痛みを伴う。一方、超音波残尿測定器を用いれば、痛みを伴うことなく残尿量を測定することが可能である。残尿量は100mLを超えると臨床的に問題とされることが多いが、異常な残尿量の定義は定まっていない。残尿量が多いほど頻尿になる確率が高いため、その原因となる疾患（前立腺肥大症による下部尿路閉塞、低活動膀胱など）について精査する必要がある。さらに、上部尿路にも目を向けて、水腎症や腎機能障害の有無についても考えを巡らすきっかけとなる。逆に、残尿量が50mL以下と少ないにもかかわらず頻尿であれば、急性膀胱炎、過活動膀胱、間質性膀胱炎、膀胱がん、膀胱

結石などの疾患がその背景に潜んでいる可能性があり、残尿量を知ることは重要である。

せつぱくせいようしっせん 切迫性尿失禁

急激な尿意に襲われて尿漏れをきたす状態。前立腺肥大症、急性膀胱炎、膀胱がん、膀胱結石のほか、脳血管障害、パーキンソン病、脊髄障害などの神経障害によっても起こる。

た行

てきべん 摘便

自力で排便できない利用者に対して、看護師等が肛門から直腸に指を入れ、直腸内にたまった便を掻き出す医療行為。

どうよう 導尿

尿道口から細い管（カテーテル）を膀胱に入れて尿を排出させることをいう。自力で排尿できない場合や検査のために採取するときに行われる。

は行

はいよう しりつ 排尿自立

自力で排尿管理が完結できることを意味する。具体的にはトイレへの移動、脱衣・清拭・着衣、尿の後始末などを介助なくできること、またパッドやおむつなどの排尿補助製品や自己導尿カテーテルを使用中の利用者についても、製品の適切な使用や後始末が自力でできていれば排尿自立とみなす。

はいようゆうどう 排尿誘導

排泄介助には、時間排尿誘導、パターン排尿誘導、排尿習慣の再学習（うながし排尿）の3つの方法がある。

- ①時間排尿誘導：あらかじめ決めておいた一定の時間ごとにトイレに誘導する。排尿が自立していない利用者に有効である（証拠の強度：C）。尿失禁消失を目標に、介護者が夜間を含め2～4時間ごとにトイレに連れていく。利用者の動機づけが不要で、認知障害のある利用者にも施行できる。
- ②パターン排尿誘導：排尿時間のパターンが決まっている利用者に有効である（証拠の強度：B）。

- ③尿意をある程度認識でき、排尿うながしに反応できる利用者に有効である。認知機能はある程度障害されていても可能である（証拠の強度：A）。

文献1）より引用、一部改変

はんしゃせいようしっせん 反射性尿失禁

仙髄排尿中枢よりも上位の脊髄損傷が原因で発生する尿失禁。尿意が消失されており、不随意に膀胱収縮反射が起こることで尿が漏れる。

ふくあつせいようしっせん 腹圧性尿失禁

くしゃみや咳、重い荷物を持ち上げたときなど、お腹に力が入ったときに尿漏れをきたす状態。男性では前立腺に対する手術の後に尿道括約筋の機能が低下することで起こりやすい。産後や加齢による骨盤底筋群の機能不全や前立腺疾患の術後に生じる尿道括約筋不全が原因となる。

べんけいじょう ブリストル便形状スケール（BS スコア）

便の状態を7段階に分類する指標で、便秘や下痢の診断に使用する。BSスコア1、2は便秘、3～5は正常、6、7は下痢と判断される。

ぼうこうくんれん 膀胱訓練

過活動膀胱や頻尿の状態にある利用者に尿意をがまんしてもらい、排尿の時間間隔の延長や尿失禁を減らすことを目的とした、膀胱容量を増やすための訓練。

や行

ゆうねつせいようろうかんせんしょう 有熱性尿路感染症

尿路に細菌が混入して生じる感染症を尿路感染症という。尿路感染症のうち、発熱を伴うものを有熱性尿路感染症という。そのうち、急性腎盂腎炎は男女共通に発生するが、急性前立腺炎、急性精巣上体炎は男性にのみ発生する。

文献

- 1) 高齢者尿失禁ガイドライン：平成12年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）事業。
<http://www.ncgg.go.jp/hospital/iryokankei/documents/guidelines.pdf>

『みんなで取り組む排尿管理』。日本医療企画、2018より引用

「施設系サービスにおいて排泄に介護を要する利用者への支援にかかる手引き等の作成」
委員会委員一覧

委員長	鈴木 基文	東京大学大学院 医学系研究科 准教授
有識者	東 祐二	国立障害者リハビリテーションセンター研究所 障害工学研究部 部長
有識者	伊藤 健次	公立大学法人山梨県立大学 人間福祉学部 福祉コミュニティ学科 准教授
委員	森山 善弘	特別養護老人ホームフェローホームズ 施設長 全国老施協 老施協総研運営委員会 副委員長
委員	波瀾 幸敏	特別養護老人ホーム鷹栖さつき苑 施設長 全国老施協 介護保険事業等経営委員会 委員
委員	田中 淳	特別養護老人ホーム山翠苑 施設長 全国老施協 老施協総研運営委員会 幹事

「施設系サービスにおいて排泄に介護を要する利用者への支援にかかる手引き等の作成」
ワーキングチーム委員一覧

WT委員長	鈴木 基文	東京大学大学院 医学系研究科 准教授
有識者	陶山 啓子	愛媛大学大学院 医学系研究科 看護学専攻 地域健康システム看護学講座 教授
有識者	田中 知宏	株式会社浜銀総合研究所 地域戦略研究部 上席主任研究員
WT委員	古谷 忠之	特別養護老人ホームユートピア広沢 施設長 全国老施協 介護保険事業等経営委員会 特別養護老人ホーム部会 委員
WT委員	窪田 里美	特別養護老人ホームなかやま幸梅園 施設長 全国老施協 認知症ケア推進戦略本部 委員
WT委員	田中 淳	特別養護老人ホーム山翠苑 施設長 全国老施協 老施協総研運営委員会 幹事

無断複製・転載・引用を禁ず

施設系サービスにおいて
排泄に介護を要する利用者への支援にかかる手引き
【平成 30 年度介護報酬改定対応版】

平成 31 年 3 月

発 行 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
〒 102-0093
東京都千代田区平河町 2-7-1 塩崎ビル 7 階
TEL : 03-5211-7700 FAX : 03-5211-7705
E-mail : js.jimukyoku@roushikyo.or.jp
URL : <http://www.roushikyo.or.jp/>

Printed in Japan

