

排泄 リハビリテーション

理論と臨床

編 集

穴澤貞夫 東京慈恵会医科大学 医学部看護学科教授

後藤百万 名古屋大学大学院 医学系研究科泌尿器科学教授

高尾良彦 国際医療福祉大学 准教授・山王病院外科

本間之夫 東京大学大学院 医学系研究科泌尿器外科学教授

前田耕太郎 藤田保健衛生大学 医学部消化器外科教授

序

排泄とはいっていい何だろう。

あらゆる生物は、生命活動に必要なエネルギーと生体構造の再構築のための成分を獲得するために、外界から必要な物質を体内に取り入れている。そして、代謝という化学反応の結果生じた産物のうち、とりあえず不要なものを体外に排出（排泄）する。すなわち、排泄は生物が生き長らえるための最も根源的な機能の一つであり、生物が生きている証である。

排泄物と聞けば、すぐにわれわれの脳裏には便と尿のことが浮かぶが、代謝をより広義に解釈すれば、そのほかにさまざまな現象による産物が排泄物に該当してくる。呼気や汗、垢、脱毛、月経血から涙、鼻汁、喀痰、さらには創傷での滲出液までも含まれるであろう。しかし、ここまで排泄の解釈を広げると、分泌・滲出・漏出などとの境がわからなくなってくる。確かに排泄という生命現象は多様な広がりをもっているが、通念的に人間の主要な排泄といえば、排便と排尿のことを指し、本書で扱う排泄はその両者である。

ところで、排便・排尿とは便や尿を出す行為を指しているが、実際の日常生活のうえでわれわれは排泄行為と排泄物を切り離して考えることはできない。たとえば、同じ下着を濡らすという状況でも、汗をかいて濡らすのと失禁して便や尿で濡らすのを人は同列には捉えない。なぜなら人は便尿と汗を同じ扱いにしていないからである。われわれは便尿を「汚物」として扱っている。

人と便尿のかかわり合いを考えるとき、3つの出来事が思い浮かぶ。その第1は、便と尿の分流である。もともと便尿を同じ排泄孔から出していたわれわれの祖先は、やがて、排泄物を固体（便）と流体（尿）の経路を分流し、別々の排泄孔から排泄するように身体をつくりかえたのである。筆者はこれが、人が地上で生き抜き後の人間社会の大発展につながったと考える。第2は人が狩猟生活から農耕生活を営むようになったとき、便尿が作物の豊穣をもたらす魔法の力をもっていることを知ったことである。この便尿と人の共生はつい最近まで続いたが、19世紀以降の清潔衛生思想の普及によって、その共生社会は終焉を迎へ、便尿を健康を損ねる汚物と捉えるようになったのが第3の出来事である。そして、どうしたら便尿とかかわりをもたずに、できるだけ早く見えないところに遠ざけるかが、現在のわれわれと便尿に対する基本姿勢になっている。また、このことは、排泄に羞恥心を伴う複雑な感情を人に与えるに至っている。本来、正常な生命現象であるはずの排泄が、このような捉え方をされるのであるから、ましてや排泄障害を抱えた人の自らの障害に対する思いが複雑であろうことは想像に難くない。そして、このような排泄にかかる複雑な心理や感情が、排泄学や排泄障害学の進歩に何らかのブレーキになったことも否めない。

排泄障害は多様な原因でもたらされるが、従来いわれてきた各種泌尿器・大腸肛門疾患、手術後障害、先天異常などに加え、近年は加齢による排泄障害者が急増し、その診療需要は膨大なものになっていると推察されている。

本書は、このような診療需要に応えられる診療体制の構築を視野に、医師のみならず、排泄障害の医療にかかわるすべての医療者がそれぞれの立場で用いるために、かつ「排泄障害を診るだけでなく、排泄障害をもった人を診ることができる」成書となるよう編集を試みた。その編集にあたっては、従来別個に診療・研究が進んできた排尿障害と排便障害を排泄障害学として、可能な限り統合し体系化することを基本方針とした。しかし、排尿障害学と排便障害学の間には、それぞれ先行研究の集積や体系化のレベルに差があり、また統一化に不可欠な用語の問題にも考え方の違いがあるなどの難問が控えていた。そのため、基本的には排便・排尿に共通の基盤領域と、排便・排尿の個別領域を並列的に記述することによって、排泄障害全般を俯瞰でき、かつ個別の領域について理解しやすく、実用的な専門書になることを目指した。

2009年2月

編者を代表して 穴澤貞夫

Contents

序	.....	iii
執筆者一覧	.....	ix
第Ⅰ部 排泄とは何か	.....	1
排泄とは何か？	2	
排泄障害の疫学	9	
排尿	9	
排便	15	
排泄の心理学	18	
第Ⅱ部 解剖と生理	.....	27
解剖	.....	28
下部尿路の解剖	.....	28
膀胱	28	
膀胱頸部(内尿道口)	30	
尿道	31	
消化管の解剖	.....	33
小腸	34	
大腸	35	
肛門	36	
骨盤底の解剖	.....	37
男性と女性の骨盤の相違	37	
骨盤底	38	
骨盤底の筋群と内骨盤筋膜	39	
骨盤筋膜腱弓	40	
臓側筋膜	40	
骨盤の開口部	41	
女性の骨盤底	43	
肛門拳筋神経	45	
生理(メカニズム)	.....	46
排尿機能の生理	.....	46
1日の尿量	46	
排尿のリズムと加齢	47	
飲水量と尿量の関係	47	
尿排出・蓄尿のメカニズム	48	
排便の生理	.....	51

腸管運動 51	
便のでき方と性状 51	
ガスのでき方・成分・臭い 51	
直腸肛門部の排便機構 55	
便の禁制のメカニズム 56	
排便のメカニズム 58	
排便機能の性差, 年齢差 60	
第III部 排泄リハビリテーション 63	
 排泄障害の種類と特徴 64	
排尿機能障害 64	
排尿とその障害に関する用語 64	
排尿機能障害(下部尿路機能障害)と下部尿路症状 66	
尿排出障害 67	
排出障害に伴うLUTS 67	
排出障害の病態と発生機序 68	
蓄尿障害 71	
蓄尿障害と蓄尿症状 71	
蓄尿障害の発生機序 72	
排便機能障害 76	
排便とその障害に関する用語 76	
便秘(排便困難) 77	
下痢 77	
便失禁 84	
 排泄障害の原因疾患 88	
 排尿障害をきたす疾患 88	
中枢神経疾患 88	
脳卒中 88	
パーキンソン病 90	
認知症 92	
多発性硬化症 94	
末梢神経疾患 96	
過活動膀胱 100	
下部尿路閉塞性疾患 104	
前立腺肥大症 104	
膀胱頸部狭窄 108	
尿道狭窄 109	

骨盤底弛緩・尿道括約筋障害	111
腹圧性尿失禁	111
骨盤臓器脱	114
炎症性疾患	116
膀胱炎	116
尿道炎	117
前立腺炎	118
間質性膀胱炎	120
医原性疾患	124
下部尿路症状をきたす尿路外疾患	126
薬剤性排尿障害	130
排便障害をきたす疾患	135
器質的疾患	135
大腸癌	135
術後排便機能障害	137
痔疾患	138
機能的疾患	140
直腸瘤	140
直腸脱	142
閉塞性排便障害	146
小腸瘤とS状結腸瘤	148
大腸原発性便秘	149
過敏性腸症候群	154
整形外科疾患	158
炎症性腸疾患	160
潰瘍性大腸炎	160
クローン病	163
骨盤底弛緩による疾患・病態	167
排便障害の原因となる全身的疾患	173
糖尿病	173
腎不全	174
神経疾患	175
薬剤性排便疾患	176
術後障害	181
ウロストーマ	181
直腸肛門手術後・産後、消化器ストーマ	186
排泄障害のアセスメント	192
排泄機能アセスメントの原理	192

排尿機能のアセスメント	197
アセスメントの考え方、進め方	197
自覚症状評価と質問票	204
QOL評価と質問票	210
排尿日誌	214
尿検査と残尿測定	218
専門医による下部尿路機能評価	220
排便機能のアセスメント	225
排便のアセスメント	225
検査と手順、理学的検査	231
注腸、内視鏡	233
CT、CTコロノグラフィー	235
排便造影	236
その他の造影検査	238
シンチグラフィー検査	240
直腸肛門内圧検査	242
経肛門的超音波検査	244
腸管運動検査	247
カテテル排出検査	249
QOL調査	250
心理検査	254
排泄障害の治療・ケア	264
排泄障害の治療・ケアの共通原理	264
トイレ環境・住宅環境	264
排泄姿勢と排泄介助	271
排泄自立支援	274
おむつによる排泄ケア	279
排泄補助器具	287
スキンケア	292
臭いの対策	301
理学療法(骨盤底筋群体操・バイオフィードバック)	303
原理	303
排尿機能障害	307
排便機能障害	310
排尿障害の治療・ケア	313
排尿ケアの基本	313
排尿ケアの方法	315
清潔間欠導尿管理	315

尿道留置カテーテルによる排尿管理	317
膀胱訓練と排尿誘導	319
薬物療法概論	320
外科的治療概論	326
排尿障害の症状からみた治療・ケア	329
尿排出症状	329
蓄尿症状	333
排便障害の治療・ケア	340
排便ケアの基本	340
排便ケアの方法	342
薬物療法概論	346
外科的治療概論	350
排便障害の症状からみた治療・ケア	353
便秘(排便困難)	353
下痢	354
便失禁	357
疾患別の排泄障害のケア	363
脳血管障害, パーキンソン病	363
二分脊椎症	365
脊髄損傷	368
糖尿病	370
認知症, ADL障害	372
ストーマにおける排泄ケア	375
ストーマリハビリテーション概説	375
ストーマ共通概論	375
ウロストーマのケアの実際	389
消化器ストーマのケアの実際	391
排泄障害者に対する心理学的アプローチ	394
 第IV部 よりよい医療をうけるために	401
排泄障害と医療社会福祉環境	402
排泄障害の医療経済	408
 関連学会	412
略語一覧	413
索引	416

炎症性疾患

膀胱炎

■ 疾患概念

膀胱炎は、何らかの病原体や刺激が膀胱の上皮を傷害したことに対して起きる膀胱の炎症反応で、膿尿や細菌尿を認める。

■ 病因

膀胱炎には急性膀胱炎と慢性膀胱炎がある。急性膀胱炎は、成人女性に多い下部尿路感染症で、全女性の約50%が一生のうちに少なくとも1度は経験するとされるが、尿路の解剖学的異常や機械的異常のない若年男性に起こることはきわめてまれである。ほとんどが腸管に常在する好気性グラム陰性桿菌の感染によるもので、性交、殺精子剤の使用、女性ホルモンの低下、尿失禁、便失禁などがリスクファクターとなる。慢性膀胱炎は、結核性膀胱炎、放射線性膀胱炎、薬剤性膀胱炎などであり、原因となる薬剤としては、シクロホスファミドやトランニラストが知られている。最近になり間質性膀胱炎も多く存在することが気づかれている。間質性膀胱炎については別項で述べる。

また膀胱炎には単純性と複雑性がある。若年女性の急性単純性膀胱炎では大腸菌(*Escherichia coli*)が原因菌の75~90%を占め、逆行性感染による。皮膚の常在菌である*Staphylococcus saprophyticus*も10~20%で2番目に多い。他の腸内細菌である*Proteus mirabilis*, *Klebsiella*および*Enterococcus faecalis*も病原菌となりうる。複雑性とは下部尿路閉塞、神経因性膀胱、尿道カテーテルが長期留置されている症例にみられる膀胱炎で、原因菌は*E.coli*のほか緑膿菌(*Pseudomonas aeruginosa*)、インドール陽性プロテウス、*Enterobacter*などがあり、急性単純性膀胱炎とは原因菌が異なる¹⁾。

■ 症状

急性膀胱炎は頻尿、排尿痛、膿尿を3大症状とする。排尿痛は排尿終末時痛であることが多く、蓄尿時には症状はほとんどない。

ほかに恥骨上部痛、尿の悪臭、尿意切迫感、切迫性尿失禁、残尿感、下腹部不快感などがある。膀胱炎は膀胱粘膜の表在性の感染症であるため、腎孟腎炎を合併していない限り発熱、悪寒戦慄などの全身症状はない。

■ 診断

急性膀胱炎では中間尿を遠心分離した尿沈渣で白血球(WBC) >5 / HPF、尿培養でコロニー数 $\geq 10^5$ / mLを認める。膿尿は感受性95%、特異性70%で、細菌尿は感受性40~70%、特異性85~95%とされる²⁾。顕微鏡的血尿や排尿終末時の血尿を伴うこともある。

皮膚、尿道、腔などからの雑菌混入による尿沈渣や尿培養の偽陽性を防ぐため、採尿は恥骨上膀胱穿刺による吸入やカテーテルによる導尿が望ましいが、できない場合には中間尿を採取すべきで、女性の採尿には特に注意する必要がある。

慢性膀胱炎である結核性膀胱炎(図17)では無菌性膿尿を呈し、尿中結核菌培養やPCR法で診断される。膀胱生検では肉芽腫性病変を認め(図18)、膀胱癌や間質性膀胱炎との鑑別にも有用である。

鑑別を要する疾患としては、膀胱癌、膀胱結石、尿道炎、膣前庭炎などがある。

■ 治療

急性単純性膀胱炎は自然治癒傾向がある。1週間程度の抗菌薬または抗生素質投与で治癒し、約90%の女性は治療開始後72時間以内に症状は消失するとされる。しかし最近、常用される抗菌薬に耐性のある*E.coli*が増えており、静菌されても完全には治癒しておらず数週間後に再燃する症例があるため、治療後の尿沈渣の確認や初診時の

尿培養を行っておいたほうがよい。

複雑性膀胱炎は残尿の存在、カテーテルからの持続感染、膀胱粘膜の細菌接着に対する防御機能の低下などから治癒しにくい。特に尿道カテーテル長期留置例では全身症状がない限り、菌交代現象を起こすため抗生素質の長期投与は行わない。

尿道炎

疾患概念

尿道炎は、何らかの病原体が起こす男性の下部尿路感染症で、膿尿を認める。

病因

男性の下部尿路感染症で、成人ではそのほとんどが性感染症(STD)である。STDとしての尿道炎は、淋菌(*Neisseria gonorrhoeae*)感染による淋菌性尿道炎(GU)と非淋菌性尿道炎(NGU)とに分類される。NGUは男性の尿道炎の約70%を占め、このうちの30~40%がクラミジア(*Chlamydia trachomatis*)感染によるクラミジア性尿道炎である。それ以外はウレアプラズマ(*Ureaplasma urealiticum*)、マイコプラズマ(*Mycoplasma hominis*, *M.genitalium*)、トリコモナス(*Trichomonas vaginalis*)などが原因微生物と考えられているが、不明な場合も多い³⁾。

■ 症状

1. 淋菌性尿道炎

感染後2~7日間の潜伏期間の後、排尿痛、尿道分泌物(多量、黄白色、膿性)を生じる。排尿痛は、激しいことが多い。軽度の頻尿を伴うこともあるが主症状ではない。

治療が遅れ炎症が長期化すると後日、前部尿道狭窄となり尿流低下、尿線散乱などの排尿障害をきたすことがある。

2. クラミジア性尿道炎

感染後1~3週間の潜伏期間の後、排尿痛、尿道分泌物(少量~中等量、透明~白色、漿液性~粘液性)を生じる。排尿痛は軽く、痒みや違和感として訴えることが多い。頻尿を伴うことは少ない。

■ 診断

1. 淋菌性尿道炎

初尿沈渣中に多数の白血球を認める。分泌物や尿沈渣の塗抹標本のグラム染色により白血球細胞内にグラム陰性双球菌を認めるが、偽陰性や偽陽性があり確定診断にはならない。尿培養で淋菌が検出されれば確定診断となる。淋菌感染症には抗体検出法ではなく、DNAプローブ法(核酸検出法)、ポリメラーゼ連鎖反応(PCR)法(核酸増幅法)で淋菌を検出すれば正診率はほぼ100%である。ただし中間尿が採取されて、尿検体に初尿が含まれ

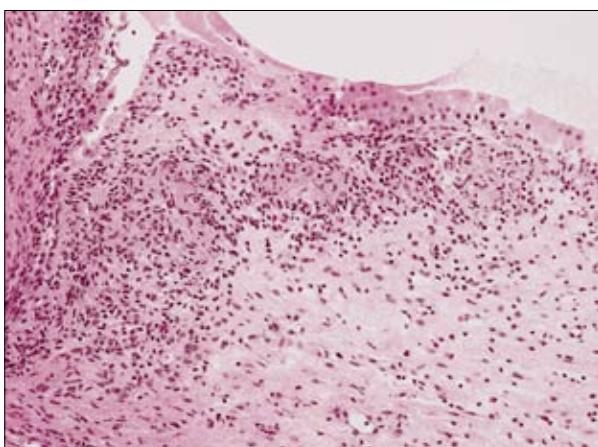


図17 膀胱結核の組織像

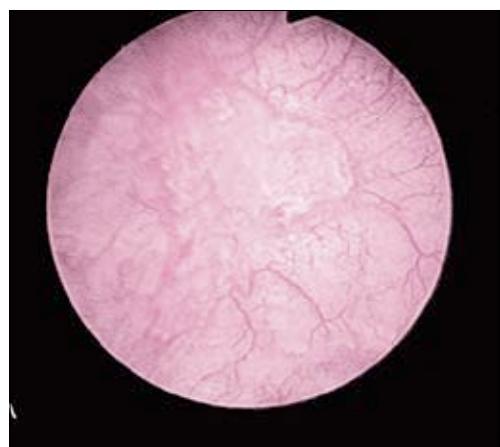


図18 膀胱結核の膀胱鏡所見

ない場合には検出率が下がるほか、治療開始後には菌量低下により検出結果が偽陰性となり得るため、淋菌検出は初診時治療前に行う。

淋菌性尿道炎にはクラミジア尿道炎を20~30%で合併する。保険診療上の問題はあるが、淋菌と同時にPCR法によるクラミジア検査も実施することが望ましい⁴⁾。

2. クラミジア尿道炎

初尿沈渣中に白血球を認める。尿道スワブによる検体を用いて行うモノクローナル抗体によるmicro track法やDNAプローブ法のほか、初尿を検体として酵素免疫測定法(EIA)が広く用いられる。PCR法などによって感度、特異性ともに高くなつたが偽陰性もゼロではない。

■ 治療

STDによる尿道炎では、治癒するまで性交を禁止することと、パートナーも同時に治療することが重要である。

1. 淋菌性尿道炎

スペクチノマイシン塩酸塩水和物(SPCM:トロビシン[®])筋注2.0gやセフトリニアキソンナトリウム水和物(CTRX:ロセフィン[®])静注1.0gの単回投与、またはセフェム系抗生物質であるセフィキシム(CFIX:セフスパン[®])経口100mg2回/日×3日間投与などを行う。服薬順守できない可能性があれば、単回投与法を選択する。

治癒判定には自覚症状の消失にはよらず、淋菌検出の陰性化による必要があり、淋菌の潜伏期間である7日以上の休薬期間をおいた後、淋菌検出を行う。

2. クラミジア尿道炎

マクロライド系薬またはニューキノロン系薬のうち、抗菌力のあるもの、あるいはテトラサイクリン薬を7日間投与する⁵⁾。マクロライド系薬のアジスロマイシン水和物(AZM:ジスロマック[®])は経口1,000mg×1/日の単回投与で治療可能という利点がある。

治癒判定は、投薬開始2週間後のEIA法かPCR法によって行う。血清抗体検査は感染の既往を表すため治癒判定はできない。

前立腺炎

■ 疾患概念

最近ではNIHの分類が用いられる⁶⁾。従来の分類と大きく異なる点は、Category IIIの慢性骨盤痛症候群(CPPS)とCategory IVの無症候性炎症性前立腺炎(AIP)である(表9)。

1. Category I

細菌感染による前立腺の急性炎症で、膿尿を認める。従来の分類の急性細菌性前立腺炎。

2. Category II

表9 前立腺炎症候群の分類

従来の分類	NIHの分類	定義
急性細菌性前立腺炎	Category I	前立腺の急性感染症
慢性細菌性前立腺炎	Category II	前立腺の慢性感染症
	Category III (慢性骨盤痛症候群; CPPS)	前立腺に限局した起炎菌を通常の方法では検出できない慢性尿路性器痛
非細菌性前立腺炎	Category IIIA (炎症性CPPS)	前立腺マッサージ後の前立腺液(EPS), 尿(VB3), 精液中に有意な数のWBCを認める
前立腺症	Category IIIB (非炎症性CPPS)	前立腺マッサージ後の前立腺液(EPS), 尿(VB3), 精液中に有意な数のWBCを認めない
	Category IV (無症候性炎症性前立腺炎; AIP)	前立腺マッサージ後の前立腺液(EPS), 尿(VB3), 精液, または前立腺組織中にWBC(and/or細菌)を認める

排泄障害のアセスメント

排尿機能のアセスメント

アセスメントの考え方、進め方

アセスメントとは、現状の排尿の情報を意味づけ、情報間の関連性や因果関係を考えるという分析や解釈をする思考過程を経て、査定したり予測を立てたりすることである。

われわれがアセスメントの対象とする、排尿障害を問題に感じた患者自身も、スムーズに排尿できないことや尿が漏れるという体験を積み重ねて症状を認識し、その情報の解釈を行っている。しかし排尿は、毎日の生活のなかで何度も繰り返し行われ、水分摂取量や活動量の影響を受けるために日によってその症状や回数、量は異なる。また、プライベートな事柄であるため、自らが正常であるのかの判断は難しく、異常に気づかないこともある。すなわち、排尿状態の正常と異常の判別は個人の判断に任せられているため、患者の排尿障害の訴えがすべて病的な状態とは限らない。

そこで最初は、専門家としての視点で、主訴と客観的な情報（排尿日誌や質問票や検査など）をもとに、排尿状態や生活状況を評価して、排尿の問題が起こっている原因を探ることが必要である。

アセスメントの考え方

排尿障害のアセスメントの目的は、①病態や医学的診断の追究、②排尿障害の原因の特定、③排尿障害による生活・精神状態への影響や生活の質（QOL）の脅かし、などを並行して明らかにすることである。

このように、排尿障害による問題を査定し、排尿障害の原因を局所的に分析するだけではなく、

排尿障害による生活全体への支障を統合的にとらえると、その後の治療・ケアの方向性や優先順位を判断することができる。

□ 病態を予測し医学的診断を

■ 導くためのアセスメント

排尿障害の病態や症状を確定するためには、的確な情報を得ることが必要である。的確な情報とは、本人の主訴を十分に聴き、そこから得られた情報が、正常な範囲であるか逸脱した状態であるかを判別したものである。患者が訴えた症状やその他の排尿障害の症状を問診や質問票を用いて聴取し、さらに客観的データとして、排尿日誌や尿流測定・残尿測定・尿検査などの検査を組み合わせて診断していく。この情報から、正常と異常の区別、蓄尿と排出の障害の有無の判別を行う。

□ 排尿障害の原因を特定するための

■ アセスメント

排尿障害の原因を特定するためには、幅広い視点でアセスメントを開始することが必要である。たとえば、尿失禁の原因は、下部尿路の機能障害に限らず、尿意の知覚、トイレへの移動、衣類の着脱、排尿や立位の姿勢保持、排尿後の後始末、という一連の動作が必要となる。尿失禁のタイプ分類に固執すると、先天性奇形による尿道外尿失禁や骨盤内手術後の瘻孔、こころの問題など、他の要因で発症している原因を見逃してしまう。そして、尿失禁や頻尿、排尿障害といった症状には、その原因が排尿障害の病態に起因するとは限らず、水分摂取や嗜好品などの生活習慣や、家屋構

造やトイレの環境によることもあるために、これらの原因についてもアセスメントが必要である。このように、排尿症状の原因は単独であるとは限らず、複合的な要因が重なって発症することも少なくない。

□ 排尿障害による生活・精神状態への影響やQOLのアセスメント

排尿障害をもつ人を全体的にとらえて、アセスメントを進めることが必要となる。

1.QOL(生活の質・満足感)

排尿障害による生活への影響は、仕事や社会参加を断念すること、障害を隠すために人間関係がぎこちなくなること、症状に対する嫌悪感からうつや不安になること、睡眠や性生活への支障などがある。このため、個々の生活者が直面している問題を把握する。この情報はケアの目標を具体的に設定するときにも役立つ。

2.排尿障害の受け止め方

排尿障害の受け止め方は、性格や年齢や生活スタイルによっても異なるため、どのように症状をとらえているか、とらえ方によりストレスが強い状況であるかを把握する。

3.対処の方法と対処能力

排尿障害に対する対処方法は、本人の価値観や信念、文化をも反映している。対処の方法には、排尿障害そのものを治療するための対処方略と、感情や気分を安定させるための対処方略がある。治療に向かう対処と、感情の安寧を図る工夫は、バランスよく取り入れられるとよいが、対処の方法が偏っている場合には、患者の考え方や情報を利用する能力、気分転換や気持ちの切り替えを上手に行えるかという個人の対処能力により生活への影響は異なる。

今までの対処の経過を知ることも必要であるたとえば、失禁を恐れるあまり外出を控えるようになり、動くと漏れる経験から身体活動を制限し、体重が増加します漏れが増えたといった悪循環の根源を探っていくことができるからである。医療的な立場からは、長期的に見ると好ましくない対処方法、たとえば漏れを恐れて外出時に極端な水分制限をすることなどは、その後の健康

教育を行う情報となる。

4.患者と介護者の生活

高齢者の要介護者と介護者では、訴えや希望が一致しているとは限らない。それぞれの立場での希望を確認し、調整することも必要となる。どのような立場から、“誰がどのような問題を感じているか”という視点で認識された問題を整理する。

5.社会資源の活用

要介護者も介護者も地域での生活者であり、介護負担の軽減が図れている状況であるか、社会資源の活用状況や介護保険の利用状況を併せて確認する。

患者と目標を共有する

次に患者や家族のニーズと目標を念頭に、排尿障害の主訴の症状や排尿状態を確認しながら、排尿障害の治療やケアの方向性を検討するアセスメントを行う。患者や家族が、どのようなゴールを期待しているか、そのために現状をどのように自己評価しているかを明らかにし、患者自身が現状を正しく認識して自己決定していくプロセスを支えることが必要である。専門職からの知識やエビデンスのある情報提供により、患者が希望するイメージが具体的な目標として設定できる。医療者からの一方的な目標ではなく、患者自らが思い描く目標を掲げることで、治療やセルフケアに積極的に取り組む意欲につながる。

排尿障害の治療やケアの方向性とは、大きく分けると以下の3方向があり、どれかに向かう。

- ①生活習慣の見直しにより予防が可能であるか？
- ②疾患としての治療が可能であるか？
- ③治療をしても障害が完全に治癒しない場合には、社会生活に支障をきたさない用具を用いて社会復帰を図るが、その状況を認めて適応できるか？(social continence)

治療やケアの最終的なゴールは排尿がコントロールできた状態、すなわち禁制(continence)を目指しているが、現状の排尿障害の程度と患者と家族の希望から具体的な目標を設定していく。

表6 問診や症状質問票を活用して確認する内容

問診項目	具体的な内容
排尿状態	<ul style="list-style-type: none"> ● 1日の排尿回数と排尿量 ● 1回の排尿量 ● 排尿間隔 ● 尿意の有無 ● 排尿までの時間 ● 排尿開始から終了までの時間、排尿量 ● 排尿の勢い（尿勢） ● 排尿姿勢（立位・坐位・臥床） ● 腹圧排尿の有無
排尿障害の発症と程度	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害が発症した時期と経過（一時的なものか、継続していたか） ● 頻度（毎日、1週間に数回、1か月に数回、1年に数回） ● 重症度（1回の失禁量が多い、排出困難では1回排尿量が少ない） ● パッドの使用状況、使用枚数 ● 病識：失禁や治療に関する知識と症状の受け止め方 ● 尿意切迫感の有無 ● 動作・排出困難の有無と程度 ● 女性は骨盤臓器脱、下垂感、排出困難、排尿痛、血尿、などの症状の有無
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ● 骨盤内臓器の手術の有無と術式 ● 骨盤内臓器の癌の有無と放射線療法、化学療法の有無 ● 神経因性膀胱に関連する合併症（糖尿病・脊髄損傷・脳神経系疾患など） ● 精神科疾患の有無と服薬状況 ● 認知症の有無と程度 ● 服薬の有無と服薬の種類 ● 薬剤歴（尿失禁の状態に影響を与える危険性のある薬剤）：利尿薬、抗コリン薬、抗精神薬、カルシウム拮抗薬、交感神経刺激薬、交感神経遮断薬、など ● 失禁や排尿障害に対する治療の有無と治療内容、受けたケアの内容
ハイリスク要因	<ul style="list-style-type: none"> ● 身長・体重・BMI・体重増加 ● 骨盤底の脆弱化 ● 分娩・出産歴、月経、更年期障害 ● 尿路感染 ● 理解力 ● 日常生活動作（ADL） ● 飲水量・食事量の過剰摂取 ● アルコールの摂取状況 ● 排便機能、便失禁、便秘
200 生活環境と介護力	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族構成とキーパーソン ● 家族の介護力（時間・体力・認知判断力など） ● 家族の介護負担感の有無と程度 ● 住宅環境：寝室、トイレ、生活場所の利便性、手すりや補助具の活用状況、利用に対する思い
社会資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護支援の申請状況とケア利用状況 ● 住環境の改造費 ● おむつ使用費控除の申請
社会参加への影響	<ul style="list-style-type: none"> ● 趣味や生きがいのための活動への参加状況 ● 買い物や用事の外出の頻度 ● 社会参加に対する感情（楽しみ・不安） ● トイレの場所がわからない初めての場所に出かけることへの不安の強さ
他者との関係性	<ul style="list-style-type: none"> ● 失禁や排尿障害により、人との付き合いが億劫になった ● 他人と接するときに、においやコントロール不良による失敗を恐れている ● 人と接する機会を減らしている
生活の満足感	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康感の喪失 ● 自尊感情の低下 ● 性交渉への障害 ● 睡眠への影響 ● 服装が自由に選べない ● 気分の落ち込み ● 心配や不安

排泄リハビリテーション—理論と臨床

2009年3月10日 初版第1刷発行

2009年9月15日 第2刷発行

2013年9月10日 第3刷発行

編 集 あなざわさだ お 穴澤貞夫・ごとうももかず 後藤百万・たかお よしひこ
ほんま ゆきお まえだこうたろう
本間之夫・前田耕太郎

発行者 平田 直

発行所 株式会社 中山書店

〒 113-8666 東京都文京区白山 1-25-14

電話 03-3813-1100 (代表)

振替 00130-5-196565

<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

DTP 株式会社 明昌堂

印刷・製本 株式会社 図書印刷

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd. Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73093-6

・本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権（送信可能化権を含む）
は株式会社中山書店が保有します。

・**JCOPY** <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構（電
話03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾
を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行
為は、著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）
を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使
用には該当せず違法です。また私的使用のためにあっても、代行業者
等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うこと
は違法です。

9784521730936

1923047088000

ISBN978-4-521-73093-6

C3047 ¥8800E

定価(本体8,800円+税)