北九州病院方式排泄管理マニュアル

目的：　医療・介護を専門とする医療法人北九州病院は療養型医療施設として、患者の人権「排泄権」を尊重し、心身ともによりよい療養と社会復帰につながる排泄介護を行うために以下の取り組みを行う。

対象と方法：　各グループ病院・施設の実情を勘案しつつ、北九州病院方式排泄管理指針に基づいて、排泄機能の実態を正しく把握し、合理的な看護・介護に努める。（１）各病院施設の排泄管理を担当する責任者を選任する。（２）定期的に北九州病院本部における排泄管理責任者会議を開催し、共通した質の高い排泄管理を目指す。

１．急性期治療・重症者・ショートステイ（ただし排尿管理・膀胱機能評価目的以外）などを除く新入院患者で、何らかの排泄障害を持ち排泄用品を使用している場合を取組対象とする。

入院数週間以内の早期に排尿アセスメントとして、

（１）カテーテル留置・オムツ使用者については一日間のオムツチェックを、

（２）排尿しているが排尿障害（頻尿・尿失禁）を疑わせる患者については、

a. 1 日間連続の排尿記録およびオムツチェックによる排尿日誌をつけ、北九州病院本部「排泄管理システムラン」を通して排泄管理指導室室長（以下、室長と略す）に報告する。

b. 室長は、患者情報の解析評価、担当者との質疑応答を介して排泄管理方針を決定する。

c. 排泄管理方針をシステムランを通して各責任者にフィードバックする。

d. 責任者および担当者は排泄介護チーム全てに管理方針を確認せしめる。

e 取り組みの 1 ヶ月以内に、システムランを通して室長に結果報告する。

（３）排尿が自立していると判断できる場合は機能評価を省略できる。可能であれば取り組みは新患に限るものではない。

（４）特殊な事情（ICU 管理、短期入院、終末期、短期転院後の帰院、二週間以内の退院予定、院内転棟、その他主治医が認めない事例）ある場合は「対象外」とする。

２．オムツチェック表、排尿記録表の記載のしかた

（１）原則として 24 時間連続 1 日間、1 時間毎のオムツ濡れチェック（濡れていたら重量を計る。濡れていた場合のみ直後の残尿を一日 3 回以上測定する）。残尿があればその量を、なければ 0 と記入する。残尿測定していなければ何も記入しない。オムツチェックは必ず 1 時間毎の定時に行い、一度でも抜けた場合や虚偽の記載があれば取り組み自体が脱落扱いになる。

（２）オムツチェックは介護士が、残尿測定は看護師が実施し、それぞれ実施者のサインを付記する。開始日の７時に（それまでに濡れていた量は記載しないで）新しいオムツに交換し、8 時のチェック時点で濡れていたら 8：00 欄に重さ（量）を記載する（オムツチェックは７時、8 時、9 時など定時刻を原則とし 8 時に測定した量は、8 時の欄に記載する。９時にチェックした量「8 時から 9 時迄の量」は 9 時欄に記載する）　何らかの理由で 8 時測定が少し遅れた場合はやむなく 8 時欄に記載するが、遅れないように努力する（定時を 10 分以上遅れるとその時間帯の残尿が正確でなく、多めになるからである）。濡れていなければ何も記入しない。

（３）排尿記録は、定時刻下の空欄に排尿した時刻を、残尿測定したら量を同じ行に記載する。排尿がなければ勿論何も記入しない（ゼロ、０とも記入しない）。毎回残尿量は「ゆりりん」で 3 回測定した平均値を採用する。平均残尿量は 1 日 3 回以上測定した残尿量の平均値とする。

（４）実情把握のため、疑問や説明の情報を出来るだけ具体的に付記する。オムツチェック（排尿記録も）は７時までチェックし、濡れていれば必ず残尿量も測定して 7：00 欄（行）に追記する。７時に濡れていなければ「ゆりりん」で測定した尿量を残尿列の次の列で、7：00 欄（行）に記入する（完全な夜間尿量と一日尿量を把握するためである）。

（５）尿意の訴えが無く排尿誘導している場合、トイレで排尿促しても出なかった場合（排尿量０ml）の膀胱容量は残尿量ではない。排尿したいと訴えたとき排尿誘導しても排尿が見られなかったときの膀胱容量は残尿量と判断してよい。健常者では尿意が無くても排尿できるが、膀胱障害のある場合や重篤な認知症Ⅲ、Ⅳ、Ⅴの場合は、こちらの都合で（所謂、排尿誘導と称して）排尿を促しても、排尿できない（空振り）ことは普段に見られるからである。

（６）排尿とオムツ濡れの両方が併存或いは混在する場合は回数の多いほうに、同じ場合はオムツ濡れ量の欄に移動、統一して記載する。排尿した量もオムツ濡れ量も膀胱から出た量「排尿量」とみなし平均排尿量を算出するためである。

３．完了した排尿記録管理表は委員が、必要事項の記載漏れが無いか確認して提出する。

４．室長は取組方針を記した「管理者コメント」、疑問・質問があれば「質疑応答」を可及的速やかにシステムランで返し、現場と情報を共有する。

５．病棟では、提案に沿って排泄介護を実施し、一ヶ月目以内の結果を院内ランで報告する。

６．排尿日誌原本とシステムラン評価表は印刷してカルテに添付・保存する。

７．排尿管理法の区分（排泄用品による尿失禁の重症度分類）

① 排尿自立（パンツの代わりに使う紙パンツは排尿自立①とみなす）

② 紙パンツ（用心のため、極少量の漏れ対処）

③ パッド（移動できる人で少量の失禁やオムツ程でない場合、パンツや紙パンツと一緒に使う場合、パンツや紙パンツではなくパッドと評価する）

④ 夜のみオムツ（昼間はオムツ以外どのような対応であっても、夜オムツであれば夜のみオムツとする）

⑤ 昼夜オムツ（多量の失禁、ベッド臥床で昼夜使う場合。パッドと併用してもパッドではなくオムツと評価します）

⑥ 男性集尿器（コンドームタイプ、尿瓶タイプ、傘袋、スカットクリン受尿器〈しっかり TOREZO〉など）

⑦ 間欠導尿（自己導尿・介助者による導尿）

⑧ 留置カテーテル（尿道留置・膀胱瘻）

８．水分の与え方

水が自分で飲める人には自由に飲んでもらうが、強制してはいけない。飲めない人には、咽が渇いたり、飲みたいときに要求があれば与える。食事以外には 500ml から 1000ml 程度が目安。以下の理由で水分投与が強制されることが、多尿・頻尿・失禁、オムツが外せない元凶である。

（１）脳梗塞予防のため？：脳梗塞の原因は心臓疾患、血液疾患、糖尿病、高脂血症、高コレステロール血症、アテローム血栓動脈硬化、血圧低下による脳血流の低下・途絶が原因です。「血液ドロドロ」は水分不足では起こらず、多飲しても「血液サラサラ」にはならず尿に出てくるだけ。血管内の「脱水」は普通の生活環境では起こらない。せいぜい、咽が渇く、咽がカラカラ、皮膚がカサカサ、涙が涸れる、尿が少なく濃縮するだけ。脳梗塞の再発は、血圧低下や他の原因で誘発される脳血流途絶が原因である。

（２）尿路感染を予防・治療するため？：水分を多く摂れば濃縮尿も混濁尿（感染）も薄まってきれいに見えるだけで、細菌が死滅するわけではない。インクを水で薄めたようなもの、再び尿が濃縮すると細菌も増殖して混濁する。尿の感染は抗生物質で治すのが治療だが、膀胱機能障害で残尿がある慢性膀胱炎は根治が困難。女性の 7 割～8 割はオムツから感染して慢性膀胱炎になっている。

（３）便をやわらかくして便秘を治すため？：便秘は我慢（排便反射の抑制）、副交感神経抑制薬（頻尿・尿失禁治療薬、胃潰瘍治療薬ほか）や麻痺による結腸の蠕動運動・直腸の収縮力が失われるのが原因、水分不足が原因ではない。ドロドロの消化物は結腸を通過するうちに次第に水分を吸

い取られて便塊になってゆくが、飲んだ水が便に浸み込んでふっくら軟らかくする訳ではない。排便があるのは健康人でも 1 日 3 回から 3 日に 1 度までばらつきがあるといわれる。下行結腸、S 状結腸では次第に柔らかい便の塊となって直腸から排便される。少々水を飲んでも下痢にならないのは、飲んだ水の殆どが胃腸から吸収されて一旦血中に入り、体の水不足の組織に行き渡り、余った分は尿として捨てられるからである。多量に飲水すれば、多尿、頻尿、尿失禁で困るのが深刻である。硬い便は下行結腸・直腸の動きが悪く長く停滞する間に水分が吸い取られるからで、下痢する人は胃腸の病的な蠕動過剰が原因。脳卒中・脊髄損傷など膀胱直腸麻痺がある人の場合２～３日排便がないのは極普通の道理、毎日排便させようと下剤や浣腸で無理することはない。浣腸は直腸診で直腸内に便があるかどうか確かめてからにすること。肛門の括約筋麻痺が弛緩性であれば膀胱も直腸も弛緩性で摘便が有効、痙攣性麻痺では座薬や浣腸が有効。便秘対策は、（１）排便を我慢しない、（２）起座、歩行や運動、（３）腸管の蠕動を高める薬剤や運動、（４）腹部を「のの字」にマッサージ、（５）繊維性の日本食がお勧め

９．北九州病院方式オムツ外しスコアに基づいた排泄介護の取り組み方の原則

膀胱機能・認知能力（尿意伝達力）・身体能力（トイレ移動・排泄姿勢）に応じた患者対応を行う。排泄移動時は転倒・骨折の危険性が高いので注意。

１）認知能力（尿意が伝えられるか）

ナースコールが押せる

離床センサーの活用

２～３時間毎の声かけ

ただし、膀胱機能も認知力も正常なのに、遠慮、絶望、うつ状態・介護拒否で伝えない人もいるので、認知症と決めつけてはならない。

２）身体能力（排泄動作・姿勢・移動ができるか）

下着、排泄用品の使い勝手を検討する

ベッド上座位で尿器をあてがう（膀胱機能正常の場合）

ベッド上側臥位で尿器をあてがう

ポータブルトイレ誘導

トイレへの誘導

膀胱機能に応じた排尿介助・対処（治療）法

男女ともに陰毛が多すぎる場合は不衛生なのでカット・刈毛する。

１日尿量は 1,000ml 程度を目安に考える。

尿量・尿の濃いさ（着色・比重）で推測できる

神経因性膀胱（膀胱機能低下）あるときは時間がかかる（出にくい・終わるまで暇がいる)、空振りがあることを認識する。

１）膀胱機能正常（自立できる、紙パンツ・パッド程度）

認知症への対応：2～3 時間間隔の声かけ・排尿誘導、離床センサー

身体不自由への対応：ナースコール、排尿誘導

２）膀胱機能正常で多尿（2500ml 以上の場合）の場合

水分制限して 1,200ml 以下にする、

糖尿病・心不全・高血圧・腎不全・尿崩症・利尿剤は治療の要否を検討する。

３）過活動膀胱（平均排尿量 100ml 以下、排尿回数８回以上、残尿率 30%未満）の場合

抗コリン薬内服　（緑内障には禁忌）

ただし１～２週以内に残尿量（残尿率）の増加がないことを確認する。

４）低活動膀胱（偽の過活動膀胱）：平均排尿量 100ml 以下、残尿率 30%以上で神経因性膀胱の場合、対応が難しい

５）尿閉状態（溢流性尿失禁を伴う。平均排尿量 100ml 以下、残尿率 70%以上）

間欠導尿１日２～４回

６）男性の収尿対策

自己管理できれば手持ちの男性用尿瓶・受尿器（スカットクリーン）

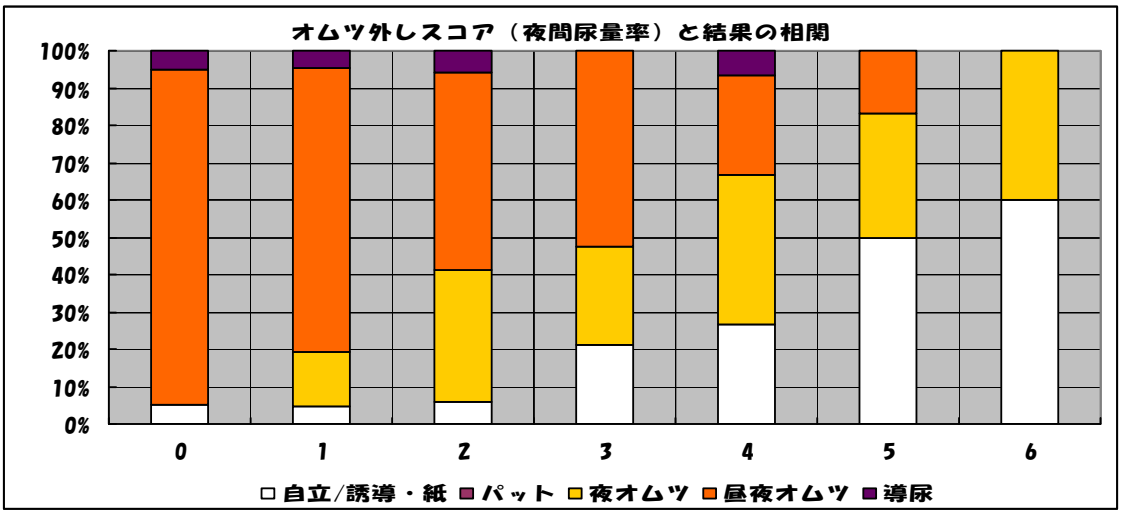
仰臥位寝たきり、手遊びなし、陰茎の形状がよければ傘袋「しっかりTOREZO」など使用

北九州病院方式オムツ外しスコアの出し方

「膀胱機能」・「尿意伝達能力」・「排泄関連動作能力」の合計点から算出する。

膀胱機能スコア：①平均排尿量 150ml 以上 1 点、150ml 未満 0 点、②平均残尿率 30%未満 1 点、30%以上 0 点、③排尿回数 7 回以内 1 点、8 回以上 0 点とし、平均排尿量、平均残尿量、排尿回数の合計点数で表す。

3 点：膀胱機能正常、2 点：低下、1 点：不良、0 点：廃絶、と考える。尿意伝達能力：できる 1 点、出来ない 0 点。　排泄関連動作能力：トイレに行ける 2 点、声かけ・誘導で行ける 1 点、行けない 0 点。「オムツ外しスコア」は 6 点、5 点、4 点、3 点、2 点、1 点、0 点に分かれ、スコアが高い方（6 点・5 点）は結果が良い。4 点、3 点、2 点は取り組みがいがある。膀胱機能が維持されていない 1 点 0 点、に無理に取り組む必要はない。



N=331　クロス集計結果は、いずれもχ二乗検定で有意差あり

スコアに比例して排泄管理向上の可能性が高くなり、排泄介護成功度の指標となる

排泄管理指導室からの追加

１．「排泄介護取組み終了時点で、同じ排泄記録管理表をつける（最初と最後）」ことになっていたが、負担が大きいと懸念されるので「排泄管理が改善（オムツ外しスコアが 1 点以上増加）した患者のうち、①抗コリン薬治療した患者、②取り組み前の膀胱機能スコアが 0 点であった患者に限り最後の排泄記録管理表をつける」に変更する。

３．排泄管理指導室、オムツ外し事業マニュアル資料配布と説明

【資料参照】

１）下腹部に瘢痕がある場合は残尿測定が不可能なため導尿をする。

２）残尿は 1 日 3 回以上測定する必要がある。（日勤帯が測定しやすい）

３）尿量、残尿測定は、定刻に実施しなければ、意味がない。

４）入院から 1 ヶ月以内に尿量や残尿を定刻に測定し記録する。

５）9 月末には、排泄管理がシステム化できる予定。

６）各病院システム化に向けて、「排泄（失禁）記録管理表」記入及び『ゆりりん』の使用方法など看護・介護職員全員が熟知しておく。

７）「ゆりりん」取り扱い方について、必要な施設には後日タケシバ電機㈱技術部から担当者の指導・説明の機会を設ける。