

高齢者排尿障害に対する  
患者・介護者、看護師向きの  
排泄ケアガイドライン作成、  
一般内科医向きの評価基準・治療効果判定基準の  
確立、普及と高度先駆的治療法の開発

（H16—長寿—008）

平成18年度

総括・分担研究報告書

平成19(2007)年3月

主任研究者 岡村 菊夫

国立長寿医療センター

## 目 次

I. 総括研究報告	
高齢者排尿障害に対する患者・介護者、看護師向きの排泄ケアガイドライン 作成、一般内科医向きの評価基準・治療効果判定基準の確立、普及と高度先 駆的治療法の開発 岡村 菊夫.....	1
II. 分担研究報告	
1. 一般内科医向きの評価基準・治療効果判定基準の確立と普及 一 診療所における排尿障害の頻度調査— 岡村 菊夫.....	5
2. 老人施設における排泄ケアマニュアル導入の有用性の検討 後藤百万.....	9
3. 高齢者の難治性過活動膀胱に対する レジニフェラトキシン膀胱内注入療法の確立 井川靖彦.....	40
4. 高齢者の難治性過活動膀胱に対するレジニフェラトキシン膀胱内注入療法 柿崎秀宏.....	44
5. 高齢者の夜間頻尿に対するメラトニン治療の確立 菅谷公男.....	48
6. 過活動膀胱に対する A 型ボツリヌス毒素膀胱排尿筋内注入療法に関する研究 宮川征男.....	51
7. 高齢者排尿障害に関する一般内科医の知識獲得と診療の実行 長谷川友紀.....	53
8. おむつ選択のアルゴリズムの作成に関する研究 山元 ひろみ.....	57
9. 看護職者の排尿ケアにおける看護診断と看護介入に関する研究 渡邊順子.....	63
10. 施設高齢者・在宅療養者における排泄用具の選択基準、 施設高齢者の排泄に関連する転倒および地域高齢者の排泄障害と QOL との関連 泉キヨ子.....	71
III. 研究成果の刊行に関する一覧表.....	83
研究成果の刊行物・別刷	

高齢者排尿障害に対する患者・介護者、看護師向きの排泄ケアガイドライン作成、  
一般内科医向きの評価基準・治療効果判定基準の確立、普及と高度先駆的治療法の開発  
主任研究者 岡村菊夫 国立長寿医療センター 手術・集中医療部長

## 研究要旨

これからの高齢化社会では、高齢者の排尿障害に対して、泌尿器科医以外にも介護者、看護師、一般内科医がそれぞれの役割を果たしていかなければならない。しかし、現在のところ、排尿障害の評価や排尿管理法についての教育・情報源はどのレベルでも不十分である。本年度の研究では、高齢者の「人間の尊厳」擁護、QoL向上、医療レベル向上の観点から、①適切なおむつ選択のためのアルゴリズムを加えた「排泄ケアマニュアル」最終版の作成、おむつ選択のためのアルゴリズム・排尿チェック表などに関する教育用DVDの作成、看護師の排尿ケアに関する診断・介入の適正さ・現時点での問題点の検討、老人施設での排泄ケアの変遷、おむつ使用と転倒の関連に関する検討、②一般内科医を受診する高齢者の排尿障害とQoL障害との関連に関する検討と、診療所への「一般内科医のための高齢者排尿障害診療マニュアル」導入による効果の検討、さらには3年間の研究成果を加えたマニュアルの改定、③泌尿器科専門医レベルでの新規治療法の開発では、過活動膀胱に対するA型ボツリヌストキシン(BTX)膀胱壁内注入療法、レジニフェラトキシン膀胱内注入療法、尿排出障害に対するBTX尿道括約筋内注入療法、メラトニン内服治療に関する臨床研究を行った。

## 分担研究者

後藤百万（名古屋大学大学院医学系研究科）、井川靖彦（信州大学医学部）、柿崎秀宏（旭川医科大学）、菅谷公男（琉球大学医学部）、宮川征男（鳥取大学医学部）、長谷川友紀（東邦大学医学部）、山元ひろみ（ユニ・チャーム株式会社）、渡邊順子（聖隷クリストファー大学）、泉キヨ子（金沢大学大学院医学系研究科）

### A. 研究目的

本邦では、虚弱高齢者の多くが何の評価もされずにおむつをされ、一方、社会生活を営む多くの高齢者の「生活の質」が排尿の問題によって障害されている。排尿に問題を抱える高齢者はあまりに多く、高齢者の尿失禁・排尿障害すべてを泌尿器科医が対応するというのは現実的でない。高齢化社会では、介護者、看護師、一般内科医もそれぞれの役割を果たしていかなければならない。しかし、排泄障害の評価や排泄管理法についての教育や情報源はどのレベルでも極めて不十分であり、介護者・看護師レベル、一般内科医レベル、泌尿器科医レベルで適切な対応方法の確立が求められている。すなわち、1) 虚弱高齢者の尿失禁が適切に介護・看護されるためには、介護者・看護師レベルで正しく尿失禁タイプが診断され、適切な介護・看護がなされる必要がある。2) 一般内科医が高齢者の排尿障害を泌尿器科医とほぼ同等に評価・治療でき、かつ専門的な治療が必要な症例は泌尿器科にコンサルトできるようにするために

は、一般内科医向けの評価法を確立・普及させることが極めて重要である。3) 泌尿器科専門医の観点からは、これまでの治療法では対処できない高齢者の難治性排尿障害に対しては高度先駆的治療法の開発を進めることが急務である。本研究では、高齢者の「人間の尊厳」擁護、QoL向上、医療レベル向上の観点から、1) 家庭、老人ホーム、病院において介護者・看護師を対象とした排泄ケアガイドラインの作成、2) 一般内科医向きの高齢者排尿障害の評価基準・効果判定基準の確立と普及、3) 既存の治療法では軽快しない蓄尿障害・尿排出障害に対して、介護の負担をも軽減できる新たな治療法の開発を行うこととした。

### B. 研究方法

1) 介護者・看護師レベル：後藤百万、山元ひろみ、渡邊順子、泉キヨ子が担当した。

後藤は、平成16年度に作成した「排泄ケアマニュアル」と「適切なおむつ選択のためのアルゴ

リズム」を基本に、平成17年度に行った有効性・妥当性の検討を参考にして、家族介護者、看護介護専門職のための排泄ケアマニュアルの最終版の作成を試みた。

山元は、「排泄ケアマニュアル」と「おむつ選択のアルゴリズム」を統合するにあたり、おむつ選択のためのアルゴリズムと「使い方がわからない」との声が多く聞かれるマニュアル中の「排尿チェック表」についての教育DVD作成を試みた。

渡邊は、排尿ケアの実態を明確にするために、1ヶ月以内に入院し、オムツまたはパッドを使用していた65歳以上の高齢患者の排泄状況とケアに当たった看護師の行った看護診断・診断指標および看護介入について調査した。

泉は、施設高齢者・在宅療養者の排泄用具の種類と選択基準に関する調査、施設高齢者の排泄に関連する転倒、健康教室に参加している地域高齢者の排尿障害とQoLとの関連について検討した。

## 2) 一般内科医レベル：長谷川友紀と岡村菊夫が担当した。

長谷川は平成16年度に作成した「地域における高齢者排尿障害診療レベル向上に関する研究」のデザインをもとに、平成17～18年度に地域の診療所医師に高齢者排尿障害の診療を行ってもらい、そのデータ解析を行った。

岡村は、本年度、平成17年度に行った診療所に通う50歳以上の人々アンケートで調査された下部尿路症状とQoL障害の程度を解析するとともに、平成16年度に作成した「一般内科医のための高齢者排尿障害診療マニュアル」を改訂した。

## 3) 泌尿器科医レベル：宮川征男、井川靖彦、柿崎秀宏、菅谷公男、岡村菊夫が担当した。

過活動膀胱に対して宮川と岡村が膀胱壁内A型ボツリヌストキシン(BTX)注入療法、排尿収縮力低下に対して岡村が尿道括約筋内BTX注入療法、井川と柿崎が過活動膀胱に対するレジニフェラトキシン(RTX)膀胱内注入療法、菅谷が夜間頻尿に対するメラトニン治療を検討した。

## C. 研究結果

### 1) 介護者・看護師レベル：

後藤は、「排泄ケアマニュアル」をリニューアルし、①介護・看護者が排尿日誌にもとづいて高齢者の排尿状態を評価する方法、②排尿チェック票を用いて腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、溢流性尿失禁、機能的尿失禁、尿排出障害の排尿障害タイ

プ診断を行った上で、実際に介護・看護の現場でできる対処法を示した。さらに、③高齢者の身体障害程度により、6つのおむつ使用選択基本形を示した「適正なおむつ選択のためのアルゴリズム」を含めた。

山元は、排尿チェック表の使い方に関する教育DVD作成した。

渡邊は、男性94名(49.0%)、女性98名(51.0%)の平均年齢73.5歳の高齢者を対象に検討を行った。看護診断(NANDA)ではく排泄セルフケア不足>が138件(70.1%)と最も多く、看護介入(NIC)ではくセルフケア援助：排泄>107件(54.3%)とく会陰部ケア>85件(43.1%)が上位を占め、オムツやパッドを使用しているにもかかわらずく尿失禁ケア>とく排尿管理>は、52件(26.4%)と53件(26.9%)の実施に留まった。「排尿チェック票」の13項目と看護診断・看護介入との関連性を比較した結果、尿がだらだらと常に漏れていないのにオムツを着用していた95件(48.2%)、尿意を訴えるのにオムツを着用していた68件(34.5%)、排泄用具やトイレの使い方がわかるのにオムツを着用していた59件(29.9%)が着目された。

泉は、療養型医療施設1施設において3年間の本研究期間における排泄用具の種類と選択基準の変遷を調査し、スタッフ間で情報共有しながら、2種類の紙おむつと3種類の尿失禁パッドを組み合わせて排泄ケアが行われるようになったことを明らかにした。在宅療養者では、日中と夜間共にテープ型おむつと尿とりパッドの組み合わせを使用することが最も多いことを明らかにした。日中はADL温存を目的とすることが多いのに対し、夜間は尿量や睡眠時間の確保が考慮されていた。施設高齢者の排泄と転倒との関連については、おむつ使用者では転倒は40%にみられ、夜間(21時～6時)の転倒がおむつをしていない者に比べて有意に多かった。地域高齢者の排尿障害とQoLとの関連では、排尿障害による「生活への影響」、「日中尿回数」、「身体的活動の制限」が大きいほど全般的健康感に影響を及ぼすことが明らかになった。

### 2) 一般内科医レベル：

岡村が大府・東浦の長寿医療センター周辺の診療所医師の教育を行い、長谷川は診療所医師の行った診療アウトカムを調査した。診断から治療効果判定にいたるまでを、ドリル形式のデータ報告書の形で主任研究者に報告する形をとった。最終的に集積された89例を解析したところ、尿排出障害や多尿、夜間多尿、過活動膀胱、腹圧性尿失

禁などが診断され、薬物療法のみならず、飲水制限や行動療法も行われるようになったことが明らかとなった。

岡村は、アンケート調査の結果、50歳以上の入々では、排尿障害を有している入々は男女とも同様なパターンでQoL障害が生じていることを示した。さらに、アンケート調査の解析結果や診療所で排尿障害の診療をやりやすくするためのツールを加えて、「一般内科医のための高齢者排尿障害診療マニュアル」を改訂した。

### 3) 泌尿器科医レベル：

岡村は尿排出障害に対する尿道括約筋内BTX注入療法を3例に、過活動膀胱に対するBTX膀胱壁内注入療法を7例に試みた。高齢者では、適切な症例があっても高齢ゆえにインフォームドコンセントがとれないこと、機能的尿失禁の成分を含むなど複雑な過活動膀胱が含まれ適切な症例選択が難しいこと、理解力や実行力の低下によりデータ収集が難しいなどの問題があることが指摘された。尿排出障害に対する尿道括約筋内BTX注入療法の有効率は0%(0/3)であり、過活動膀胱に対する膀胱壁内BTX注入療法の有効率は40%(2/5)であった。

宮川は、今年度は神経因性過活動膀胱患者11名に11回、非神経因性過活動膀胱患者2名に2回、間質性膀胱炎患者1名1回、計14名の患者に14回のBTX膀胱壁内注射療法を行った。効果判定時期に至っていない神経因性過活動膀胱患者への3回を除く、神経因性過活動膀胱患者への8回、非神経因性過活動膀胱患者2回の小計10回では尿失禁がほぼ消失し、患者の満足度は大きく有効と判定された。間質性膀胱炎患者への注入も有効であった。

菅谷は、正常ボランティアを使った検討で、水分過剰摂取により昼間・夜間排尿回数が増加するものの、血液粘稠度の変化は日内変動域にあり、脳梗塞などを予防するとは考えにくいことを示した。また、夜間頻尿に対するメラトニンとリルマザホン（睡眠薬）との比較試験では、メラトニンの効果・患者満足度はリルマザホンとほぼ同程度であった。

井川は、平成17年度までに過活動膀胱6例、間質性膀胱炎(IC)患者6例の計12例にRTX膀胱内注入を行なったが、無効例があるため適応症例を治療前に選択できるような検査法が必要であると考えた。今年度は、体性知覚の電気刺激閾値測定に使われているニューロメーターを膀胱粘膜知覚閾値測定に応用して、RTX療法の適応選別に利用できないか検討した。IC患者5例および前立腺肥大症

(BPH)患者8例に対して、膀胱粘膜電気刺激知覚閾値(Current Perception Threshold: CPT)測定を行った。IC群では2500Hzおよび250Hzの周波数に対するCPT値はいずれも有意に(順に $p=0.036$ および $p=0.021$ )低下しており、5Hzに対するCPT値も低い傾向( $p=0.084$ )を認めた。IC患者5例中3例にRTX療法4週後にも同様の測定を行ったところ、臨床効果と並行して3種類いずれのCPT値も治療後増加する傾向があった。IC患者は膀胱粘膜知覚過敏があり、RTX療法は膀胱の知覚過敏を改善させる効果があることが示唆された。

柿崎は、難治性の過活動膀胱を有する14例に対し、外来にて局所麻酔下に50nMレジニフェラトキシン膀胱内注入療法を施行し、その有効性、安全性について検討した。注入後1ヶ月時に膀胱内圧測定を行えたのは12例であり、排尿記録等により効果判定は12例で可能であった。14例中4例で自覚症状および尿失禁の改善が確認された。副作用は14例中8例に一過性の膀胱刺激症状を認めたが、いずれも重篤なものではなかった。マーカインテストは14例中13例で施行した。マーカイン注入前の膀胱容量100%に対し、マーカイン注入後の膀胱容量が120%以上増加した場合をマーカインテスト陽性とした。今回、レジニフェラトキシン膀胱内注入療法が有効であった4症例のうち、マーカインテストが施行された3例はすべてマーカインテストが陽性であった。

## D. 考察

### 1) 介護者・看護師レベル：

後藤の作成した「排泄ケアマニュアル」を老人施設へ導入することにより、多くの高齢者の排尿状態の改善、おむつはずしや留置カテーテル抜去が可能となり、高齢者の生活の質の改善が期待できるようになると思われる。このマニュアルが広く高齢者の排泄ケアの現場で使用されるよう、今後さらなる活動を行っていく所存である。

また、山元の作成した教育DVDも、介護・看護師のマニュアルの内容理解に有効であると考えられた。

渡邊の研究では、尿失禁とは特定できない高齢者が不適切にオムツを使用していることが推定された。看護診断の診断指標は排尿動作ができないなどの機能的な障害にとらわれ、適確な排尿アセスメントが不十分であり、看護介入は清潔援助に留まっている現状があきらかになった。入院当初に適切な排尿アセスメントを行い、適切な排尿ケア

が提供できれば、不必要なオムツ着用は減少できると思われる。

泉の研究では、老人施設に排泄ケアマニュアルを持ち込むことで施設の排泄ケアのレベルアップが図れることが明らかとなった。一方、おむつを使用している高齢者では、転倒の率も高く、転倒の面からのアプローチも必要であると考えられた。

## 2) 一般内科医レベル：

長谷川の研究では、一般内科医であっても一定の方法に従って診療を実施すれば、泌尿器科医に匹敵できる排尿障害に対する診療を行うことが可能であることがわかった。また、それにより病診連携が強化されると考えられた。今後、さらに大規模な検討を行っていく所存である。岡村は、この3年間の研究を加えて、「一般内科医のための高齢者排尿障害診療マニュアル」を改訂した。内科医の行う診療に、マニュアルの利用がさらに効率的に出来るように工夫されており、今後の浸透が望まれる。

## 3) 泌尿器科医レベル：

岡村の研究では、尿失禁を有する高齢者では何らかの認知・ADL障害を有しており、よほど母集団が多くないと適切な症例が選択できず、要求度の高い臨床試験の実施は難しいことが実感された。高齢者において、BTXの尿道括約筋内投与は効果なかったが、BTX膀胱壁内注射療法が著効する症例が存在することがわかった。

宮川の研究では、BTX100単位の膀胱壁内30箇所への注射は尿閉を生じることなく、症状を改善すると考えられた。

菅谷の研究では、水分の多量摂取により夜間頻尿が生じるが、水分摂取をしても早朝の血液粘稠度は有意に下がることがないことを示し、以前岡村らがシステムティックレビューで示したように、高齢者に水分多量摂取を勧める根拠はないことを裏づけた。また、夜間頻尿による困窮度には睡眠障害が絡んでおり、夕方の散歩、メラトニンや睡眠薬が有効であると考えられた。

井川の研究では、RTX療法は難治性の排尿筋過活動または間質性膀胱炎の患者に対する新しい治療法の1つとして期待しうることが示された。しかしながら、無効例もあり、有効例においてもその効果の持続期間が短いなど、今後解決すべき課題

も多い。ニューロメーターを用いた膀胱粘膜知覚閾値測定法はIC患者の病態解析に応用できる可能性があり、今後、症例数を増やして、治療効果判定や治療の適応選別等への応用の検討が必要であると考えられた。

柿崎の研究では、レジニフェラトキシン膀胱内注入療法は外来で容易にかつ安全に施行可能な治療ではあるが、有効率は満足のいくものではないことが示された。有効かどうかの判定に、マーカインテストが効果を予測する手段となりうる可能性が示唆された。

## E. 結論

介護・看護レベルでの高齢者排尿障害に対する取り組みを改善させるための「排泄ケアマニュアル」、「おむつ選択基準」はすでに公表されている。また、内科医の診療レベル向上に関しても、すでに公表されたマニュアルを用いればレベル向上が期待できることが示された。介護・看護者向きの「排泄ケアマニュアル」や「一般内科医向きの高齢者排尿障害診療マニュアル」は、本年度改訂され、今後、さらに利用が進むものと思われる。過活動膀胱に対する新規治療法の開発においては、レジニフェラトキシン膀胱内注入療法、A型ボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法のいずれもある程度有効であることが示された。しかし、対象者が高齢者ゆえに、世界に発信できるような泌尿器科専門医レベルの高齢者排尿障害に対する新規治療法の開発はなかなか難しいことがわかった。来年度に申請した長寿科学総合研究が承認された場合には、全力を挙げて、高齢者の過活動膀胱に対するA型ボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法の多施設共同臨床試験と腹圧性尿失禁に対する新規治療法の開発に取り組みたいと考えている。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

分担研究報告書を参照

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

## 研究要旨

昨年度行った診療所に通院する人々の下部尿路症状アンケート調査の中でその程度とQOL障害の関連について解析を行った。下部尿路症状全般(I-PSS)、困窮度(QOLスコア)、過活動膀胱に基づく症状(OABSS)、尿失禁(ICIQ-SF)によるQOL障害は、男女ともに同等であった。診療所に通院する50歳以上の男女とも、およそ1/3の人々が何らかの排尿障害の症状を有し、HR-QOL(KHQ)が障害されていると考えられた。これらの人々をピックアップして治療が必要か否か、一般内科医は検討する必要があると考えられた。

さらに、この3年間の研究成果を加えて、平成16年度に作成した「一般内科医のための高齢者排尿障害診療マニュアル」を改訂し、全国の群市部医師会ならびに泌尿器科専門医教育施設に配付した。

### A. 研究目的

高齢化が進行し、排尿障害が高齢者QOLを障害する症状として注目を集めており、診療所を営む一般内科医もこの分野での診療能力を向上させることが求められている。診療所における排尿障害の頻度、さらには排尿障害の程度とQOL障害の関連については報告された事がない。今年度は、昨年度行った診療所に通院する50歳以上の男女の排尿障害のアンケート調査に含まれたQOL障害について解析した。

### B. 研究方法

用いた質問票は、国際前立腺症状スコア(I-PSS：QOLスコアを含む)と、過活動膀胱質問票(OABSS)、国際尿失禁会議質問票(ICIQ-SF)、King's Health questionnaire(KHQ)の4つである。アンケート調査は昨年度の7月1日から8月31日までの間に、慢性疾患の治療・経過観察のために大府・東浦地区の17診療所に通院する50歳以上の男性、女性を対象に行われた。

### C. 研究結果

1,120人にアンケートを依頼し、958人(86%)からアンケートを回収した。I-PSS、QOLスコア、OABSS、ICIQ-SF、KHQのすべての質問に回答した748人(78%)を最終解析対象とした。平均年齢は、男性67±9歳(330例)、女性68±9歳(418例)であった。

I-PSSの7質問の総合点は男性の方が有意に高く(5.9 ± 5.5 VS 4.0 ± 4.9, p<0.0001)、重症度分類でも男性の方が症状が有意に重いと判断された(男性：軽症75%, 中等症22%, 重症3%, 女性：それぞれ87%, 10%, 3%, p<0.0001)。I-PSS重症度とKHQ-QOLの関連では、重症度に応じたQOL障害度は両性で同様のパターンを示した(図1)。

QOLスコアにおいても、男性で有意に高いスコアを示した。(1.9 ± 1.5 VS 1.5 ± 1.4, p<0.0001)。その重症度分類でも、男性の方が有意に重いと判断された(男性：軽症44%, 中等症50%, 重症6%, 女性：それぞれ60%, 37%, 4%, p<0.0001)。QOLスコア重症度とKHQ-QOLの関連では、重症度に応じたKHQ-QOL障害度は両性で同様のパターンを示した(図2)。

男性のOABSS平均値は3.6 ± 2.3、女性では3.4 ± 2.1であり、男女間に差を認めなかった(p=0.326)。また、重症度分類でも、差は認められなかった。OABSS重症度とQOL障害度の関連は、やはり、男女で同様のパターンを示した(図3)。

ICIQ-SFは男性で1.0 ± 2.3、女性で1.2 ± 2.3であり、女性で有意に高かった。ICIQ-SFスコアで示される尿失禁の重症度では、女性の方が若干重傷者が多いようであった(男性：なし78%, 軽症13%, 中等症6%, 重症3%であり、女性：なし70%, 軽症21%, 中等症7%, 重症2%)。尿失禁重症度とQOL障害度は男女間でほぼ同等であった。

以上が、アンケート調査の最終解析である。本年度は、さらにこの3年間の研究成果を加えて、

「一般内科医のための高齢者排尿障害診療マニュアル」の改訂を行った。（別添え資料参照）

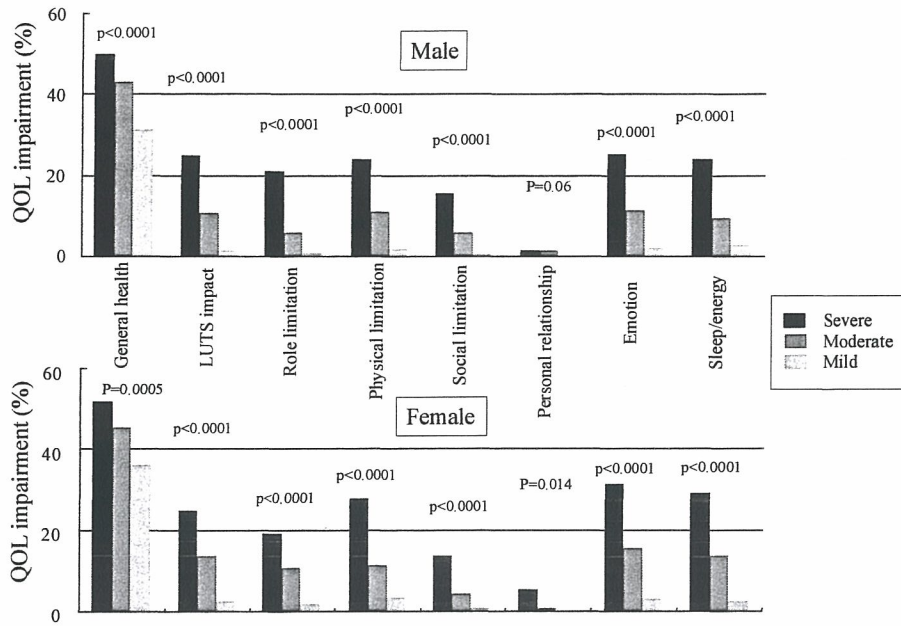


図1 I-PSS重傷度とKHQ-QOL障害度との関連

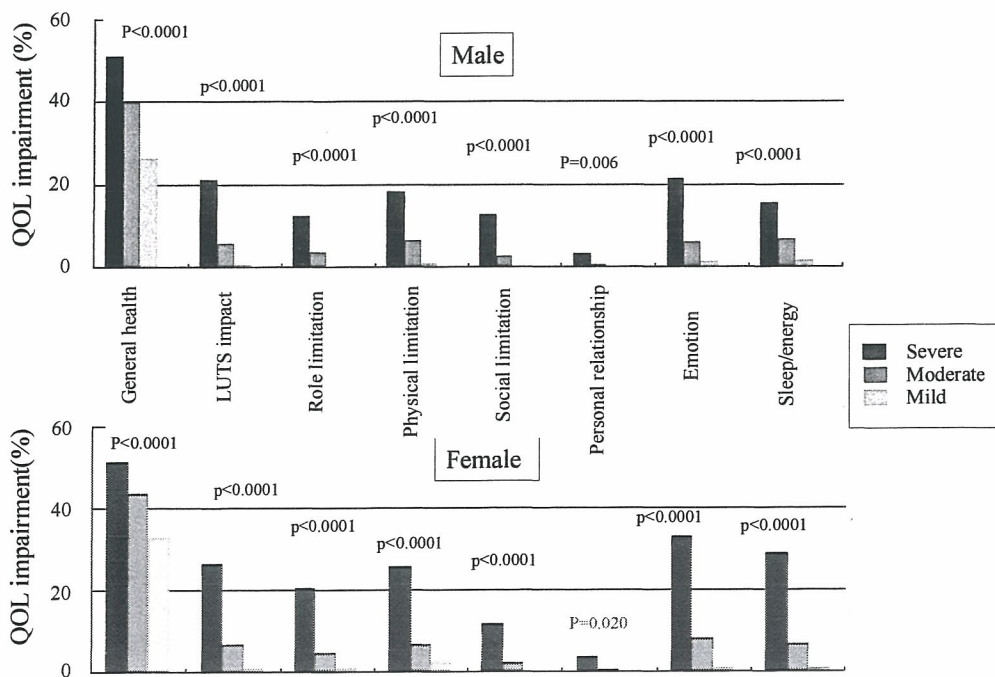


図2 QOLスコア重症度とKHQ-QOL障害度との関連



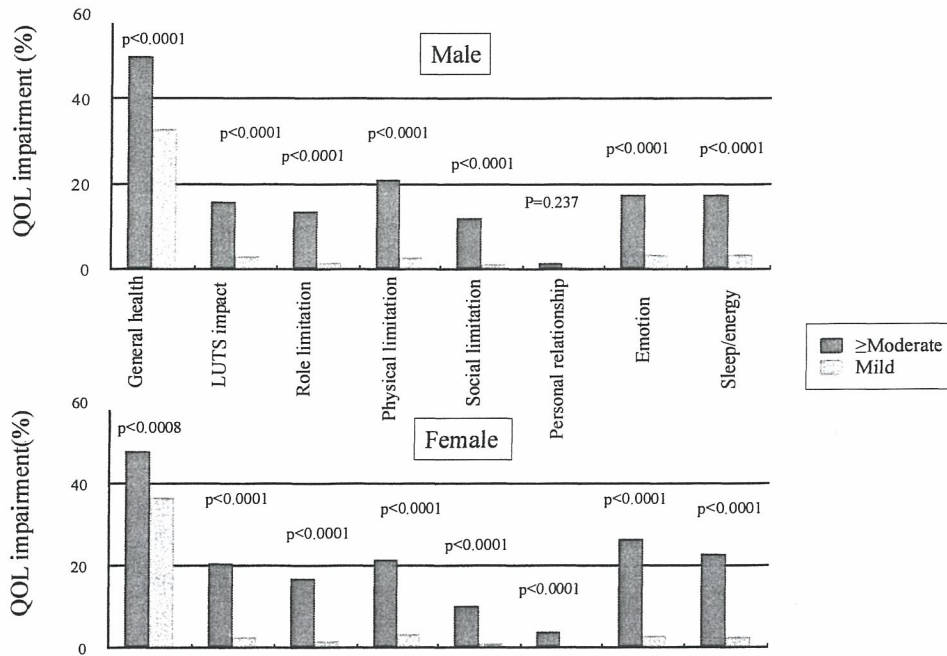


図3 OABSS重症度とKHQ-QOL障害度との関連

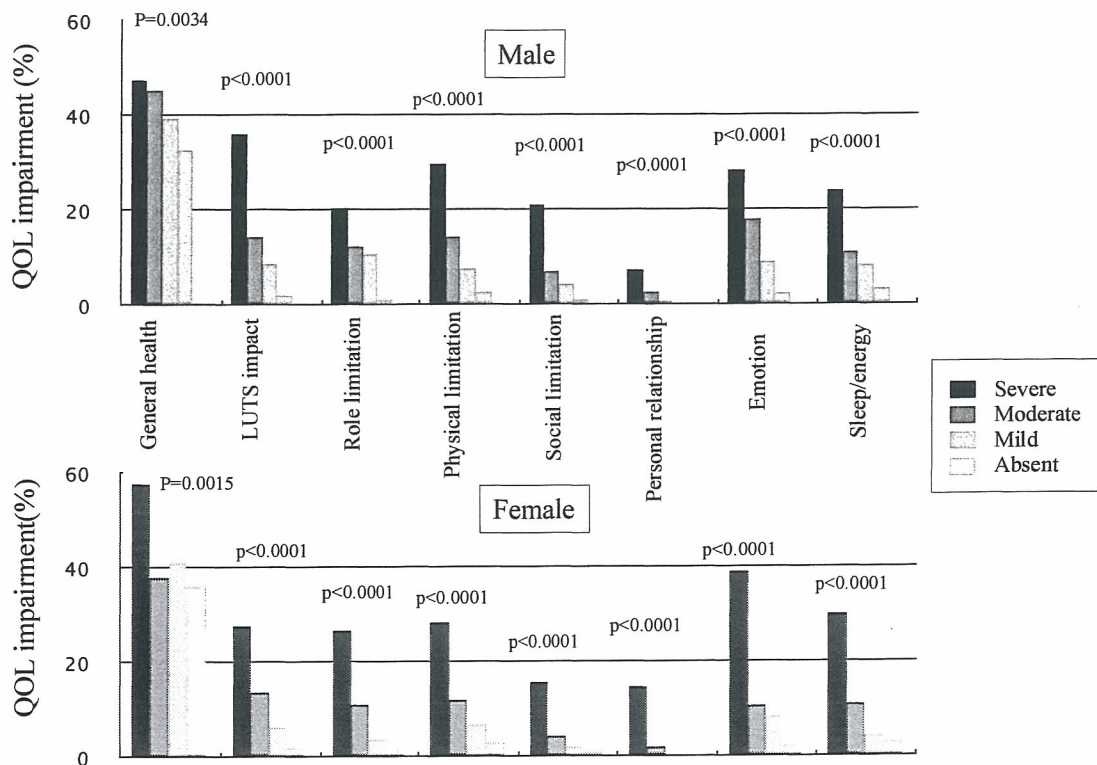


図4 ICIQ-SF重症度とKHQ-QOL障害度との関連

#### D. 考察、結論

昨年度行った排尿障害の頻度調査では、診療所を通院している男女ともおよそ1/3は治療が必要かどうかの評価が必要であることがわかった。この3年間の研究で、診療所を営む内科医が排尿障害に適切に対応するためには、内科医も泌尿器科医同様にI-PSS (QOLスコアを含む) とICIQ-SFを用いて排尿障害の診療を行うべきであることがわかった。本研究では、これらに加えてOABSSやKHQを使用して、慢性疾患のため診療所を受診している50歳以上の男性・女性の下部尿路症状の程度とQOL障害度を調査した。これまで、診療所を受診している人々の下部尿路症状とQOLの関連を調査した報告はない。

この研究により、診療所を受診している人々も、一定の頻度で下部尿路症状、過活動膀胱、尿失禁を有し、それらの重症度に応じてQOLも障害されていることがわかった。

平成16年度に作成した「高齢者排尿障害診療マニュアル」を、この3年間の研究成果を加えて、改訂を行った。さらなる一般内科医の知識向上・診療方法の普及のために、5,000部を全国の群市部医師会ならびに泌尿器科専門医教育施設に配付した。泌尿器科専門医教育施設への配付に関しては、病診連携において利用していただくためであ

る。近い将来、国立長寿医療センターホームページから改訂版のダウンロードができるよう取り計らう予定である。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

- 1) 岡村菊夫、長田浩彦、長浜克志、野尻佳克、加納英人、宮崎政美. 一般内科医向きの排尿障害重症度評価基準. 日本泌尿器科学会雑誌. 97 : 568-574, 2006
- 2) 岡村菊夫、野尻佳克、山本楯、小林峰生、岡本嘉仁、安井直. 診療所における下部尿路症状アンケート調査. 日本老年医学会雑誌. 43 : 498-504, 2006
- 3) Okamura K, Nojiri Y, Hirano M, Yanagihara T, Murase T, Fujisawa T : Lower urinary tract symptoms (LUTS) in people aged 50 or older consulting general practitioners. Geriat Geront Int. accepted.

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

高齢者排尿障害に対する家族介護者、看護・介護専門職のための排泄ケアマニュアル作成  
分担研究者 後藤百万 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学講座泌尿器科学 教授

## 研究要旨

本長寿科学総合研究で平成16年度に試作した高齢者向け排泄ケアマニュアルおよび適切なおむつ選択のためのアルゴリズムを基本として、高齢者排尿障害に対する家族介護者、看護・介護専門職のための排泄ケアマニュアルの最終版を作成した。本マニュアルでは、排尿障害を有する高齢者について、介護・看護者が排尿日誌にもとづいて排尿状態を評価し、また排尿チェック票を用いて腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、溢流性尿失禁、機能性尿失禁、尿排出障害の排尿障害タイプ診断を行った上で、示された介護・看護の現場でできる指針に従って対処するもので、評価の行程はアルゴリズムに示されている。さらに適正なおむつ選択のためのアルゴリズムでは対象高齢者の身体障害程度に沿って、6基本形のおむつ使用選択方法を示した。マニュアルの老人施設への導入は排尿状態の改善、おむつはずしや留置カテーテル抜去に有効で、高齢者の生活の質の改善に有益であり、本マニュアルが広く高齢者の排泄ケアの現場で使用されることを推奨する。

## A. 研究目的

高齢者のQOL（生活の質）に対する社会的関心の高まりや介護保険の導入などにより、高齢者に対してより質の高い医療・看護・介護を提供するシステムが整備されつつある。一方、高齢者のQOLを損なう大きな問題として排泄障害がみられる。高齢者における排尿障害の頻度は高く、60歳以上の男女の約78%が何らかの排尿症状を有しており、尿失禁については、現在約500万人、20年後には1000万人に達すると推計されているが、さらに便失禁を含めた排泄障害の頻度は極めて高い。排泄障害は、生命に関わることはまれであるが、人間の尊厳に関わる問題で、高齢者およびその介護者のQOLを阻害する。排泄の問題は人間の尊厳に関わるのみならず、実際に高齢者の精神的打撃や運動制限を引き起こし、不適切な排泄管理は治療機会の喪失、寝たきりや認知症の誘発につながることも少なくない。排尿障害を有し、適切な排泄管理を必要としている膨大な数の高齢者に対して、広く適切な排尿管理を実践するためには、高齢者介護・看護の現場である在宅、老人施設、病院において高齢者の介護・看護を実際に担当する一般介護者あるいは介護・看護専門職向けの指針の作成が不可欠である。平成16年度の本長寿科学総合研究事業では、在宅、老人施設、病院における一般介護者、介護・看護専門職を対象とした「排泄ケアマニュアル」の試作を行った<sup>[1]</sup>。平成17年度の研究事業においては、試作した排泄ケアマニュアルを実際に老人施設に導入し、排尿障害を有する高齢者にマニュアルに沿って評価、対処を行うことにより、41.1%で尿失禁消失、おむつはず

し、あるいは排尿状態の改善が得られること、特に泌尿器科専門医の教育的介入を行った施設では83.3%で改善が得られることを示し、マニュアルの有効性を検証した<sup>[2]</sup>。さらに、排泄障害を有する高齢者では、やむおえずおむつ使用にいたることが少なくないが、おむつの使用にあたってはQOLや経済性を考慮した上で、適切な排泄用具（おむつ）を選択することが重要と考え、適切なおむつ使用のための選択基準をアルゴリズムとして試作し、また試作したアルゴリズムの現場での適用性や妥当性について検討を行った<sup>[3]</sup>。平成18年度は本研究事業の最終年度として、排尿と排便を含む排泄障害に対する一般介護者、介護職、看護職向けの指針として、排泄障害タイプの診断、対処、適正な排泄用具選択方法も含めたケアマニュアルの最終版を作成した。

## B. 研究方法

本長寿科学総合研究で平成16年度に試作した「高齢者排泄ケアマニュアル」では、主に排尿障害を有する高齢者について、介護・看護者が排尿チェック票を用いて評価し、腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、溢流性尿失禁、機能性尿失禁、尿排出障害の診断を行う。さらに排尿日誌により排尿状態を詳細に把握した上で、各診断、排尿状態にもとづいて、マニュアルに示された介護・看護の現場でできる対処法に従って対処するもので、評価の行程はアルゴリズムに示されている。さらに適正なおむつ選択のためのアルゴリズムは対象高齢者の身体障害程度に沿って、6基本形のおむつ使用選

択方法を示すものである。平成17年度に行った排泄ケアマニュアルの有効性に関する検証およびおむつ選択基準の妥当性の検証結果を参考にして、試案を修正し、排泄ケアに関わるアセスメント、診断、対処、排泄用具（おむつ）の適切な選択基準に関する指針を示した排泄ケアマニュアルを作成した。

### C. 研究結果

排泄ケアマニュアル最終版を資料として添付した。排泄ケアマニュアルは排泄障害を有する高齢者を対象として、排尿障害と排便障害に対するアセスメントと対処の指針を示すもので、専門医ではなく、実際に高齢者の介護・看護を行う家族介護者、介護系専門職、看護系専門職を対象としている。

<4～5ページ>

排泄ケアのアルゴリズムを示した。排尿障害については、排尿日誌と排尿チェック表を用いて排尿状態を把握し、排尿障害タイプ、すなわち腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、溢流性尿失禁、機能性尿失禁、尿排出障害の診断を行った上で、介護・看護の現場でできる対処を行うことを解説した。また、一般医や専門医との連携も必要になることがあるという観点から、医師が行う治療も示した。

<6～7ページ>

排尿状態の把握、排尿障害の原因推測において極めて重要な情報を提供する排尿日誌の使い方と実例を示した。

<8～11ページ>

排尿チェック表は、13項目の排尿に関する異常状態を観察することにより、一般介護者やコメディカルでも腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、溢流性尿失禁、機能性尿失禁、尿排出障害の診断を行うことができるようにするためのツールである。実際の記入例を示して、排尿チェック票の具体的な使用法・診断法を解説した。また、13項目の排尿状態の観察に関して1項目ごとに具体的な例を示し、使用者の理解を助けるように配慮した。

<12～23ページ>

腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、溢流性尿失禁、機能性尿失禁、尿排出障害について、各異常の概念の解説、介護・看護の現場でできる対処方法、医師が行う治療をイラストを用いてわかりやすく解説した。

<24～27ページ>

排便障害について、概説、介護・看護の現場でできる対処法、医師の行う治療について解説した。

<29～37ページ>

尿道カテーテル留置、清潔間歇導尿、骨盤底筋訓練、排尿姿勢の工夫など、具体的な排尿管理方法について詳細を解説した。

<38～47ページ>

適切なおむつの選択基準についてアルゴリズムを示し、具体的な選択方法を解説した。被介護・看護者の身体運動状態に応じたおむつ選択をアルゴリズムの形で示し、outer（外側）とinner（内側）の2種類の組み合わせを基本として、6つの基本形を示した。また、適切なサイズのパッド選択には失禁量の推測が重要であるが、おむつ重量測定による失禁量計測方法についても具体的に示した。

<48～52ページ>

薬剤、専門医の行う検査、外科的治療について解説した。薬剤については、平成18年に発売された最新の治療薬も含めて掲載した。

<53～54ページ>

現場で実際にコピーして使用できるように、排尿日誌および排尿チェック票を掲載した。

### D. 考察

今回作成した高齢者のための排泄ケアマニュアルは、一般医あるいは専門医のためのガイドラインではなく、実際に高齢者を介護・看護する家族介護者、介護系専門職、看護系専門職が、被介護・看護者の排尿状態を評価し、排尿障害タイプを診断し、排尿障害タイプ別に示された現場でできる対処法を行なうための実践的なマニュアルであり、さらに理解しやすく、使いやすいように、イラストを多用した。また、どのような場合に医師あるいは専門医と連携すべきかも提示したものである。平成17年度の検討で、本マニュアルを高齢者介護・看護の現場に導入することにより、明らかな排尿状態の改善が得られることが示され、広く高齢者介護・看護の現場で用いることを推奨するものである。また、おむつの使用率は、在宅でも老人施設でも50%以上を超える実態があるものの、安易に使用され、被介護・看護者のQOLの低下、治療機会の喪失、寝たきり状態の助長などの問題が起きている。本マニュアルを導入することにより、可能な例ではおむつはずし、あるいは尿

道留置カテーテル抜去が広まることが期待できる。一方、被介護・看護者のみならず、介護者のQOL、あるいは経済性の問題から、おむつを使用せざるを得ない場合は少なからずみられる。しかし現状では、おむつ使用においても、適切なおむつ選択がなされておらず、高齢者のQOLを阻害したり、非経済的な状況がみられることが少なくない。今回のマニュアルに含まれる適切なおむつ選択基準により、適切なおむつ選択や使用方法が啓蒙されることを期待するものである。排泄ケアに対する認識の浸透、適切な排泄管理による高齢者および介護・看護者の生活の質の向上に向けて、今回の排泄ケアマニュアルを広く高齢者介護・看護、医療の現場に導入することを推奨したい。

## E. 結論

本長寿科学総合研究において、高齢者排尿障害に対する家族介護者、看護・介護専門職のための「排泄ケアマニュアル」を作成した。本マニュアルは高齢者を介護・看護する家族介護者、介護系専門職、看護系専門職が、被介護・看護者の排尿状態を評価し、排尿障害タイプを診断し、排尿障害タイプ別に示された現場でできる対処法を行なうための実践的なマニュアルであり、さらにやむを得ずおむつを使用しなければならない場合について、適切なおむつ選択基準と使用方法も含んでいる。平成16年と17年における本研究において、マニュアルの老人施設への導入が排尿状態の改善に有効であることが示され、またおむつ選択基準の妥当性も検討されており、本マニュアルは実践的かつ有用な指針になると思われ、今後広く全国的に、高齢者の排泄ケアの現場で使用されることを推奨する。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

- 1) 後藤百万：尿流測定と残尿測定、泌尿器外科、19:17-23、2006
- 2) 後藤百万：過活動膀胱の治療：行動療法、neuromodulation、Pharma Medica、メジカルレビュー社、24:33-36、2006
- 3) Gotoh M, Yoshikawa Y, Ohshima S：Pathophysiology and subjective symptoms in

women with impaired bladder emptying、Int J Urol、13：1053-1057、2006

- 4) 後藤百万：高齢者の過活動膀胱の治療：どのような治療方針がQOLの改善に結びつくのか、Urology View、4:60-65、2006
- 5) 後藤百万：下部尿路機能障害とは、薬局、57:3-11、2006
- 6) 後藤百万：頻尿・尿失禁の治療、Current Therapy 24:19-23、2006
- 7) 後藤百万：一般内科医が知っておくべき過活動膀胱（Overactive Bladder:OAB）の診断と治療、クリニカ、33:356-362、2006
- 8) 後藤百万：病院から地域（施設・在宅）への排尿ケアの現状と問題、泌尿器ケア、11:1202-1206、2006

## H. 参考文献

〔1〕後藤百万：排泄ケアマニュアルの作成に関する研究、平成16年度厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者排尿障害に対する患者・介護者・看護師向きの排泄ケアガイドライン作成、一般内科向きの評価基準・治療効果判定基準の確立、普及と高度先駆的治療法の開発（H16-長寿-008）平成16年度分担研究報告書、p11-42、2005

〔2〕後藤百万：老人施設における排泄ケアマニュアル導入の有用性の検討、平成17年度厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者排尿障害に対する患者・介護者・看護師向きの排泄ケアガイドライン作成、一般内科向きの評価基準・治療効果判定基準の確立、普及と高度先駆的治療法の開発（H16-長寿-008）平成17年度分担研究報告書、p11-18、2006

〔3〕山元ひろみ：おむつ選択のアルゴリズムの作成に関する研究、平成17年度厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者排尿障害に対する患者・介護者・看護師向きの排泄ケアガイドライン作成、一般内科向きの評価基準・治療効果判定基準の確立、普及と高度先駆的治療法の開発（H16-長寿-008）平成17年度分担研究報告書、p39-49、2006

## I. 知的財産権の出願・登録状況

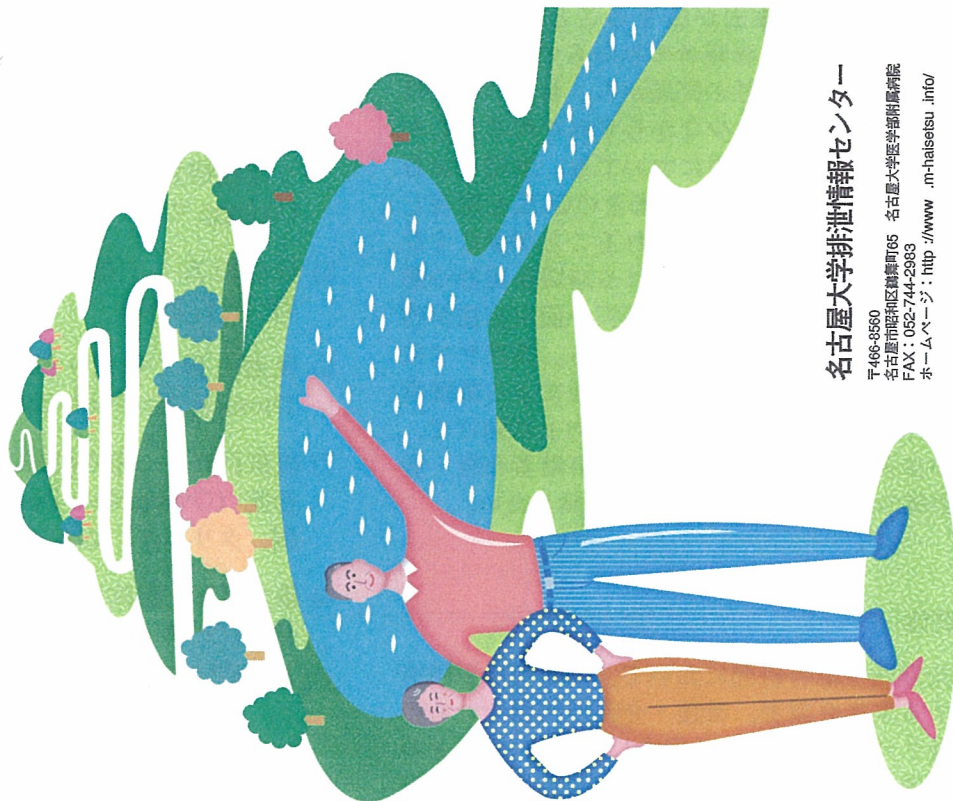
なし

# 快適な排泄をサポートする 排泄ケアマニュアル

制作 名古屋大学排泄情報センター  
名古屋大学大学院医学研究科病態外科学講座泌尿器科学



排泄ケアマニュアル



名古屋大学排泄情報センター

〒466-8560  
名古屋市中区錦町65 名古屋大学医学部附属病院  
FAX : 052-744-2883  
ホームページ : <http://www.um-haiseisu.info/>

平成19年3月 作成

印刷：株式会社 協和企画

上記FAXあるいはメールで排泄に関する質問を受け付けております。

## 適切な排泄管理がQOLを高めます

排泄障害は、本人のQOL(生活の質)を損ねるばかりでなく、精神的な面でも大きなダメージを与えるものです。また、介護・看護者にとっても日々向き合う必要がある、重要なかつ切実な問題です。

排泄状態の把握と、それに適した対応を知ることが、本人・介護者双方のQOLを向上させることにつながります。

さらに、どのような場合に医師、あるいは泌尿器科専門医を受診したらよいかを知ることが重要です。

本マニュアルは、介護・看護の専門職の方、あるいは家庭で御家族の介護をされる一般の方を対象に、現場で排泄障害をどのように診断し、現場のレベルでどのように対処すべきか、さら

にどのような場合に医師を受診するかを示したものです。  
 2. 排泄手エック表を用いて診断し、それぞれのタイプに合った排泄ケアを行います。

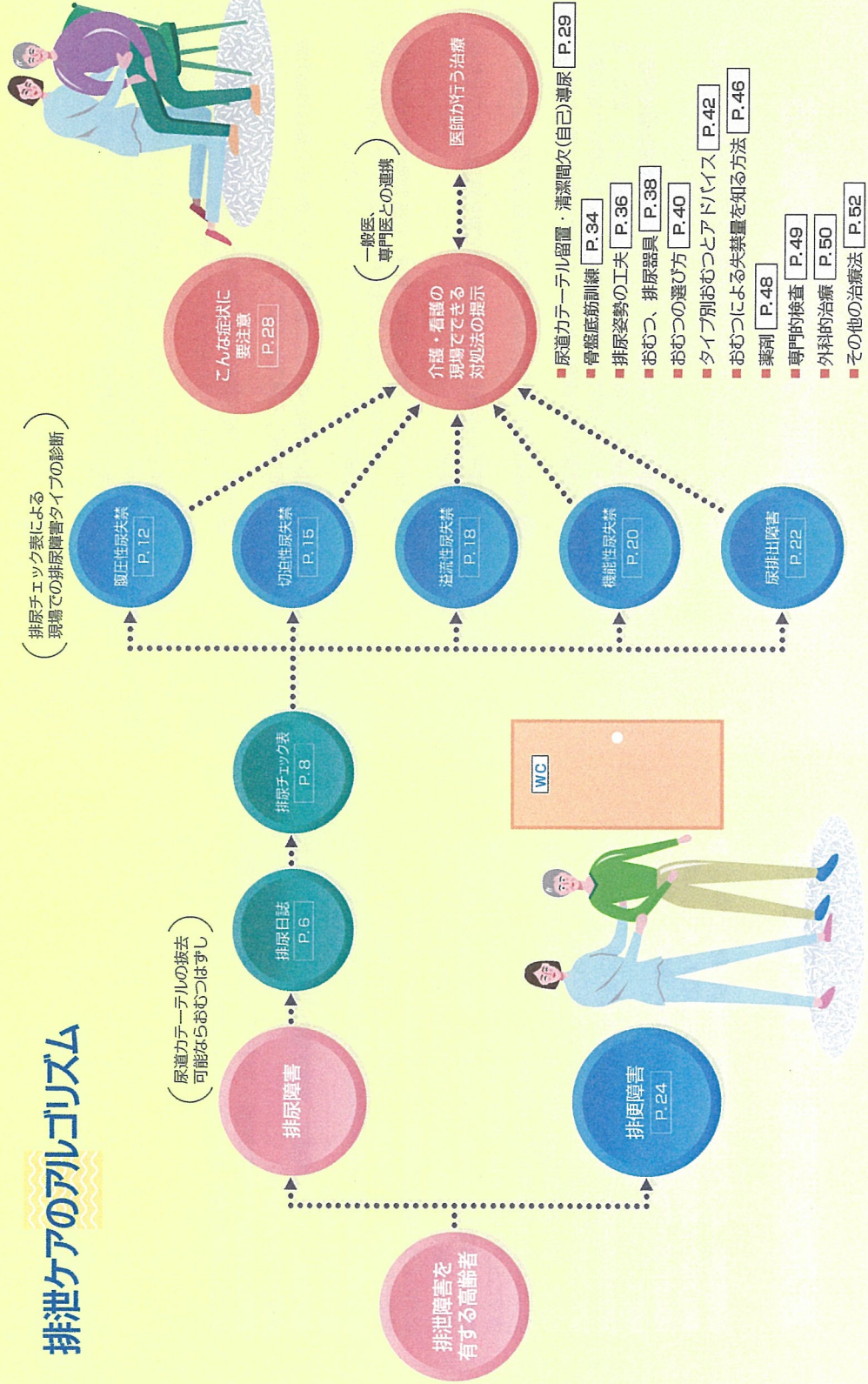
排便障害についても同様で、排便状態の把握と、それに適した排泄ケアを行います。

適切な排泄管理を現場で判断して行うことにより、排泄障害に悩む方、介護に関わる方のQOLを向上させましょう。

## 排泄ケアマニュアルの使い方

- 1 排泄ケアについては以下のようマニュアルをお使いください。
- 2 尿道カテーテル留置をしている方では、排尿状態を評価するため、とりあえずカテーテルを抜きましょう。おむつを使用している方は、可能であればいったんおむつをはずして排尿状態を観察しますが、つけたままでも構いません。
- 3 排尿日誌(P.6参照)を使って排尿状態の評価を行います。
- 4 排尿手エック表(P.8参照)を用いて排泄障害のタイプを診断します。
- 5 診断ごとに、病気の説明、看護・介護の現場でできる対処法、医師が行う治療が記載されていますので、必要な項目の説明を参照して排泄ケアを行ってください。
- 6 複数の診断が得られた場合は、それぞれの必要な項目の説明を参照して排泄ケアを行ってください。
- 7 何らかの薬を服用している場合は、排泄障害に関与する薬剤があるかどうかをチェックします(P.48参照)。
- 8 尿道カテーテル留置、清潔間欠導尿、おむつや排尿器具、医師の行う検査や治療、骨盤底筋訓練、排尿機能に影響する薬剤などの詳細については、必要に応じて参照してください。
- 9 排便の問題については、P.24を参照してください。

# 排泄ケアのアルゴリズム





## 排尿日誌の使い方



- ・排尿日誌に排尿時刻と排尿量、さらに尿失禁の状態などを記録することにより、排尿状態や尿失禁のタイプをおよそ把握することができます。また排尿のパターンを知ることは排泄ケアを考えるうえで大変役に立ちます。
- ・排尿日誌の記録は難しいものではなく、また専門医の診断の助けともなりますので、定期的な記録を心がけてください。
- ・3日間程度の記録が望ましいですが、難しい場合は1日みの記録でも構いません。
- ・排尿量の測定は、目盛り付き紙コップ、採尿器などで行います。おむつに排尿した場合は、ぬれたおむつの重さをはかり、乾いたおむつの重さを引いて、排尿量としてください(P. 46参照)。
- ・おむつをしていて、自分で尿意を訴えない方の場合は、1時間ごとにおむつのぬれ具合をチェックして、排尿時刻を調べるとよいでしょう。

排尿日誌は巻末にありますのでご利用ください。



### ●排尿日誌の記入例

#### 排尿日誌

1枚で1日分を記録して下さい  
 日付: \_\_\_\_\_ 起床時間: 6時 00分  
 名簿: \_\_\_\_\_ 就寝時間: 21時 00分

	朝起きてから寝るまで		夜寝てから朝起きるまで	
	排尿時刻 (尿量など)	排尿量(ml) 失禁有無 失禁量(ml)など	排尿時刻 (尿量など)	排尿量(ml) 失禁有無 失禁量(ml)など
1	6:00	150	23:00	150
2	7:00	80	1:00	200
3	9:30	60	2:30	150
4	11:00	100	4:00	200
5	13:30	150		
6	15:00	80		
7	18:00	100		
8	20:00	120		
9	21:00	60		
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

昼間:尿量 900mL 排尿回数 9 失禁回数 1 失禁量 少  
 夜間:尿量 700mL 排尿回数 4 失禁回数 2 失禁量 多



## 排尿チェック表の使い方

- ・排尿障害のタイプを、排尿状態や排尿行為の観察により診断します。排尿チェック表による診断は、専門医による診断とよく一致することが確認されています。
- ・チェック表の各質問に○×で答え、○となった質問ごとの点数を縦に合計し、最後にマイナス分と合わせて計算することにより、尿失禁のタイプを診断します。0より大きい値の場合が診断「あり」となります。
- ・一人の方に複数の診断がつくこともあります。
- ・排尿チェック表で得られた診断について、各項目を参照して排尿ケアをすすめてください。

排尿チェック表は巻末にありますのでご利用ください。



● 排尿チェック表の記入例

No	項目	O/X	尿失禁のタイプ			尿排出障害	
			漏洩性	切迫性	過活性		
1	尿意を訴えない(尿意がわからない)	X		-1.3	0.8		
2	咳、くしゃみ、笑うなど腹圧時に尿がもれる	X	2.2				
3	尿がたらだらと常にもれている	X			4.0	2.8	
4	パンツをおろす、あるいはトイレに行くまでに我慢できずに尿がもれる	O		(2.8)			
5	排尿の回数が多い(起床から就寝まで:8回以上または夜間:3回以上)	O		(1.0)			
6	いつもおなかに力をいれて排尿している	X			1.2	(1.8)	
7	排尿途中で尿線がとぎれる	O					
8	トイレ以外の場所で排尿をする	O				(1.1)	
9	排尿用具またはトイレの使い方がわからない	O			(2.7)		
10	トイレまで歩くことができない	X			1.0	1.2	
11	準備に時間がかかったり、排泄器具をうまく使えない	X				2.2	
12	尿失禁に関心が無い、あるいは気づいていない	O				(1.9)	
13	経期的分娩の既往がある	X	1.3				
1-13の合計点			0	3.8 (2.8+1.0)	2.7	3.0 (1.1+1.9)	1.8
引き算分				-1.8	-3.3	-1.6	-1.4
最終点				-1.8	1.7	1.4	0.4

診断：切迫性尿失禁(P:1.5参照)、機能的尿失禁(P:2.0参照)、尿排出障害(P:2.2参照)

## 排尿チェック表 各項目の調べ方

※どの設問も、自分で答えられない方については  
観察して○×をつけてください。

- 1 尿意を訴えない(尿意がわからない)
 

「おしっこがしたい感じがわかりますか」などの質問をします。あるいは、観察により排尿したいような素振りがあれば、尿意ありと判断します。
- 2 咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる
 

「咳やくしゃみをしたときや、重いものを持ち上げたりしたとき、あるいは急に体を動かしたときに尿がもれることがありますか」などの質問をします。あるいは、上記のような場合に尿がもれるかどうか観察します。
- 3 尿がだらだらと常にもれている
 

「おしっこが少しずつ、いつももれていますか」などの質問をします。あるいは、おむつが常にぬれているかどうか、常にチヨロチヨロもれている状態があるかどうか観察します。
- 4 パンツをおろす、あるいはトイレに行くまでに我慢できずに尿がもれる
 

「おしっこが急になくなって、トイレに行く間や下着をおろす間、または排泄用具を準備する間にもれてしまうことがありますか」などの質問をします。あるいはこのような状態があるかどうか観察します。
- 5 排尿の回数が多い(めやす：起床から就寝まで8回以上、夜間3回以上)
 

排尿日誌(P.6参照)を参考にします。
- 6 いつもおなかに力を入れて排尿している
 

「いつもおなかに力を入れて、あるいは力んでおしっこをしていますか」などの質問をします。あるいはこのような状態があるかどうか観察します。

### 7 排尿途中で尿線がとぎれる

「おしっこ途中で出たり止まったり、とぎれたりすることがありますか。またはおしっこの終わりかけに尿がぼたぼたたれることがありますか」などの質問をします。あるいはこのような状態があるかどうか観察します。

### 8 トイレ以外の場所で排尿をする

認知症などによりトイレがわからないため、トイレ以外の場所で排尿してしまうものです。この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

### 9 排泄用具またはトイレの使い方がわからない

この設問も、認知症などによりトイレや器具が認識できないことを、介護者・看護者が観察して○×をつけます。

### 10 トイレまで歩くことができない

身体運動障害などのため、排尿に間に合うようにトイレに到達できず尿がもれてしまうもので、この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

### 11 準備に時間がかかったり、排泄器具がうまく使えない

身体運動障害などのため、排尿行為がうまくできず尿がもれてしまうもので、この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

### 12 尿失禁に関心がなく、あるいは気づいていない

認知症などにより、排尿に対する意識や意欲が損なわれてしまっているもので、この設問は介護者・看護者が観察して○×をつけます。

### 13 経歴的分娩の既往がある

出産経験の有無について質問、あるいは調べます。

## 腹圧性尿失禁

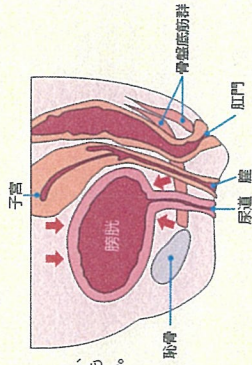


咳・くしゃみをしたり、重いものを持ち上げたりした時など、**おなかに力が入ったときに尿がもれしてしまうタイプの尿失禁**です。  
膀胱や子宮を支える筋肉(骨盤底筋群)がゆるむことで膀胱が下がってしまったり(ぐらぐら尿失禁)、尿道を締める筋肉(括約筋)の働きが弱くなってしまうたり(ゆるゆる尿失禁)することが原因で起こるものです。  
泌尿器の構造上女性に多くみられ、出産、加齢、肥満などが関係します。男性ではまれですが、前立腺の手術後にみられることがあります。

### 腹圧性尿失禁の仕組み

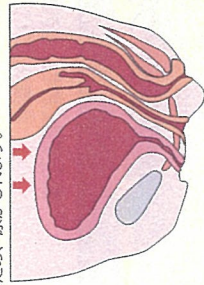
#### 正常

腹圧により膀胱内圧の上昇が起こると、膀胱は同時に尿道にも伝わり尿道の圧も同時に上昇するため尿失禁は起きません。



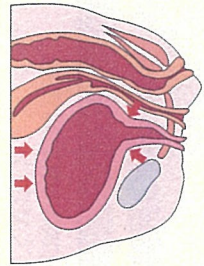
#### ぐらぐら尿失禁

膀胱が下がると腹圧の上昇が尿道に伝わらなくなり、腹圧時に膀胱内圧が尿道内圧を超えるため、尿がもれます。



#### ゆるゆる尿失禁

尿道括約筋がゆるんで、軽度の腹圧で尿がもれてしまいます。



## 介護・看護の現場でできる対処方法

おなかに力が入るような行動(運動、外出など)の前には、排尿して膀胱を空にするように指導します。

咳やくしゃみが出そうなとき、尿道(女性では尿道の出口、男性では陰茎の付け根)を押さえるよう指導します。

尿意を感じたら、あまり我慢せず、早めにトイレに行くように指導します。

本人に尿失禁改善の意欲がある場合、**骨盤底筋訓練**(P.34参照)を指導します。

腹圧性尿失禁は薬物療法(P.48参照)、理学療法、外科的手術(P.50参照)などにより治療できます。元気で、改善意欲のある方には泌尿器科専門医の受診をすすめてよいでしょう。

