

drome), 尿意切迫-頻尿症候群 (urgency-frequency syndrome) と呼ばれる^{1,2)}. 尿意切迫感とは, 膀胱の充満によりしだいに強くなる尿意とは異なり, 急に起こる, 抑えられないような強い尿意で, 我慢することが困難という愁訴である. 頻尿や夜間頻尿を訴える患者でも, 尿意切迫感を伴わない場合には過活動膀胱ではない. また過活動膀胱の診断には切迫性尿失禁の存在は必須ではなく, 切迫性尿失禁を伴うことも伴わないこともある. 過活動膀胱と頻尿, 切迫性尿失禁の関係を図1に示す.

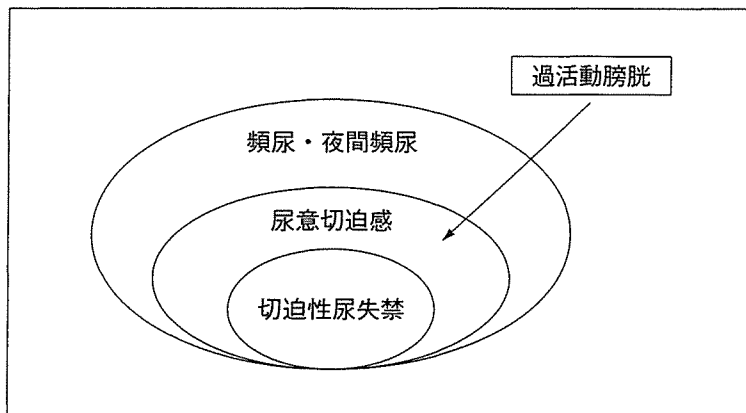


図1 過活動膀胱と頻尿, 切迫性尿失禁との関係

このように, 過活動膀胱は自覚症状に基づいて診断される. 一方, ウロダイナミクスにより証明される蓄尿時の不随意的な膀胱収縮は, 排尿筋過活動 (detrusor overactivity) と呼ばれ, 神経学的基礎疾患がある場合とない場合

に分けて, それぞれ神経因性排尿筋過活動 (neurogenic detrusor overactivity), 特発性排尿筋過活動 (idiopathic detrusor overactivity) と呼ばれる (表1). 過活動膀胱の症状は排尿筋過活動の存在を示唆するが, ほかの尿道-膀胱機能障害に起因する場合もある.

過活動膀胱が症状のみによって定義されるようになった背景には, 多くの要因がある. すなわち, ①過活動膀胱の頻度は高く, QOLに大きな影響を与えていること³⁻⁵⁾, ②患者が過活動膀胱の症状を相談するのは泌尿器科専門医でない場合も多いこと (特に欧米), ③泌尿器科医でもウロダイナミクスなしに症状のみを根拠に治療を開始することはしばしば行われていること, ④過活動膀胱の症状と通常のウロダイナミクス所見は必ずしも

表1 過活動膀胱と排尿筋過活動

	症状	UDS 所見
過活動膀胱 Overactive bladder	尿意切迫感 頻尿, 夜間頻尿 (切迫性尿失禁)	不問
排尿筋過活動 Detrusor overactivity	不問	膀胱内圧検査時の不随意的収縮 神経因性排尿筋過活動 (神経学的基礎疾患あり) 特発性排尿筋過活動 (神経学的基礎疾患不明)

関連しないこと⁶⁾, などの理由により, 症状を根拠にして診療を行うことを正当化しようとするのが過活動膀胱の疾患概念である. したがって, 尿意切迫感を主体とする蓄尿症状の有無を適切な問診により明らかにし, 同様の症状を呈する他疾患をきちんと鑑別・除外することが過活動膀胱の診断においてはきわめて重要である.

II 過活動膀胱の病態

表2に示すように, 過活動膀胱の病因は多彩である. 以下, 神経因性と非神経因性に大別して, 概説する.

1 神経因性

排尿神経路に影響を与える神経疾患の多くが過

表2 過活動膀胱の病因

-
1. 神経因性
 - 1) 脳幹部橋より上位の中樞の障害
脳血管障害, パーキンソン病, 多系統萎縮症, 痴呆, 脳腫瘍, 脳外傷, 脳炎, 髄膜炎
 - 2) 脊髄の障害
脊髄損傷, 多発性硬化症, 脊髄小脳変性症, 脊髄腫瘍, 脊柱管狭窄症, 後縦靭帯骨化症, 変形性脊椎症, 脊椎血管障害
 2. 非神経因性
 - 1) 下部尿路閉塞
 - 2) 加齢
 - 3) 骨盤底の脆弱化
 - 4) 特発性
-

活動膀胱の原因となりうる⁷⁾。いわゆる神経因性膀胱を来しうる原因は、過活動膀胱の原因となることが多いが、過活動膀胱はあくまで尿意切迫感を主体とする蓄尿症状が存在するときに付けられる診断名であり、尿意のない神経因性膀胱例は過活動膀胱には該当しない。

2 非神経因性

1) 下部尿路閉塞

非神経因性のうち、前立腺肥大症に代表される下部尿路閉塞では、筋原性変化⁸⁾ (除神経過敏反応, 自発性筋収縮の亢進, 筋細胞間の興奮伝達の促進), 排尿神経路における神経可塑性^{9, 10)}, 閉塞膀胱における虚血性変化¹¹⁾ が関与して、過活動膀胱が発生する。前立腺肥大症の約半数に過活動膀胱が合併する。

2) 加齢

国内外の疫学調査でも、過活動膀胱は加齢と共に頻度が高くなる³⁻⁵⁾。加齢により過活動膀胱が発生しやすくなる原因として、膀胱平滑筋自体の加齢による変化 (電氣的興奮の易伝達性), 骨盤神経節後線維から膀胱平滑筋に放出される神経伝達物質として、ATPが増加してアセチルコリンが減少すること (結果的に立ち上がりの早い排尿

筋収縮が誘発されやすくなる), 脳内におけるアセチルコリン作動性神経の機能低下などが指摘されているが、詳細は本誌の別章 (高齢者の過活動膀胱) に譲る。

3) 骨盤底の脆弱化

成人女子の腹圧性尿失禁に尿意切迫感, 頻尿, 切迫性尿失禁が合併することは少なくない。ある報告では, 成人女子の腹圧性尿失禁の44%に切迫性尿失禁が合併し, このうち74%は腹圧性尿失禁に対する手術 (筋膜を用いた尿道スリング手術) により切迫性尿失禁も消失している¹²⁾。骨盤底の脆弱化に起因する腹圧性尿失禁では, 尿道内に漏出した尿が排尿筋収縮を促進させる機序 (尿道-膀胱収縮反射) が想定されている¹³⁾。

4) 特発性

臨床における過活動膀胱の多くは, 明らかな原因が特定されない特発性である。特発性では, 筋原性因子, 神経原性因子, 全身的因子が互いに交錯しつつ過活動膀胱の発生に関与すると推測される。この中でも, 膀胱・尿道からの求心性神経伝達機構が最近注目されており, ①膀胱の mechanosensory transduction における尿路上皮の役割, ②膀胱知覚神経終末の興奮性調節機序,

表3 過活動膀胱の診療ガイドライン

- ・ 症状問診票
- ・ 診療のアルゴリズム
(初期評価項目) - 問診, 理学的検査, 尿検査, 残尿測定, FVC
(初期治療) (専門医紹介のタイミング)
- ・ 鑑別診断*
- ・ 過活動膀胱の治療指針 →
- ・ 過活動膀胱と前立腺肥大症

行動療法
薬物療法
Neuromodulation

- *鑑別診断
1. 膀胱の異常: 膀胱癌, 膀胱結石, 間質性膀胱炎
 2. 膀胱周囲の異常: 子宮内膜症, 尿膜管の炎症
 3. 前立腺・尿道の異常: 前立腺癌, 尿道結石
 4. 尿路感染症
 5. その他: 尿閉, 多尿, 心因性頻尿

表4 過活動膀胱の診断ガイド

患者さんに記入してもらう事項		
1. 急に尿がしたくなり, 我慢がむずかしいことがありますか	はい	いいえ
2. 尿は近いですか (尿の回数は1日に8回以上ですか)	はい	いいえ
3. 尿がもれますか	はい/いいえ	
4. 膀胱や尿道に痛みがありますか	いいえ	はい
5. 膀胱や尿道の病気がありますか	いいえ	はい
医師の確認事項		
6. 尿検査	正常	異常
7. 失禁は主に切迫性か腹圧性か	切迫性	腹圧性
8. 50 ml 以上の残尿はあるか	ない	ある
9. 多尿はあるか (1日尿量が40 ml/kg 体重以上)	ない	ある
10. 前立腺肥大症	ない/ある	
11. 前立腺特異抗原 (PSA)	正常	異常

(文献16より一部改変)

③バニロイド受容体の役割, などが明らかにされている¹⁴⁾. 特発性の過活動膀胱では, もともと尿意の伝達において重要な働きをするAδ線維に加えて, 本来はsilentなC線維の活動が亢進し, 膀胱知覚過敏の状態が存在するのではないかと推測されている.

Ⅲ 過活動膀胱の診断

過活動膀胱の診断は, 自覚症状に基づいてなさ

れるが, 尿意切迫感を主体とする蓄尿症状の有無を適切に問診する必要がある. また過活動膀胱と同様の症状を呈しうる他疾患を的確に鑑別・除外することが重要で, このためには適切な初期評価が不可欠である. 日本排尿機能学会では, 現在, 過活動膀胱の診療ガイドラインを作成中で, その骨子を表3に示す. 過活動膀胱の症状問診票の妥当性に関する検討も同時進行中である. また初期評価項目として, 問診, 理学的検査に加えて, 尿検査, 残尿測定の必要性が提唱されている. ま

表5 過活動膀胱の診療における
ウロダイナミクスの位置付け

以下の場合にウロダイナミクスを考慮する ー適切な初期治療に反応しない ー侵襲的な治療（手術）を考慮しているとき （尿失禁手術，TUR-P など） ー下部尿路閉塞が疑われるとき ー神経因性膀胱症例
--

た排尿記録（frequency-volume chart；FVC）は、排尿状況に関する有益な情報を提供するのみならず、多尿の鑑別にも必要で、初期評価項目に含めるのが望ましいと思われる。FVCの記録にあたっては、排尿前の膀胱知覚の程度を表示（たとえば、0：尿意なし、1：軽い膀胱蓄尿感、2：初発尿意、3：強い尿意、4：尿意切迫感と5段階で表示）することにより、膀胱知覚に関するさらに詳細な情報の収集が可能となる¹⁵⁾。過活動膀胱と鑑別すべき疾患を表3に示す。

排尿障害の患者を多数診療している泌尿器科専門医にとっては、過活動膀胱の診断は容易である。しかし非専門医のために、診断上の見落としがないように簡略化した診断ガイド（表4）¹⁶⁾を使用することも有益であろう。

IV 過活動膀胱の診療における ウロダイナミクスの位置付け

すでに述べたように、過活動膀胱の診断においてウロダイナミクスは必須ではない。

しかし実際の過活動膀胱の診療においては、詳細な病態把握や初期治療が成功しなかった場合にその後の治療方針を決定することを目的に、ウロダイナミクスの施行が望ましい状況は少なくないであろう。過活動膀胱の診療において、ウロダイナミクスを考慮すべき状況を表5に示す。

おわりに

過活動膀胱は自覚症状から診断される症状症候群であり、その実践的な定義は患者の訴えを重視して、泌尿器科以外の非専門医にも初期治療を可能にしたという点で大きなインパクトをもっている。しかし、尿意切迫感を主体とする蓄尿症状が共通の入り口にもかかわらず、過活動膀胱の病因は多彩であり、したがって初期治療に対する反応性もさまざまに異なる可能性がある。泌尿器科専門医としては、必要に応じて専門的な評価に基づいて病態を把握し、より精度の高い診療を実践する姿勢が求められている。

文 献

- 1) Abrams P, Cardozo L, Fall M et al : The standardisation of terminology of lower urinary tract function : Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 21 : 167-178, 2002
- 2) 本間之夫, 西沢 理, 山口 脩 : 下部尿路機能に関する用語基準 : 国際禁制学会標準化部会報告. *日本排尿機能学会誌* 14 : 278-289, 2003
- 3) Milsom I, Abrams P, Cardozo L et al : How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 87 : 760-766, 2001
- 4) Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW et al : Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 20 : 327-336, 2003
- 5) 本間之夫, 柿崎秀宏, 後藤百万ほか : 排尿に関する疫学的研究. *日本排尿機能学会誌* 14 : 266-277, 2003
- 6) Radley SC, Rosario DJ, Chapple CR, Farkas AG : Conventional and ambulatory urodynamic findings in women with symptoms suggestive of bladder overactivity. *J Urol* 166 : 2253-2258,

-
- 2001
- 7) Ouslander JG : Management of overactive bladder. *N Engl J Med* **350** : 786-799, 2004
 - 8) Brading AF : A myogenic basis for the overactive bladder. *Urology* **50**(Suppl 6 A) : 57-67, 1997
 - 9) Steers WD, de Groat WC : Effect of bladder outlet obstruction on micturition reflex pathways in the rat. *J Urol* **140** : 864-871, 1988
 - 10) Tanaka H, Kakizaki H, Shibata T et al : Effect of preemptive treatment of capsaicin or resiniferatoxin on the development of premicturition contractions after partial urethral obstruction in the rat. *J Urol* **170** : 1022-1026, 2003
 - 11) Das AK, Leggett RE, Whitbeck C et al : Effect of doxazosin on rat urinary bladder function after partial outlet obstruction. *Neurourol Urodyn* **21** : 160-166, 2002
 - 12) Morgan TO Jr, Westney OL, McGuire EJ : Pub-ovaginal sling : 4-year outcome analysis and quality of life assessment. *J Urol* **163** : 1845-1848, 2000
 - 13) Jung SY, Fraser MO, Ozawa H et al : Urethral afferent nerve activity affects the micturition reflex : implication for the relationship between stress incontinence and detrusor instability. *J Urol* **162** : 204-212, 1999
 - 14) 柿崎秀宏 : 国際尿失禁会議からの報告. 第1回神経生理・薬理. 排尿障害プラクティス **10** : 322-329, 2002
 - 15) De Wachter S, Wyndaele JJ : Frequency-volume charts : A tool to evaluate bladder sensation. *Neurourol Urodyn* **22** : 638-642, 2003
 - 16) 本間之夫 : 過活動膀胱の診断—症状の評価を中心に—. *泌尿器外科* **16** : 1055-1061, 2003

「おむつからの脱皮」を読む前に

名古屋大学医学部保健学科助教授、愛知排泄ケア研究会 わたなべよりこ 渡邊順子

人は、誰でもおむつ経験者です。しかし、残念なことにそのことをよく覚えていません。生後3年ほど経つとおむつから脱皮して、人並みのトイレ生活になります。当たり前ではありますが、よく考えれば不思議なことです。

人はなぜ、おむつが必要なのでしょう？

そして、人はなぜ、おむつが不要となるのでしょうか？

竹内は、1歳児におむつ離れを促すとき、多くは失敗のときの恥ずかしさを覚えさせ、うまくいったときに褒めるというように、排泄の自立は、「羞恥心」に裏打ちされていると述べています¹⁾。このように根源的な発想から排泄ケアを考えていくことが、重要な伏線とならないでしょうか。おむつをしなければならない理由を探り、おむつが不要となるプロセスをたどることが、排泄の自立につながると考えたいのです。

ここでは、おむつ生活から脱皮して、人並みのトイレ生活を目指す方略について、おむつに関する実態調査とおむつ体験学習から得られた知見を基に考えます。さらに、おむつを適切に使いこなすための選択方法と、やむを得ずおむつ生活を強いられたときに生じやすいスキントラブルの対処方法について概説します。

4

おむつからの脱皮

Q 55 高齢者へのおむつ使用の現状は？

A 理不尽におむつ着用を強いられている人が3割もいます。

1999年、愛知排泄ケア研究会の発起人でもある大島伸一、後藤百万ら（名古屋大学）は、愛知県とともに老人施設、訪問看護ステーション、病院など319施設29,085人を対象にした大規模な「愛知県排尿障害実態調査」を実施した²⁾。本調査のなかからおむつに関する結果を抜粋し、排尿ケアの実態として、特に高齢者とおむつとの関係から見いだされる現状の問題点について概観する。

●おむつを使用する理由

調査の結果、おむつの使用率は、老人施設入所者（49.8%）、在宅看護（訪問看護ステーション）利用者（46.7%）、病院入院患者（23.3%）の順で高率を示した。これらは介護力の不足と排泄環境の不具合によるものと考えられる。病院においては膀胱留置カテーテルの使用が12.5%みられ、おむつ使用と合わせると50%以上となり、排泄コントロールは膀胱留置カテーテルとおむつに依存していることがわかる（図1）。

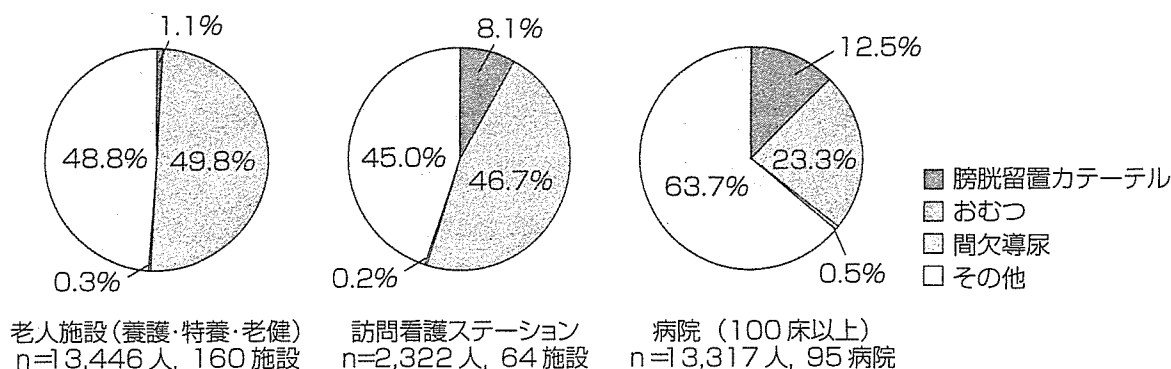


図1 施設における排泄手段

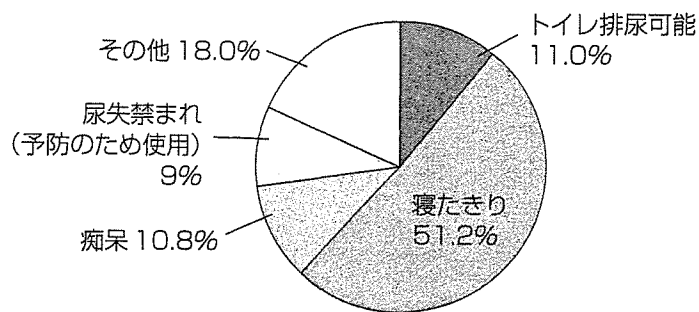


図2 病院におけるおむつ使用の理由 (n = 4,201 人)

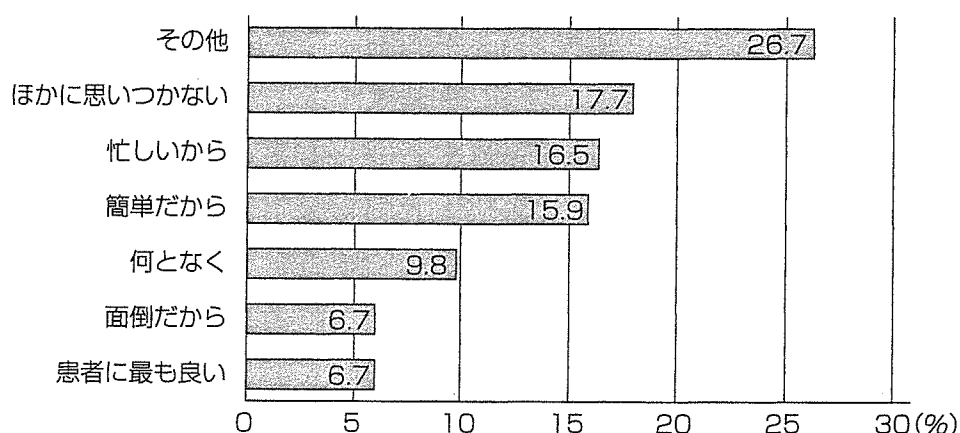


図3 患者さんにおむつを使用する理由 (病院看護師, n = 164 人)

また、病院におけるおむつ使用の理由は、「寝たきりのためトイレでの排尿が不可能」51.2%、「トイレでの排尿は可能だが失禁があるため」11.0%、「痴呆のためトイレでの排尿が不可能」10.8%、「尿失禁はまれだが予防のため」9.0%の順となった (図2)。

さらに、病院看護師164人に対して、おむつ使用の理由を明確にするために、「どうして患者さんにおむつを使用するのか？」とその意識を尋ねた結果、「おむつ以外の方法が思いつかない」17.7%、「忙しいから」16.5%、「簡単だから」15.9%が上位を占めた。このことから、排泄ケアに対する意識の貧困さと、排泄ケアに関する知識・技術の不足が理不尽なおむつ使用が推察される (図3)。

同様に、専門医の施設訪問によるおむつ外しの可能性についての評価は、「可能である」4.7%、「おそらく可能であろう」24.9%となり、ほぼ30%

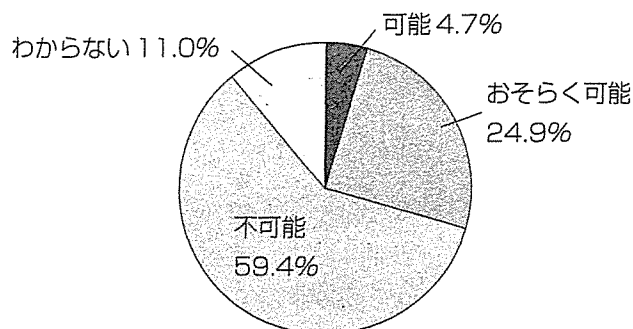


図4 おむつは外せるか？（専門医の評価）

のおむつ使用者はおむつを外すことができるにもかかわらず、理不尽な排泄ケアを強いられていることがわかった（図4）。

●排尿ケアに関する臨床研究

高齢者の排尿管理が不十分な原因としては、まず、臨床研究の立ち遅れによる標準的なガイドラインの欠如が考えられた。

すでに、1992年、Agency for Health Care Policy and Research（米国）³⁾では成人の尿失禁ガイドラインを策定しており、4年後の1996年には改定している。米国においては、医学、看護学ならびにリハビリテーション学領域で、高齢者の排尿管理に関する臨床研究は発達してきているといえよう。

日本では排泄ケアに関する研究は不十分なため、科学的な根拠に基づいた排泄ケアに関する標準的なガイドラインが確立されていなかった。しかし、先の実態調査が行われた後の2000年に「高齢者尿失禁ガイドライン」が厚生省科学研究補助金の助成により策定された。

ところが、高齢者の介護・看護・診療に関連した職種間の連携不足や専門医の不足、専門コメディカル職種の欠如などが新たな課題となっている。

また、医療分野における教育課程のなかで、排泄ケアに関する問題が十分に取り上げられてこなかったため、高齢者の排尿障害への対処すなわち、排泄管理や排泄ケアについての知識、技術、関心が不足している現状は見逃せない。



おむつ交換の実態はどうなっているのでしょうか？



定時交換が昼間は3割、夜間は7割以上という現状です。

2002年、「市民の立場からのオムツ減らし研究学会」が、全国8都道府県の計1,108施設（指定介護老人保健施設196，指定介護老人福祉施設390，指定介護療養型医療施設500，その他22）で働く職員を対象に行ったおむつ交換の実態調査⁴⁾によると、「施設側で決めた時間に一律に交換している」（定時交換）が31.5%を占めており、「随時交換」は67.4%であった。夜間のおむつ交換では、「時間ごとの定時交換」は全体では77.2%となっており、介護療養型医療施設では80.5%であった。また「定時交換と随時交換の両方を組み合わせている」は61.7%であり、「夜間交換は控えている」が18.3%みられた。

これらのことから、排泄ケアは介護者の都合が優先となっている現状が明確である。おむつの定時交換とは、あたかも町内の生ゴミ収集と同じ発想である。それはおむつ交換に限らず、昼間に清拭や入浴介助をしていることにも通じるのではないだろうか。身体ケアは、一方的に看護・介護者が時間を決めて行うものではない。特に、排泄ケアは本人のペースに合わせた時間とやり方に左右されるものである。利用者が尊重される排泄ケアを行うには、介護者は利用者個々の排泄パターンを熟知した上で、個人に合った排泄方法が選択でき、実行できることが約束できなければならない。



おむつ体験の実際を教えてください。

A おむつ着用での排泄を経験することで、排泄ケアと患者への理解を深める体験学習です。

●基礎看護学技術教育としての体験学習

おむつの体験学習は、利用者が尊重される排泄ケアを行うための有効な方略の一つである。

従来から、排泄ケアに関する基礎看護学技術教育では、学生におむつを着用させる排泄体験学習を講義や演習に導入した報告がみられる⁵⁻⁸⁾。おむつ体験により、おむつ着用による精神的苦痛、身体的不快感など、意識変化につながり⁶⁾、学生のおむつ使用に対する拒否感が強まる⁷⁾。学生が授業で得た知識を用いて、おむつで排泄する患者体験を行い、患者に対する理解を深めることができることを教育目標としている。

そこで、排泄ケアについてできるだけ現実的に考えられることを目的としたおむつ体験学習を実施し⁹⁾、健康な成人がおむつをするといった非日常的な排泄方法がいかに困難であるかについて詳細に報告したい。

この排泄体験学習の実施時期は、学生は排泄およびおむつに関する専門的な知識を習得していない段階、すなわち基礎看護技術の排泄ケアに関する授業をまだ履修していない、できるだけ患者の立場に近い状況に設定した。また、学生が不要なストレスに左右されずおむつで排泄することに集中できるよう、自由な発想で実施し、その結果は自由記載でレポートした。

実施要領は、以下のとおりである。

- ①自宅で単独に実施する
- ②就寝前に紙おむつを着用しそのまま就寝する
- ③翌朝、寝たまま排泄をする
- ④使用した紙おむつは居住する地方自治体の処理方法に準じて処分する
- ⑤体験レポートは1,200字程度にまとめ、e-mailにて提出する

当然、排泄行為は羞恥心やプライバシーといった個人的側面に大きくかわる行為である。そのためこのような体験学習を行う場合には、事前に学習意図を納得できるよう口頭で説明し、学生の自由意思を尊重し、実施

表1 排泄体験学習の実施状況 (n=72)

項目	人数 (%)	項目	人数 (%)
排泄の種類		準備した体位の変更	
排尿	56 (77.8)	坐位	28 (87.5)
排尿と排便	16 (22.2)	立位	2 (6.3)
実施時間		上半身挙上	1 (3.1)
起床時または朝	11 (15.3)	その他	1 (3.1)
昼間	29 (40.3)	最終的な排泄の体位	
夜間	32 (44.4)	坐位	36 (50.0)
排泄までの所要時間		仰臥位	26 (36.1)
10分未満	27 (37.5)	立位	7 (9.7)
10分以上30分未満	31 (43.1)	上半身挙上	2 (2.8)
30分以上1時間未満	12 (16.7)	その他	1 (1.4)
1時間以上	2 (2.8)	処理までの時間	
実施場所		0分(排泄直後)	41 (56.9)
就寝場所	37 (51.4)	5分未満	6 (8.3)
部屋(上記以外)	18 (25.0)	5分以上10分未満	13 (18.1)
トイレ	15 (20.8)	10分以上60分未満	6 (8.3)
その他	2 (2.8)	60分以上	1 (1.4)
当初の排泄の体位		記述なし	5 (6.9)
仰臥位	56 (77.8)	処理の内容	
坐位	10 (13.9)	洗浄	58 (80.6)
立位	5 (6.9)	清拭	14 (19.4)
その他	1 (1.4)		

注)「準備した体位の変更」では、体位を変更した32人の人数割合を示す

しない学生が不利益にならないよう成績には影響しないこと、また、実施成果は書面による同意が得られた場合のみ公表することを約束するなど、倫理的な配慮に努めた。

●おむつ体験の結果(表1)

実際の排泄までの所要時間をみると、「10分未満」は27人(37.5%)であり、「10分以上30分未満」は最も多く31人(43.1%)であった。さらに「30分以上1時間未満」12人(16.7%)、「1時間以上」2人(2.8%)であった。

当初の排泄体位は、「仰臥位」56人(77.8%)が最も多く、次いで「坐位」の10人(13.9%)であった。途中から体位を変更した学生は32人(44.4%)いた。変更した排泄体位は「坐位」「立位」の順に多かった。最終的な排泄の体位では、「坐位」36人(50.0%)が最も多く、次に「仰臥位」26人

表2 排泄体位を変更した理由

理由（記述件数）	記述内容の例
排泄の不可（20）	排泄ができないため ふだんの排泄の体位に近付けるため
排泄への懸念（12）	排泄により気持ち悪くなるのが気掛かりであるため 排泄物の漏れへの心配のため 排泄そのものが不安なため 排泄への羞恥心のため
感覚の変化（2）	残尿感・残便感のため 尿意が消失したため

注) 記述人数 29 人、記述件数 34 件

(36.1%)であった。

体位を変更した理由について自由記述を求めた結果、34件の記述がみられた(表2)。記述を類似する内容で分類した結果、「排泄の不可」「排泄への懸念」「感覚の変化」が体位を変更した理由であった。「排泄の不可」の記述には、『腹圧がうまくかけられない』『身体が緊張して排泄できない』『排泄できないので普段の排泄体位に近付けたい』がみられた。「排泄への懸念」では、『おむつを用いた排泄により気持ち悪くなるのが気掛かり』『おむつから排泄物が漏れることが心配』があった。「感覚の変化」として『残尿感・残便感のため』『尿意の消失のため』に、学生は体位を変更していた。

排尿から排泄後の処理までの時間は、平均3.18分(SD=8.96分)であった。「0分(排泄直後)」が41人(56.9%)、「5分未満」が6人(8.3%)、「5分以上10分未満」が13人(18.1%)であった。処理の内容では、シャワー・入浴などの「洗浄」が58人(80.6%)であった。

●尿意の消失と残尿感の有無とその関係(表3)

排泄に伴う感覚では、「尿意の消失」が47人(65.3%)、「残尿感」が44人(61.1%)にみられた。「尿意の消失」「残尿感」の両方を有する人は29人(40.3%)、どちらかを有する人は62人(86.1%)であった。これら二つの関係について、Fisherの直接法による χ^2 検定を行った結果、「尿意の消

表3 尿意の消失と残尿感の有無とその関係

	残尿感あり (%)	残尿感なし (%)	合計
尿意の消失あり	29人 (40.3)	18人 (25.0)	47人 (65.3)
尿意の消失なし	15人 (20.8)	10人 (13.9)	25人 (34.7)
合計	44人 (61.1)	28人 (38.9)	72人 (100.0)

注) X^2 検定: Fisherの直接法 $p = 0.543$

表4 排泄への感想の人数割合 (複数回答)

感想	人数 (%)	感想	人数 (%)
不快である	71 (98.6)	憂鬱である	25 (34.7)
恥ずかしい	64 (88.9)	混乱している	11 (15.3)
気持ち悪い	62 (86.1)	後悔する	9 (12.5)
嫌である	60 (83.3)	イライラする	8 (11.1)
不安である	41 (56.9)	自信がない	7 (9.7)
緊張する	38 (52.8)	泣き出したい	7 (9.7)
情けない	35 (48.6)	動転している	5 (6.9)

失」と「残尿感」との関連に傾向はあるものの有意差は認められなかった ($p=0.543$).

●体験後の感想 (表4, 5)

排泄後の感想は、「不快である」71人 (98.6%)、「恥ずかしい」64人 (88.9%)、「気持ち悪い」62人 (86.1%)、「嫌である」60人 (83.3%)、「不安である」41人 (56.9%)であった。

体験学習後、「排泄とそのケア」に対する考えが変わった学生は61人 (84.7%)であった。「排泄とそのケア」への考えについて自由記述による回答を求めた結果、114件の記述が得られた (表5)。記述内容を分類した結果、「排泄の苦痛および困難さの体験」の記述には、『想像以上に精神的につらい』『情けない気持ちになった』『想像以上に排泄は困難であった』などがみられた。「排泄ケア」では『排泄後の処理はできるだけ早く行う』『患者さんのプライバシーを考慮したケアをしたい』『できるかぎり自分で排泄ができるようにケアすることが大切だ』などの記述があった。

表5 「排泄とそのケア」への考え（自由記述）

考え（記述件数）	記述内容の例
排泄の苦痛や 困難さの体験（53）	想像以上に精神的につらい 情けない気持ちになった 想像以上に排泄は困難であった おむつの排泄では羞恥心を感じた 患者さんの気持ちを近くに感じた
排泄ケア（61）	排泄後の処理はできるだけ早く行う 患者さんのプライバシーを考慮する できるかぎり自分で排泄ができるよ うにケアすることが大切だ 患者さんの精神面へ心配りが必要だ 不快にさせないケアの方法をもっと 知りたい

注）記述件数114件

●考 察

学生の約50%が就床場所にて排泄を行い、約80%がまず始めに仰臥位による排泄を試みていた。本学の基礎看護学技術教育では、主に体動不能患者への身体支援に関する基本的な看護援助の技術の習得を目標としていることから、学生は、おむつを着用し就寝場所にて仰臥位で排泄する看護の対象者は、体動不能な寝たきり患者の状態ととらえて、意図的に体験を設定したことが推察される。

この排泄体験学習では、多くの学生が排泄に通常よりも時間を要し、ふだんの排泄と異なる体位では排泄ができず、坐位や立位のようなふだんの排泄に近付ける方法を選択した。排泄に伴う尿意の消失と残尿感を調べた結果、統計的な関係を認めなかったが、両方を有する人が約40%に、どちらか一方を有する人が80%以上にみられた。これらの結果から、健康な成人である学生であっても、おむつ着用による排泄は排泄そのものに時間を要し、ふだんの排泄にはみられない尿意の消失や残尿感を感じる困難な排泄であると考えられる。また、このような困難な排泄に対して、排泄に時間をかけ、体位をふだんの排泄に近付ける工夫によって、排泄が可能となることが推察された。

多くの学生が、おむつによる排泄は気持ち悪いという身体的な不快、排

泄に対する不安を感じていた。学生の排泄ケアへの考えには、「想像以上に精神的につらい」という排泄の困難さや苦痛の体験と、患者の身体的な不快感に対する「排泄後の処理はできるだけ早く行う」「プライバシーを考慮する」、患者の不安に対する「精神面への心配りが必要だ」がみられた。これらの結果は、学生が排泄ケアを現実的にとらえることができ、排泄ケアを具体的に検討できたことを示している。排泄体験学習を行った学生では、自らの体験を通して強く感じたことは忘れなかったために、排泄の困難さと苦痛の体験、排泄ケアへの考えに具体的に表れたと推察される。また、このような排泄ケアへの具体的な考えは、おむつを用いて排泄する人の援助に役立つものであろう。さらに、本学では、「排泄ケア」の単元は基礎看護学技術教育の最終単元であり、学生はすでに終了した「活動・運動ケア」ならびに「清潔ケア」の援助技術と知識を生かし、より現実的に排泄ケアを考えることができたと思われる。

おむつによる排泄では、排泄物による外陰部の皮膚障害、尿道への逆行性感染症、おむつそのものによる精神的苦痛などのさまざまな弊害がある。そのため、できるかぎりおむつを使用せずに、その人に合った排泄方法を探るといふ排泄の自立を促す援助が求められる。

1999年度の愛知県排尿障害実態調査²⁾によれば、おむつ使用者の約30%はおむつ外しが可能と推測された。排泄ケアを行う看護師は、おむつ外しへの関心をより高められるよう、具体的な排泄ケアの知識と看護援助技術を習得することが求められる。最近では看護・介護職員の全員に紙おむつを体験してもらい、おむつの当て方で寝返りができないことや、排尿したおむつのままでは歩けないことを知り、この体験を生かして積極的に排泄ケアに取り組んだところ、紙おむつの使用枚数が減り、コストの大幅削減につながると考えられる。おむつ体験によって、適切な排泄ケアをつかむことができ、机上の知識を実際に自分自身で試すことが可能となる。おむつ体験は、いつでも、誰でも、そしてどこでも行うことができる簡便な実践学習方法である。おむつ体験を学習した学生の意見のなかに、「できるかぎり自分で排泄できるようにケアすることが大切だ」といった排泄の自立を目指したケアの重要性を認めたものがみられた。

おむつ体験により、おむつから脱皮できる可能性は高い。

Q 58 おむつからトイレへ移行させるにはどうすればよいでしょうか？

A トイレに行きたいサインがみられたら、トイレに誘導しましょう。

●おむつが必要かどうかを探る

おむつの絶対適応をどのようにアセスメントするか。つまり、おむつをしなければならない状況として考えられるのは、体動による生命の危険度が高い術直後や、症状の増悪が予測される急性期症状の場合であろう。また、慢性期や在宅療養あるいは施設入所の場合では、寝たきり期間が長く全身の関節拘縮が著しいため、起き上がらせることができないまたは坐位姿勢がとれない、あるいは本人がおむつを強く望んでいる場合などが考えられる。さらには、介護能力が不十分、すなわちマンパワーの不足、老老介護、独居寝たきりの場合や、トイレに関する施設・設備上の問題がある。たとえば、トイレが離れている、ひとりでトイレに行けない、トイレの数が不足しているなどが考えられる。

しかし、急性期の場合を除いて、前述のトイレで排泄させることができないと考えられる要因が一つあるからといって、すぐにおむつに移行してしまうのは性急であろう。いくつかの要因が複合されて、トイレで排泄することの困難さは助長される。しかし、多くの要因がみられても、一つでも何らかの強みがあるのなら、おむつへの移行は考え直せる余地があると思われる。

現在の患者または利用者の排泄状況を詳しく知るための一つの方法として、Bulechek & McCloskeyは、Nursing Interventions Classification (NIC:看護介入分類)の尿失禁ケアの看護行為として、最低3日間の排泄パターンを観察し記録することを明示している¹⁰⁾。記録の方法は、どのような排尿日誌または排泄記録であっても構わない。その強みとなるサインを見つけ出すことが重要なアセスメントになる。

●トイレへ行きたいサインはV!?

トイレに行きたいとき、人はどのような反応をするのか。尿意や便意を催して、すぐにトイレに行ければ幸いであるが、もし、行けない状況とな

表6 トイレを求めているサイン

おむつを外そうとする	大声を発する
便をいじる（弄便）	衣服の脱ぎ着に時間がかかりすぎる
陰部をいじる	厳しい表情になる
トイレ周囲を徘徊する	いつも同じ言葉を口走る
看護・介護者のそばから離れない	トイレの場所がわからない
不穏・興奮行動がある	便器の使い方がわからない
トイレ誘導で一度でも成功したことがある	不眠である
起床時のトイレ誘導で成功したことがある	暴力を振るうことがある
食後のトイレ誘導で成功したことがある	異食をする
入浴中に排便がみられたことがある	おむつを交換するとき下半身を隠そうとする
脱衣したがる	ナースコールを頻繁に鳴らす
	トイレに何度も行きたがる

ったときを想像してほしい。顔は苦痛にゆがみ、ソワソワと落ち着かない。両膝と大腿部を密着させ、できるだけ、漏れないよう下半身を緊張させる。

意思の疎通がうまくとれない患者または利用者の場合は、どんなサインで排泄の意思を伝えようとするのか。これらのサイン（表6）を見逃さないことが大切である。

これらのサインが一つでもみられた場合は、おむつをしたままトイレに誘いたい。そして、うまくトイレで排泄できたときは、そのサインが「V」サインとなる。

Q 59 おむつにはどのような種類がありますか？

A おむつやパッドを使い分けましょう。

●おむつの分類

おむつの定義は「陰部に当て、尿・便を処理するもの」である。現在流通しているおむつについて、財団法人テクノエイド協会 (<http://www.techno-aids.or.jp/index.htm>) によるおむつの分類・定義を参考に整理した¹¹⁾。再利用型の布おむつ類と、使い捨て型の紙おむつとパッド類とに分かれる。

1) 布おむつ

①方形布おむつ

材質は綿100%の綾織、ネル、さらしなどのほかに、化繊と綿の混紡がある。それぞれ多少の違いはあるが、90～130cmほどの大きさの布地を折りたたんで当て、おむつカバーを用いる。

②成型布おむつ

布おむつを重ね合わせ、股間部に当たる部分を曲線にカットして成型したもの。

2) 紙おむつ

形状で分類すると、フラット型紙おむつ、パンツ型紙おむつ、失禁パッドの三種類に大きく分けられる。どれにも吸収剤の中に高分子吸収体(ポリマ)が入っている。肌に当たる表面材(不織布)、尿を吸収する吸収材、外側を覆う防水材(ポリエチレンフィルム)などで作られている。特殊なものとしてシーツ状の敷くタイプのおむつがある。収尿用として、パッドと共用することもある。

①平板型紙おむつ

長方形で30～35×65～67cmほどのサイズが多い。吸収素材の違いから、吸収シートタイプと綿状パルプタイプに分けられる。おむつカバーやメッシュパンツを併用する。

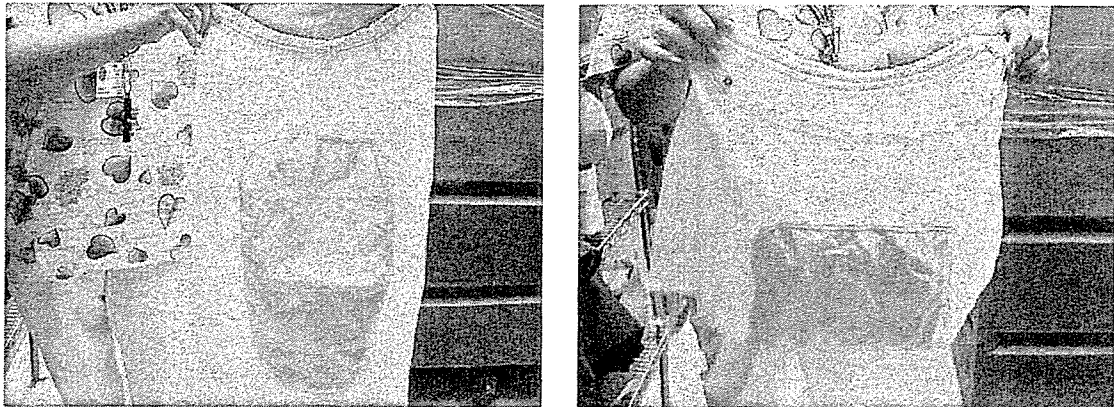


図5 ナーシングホームで使われていたおむつカバー（米国）

②パンツ型紙おむつ

パンツタイプの紙おむつ。股間にフィットするようにゴムギャザーが付き、両脇に接着テープが付いていて、腹部で全体を止めて用いる。おむつカバーは不要。

3) 失禁パッド

常時少量失禁する人や、時々微量失禁に使われる。尿量に合わせて使えるように形や大きさがいろいろある。失禁パッド用に工夫されたカバーや、ネットパンツもあるが、生理用ナプキンのように粘着テープの利用でふつうの下着でも使用できるものもある。

4) おむつカバー

おむつを身体によりフィットさせ、排泄物の漏れを防ぐために用いられる。防水性と同時に通気性が求められる。形の違いにより、腰巻き型、T字型（前開き、後開き）、パンツ型、全開型（外羽式、内羽式）などに分けられる。

図5、図6は、米国の某ナーシングホームで使われていたおむつカバーと紙おむつであるが、簡便な作りで、材質は柔らかいフランネルで中心部は防水加工されている。着脱が簡単なため、頻回なおむつ交換に対応できる。ただし、横漏れがしやすいので体動のある患者には不向きである。

5) 失禁パンツ

少量の失禁者用パンツは下着感覚で使える。パンツ型とオープン型がある。