

過活動膀胱の治療

前立腺肥大症に合併した過活動膀胱の治療

KEY WORDS

- 前立腺肥大症
- 過活動膀胱
- α_1 ブロッカー
- 抗ムスカリン薬

Treatment of overactive bladder associated with benign prostatic hyperplasia.

Hidehiro Kakizaki (教授)
Narumi Taniguchi (講師)
Atsushi Numata
Makoto Azumi
Kyokushin Hou

旭川医科大学泌尿器科学講座

柿崎 秀宏, 谷口 成実, 沼田 篤
安住 誠, 芳生 旭辰

はじめに

前立腺肥大症 (benign prostatic hyperplasia ; BPH) に伴う下部尿路症状 (lower urinary tract symptoms ; LUTS) の頻度は高い。海外の疫学調査では、50歳以降の男性において中等症から重症のLUTSが4人に1人の割合でみられている¹⁾²⁾。LUTSは男性に特異的な症状ではなく、女性でも加齢に伴ってLUTSが増加する³⁾。しかし前立腺を有する男性では、50歳以降の同年代の女性に比較して排尿症状が有意に強く、一方蓄尿症状にはほぼ男女差がないのが特徴である³⁾。

臨床的なBPHの約半数に過活動膀胱が合併する。本稿では、まずBPHの病態について概略を述べたうえで、BPHに合併した過活動膀胱の治療について

解説する。

I. BPHの病態

臨床的なBPHは、前立腺肥大により引き起こされるLUTSという単純な疾患ではなく、LUTS、前立腺腺腫 (benign prostatic enlargement ; BPE)、膀胱出口部閉塞 (bladder outlet obstruction ; BOO) という3つの要素がさまざまな程度に交錯する疾患として理解されている (図1)。3つの輪が重なる部分が古典的なBPHの概念であったが、実際にLUTSを訴えて病院を受診する患者のなかには、BPEもなく、またウロダイナミクスという詳細な下部尿路機能検査を行っても、BOOが証明されないケースも少なくないことがわかってきた。LUTSがありながら、

検査上BPEもBOOもない場合には、膀胱機能異常がLUTSの原因であることが少なくない。膀胱機能異常には、排尿筋過活動(蓄尿中に不随意的な排尿筋の収縮が起こる現象)と排尿筋収縮力低下があり、この両者の合併という病態も存在する。このように、50歳以降の男性でLUTSを訴える場合には、前立腺のみでなく、膀胱機能異常にも配慮することが大切である。下部尿路

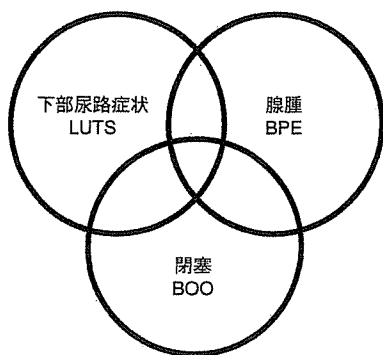


図1. 前立腺肥大症の構成要素

閉塞により過活動膀胱が発生する機序は複雑であり、神経性因子、筋原性因子、そして膀胱の高圧環境に伴う虚血性因子が関与する(図2)。

II. 前立腺肥大症に合併する過活動膀胱の治療

BPHに合併する過活動膀胱に対する治療指針を表1に示す。 α_1 ブロッカーを使用し、過活動膀胱の症状が改善しない場合には残尿をモニタリングしながら、抗ムスカリン薬を併用するなど、安全性に配慮しながら治療内容を変更する慎重な姿勢が重要である。薬物療法で過活動膀胱の症状が改善しない場合には、泌尿器科専門医へのコンサルトが不可欠である。

1. α_1 ブロッカー

BPHに伴うLUTSの薬物治療の第1選択として、 α_1 ブロッカーが広く使

用されている。 α_1 ブロッカーは効果発現が早く、4週間投与で有意に症状が改善し、投与後2~3ヵ月でほぼ最大の効果が発現し、その後も効果が持続する⁴⁾⁵⁾。国際前立腺症状スコア(international prostatic symptom score; I-PSS)を用いた効果判定では、一般的に α_1 ブロッカー投与により症状スコアは約40%改善する⁴⁾⁵⁾。 α_1 ブロッカーであるナフトピジルを用いた筆者らの検討では、I-PSSによる自覚症状、QOL、最大尿流率の領域別の有効性は、有効以上がそれぞれ34.7%、20.4%、20.7%であり、やや有効以上がそれぞれ61.2%、67.4%、41.2%であった。全般治療効果は、有効以上20.7%、やや有効以上62.1%であった(排尿障害臨床試験ガイドラインの判定基準による有効性)⁵⁾。

α_1 ブロッカーにより、排尿症状のみならず蓄尿症状(すなわち過活動膀胱の症状)も改善する。 α_1 ブロッカー

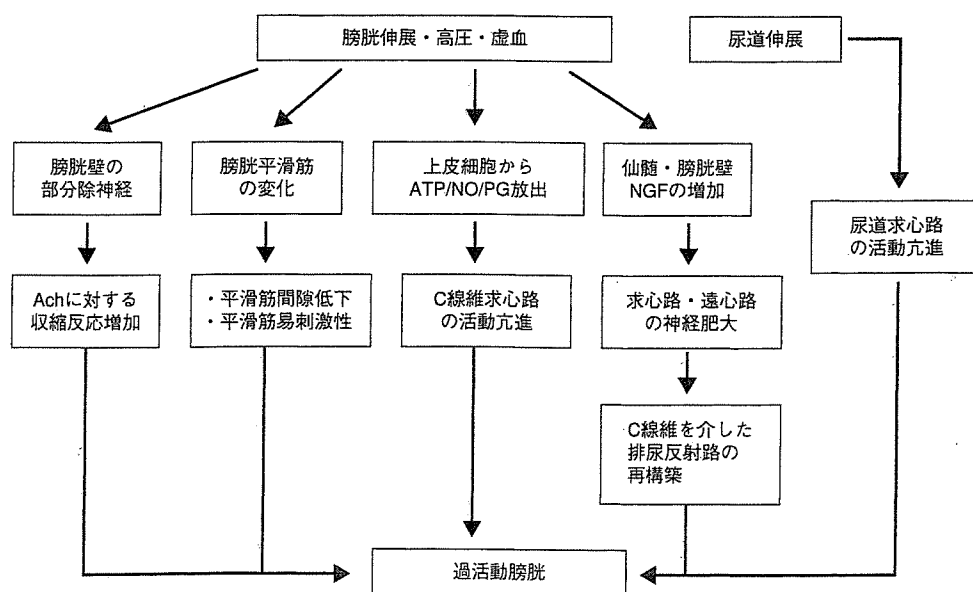


図2. 下部尿路閉塞に伴う過活動膀胱の発生機序

表1. BPHに伴う過活動膀胱の治療指針

・ α_1 ブロッカー単独:	初期治療(第1選択)
・ α_1 ブロッカーと抗ムスカリン薬の併用:	残尿が少ないことを確認して抗ムスカリン薬を開始する
・ 抗ムスカリン薬単独:	α_1 ブロッカーのfailure例(まだ例外的使用と考えるべき)
・ 手術療法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬物療法中に尿路合併症が発生した場合 ・ α_1ブロッカーのfailure例 ・ BOOの高度な例 ・ BPEの高度な例

による蓄尿症状の改善には、BOOの改善による間接的な効果と膀胱平滑筋および脊髄への直接作用の両方が指摘されている。前者の間接的な効果は、 α_1 ブロッカーがBOOを改善することにより排尿圧が低下し、蓄尿時の膀胱平滑筋機能が改善して蓄尿症状が軽減するという機序によるものである。しかし、一般的に α_1 ブロッカーによる閉塞の改善効果はウロダイナミクスには軽度であり⁶⁾、 α_1 ブロッカーによる蓄尿症状の改善は主として膀胱平滑筋や脊髄に対する直接作用によりもたらされることが推測される。

前立腺間質(平滑筋を多く含む)には、 α_1 受容体のサブタイプのうち α_{1a} 受容体が最も多く、ヒトの膀胱平滑筋には α_{1d} 受容体が最も多い。またヒトの脊髄では、特に排尿中枢として重要な仙髄の領域には α_{1d} 受容体が多く分布することが報告されている。現在頻用されている α_1 ブロッカーには、 α_{1d} 受容体に選択性が高いナフトピジルと、 α_{1a} 受容体に選択性の高いタムスロシンがある。したがって、ナフトピジルとタムスロシンでは蓄尿症状の改善効果が異なる可能性が推測されるが、両薬剤の効果には大きな違いは認められていない。一方、ナフトピジルとタムスロシンのどちらかを投与され、QOLスコアが改善しなかった例

表2. α_1 ブロッカー(ドキサゾシン)と抗ムスカリン薬(プロピペリン)の併用効果(8週間投与)⁹⁾

	昼間の 排尿回数	夜間の 排尿回数	1回排尿量 (mL)	最大尿流率 (mL/s)	残尿 (mL)
ドキサゾシン(4 mg/日) 単独群(n=67)	8.5 ↓ 7.6*	2.2 ↓ 1.6*	164 ↓ 196*	10.5 ↓ 12.2*	30.8 ↓ 26.1
ドキサゾシン(4 mg/日) プロピペリン(20mg/日) 併用群(n=131)	8.8 ↓ 6.9**	2.2 ↓ 1.5*	170 ↓ 224**	10.4 ↓ 11.4*	28.8 ↓ 49.6*

* : 投与前に比較し、有意な変化あり。
** : ドキサゾシン単独群より有意な改善あり。

において、もう一方に変更後に症状の一部が改善し、QOLスコアも改善することが報告されている。今後、個々の患者においてどの α_1 ブロッカーの使用が望ましいかを判断できるようなエビデンスの集積を期待したい。

2. α_1 ブロッカーと抗ムスカリン薬の併用

α_1 ブロッカーを2~3カ月投与しても、過活動膀胱の症状が改善しない場合には、抗ムスカリン薬の併用を考慮する。ただし、抗ムスカリン薬使用により排尿困難、残尿の増加、尿閉などの合併症が発生する可能性があるため⁷⁾、投与前に超音波を用いて残尿量を計測し、残尿が50mL未満の場合に抗ムスカリン薬を併用する。もし残尿が50mL以上と多い場合には、泌尿器

科専門医への紹介が望ましい。また抗ムスカリン薬投与後に残尿が増加する可能性もあるため、抗ムスカリン薬投与後も残尿をモニタリングする必要がある。これまでの国外の報告では、あらかじめウロダイナミクスを行い、BOOが軽度と判定された場合には、 α_1 ブロッカーと抗ムスカリン薬の併用は α_1 ブロッカー単独より有効性が高いとされている⁸⁾。また、残尿率30%未満の患者を対象とすると、 α_1 ブロッカーと抗ムスカリン薬の併用は投与後に残尿がやや増加するものの、重篤な副作用はなく、 α_1 ブロッカー単独より過活動膀胱の症状の改善がより良好であることが報告されている(表2)⁹⁾。

3. 抗ムスカリン薬単独使用

少数例を対象とした検討ながら、

α_1 ブロッカーのfailure例(副作用あるいは無効例)において、抗ムスカリン薬単独使用が有効かつ安全であることが最近報告された¹⁰⁾。I-PSSで判定した自覚症状のみならず、膀胱容量の増加に伴って最大尿流率(尿勢の客観的指標)が改善し、残尿の増加はみられなかった。BPHにおける抗ムスカリン薬の使用に関して慎重な姿勢をとってきたこれまでの常識を覆すような結果であり、今後多数例における、かつプラセボを用いた二重盲検比較試験の施行が望まれる。

4. 下部尿路閉塞解除のための手術療法

先に述べたように、 α_1 ブロッカーによるBOOの改善効果はウロダイナミクス的には軽度であるが、手術療法は閉塞の解除において劇的な効果をもつ。薬物治療の限界、あるいは手術的治療への切り替え時期については、種々の議論がなされている¹¹⁾。BPHに対する手術的治療には、低侵襲治療として前立腺レーザー治療、高温度治療などがあるが、経尿道的前立腺切除術(transurethral resection of prostate; TURP)はBPHに対する手術治療のgold standardである。TURPにより、I-PSSは65~70%改善する¹²⁾(α_1 ブロッカーでは約40%の改善)。

TURPの効果は、術前のBOOの有無のみでは差がなく、また術前の排尿筋過活動の有無のみでも差がないことが報告されている¹²⁾。しかし、術前に明らかなBOOがなく、かつ排尿筋過活動を合併する症例では、TURP後の症状改善が不良である¹²⁾。術前に明らかな

BOOがなく、かつ排尿筋過活動を合併する症例では、TURP後も排尿筋過活動が残存する確率が60%と高いのが原因と思われる。一方、BOOに伴う排尿筋過活動はTURPにより70%の症例で術後消失するため、TURPによる症状改善が良好である。このように、BPHに伴う過活動膀胱の症状がTURPにより改善するかどうかは、ウロダイナミクスを行うことによりoutcomeを予測することが可能である。

おわりに

BPHに伴う過活動膀胱に対する薬物療法と手術療法について概説した。BPHはQOL疾患であるため、患者の希望が最優先される必要があるが、安全性と有効性、そして長期成績を踏まえて治療法を提示することが重要である。

文 献

- 1) Garraway WM, Collins GN, Lee RJ : High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. *Lancet* 338 : 469-471, 1991
- 2) Chute CG, Panser LA, Girman CJ, et al : The prevalence of prostatism : a population-based survey of urinary symptoms. *J Urol* 150 : 85-89, 1993
- 3) Kakizaki H, Matsuura S, Mitsui T, et al : Questionnaire analysis on sex difference in lower urinary tract symptoms. *Urology* 59 : 58-62, 2002
- 4) Kakizaki H, Koyanagi T : Current view and status of the treatment of lower urinary tract symptoms and neurogenic lower urinary tract dysfunction. *BJU Int* 85 (Suppl.2) : 25-30, 2000

- 5) 柿崎秀宏, 田中 博, 守屋仁彦, 他 : 前立腺肥大症に伴う排尿障害の治療におけるナフトビジルの有効性. *泌尿器外科* 18 : 825-831, 2005
- 6) Rossi C, Kortmann BBM, Sonke GS, et al : α -blockade improves symptoms suggestive of bladder outlet obstruction but fails to relieve it. *J Urol* 165 : 38-41, 2001
- 7) 齊藤 博, 山田拓己, 大島博幸, 他 : 頻尿・尿失禁を合併する前立腺肥大症患者に対する塩酸タムスロシン(ハルナールカプセル)単独投与と塩酸プロピペリン(パップフォー錠)と塩酸タムスロシン併用投与の有効性と安全性の比較検討. *泌尿器外科* 12 : 525-536, 1999
- 8) Athanasopoulos A, Gyftopoulos K, Giannitsas K, et al : Combination treatment with an α -blocker plus an anticholinergic for bladder outlet obstruction : a prospective, randomized, controlled study. *J Urol* 169 : 2253-2256, 2003
- 9) Lee KS, Choo MS, Kim DY, et al : Combination treatment with propiverine hydrochloride plus doxazosin controlled release gastrointestinal therapeutic system formulation for overactive bladder and coexisting benign prostatic obstruction : a prospective, randomized, controlled multicenter study. *J Urol* 174 : 1334-1338, 2005
- 10) Kaplan SA, Walmsley K, Te AE : Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 174 : 2273-2276, 2005
- 11) 田中 博, 柿崎秀宏, 柴田 隆, 他 : 保存的療法の限界(インターベンションへの切り替え時期). *排尿障害プラクティス* 10 : 315-321, 2002
- 12) Machino R, Kakizaki H, Ameda K, et al : Detrusor instability with equivocal obstruction : a predictor of unfavorable symptomatic outcomes after transurethral prostatectomy. *Neurourol Urodyn* 21 : 444-449, 2002

ボツリヌス毒素膀胱壁内注射療法 2 例の経験

鳥取大学医学部器官制御外科学講座腎泌尿器分野

渡邊 健志¹⁾ 斎藤 源顕 平川 真治 宮川 征男THE EFFECT OF BOTULINUM TOXIN INJECTION INTO THE BLADDER
FOR OVERACTIVE BLADDER: TWO CASETakeshi Watanabe, Motoaki Saito, Shinji Hirakawa and Ikuo Miyagawa
Department of Urology, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago, Japan

Two cases of intractable overactive bladder which were treated by intradetrusor botulinum-A toxin (BTX-A) are presented.

Case 1: A 53-year-old woman suffered from adhesive arachnoiditis. She had severe detrusor hyperreflexia and urge urinary incontinence despite a high dose of anticholinergic medication. Under cystoscopic control, a total of 300 units of BTX-A were injected into the detrusor muscle at 30 sites (10 units per ml per site), sparing the trigone area using a 27G flexible injection needle. This procedure was done under both caudal anesthesia with 10 ml 1% lidocaine and bladder mucosa anesthesia by instilling 40 ml 2% lidocaine. At a 12-week followup she was completely continent.

Case 2: A 63-year-old man with intractable detrusor overactivity of idiopathic origin was treated using the above technique. Urge urinary incontinence decreased 4 weeks after the BTX-A injections. However, postvoid residual urine volume was increased, and intermittent self-catheterization was needed.

Intradetrusor BTX-A dramatically increases the bladder capacity and decreases the frequency of urge urinary incontinence. However, this treatment caused urinary retention in Case 2. We believe that the dosage amount of BTX-A should be changed case by case.

Key words: Intradetrusor botulinum-A toxin, Overactive bladder, Urinary retention

要旨: A 型ボツリヌス毒素 (BTX-A) の膀胱壁内注射を施行した 2 例の難治性過活動膀胱を報告する。

症例 1: 癒着性クモ膜炎に罹患した 53 歳女性。患者は高用量の抗コリン剤投与にも関わらず重度の排尿筋過活動と切迫性尿失禁を有する。膀胱鏡下で計 300 単位の BTX-A を三角部を除く排尿筋に 30 カ所 (1 カ所 10 単位/ml) 注入した。この手技は 1% リドカイン 10ml による仙骨麻酔と 2% 40ml による膀胱粘膜麻酔の下で行われた。経過観察 12 週目では完全に尿禁制であった。残尿量は増加しなかった。

症例 2: 特発性の難治性過活動膀胱を有する 63 歳男性に対して上記の方法で治療を施行した。切迫性尿失禁は BTX-A 注射後には減少した。しかし、残尿量は増加し間欠的の自己導尿を必要とした。

本治療法は手技も容易であり、安全性が確立されれば外来治療でも可能と考えられた。症例 2 のように排尿障害を併発することもあり、症例の選択やボツリヌス毒素の投与方法を検討する必要があると考えられる。本法は、経口抗コリン剤では治療効果が得られない過活動膀胱に対する新しい治療法として期待できると思われる。

キーワード: A 型ボツリヌス毒素の膀胱壁内注射, 過活動膀胱, 尿閉

緒 言

過活動膀胱に対する新しい治療法として、欧米では

A 型ボツリヌス毒素の膀胱壁内注射療法が試みられているが本邦での報告はない。今回、我々は過活動膀胱

¹⁾現 鳥取県立中央病院泌尿器科

胱に対して A 型ボツリヌス毒素 (BTX-A) (Botox®) の膀胱壁内注射療法を 2 例経験したので、その手技・方法及び結果を報告する。尚、本治療法の実施にあたっては鳥取大学医学部倫理委員会の承認を得ている。

症 例

症例 1

患者：53 歳，女性。

主訴：切迫性尿失禁。

既往歴：1988 年 癒着性クモ膜炎のため腰椎椎弓切除術 (L1, L2) を施行している。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：癒着性クモ膜炎による切迫性尿失禁を主訴に 1995 年当科受診。塩酸プロピペリン 20mg/日の内服や塩酸オキシブチニン 6mg/日の内服では改善なく、1998 年より塩酸プロピペリン 20mg/日の内服とオキシブチニン膀胱内注入療法 (5mg/10ml) を併用して

いた。2000 年 3 月にはレジニフェラトキシン膀胱内注入療法 ($1 \times 10^{-6}M$) を試みたが投与後 2 週間目の評価では効果は認められなかった。その後、再び塩酸プロピペリン内服とオキシブチニン膀胱内注入療法の併用にて加療していたが、口渴、便秘などの副作用を認める他、冷水刺激による切迫性尿失禁も認めていた。今回、BTX-A 膀胱壁内注射療法を希望され 2003 年 1 月 30 日に施行した。

入院時現症：身長 146cm, 体重 46Kg. 両下肢の筋力低下を軽度認める他、特記すべきこと無し。

方法・手技：麻酔は仙骨麻酔 (1% キシロカイン 10 ml) と膀胱麻酔 (2% キシロカイン 40ml, 20 分留置) を併用した。硬性膀胱鏡を挿入し、27G flexible injection needle (オリンパス社製、注射針長 4mm) を用いて三角部以外の膀胱体部に BTX-A を 30 カ所 (10U/ml/site), 計 300U 注入した。手技中の痛みは軽度で、

表 1 症例 1 の経過

排尿日誌				
	投与前	2 週間目	4 週間目	12 週間目
1 日平均排尿回数	11.0	9.7	8.7	9.0
1 回平均排尿量 (ml)	146.0	126.0	135.8	160.3
1 日平均尿失禁回数	1.0	0.7	0.3	0
尿流測定・残尿測定				
	投与前	2 週間目	4 週間目	12 週間目
排尿量 (ml)	156	230	259	80
残尿量 (ml)	58	43	0	75
Qmax/Qave (ml/s.)	16.5/3.0	16.6/5.0	11.0/3.0	8.6/2.0
Qmax; 最大尿流率, Qave; 平均尿流率				
膀胱内圧検査				
	投与前	2 週間目	4 週間目	12 週間目
初発尿意 (ml)	146	252	348	305
最大尿意 (ml)	177	325	384	353
無抑制収縮	あり	無し	無し	無し

図 1 症例 1 の膀胱内圧曲線

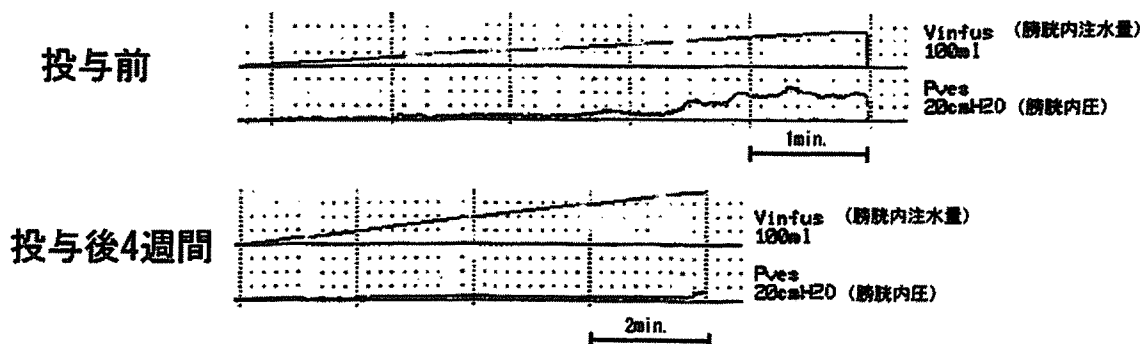


表2 症例2の経過

排尿日誌				
	投与前	2週間目	4週間目	12週間目
1日平均排尿回数	19.0	16.8	12.5	12.7
1回平均排尿量 (ml)	153.5	88.0	134.5	122.9
1日平均尿失禁回数	3.0	2.75	0.8	2.3
尿流測定・残尿測定				
	投与前	2週間目	4週間目	12週間目
排尿量 (ml)	64	117	162	173
残尿量 (ml)	0	356	407	157
Qmax/Qave (ml/s.)	5.3/2.5	13.7/3.9	10.7/6.7	16.7/7.0
Qmax；最大尿流率，Qave；平均尿流率				
膀胱内圧検査				
	投与前	2週間目	4週間目	12週間目
初発尿意 (ml)	121	496	531	275
最大尿意 (ml)	161	533	589	296
無抑制収縮	あり	無し	無し	無し

注射による出血も微量であり、操作に支障を及ぼすことはなかった。

治療後経過：投与前は入院のうえ経過観察とした。投与前から3日間は切迫性尿失禁などの膀胱刺激症状が著明であったが、徐々に軽快した。

排尿日誌ではBTX-A投与前より尿失禁の頻度が減少し、2週目以降では明らかに失禁回数が減少した(表1)。キング健康調査票では、投与前の平均スコアは79.8であったが1週目、2週目、4週目、12週目ではそれぞれ65.5、26.2、5、5と改善した。また、尿失禁問診表でも同様の改善を認めた。

膀胱内圧測定では、投与前の最大尿意時膀胱容量は177mlで無抑制収縮を認めたが、投与前2週目では最大尿意時膀胱容量は325mlで無抑制収縮も消失した。また、その効果は12週目でも継続していた(図1)。

投与前より腹圧排尿パターンだが残尿は58mlであった。投与前も2週目、4週目では残尿の増加は認められなかった。12週目の尿流測定時残尿では258mlと増加を認めたが、改めて残尿測定を施行したところ75mlであった。

その後の経過は、投与前8カ月頃より軽度の頻尿が出現した。9カ月後の膀胱内圧測定では無抑制収縮はなく最大尿意時膀胱容量も399mlであったが、日常生活では切迫性尿失禁が出現していた。患者本人がBTX-Aの再投与前を希望されたため、12月18日に2回目の投与前を施行した。2回目の投与前でも効果発現は同様であった。現在(投与前8カ月後)、再び頻尿が出現し始めているが、膀胱内圧測定では無抑制収縮を認めていない。1回目投与前と2回目投与前では、効果および効果

持続期間に大きな差を認めていない。

症例2

患者：63歳，男性。

主訴：切迫性尿失禁。

既往歴：喘息，高血圧。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：原疾患のない過活動膀胱のため塩酸プロピペリンの経口投与前にて加療されていたが改善はなかった。頻回の切迫排尿や切迫性尿失禁のためBTX-A膀胱壁内注射療法を希望され、2003年3月13日に施行した。

入院時現症：身長160cm，体重67Kg。

超音波検査：前立腺推定重量 7.3g。

治療後経過：症例1と同様の方法で投与前した。注射当日から7日間は切迫性尿失禁などの膀胱刺激症状が著明であったが、徐々に軽快した。投与前は残尿を認めなかったが、投与前2週目で356mlと増加したため、ナフトピジル50mgの経口投与前を行った。しかし、排尿困難が持続したため4週目より1日4回の自己導尿を開始した。12週目より残尿の減少を認めたため、自己導尿を中止しナフトピジル50mgの内服にて経過観察となった。

失禁回数は投与前3回から投与前4週目で0.8回と減少した。この効果は約8週目まで続いていたが、徐々に切迫排尿が出現し、12週目では尿失禁の回数も2.3回と再び増えてきた。また、頻尿・尿失禁による仕事への支障は改善したが、尿失禁問診表やキング健康調査票では改善を認めなかった。

投与前の膀胱内圧測定では161mlにて無抑制収縮

を認めたが、投与後4週間では最大膀胱容量は589mlと低活動膀胱を呈していた(表2)。12週目の膀胱内圧測定では最大膀胱容量は296mlと減少傾向を示し、残尿も157mlと減少した。

投与後、6カ月目でナフトピジル50mgと塩酸プロピペリン20mgによる内服加療となり、残尿も27mlであった。切迫性尿失禁を認めるがBTX-Aの追加投与は希望されず、現在は塩酸プロピペリン20mgによる内服加療をしている。

考 察

頻尿に対する治療として塩酸オキシブチニンや塩酸プロピペリンなどの内服があるが、口渇、便秘等の副作用のため継続投与ができない場合や、内服治療では十分な効果が得られない症例も少なくない。A型ボツリヌス毒素製剤はボツリヌス菌によって産生される神経毒素である。1977年に米国で初めて斜視に対して臨床応用され¹⁾、日本においては眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸の治療に用いられるようになった。A型ボツリヌス毒素はコリン作動性運動神経終末のレセプターに結合し、神経伝達抑制作用により筋弛緩作用を示す。この神経筋伝達阻害作用は時間経過とともに回復することも確認されている。また最近ではA型ボツリヌス毒素の求心性神経活動抑制の可能性についても報告されている²⁾。

過活動膀胱を対象にしたA型ボツリヌス毒素の膀胱壁内注射療法は、欧米では既に多く報告されている^{3,4)}。Schurchらは膀胱壁内にA型ボツリヌス毒素製剤を300U注射し、膀胱容量が平均296.3mlから480mlと増加し、副作用も認めなかったと報告している³⁾。この効果は少なくとも9カ月は持続したとも報告している。本症例1でも同様に約8~9カ月の効果の持続を認めているが、症例2では約3カ月で効果の減弱を認めた。この効果の違いは注入方法など手技による問題か、投与量の問題なのか今後症例数を重ねた上で検討する必要がある。

注入方法に関しては、従来報告されてきた注入針は18Gであるが、我々は27G注入針を用いた。この針は長さ4mmであり、適度に伸展された膀胱の筋層に注入するのに適していると考えている。この際、膀胱を過伸展させると、針が膀胱壁を貫通する可能性があるため注意をする必要がある。同様の針を用いてHarperらも報告している。彼らは、2%リドカインの尿道麻酔と軟性膀胱鏡による方法で行っており、外来での施行も可能だとしている⁵⁾。

蓄尿障害の治療では、排尿障害という副作用を常に注意しなくてはならないのが原則であるが、本法による尿閉の報告は少ない^{6,7)}。我々は症例2のように尿閉になることを経験し、適応症例や投与量、投与方法をさらに考察する必要があると考えている。本法は、侵襲も少なく手技も容易であり複数回投与も可能であ

る。尿閉の可能性のある患者に対しては、一回投与量を少なくして効果をみながら外来で追加投与していく方法なども考えられる。

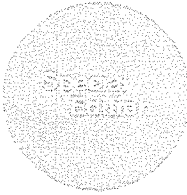
脊椎損傷患者を対象に本法は始まったが、現在では過活動膀胱にまで適応は広がっている。本法の利点は膀胱への局所投与であり、口渇、便秘などの全身副作用がない点にある。しかし、脊椎損傷患者に対して行ったEnglish BTX-A (Dysport[®])を用いた同治療法で、麻痺レベルより上位での一過性の筋力低下を認めたとの報告⁸⁾もある。筋力低下の原因は不詳だが、本法のBTX-A投与量は他領域での治療に比べ多いため、血中移行に留意する必要があると考えている。現在、欧米では積極的に行われており症例は増えている。今後の副作用に関する検討が待たれる。本法の安全性が確立されれば、投与手技の侵襲は少なく外来治療でも可能と考えている。

以上より、従来の経口抗コリン剤では十分な治療効果が得られない過活動膀胱に対して、A型ボツリヌス毒素の膀胱壁内注射療法は新しい治療法として期待できると考えられた。

文 献

- 1) Scott, A., B.: Botulinum toxin injection of eye muscles to correct strabismus. *Trans. Am. Ophthalmol. Soc.*, **79**, 734—770, 1981.
- 2) Smith, C.P., Boone, T.B., de Groat, W.C., Chancellor, M.B. and Somogyi, G.T.: Effect of stimulation intensity and botulinum toxin isoform on rat bladder strip contractions. *Brain Res Bull.*, **61**, 165—171, 2003.
- 3) Schurch, B., Stohrer, M., Kramer, G., Schmid, D.M., Gaul, G. and Hauri, D.: Botulinum-A toxin for treating detrusor hyperreflexia in spinal cord injured patients: A new alternative to anticholinergic drugs? Preliminary results. *J Urol.*, **164**, 692—697, 2000.
- 4) Schulte-Baukloh, H., Michael, T., Scobert, J., Stolze, T. and Knispel, H.H.: Efficacy of botulinum-A toxin in children with detrusor hyperreflexia due to myelomeningocele: Preliminary results. *Urology*, **59**, 325—327, 2002.
- 5) Harper, M., Popat, R.B., Dasgupta, R., Fowler, C.J., and Dasgupta, P.: A minimally invasive technique for outpatient local anaesthetic administration of intradetrusor botulinum toxin in intractable detrusor overactivity. *Br. J. Urol.*, **92**, 325—326, 2003.
- 6) Chancellor, M. and Christopher, P.S.: One surgeon's experience in 50 patients with botulinum toxin injection into the bladder and urethra. *J Urol.*, **167**, 249, 2002.
- 7) Loch, A., Loch, T., Osterhage, J., Schanaz, S. and Stockle, M.: Botulinum-A toxin detrusor injections in the treatment of non-neurologic and neurologic cases of urge incontinence. *J Urol.*, **169**, 124, 2003.
- 8) Del Popolo, G., Li Marzi, V., Panariello, G. and Lombardi, G.: English botulinum toxin-A in the treatment of neurogenic detrusor overactivity. *Neuro. Urodyn.*, **22**, 498—499, 2003.

(2004年7月26日受付, 10月26日受理)



特集 2

オムツ・パッドの選択

一昔前であれば、オムツはベビー専用であり、パッドといえば女性特有の月経期に必要なものと分けて考えられていました。ところが、超高齢・少子化社会に突入したわが国のオムツ売り場では、大人用オムツがベビー用オムツをしのぐ勢いで増加し、生理用パッドは薄くコンパクトに目立たなくなった反面、尿取りパッドや尿漏れパッドが侵食してきています。

また、紙オムツのコスト削減とゴミ処理対策が問題視されており、低量・低価格なパッドへの依存傾向や下着感覚の失禁対策への関心がより一層強くなってきています。

ここでは3つの事例を通して、尿失禁の程度を正しくアセスメントし、活動を拡大させるオムツとパッドの適切な選択と使用方法について考えます。

Case 1 腹圧性尿失禁

45歳の既婚女性。自然分娩による出産経験が3回あります。子育てが一段落してから経理事務のパートをして6年になります。ここ半年間で体重が5kg増えたため、毎朝、犬の散歩をして減量中。数ヵ月前より、仕事中に咳払いやくしゃみをしたり、散歩中に犬が突然走り出したりしたときに尿が漏れるようになりました。下着を替えるほどではありませんが、仕事中に漏れて臭うのではないかと不安になり、生理用パッドを使用するようになりました。

排尿用具選択のアセスメント

自然分娩による出産経験があり、デスクワークによる運動不足に加え、更年期となり女性ホルモンが減少し骨盤底筋群が脆弱化したために発症した典型的な“腹圧性尿失禁”と考えられます。中高年女性の6割が軽度の尿漏れの経験者ともいわれ、軽症であれば骨盤底筋体操を積極的に活用すれば改善できます。

失禁量が少なければ、安易に生理用パッド

(ナプキン)を代用したくなりますが、これは間違いです。もともと生理用パッドは粘稠度のある血液や帯下を吸収するために作られており、水分量の多い尿を吸収するには不向きです。失禁量に合わせた尿吸収用パッド(ライナー)が各メーカーから市販されているので、失禁量(吸収量)と自分に合った付け心地で選択します。ただし、尿失禁量が毎回100mL以上で頻回にみられるようであれば、泌尿器科または産

婦人科の受診を勧め、医学的治療を考えます。

選択のポイント

1回の尿失禁量と頻度を知るため、排尿日誌をつけます。

尿漏れ専用パッド（ライナー）を使用し、失禁量に合わせて選択します。尿漏れパッドはオムツのように大量の尿は吸収できないため、一度失禁したらこまめに取り替えます。厚手のタイプ1枚で数回失禁しても使用したり長時間使用することは避け、皮膚の炎症や感染を予防します。

毎日失禁はなく、パッドを使用するのが煩わしい場合は、失禁パンツを使用してみましょう。

パッドに吸収させた尿を2～3回量り、おおよその失禁量の見当をつけます。市販されている軽度の尿漏れ専用パッド（ライナー）の種類は、メーカーによって3～6種類あり、幅広く対応できるようになっており、体型や1日の活動量により使い分けることが可能です。しかし、軽度の尿漏れの対象者は、日常生活上の活動量があるため、パッド交換を怠らないようにすることが大切です。1回の失禁量に合わせたパッドを使用し、長時間の使用は避けます。

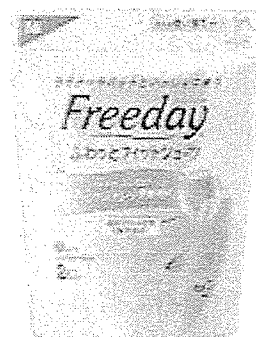
購入するときに迷うならば、日ごろ生理用パッド（ナプキン）を使っているメーカーのものから使い始めるのも一案でしょう。

適応する代表的用具は？

チャームナップ®、
フリーデイ ふわっとフィットショーツ®



発売元：ユニ・チャーム
価格：260円（20枚）～525円（8～10枚）
（* 5～150ccまで6種類）
微量用：5cc 200円（20枚）
長時間快適用：70cc 525円（10枚）



発売元：花王
価格：オープン価格

●このケースにはこの特徴がオススメ！

チャームナップ®はベビー用のオムツに使用されている“高分子吸収ポリマー”によって尿を吸収し閉じこめるため、生理用パッドに尿を吸収させたときのような逆戻りによるべ

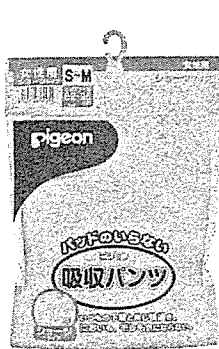
たつき感はなく、さらっとしています。デオドラント（消臭）機能もあり、使用感は自然です。吸収量による種類も5～150ccまで6種類と多く、仕事の都合などの使用状況や体調などに合わせて、広範囲に選択できます。

●このケースの場合、ここに注意！

種類が多いために、かえって選択に困り、安価な薄手タイプを重ねて使用したり、またはその逆でもったいないと厚手のものを長時間使用する可能性があります。重ねて使用すればムレ

を助長し、長時間の使用は尿と汗による皮膚疾患を誘発し、デオドラント効果も減少します。あくまでも、失禁量と吸収量に合わせたパッドを使用するようにします。

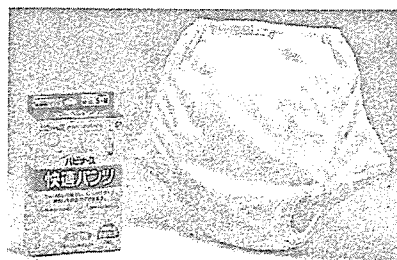
パッドのいない吸収パンツ[®]、かるるスーパー吸収ショーツ[®]、快適パンツ[®]



発売元：ピジョン

価格：1,344～2,520円

*快適パンツはパッドと併用するタイプです。



●このケースにはこの特徴がオススメ！

パッドは不要で尿の逆戻りが少なく、繰り返し洗濯が可能のため無駄が少ない商品です。サイズや種類が多く、下着感覚で使用でき、交換用パッドを持ち歩く必要がないため、仕事や旅行には便利です。多量に失禁する場合は、専用パッドと併用可能な快適パンツを使用すると、安心度が増すでしょう。

●このケースの場合、ここに注意！

防臭・抗菌加工はしてありますが、高分子吸収ポリマーが使用されていないため、多量の尿を吸収したまま装着していると、尿臭がすることがあります。洗濯回数による耐久性の目安が不明であり、パッド（ライナー）のみの使用の場合より安価となるかどうかは個人差があるでしょう。

●上手に使いえばもっとケアがUPする！●

できるだけパッド（ライナー）に依存しない快適な生活のためには、失禁する原因を探ります。腹圧性尿失禁の原因には、出産や更年期以外に、肥満と運動不足もあるため、日ごろの生活習慣を見直すことも大切です。また、パッドの使用を減らし、失禁パターンをいち早くつかみ、骨盤底筋群を常に意識する生活に切り替えることが、重要な予防策となります。

尿漏れパッド（ライナー）を通常の下着に付けたくない、下着感覚とはいっても布製の失禁パンツには抵抗があるといった場合は、不織布でできた尿漏れパッド（ライナー）専用ショーツ〔フリーデイふわっとフィットショーツ[®]（花王）〕を使用してみるとよいでしょう。不織布といってもいわゆる旅行用の使い捨てショーツとは違いサポート感に優れ、最低5回は洗濯可能なため、清潔感が保てます。

Case 2 機能性尿失禁

78歳，男性，76歳の妻と二人暮らし。脳梗塞による右片麻痺があり，右下肢痛および運動障害が進行し，ベッドで寝たり起きたりの生活をしています。排泄は妻の介助により，トイレまで歩行可能。更衣はゆっくりですが，健側（左手）を使って可能で，自分で排泄していました。しかし，動作に時間がかかるため，排泄に間に合わないことがあり，尿意があったからトイレまで間に合わず漏らしてしまうことが多くなってきました。夜間は，5～6回尿意にて覚醒しています。

排尿用具選択のアセスメント

本人の意識は明瞭であり，尿意もあるため，できるだけトイレでの排泄を維持したいと思います。片麻痺がありますが，日中はなんとか一部介助でトイレでの排泄が可能のため，尿取りパッドのみもしくは，パンツタイプのオムツを使用します。介護する妻の負担が軽減するように，オムツ交換はできるだけ立位と坐位できるように指導します。

夜間は尿意による覚醒が頻回にあり，そのため熟睡感も得られず意識不明瞭となり，尿失禁を助長していると考えられます。夜間の頻尿についてアセスメントをし，その原因を探ると同時に，当面は日中よりも尿の吸収量が多い尿取りパッドに替えて，フィット感に優れた尿漏れが少ないパンツタイプの紙オムツを併用します。

選択のポイント

本人の意識が明瞭で尿意も明確にある場合は，本人の意思を最優先に尊重し，適切なオム

ツやパッドを選択します（図1，図2）。

本事例の場合は，日中はCタイプとし，夜間はDもしくはEタイプが適切と考えられます。できるだけ人の手を煩わせないで，排泄操作がしやすいオムツやパッドを，納得がいくまで自分で選んでもらいます。夜間はポータブルトイレの使用を勧めます。

「排泄はトイレでしたい，できるだけオムツやパッドを使いたくない」という本人の気持ちを尊重しつつ，さらに，介護者である同年代の妻に負担が少ない方法を選択しなければなりません。インナーとアウターの併用，すなわち尿取りパッドの使い分けを中心に，パンツタイプの併用するのが得策と考えられます。

また，自宅にいるときは布パンツと尿取りパッドとし，通院時などの外出時はパンツタイプの紙オムツと尿取りパッドの併用とすれば，経済的負担も軽くなります。

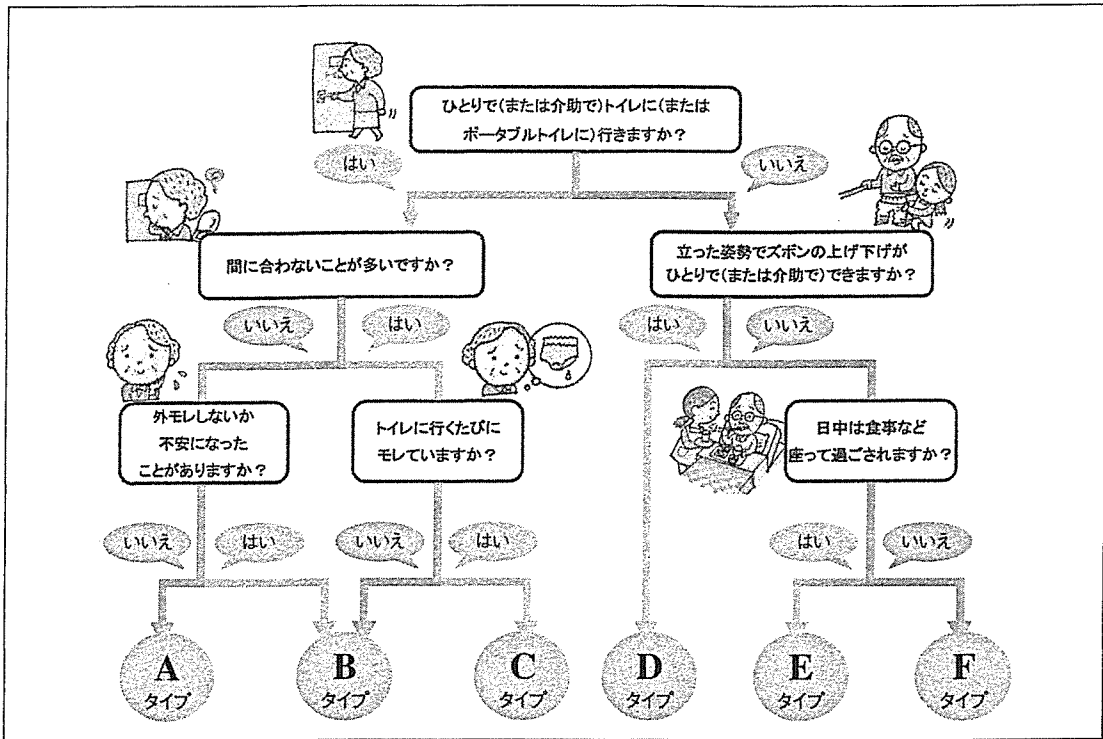


図 1 オムツの選び方①

<p>A タイプ</p> <p>失禁パッド + 布製の専用ショーツ</p>	<p>少し漏れる方、予防的に使う方はこちらがお勧めです。</p> <p>外観にひびかず、さらっとした快適性と安心を実現します。</p>
<p>B タイプ</p> <p>失禁ガード + 布製の専用ショーツ</p>	<p>まめに交換できない方や外モレ不安がある方はこちらがお勧めです。</p> <p>外観にひびかず、さらっとした快適性とモレない安心を実現します。</p>
<p>C タイプ</p> <p>パンツ用パッド + 薄型パンツ</p>	<p>トイレに間に合わない事があり、パッドだけでは不安な方はこちらがお勧めです。</p> <p>外観上目立たず、下着のような置き心地です。パッドの装着も簡単です。</p>
<p>D タイプ</p> <p>パンツ用パッド + 厚型パンツ</p>	<p>車椅子移動や歩行のリハビリをされている方で、モレない安心感を求める方。</p> <p>モレない安心感とトイレでの上げ下げのし易さを実現します。</p>
<p>E タイプ</p> <p>尿とり用パッド + テープ型</p>	<p>ベッド上で過ごす時間が長いですが、日中は座って過ごされる方。</p> <p>フィット性が高くレを予防、安心して座位で過ごせます。パッドは失禁量で選びます。</p>
<p>F タイプ</p> <p>尿とり用パッド + テープ型</p>	<p>ベッド上で寝て過ごす時間が長く、モレない安心感を求める方。</p> <p>パッドの使い分けで、モレない安心感と快適性、夜間安眠を実現します。</p>

図 2 オムツの選び方② (タイプのご説明)

図 1, 図 2 ともに平成 16 ~ 17 年度厚生労働科学研究費 (長寿科学総合研究事業) の助成により「排泄ケアガイドラインの作成—排泄用具の使用・選択基準の作成」班による試案の一部。
(分担研究者: 後藤百万, 山元ひろみ, 渡邊順子, 泉キヨ子)

適応する代表的用具は？

リリーフ 尿とりパッドスーパー安心吸収（男性用）®



発売元：花王
価格：オープン価格（24枚）

●このケースにはこの特徴がオススメ！

本製品はペニスがすっぽり包まれるように、じょうご型に組み立てます。隙間ができないため、フラットタイプのパッドより漏れにくくなります。また、ペニスの根元からの漏れはフィットギャザーで防げるようになっています。ほかの尿取りパッドに比べて安価であり、経済的な負担は少なくなります。付けはずしも簡単で、片麻痺のある本人はもとより、介護者の負担も軽減されます。

●このケースの場合、ここに注意！

形状が立体的であるため、固定力が弱くなります。寝ているときはよいのですが、起きあがったり、安定しない歩行体動時に、ずれたりはずれる可能性があります。アウターのパンツは締め付けすぎない程度のフィット力があるものを選びましょう。

尿漏れを恐れて、フラットタイプのオムツを重ねたり、尿の吸収量が多い厚手のパンツをはくと、股間がオムツの山となり（図3）、立ったり座ったりする際にずれやすく、歩行もしにくくなります。オムツ交換も煩わしくなり、かえって尿失禁を助長することもあります。

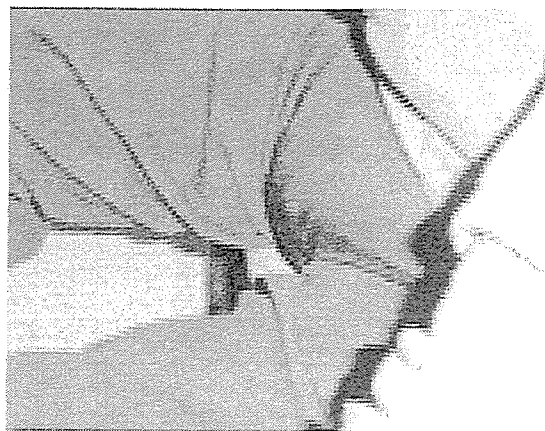


図3 オムツの重ね使いや厚手のパンツで盛り上がった股間

サルバ Dパンツしっかりガード 軽快なうす型®



発売元：白十字
価格：1,900円
(S～M16枚入り、L～LL14枚入り／ともに3ケース)

●このケースにはこの特徴がオススメ！

トイレ排泄の意思は明確で、なんとか歩行は可能ですが、夜間の排尿回数が多いことから、できるだけ着脱も違和感なくスムーズにでき、尿取りパッドを併用しても体動に伴う尿漏れが防げることが選択のポイントとなります。この商品の特徴として、股間の吸収体が上層と下層に分かれるため、上層吸収体に吸収された尿はV折れ（谷型）のまま股間に溜まらず、フィットアップギャザーによって下層吸収体が持ち上げられてW折れ（山型）となりフィット感が高まる新しい構造になっています（図4）。パッド併用時には上層吸収体が伸縮することによ

るスタビライザー（持ち上げ）効果により、尿道口を密着させることができます。

●このケースの場合、ここに注意！

尿取りパッドとパンツタイプの紙オムツを併用すると、経済的負担は無視できません。また、尿取りパッドやパンツタイプとはいっても紙のオムツをはくことは、男性にとっては抵抗があり違和感は強いでしょう。可能な限りトイレでの排泄を維持させたいですが、介護する妻の身体的限界を考慮すると、昼間は布製の失禁パンツとし、夜間のみ尿取りパッドとパンツタイプの紙オムツを併用する方が、安価で介護負担は楽でしょう。



図4 フィット感があり、薄くすっきりと見せられるタイプの同様の製品

Case3

<夜間のオムツ交換をできるだけ避けたい寝たきりレベル>

88歳、女性。骨粗鬆症があり、3ヵ月前に転倒により右大腿骨頸部骨折を受傷し緊急入院。3年前に左大腿骨頸部骨折を受傷しています。術後の全身状態は良好ですが、再骨折予防のため大腿部にプロテクターを装着し、臥床安静を強いられています(図5)。軽度の認知症があり、尿意は不明のため、オムツとパッドを併用しています。老人性掻痒症があるためか、特にオムツと皮膚が密着している部位を掻きむしったり、尿取りパッドやテープ式オムツがはずれていたりすることが多くなってきました。

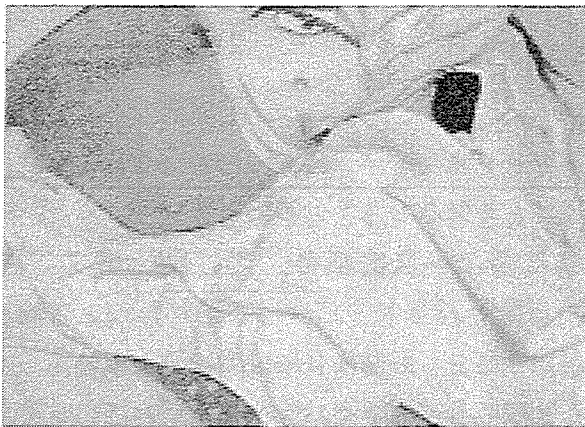


図5 Case3の事例



図6 ライフリーふとん安心シート®
2,080円(90cm×60cm/16枚入)
(ユニ・チャーム)

排尿用具選択のアセスメント

終日、臥床安静であり、自力での体位変換は不能なため全介助が前提となります。骨粗鬆症と2度目の大腿骨頸部骨折であり、ベッドからの転落防止は重視しなければなりません。大腿部にプロテクターを装着したまま臥床安静が続くと、股関節の可動域制限が助長され、パッドやオムツの脱着は困難をきたします。パッドの吸収量が多いこと、テープ式紙オムツの固定力が優れていること、特に側臥位時の漏れが少ないものが選択の条件となります。また、漏れによるシートの汚染防止と、尿便の除去も股関節が十分に拵げられないため、陰部洗浄がしっかりできるようにシートタイプの紙オムツを防水シート替わりに敷いておくと安心です(図6)。

選択のポイント

当面は、1日のオムツ交換による体位変換が少なく済むように、一般的には吸収量の高いパッドと横漏れしないテープ型の紙オムツを併用します。

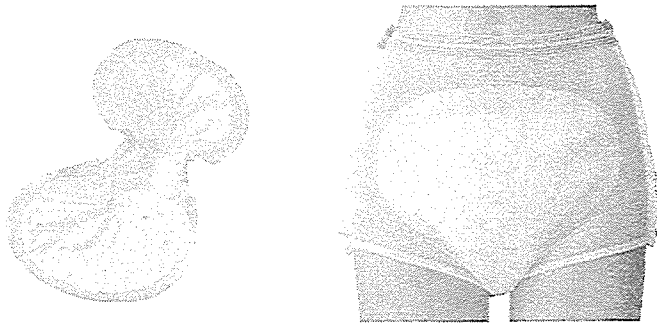
老人性掻痒症の緩和策としては、紙製のパッドとオムツは夜間とし、昼間は布製のパッドに替えて様子を見ます。

最近のテープ式紙オムツは付けはずしが容易となっているため、不快感が強くなるはずされやすくなります。フィット力のあるネットタイプのパンツをアウターにするのも一案です。

股関節の可動域制限により体位が局限されるため、漏れ対策と陰部洗浄や清拭がしやすいようシートタイプの紙オムツを敷きます(図6)。

適応する代表的用具は？

TENA コンフォート[®]，TENA フィックス[®]



発売元：ユニ・チャーム メンリッケ
価格：
(左) TENA コンフォート／1枚77円
(右) TENA フィックス／オープン価格

●このケースにはこの特徴がオススメ！

鼠径部に合った立体的なデザインで、吸収量が350～1200mLまでの5種類あるため、昼間用は吸収量が少いもの、夜間が多いものを使い分けられ、1日の交換回数を平均4回程度まで減らすことが可能です。逆戻り防止の吸収体により、終日、臥床安静でもオムツとの密着部分の肌はドライに保てます。また、バックシートは従来のタイプより柔らかい素材となっています。バックシートの前後2ヵ所にあるカラーゾーンに印字されたラインが排尿量によって、黄から青へ変色するため、パッドを付けたままで

交換のタイミングが分かり、無駄がありません。

●このケースの場合、ここに注意！

排尿パターンを正確に把握したうえで、吸収量に合わせたものを使用しなければ、コストは高くなります。また、吸収体が高機能になったとはいえ、皮膚に密着している時間が長くなれば、皮膚の違和感は少なからず生じます。下着感覚で使用できる自然素材でできた布製パッドとTENA フィックス[®]との併用も考慮したいところです。

サルバ応援介護® (大人用テープタイプ)



発売元：白十字
価格：オープン価格
(Mサイズ26枚/Lサイズ22枚入り)

●このケースにはこの特徴がオススメ！

股関節の可動域が狭いため、パッドやオムツの脱着をいかに正確に、漏れのないようにフィットさせられるかが問題となります。吸収体がスリムになっており、パッドの併用時にゴワゴワしません。横漏れ防止ギャザーとサイドギャザーが立体的にはたらき、尿だけでなく便の漏れも防ぎやすくなっています。

伸縮性と通気性のあるフィットベルトにより、体位変換時の締め付けすぎや、ムレが少なくなります。腹部側のフロントパッチの数字を

目安にフィットベルトの付けはずしができるため、すばやく体格に合わせることができます。新抗菌ポリマーの働きで雑菌の繁殖を防ぎ、防臭効果があるため、不快感は少ないでしょう。

●このケースの場合、ここに注意！

伸縮性のあるテープ式紙オムツは付けはずしが容易ですが、逆にはずされやすくなります。股間・鼠頸部に2種類のギャザーがあり横漏れを防ぐとはいえ、最も隙間ができやすい部位です。尿や便の横漏れ対策の追加は必要となるでしょう。

おわりに

今回紹介した事例に対して、選択したオムツ・パッドはあくまでも参考です。数10種類あるいはそれ以上のさまざまなオムツやパッドから最適なものを選ぶのは至難のわざです。使用される方に合うかどうかを見極めたいものです。

また、どんなに工夫しても尿漏れやよれ、不快感がなくならないようであれば、早めに別のタイプに変更しましょう。

●引用・参考文献

- 1) 渡邊順子. おむつからの脱皮. Q&Aでわかる! 排尿自立のポイント90. 吉川羊子監. 愛知排泄ケア研究会編. 大阪, メディカ出版, 2004, 150-77.
- 2) テナーフォーラム
<http://www.tena.co.jp/>
- 3) 在宅介護のための排泄ケアナビ (ユニチャーム)
<http://www.carenavi.jp/>

渡邊順子 (わたなべ・よりこ)

●聖隷クリストファー大学

〒433-8558 静岡県浜松市三方原町3453

Incontinence Care for Skin Care

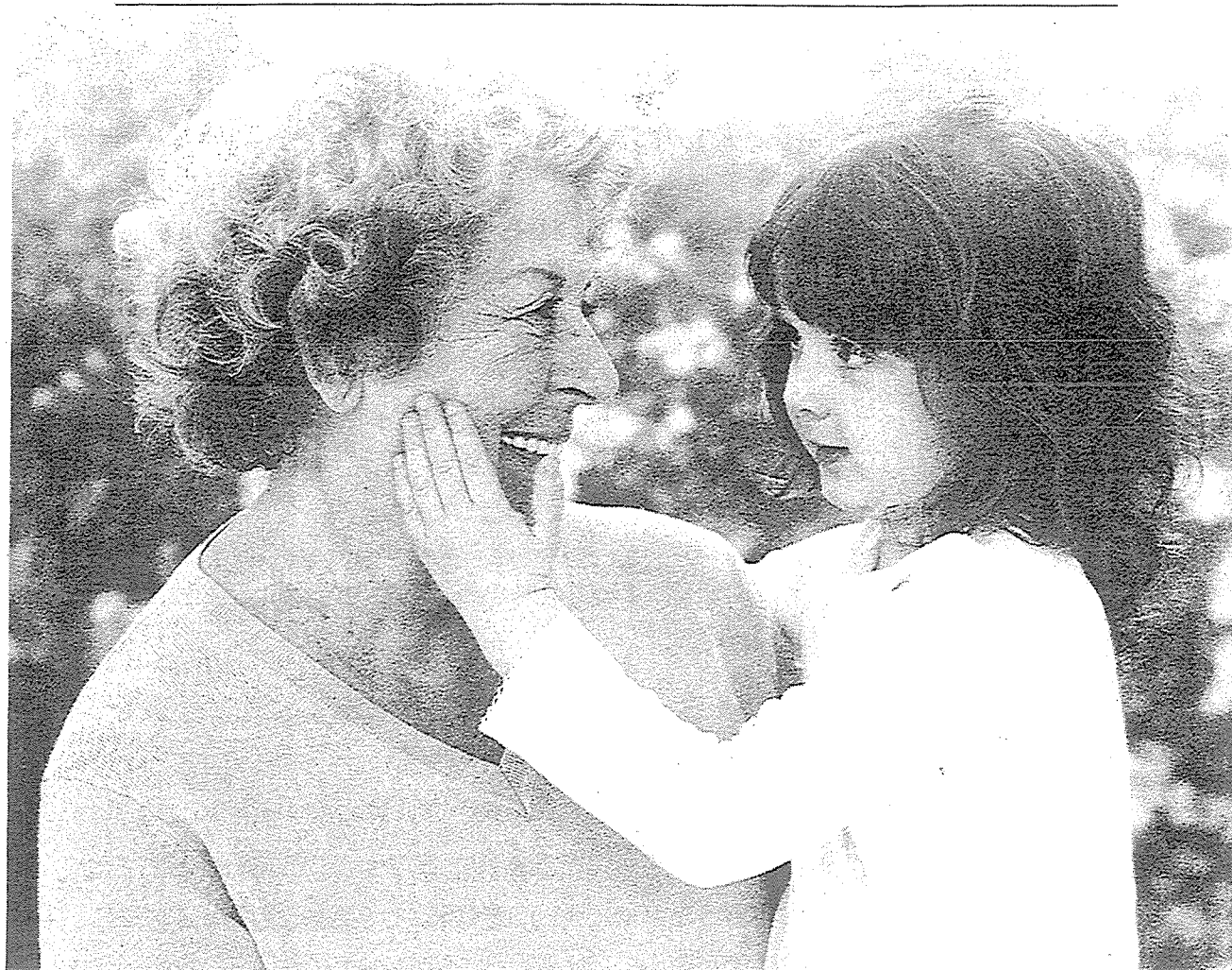
あなたの排泄ケアは、

皮膚に

渡邊順子

聖隷クリストファー大学
看護学部教授

やさしいでしょうか？



「おむつかぶれ」って何？

日本の65歳以上の高齢者の約半数に尿失禁の症状があり、多くの失禁患者はおむつを使用しています。そして、高齢者施設・病院で最も多いスキントラブルは、「おむつかぶれ」だと言われています。では「おむつかぶれ」とはいったい何でしょうか？

私は、「おむつかぶれ」という言葉は実際にはないと考えています。なぜなら、ごまめに紙おむつにアレルギーのある方はいらっしゃるとしても、ほとんどの「おむつかぶれ」は、便や尿などの排泄物にかぶれているのであって、おむつ自体にかぶれているわけではないからです。「おむつかぶれ」はある意味、看護者・介護者が「おむつ」にかぶれて、使用についてしっかり検討することもなく、安易に「おむつ」に依存した結果と言えるのではないのでしょうか？

「おむつかぶれ」があるからといって「おむつ」を責めるのではなく、「おむつかぶれ」を起こさない排泄ケアの方法を考えるべきではないのでしょうか？

正しい排泄ケアの第一歩は アセスメント

「おむつかぶれ」を防ぐ排泄ケアを行うためには、その方にとってどのようなケアを提

供するのがよいか、正しく決断することが重要です。これがアセスメントです。

「失禁があるからおむつ」と短絡的に考えてしまうのではなく、自立排泄の可能性はないか、あるいは、おむつ以外にもっとその方に適した排泄ケア用品や用具はないか等々、検討することが必要です。

個々にアセスメントすることによって、何がその方のスキントラブルの原因になりそうか、ウィークポイントを把握でき、どこに重点をおいてスキンケアを行えばよいか、が明確になります。正しいアセスメントに基づいて正しいケアが実施できれば、排泄ケアにおける最悪のスキントラブルは避けられると私は考えています。

そのためには、失禁が皮膚に与える影響をはじめ、知っておくべきことはたくさんあります。高齢者の皮膚を守る正しい排泄ケア、適切なスキンケアを提供するために、私が排泄ケアに取り入れたいと考えているのは、看護で試みられている〈診断—介入—成果〉という一連の流れに沿ったケアです。

科学的な根拠に基づいた ケアのススメ

〈診断—介入〉はまさしく、正しくアセスメントし、それに基づき正しいケアを提供するということです。その結果、期待する〈成果〉として、その方の症状が改善されたかどうか