

**Table 3** Portable "Fall Risk Check Sheet"

Please check the items that apply to you.	
<input type="checkbox"/> I experienced falls in the past 12 months.	5 points
<input type="checkbox"/> My back has become bended.	2 points
<input type="checkbox"/> My walking speed has become slower.	2 points
<input type="checkbox"/> I use a cane.	2 points
<input type="checkbox"/> I take 5 or more different medicines every day.	2 points
Total _____ points	

A total score of 7 points or more is a warning sign.

(Quoted from Toba K, et al. Journal of the Japan Geriatrics Society. 2005;42:346-352.)

the questionnaire and giving consent to participate in the study, the participants filled in the questionnaire. In the case of those who were unable to write, researchers heard and recorded their answers.

To analyze the results, we performed (1) a multivariate analysis in which the dependent variable was the history of falls in the past 12 months, and (2) a multivariate analysis in which the dependent variable was the history of falls in the observation period and the independent variables were the question items including the history of falls in the past 12 months. Age and gender were put into the analysis as mandatory data.

A *P*-value less than 0.05 was considered statistically significant. Items with *P*<0.1 were also noted as showing a tendency toward significance.

### Principal Results

The frequency of Positive Answers to Respective Items: The number of persons with a history of falls in the past 12 months was 708 (229 males and 479 females; mean age  $77.5 \pm 7.4$ ), the percentage of the fallers was 29.6%, and the percentage of those who experienced falls during the observation period was 25%. Fracture occurred in 1.8%. Table 2 lists the question items and the "frequency of positive answers" for fallers (past 12 months) and non-fallers, based on which we identified the sub-items associated with a risk.

Figure 1 shows the percentage of fallers in relation to the total points of positive answers in items 2 through 22. It shows that the percentage of fallers increases with the point.

The 1,378 cases we could assess falls in the observation period were subjected to a logistic

regression analysis in which the dependent variable was the falls in the observation period, and the magnitude of fall risk (odds ratio) was calculated for each sub-item identified as an independent risk factor.<sup>4</sup>

The significant independent risk factors identified in this analysis were the history of falls in the past 12 months (*P*<0.0001), decrease in walking speed (*P*=0.04), use of a cane (*P*=0.02), bent back (*P*=0.02), and use of 5 or more types of medications (*P*=0.03). The odds ratio from the logistic regression analysis was the highest with falls in the past 12 months (OR 4.5), followed by decrease in walking speed (1.9), use of a cane (1.8), bent back (1.8), and use of 5 or more types of medications (1.7).

Using these items, we produced a portable Fall Risk Check Sheet, in which each item was weighted with the odds ratio, and rounded to a whole number (Table 3). By examining the predictive validity of falls during the observation period based on the total points, we obtained a practically acceptable performance with the sensitivity of 68% and the specificity of 71% when the cutoff point was set between 6 and 7.

### Discussion

Fall is a multiple risk factor syndrome involving several intrinsic and extrinsic factors.<sup>1</sup>

Rubinstein conducted a review of large-scale studies on falls, and found that lowered muscle power, poor balancing, gait impairment, locomotion impairment, and ADL impairment were the common risk factors shared by almost all studies, while visual impairment and cognitive impairment were not significant as risk factors in one-half of the studies, and orthostatic hypotension

was significant only in 2 of the 7 studies.<sup>5</sup> As suggested by this finding, the weight of each risk factor may vary among different populations even in the case of intrinsic factors, which are considered to involve relatively race and geographic variations.

The development of fall risk assessment tables has been conducted mainly at nursing care institutions<sup>6</sup> and hospitals.<sup>7-9</sup> In such endeavors, history of falls, cognitive function, sensory function, mobility and gait function, medication use, dizziness on standing up, and chronic disease have been identified as risk factors. However, despite the fact that a great majority of falls take place in homes and more than a half occur in living rooms and other indoor spaces, there have been few attempts at standardizing risk factors related to extrinsic factors. While many studies have been conducted to identify fall risk factors in communities,<sup>10-14</sup> most functional assessments have been performed by specially trained persons, as no questionnaires have been sufficiently effective in such assessment. In addition, there have been no studies that objectively compared intrinsic and extrinsic factors and examined their importance as fall risk factors, and there are no risk factor assessment tables available for convenient in communities covering extrinsic factors. The intrinsic factors used in our Fall Risk Index were selected based on past results<sup>1,2,4</sup> and the findings of the Fall Risk Assessment Table Working Group. The extrinsic factors were selected focusing on extrinsic factors related to lowered muscle power, poor balancing, gait impairment, locomotion impairment, and ADL impairment. In addition, we also listed sub-items including barriers, level differences, stairs, slopes, and other factors from the standpoint of barrier-free environment. In relation to visual impairment, we also added the dimness of vision in the room.

In the comparison between fallers and non-fallers, almost all items in the Fall Risk Index showed significant differences, whereas no significant differences were found regarding level differences, stairs, and slopes. This result for the first time demonstrated the wrongness of oversimplification equating fall prevention with a barrier-free environment.

The percentage of fallers increased with the total points of positive answers. To assess the practical value of this index, Matsubayashi, et al. compared this index with other assessment methods

in a Town, Hokkaido. When falls were used as the dependent variable, the cutoff level predicting a fall risk was 10 points or more in the Fall Risk Index, and both sensitivity and specificity exceeded 70%. Their results also showed that our method was superior to conventional methods including timed up & go test, gait speed, and functional reach in terms of the sensitivity and specificity of fall prediction [Kozo Matsubayashi: Report of "Longitudinal Study Concerning Persistent Improvement of ADL Function through Development of Efficient Fall Prediction Technique and Intervention for Fall Prevention," a Comprehensive Research Project in Longevity Science under the Ministry of Health, Labour and Welfare Scientific Research Grant in Fiscal 2006 (Chief Researcher: Kenji Toba)]. Kikuchi, et al., at their clinic for memory disorders, compared our Fall Risk Index with one-leg standing, tandem gait, timed up & go test, functional reach, grasp power, and other methods, and showed that only the Fall Risk Index provided an independent risk prediction factor in the multivariate analysis (submitted for publication).

The sub-items of the Fall Risk Index identified by the multivariate analysis in this study were lowered muscle power (decrease in gait speed), osteoporosis (kyphosis), lowered muscle power plus osteoporosis plus anxiety about falling (use of a cane), and multiple diseases (use of 5 or more types of medications). Other fall risk factors that are not included in the above are considered to have been subsumed in the past history of falls.

An important finding in this study is that physical weakness and multiple diseases (intrinsic factors) are more important contributors to falls than environmental factors among community-dwelling individuals. Finding ways to reduce medication use as a fall risk factor is an important challenge for physicians from the standpoint of "patient safety."

## Conclusion

In the practice of fall prevention programs, the conventional method to identify high-risk individuals combining questionnaires concerning environmental factors and leg muscle power tests (gait speed, one-leg standing time, etc.) is time-consuming. Our study suggests that a more portable and useful method would be to conduct sufficient history taking about past falls and to

make use of the Fall Risk Index to obtain information regarding the physical aspects (osteoporosis

and lowered muscle power).

---

#### References

1. Suzuki T. Epidemiology of falls. *Journal of the Japan Geriatrics Society*. 2003;40:85–94. (in Japanese)
2. Report of "The Study Concerning the Elucidation of the Process Leading to Bedridden Condition and the Effect of Intervention in Major Factors," the Clinical Research Project to Establish and Promote Effective Medical Techniques, a Scientific Research Grant Program of the Ministry of Health, Labour and Welfare in Fiscal 2002 (Chief Researcher: Kenji Toba). (in Japanese)
3. Toba K, Okochi J, Takahashi T, et al. Development of the Fall Risk Index for fall risk prediction and verification of its validity. *Journal of the Japan Geriatrics Society*. 2005;42:346–352. (in Japanese)
4. Okochi J, Toba K, Takahashi T, et al. Simple screening test for risk of falls in the elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2006;6:223–227.
5. Rubenstein LZ, Falls. In: Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K, ed. *Ambulatory Geriatric Care*. St. Louis: Mosby-Year Book; 1993:296–304.
6. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med*. 1986;80:429–434.
7. Nyberg L, Gustafson Y. Using the Downton index to predict those prone to falls in stroke rehabilitation. *Stroke*. 1996;27:1821–1824.
8. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patients. *Can J Aging*. 1989;8:366–377.
9. Brians LK, Alexander K, Grota P, et al. The development of the RISK tool for fall prevention. *Rehabil Nurs*. 1991;16:67–69.
10. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 1988;319:1701–1707.
11. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, et al. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol*. 1993;137:342–354.
12. Davis JW, Ross PD, Nevitt MC, et al. Risk factors for falls and for serious injuries on falling among older Japanese women in Hawaii. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:792–798.
13. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *J Gerontol*. 1989;44:M112–M117.
14. Tromp AM, Pluijm SM, Smit JH, et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:837–844.

特集：高齢者の泌尿器科疾患とその管理

Q & A

臨床に役立つ Q & A

1 . 高齢者の排尿障害：専門医との  
連携はどうあるべきか

鳥羽 研二

# 臨床に役立つ Q&A

## 1. 高齢者の排尿障害：専門医との連携はどうあるべきか

### SUMMARY

- 排尿障害は認知症より頻度が高い，高齢者の重要疾患である。
- 入院・入所高齢者の半数以上が尿失禁に苦しんでいるが，「疾患」ととらえ，有効な治療方針を示せる医師は極めて少ない。
- 泌尿器科医に相談する前に，一通りの鑑別を行い，薬物・非薬物療法を知る必要がある。

鳥羽 研二

### はじめに

排尿障害は泌尿器科の領域で，内科をはじめ一般医家の理解は極めて低い。しかしながら，排尿障害は認知症の数倍にもものぼる，高齢者ではごくありふれた症状であり，精密な鑑別診断を泌尿器科医に任せ，一般的なスクリーニングや，継続治療は一般医家が行わなくてはならない。現状は「下のことは聞かないでおこう」「頻尿は歳のせい」「尿失禁は介護の仕事」などという，高齢者差別，適切な医療放棄といった過言ではない状況が続いている。まず，一般医家が最低限知るべき知識を述べる。

### 高齢者の排尿障害(頻尿・尿失禁)は身近なもの：不眠を聞くように，排尿回数や排尿のトラブルを年に1回は聞く

老人にとって頻尿や尿失禁などの排尿異常の主訴は，頻度が高くありふれたものであり，ともすれば軽視されがちであるが，高齢者の Quality of Life を考慮する場合に非常に重要な問題といえる。頻尿，尿失禁の頻度は加齢とともに増加し，およそ 60 歳以上の 60% は夜間頻尿(2 回以上)を訴え，5% は尿失禁の経験が

ある<sup>1)</sup>。

疫学調査では，85 歳以上では 1/3 はオムツを使用している。

入院入所症例の主要な問題点(老年症候群)の中で，排尿障害は尿失禁が 70% で第 3 位，頻尿が 40% で第 5 位を占めるが(図 1)，一般医師の関心は高くない。

外来糖尿病高齢者(平均 73 歳)で，尿失禁は 25% に上るが，血糖コントロールや血管合併症に比べ，内分泌・代謝の医師の関心はほとんどなく，泌尿器科任せとなっている。

75 歳以上の入院患者を全国調査した成績<sup>2)</sup>では，一般病院より老人病院の方がはるかに尿失禁頻度が高いが，これは，一般病院の入院年齢の最頻値が 70 歳代なのに対し，老人病院では 80 歳代になることが一因であるが，尿失禁のタイプが一般病院と老人病院で大きく異なることが主要な原因と思われる。一般病院では，下部尿路に器質的な障害を有する切迫性尿失禁，腹圧性尿失禁，溢流性尿失禁が 3 大原因であり，下部尿路に器質的な障害を有しない機能的尿失禁は全患者中 3.9% にしか認められないが，老人病院では 38.5% に認められ，この差異は一般病院と老人病院の尿失禁頻度の差異を十分説明し得る。

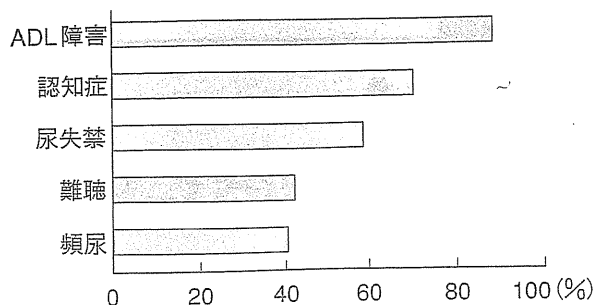


図1 高齢者入院・入所症例 (n=472) の老年症候群ベスト5

表1 長期介護における尿失禁の原因<sup>3)</sup>

Urological causes	
Unstable detrusor function (30%)	: 切迫性
Sphincter weakness (6%)	: 腹圧性
Overflow incontinence (5%)	: 溢流性
Nonurological causes of incontinence	
Behavioral problems (53%)	: 認知症
Immobility (45%)	: ADL低下
Medication problems (24%)	: 薬剤性
Diabetes (18%)	: 糖尿病
3人に1人は上記の問題の3つ以上を同時に保有	

### 要介護者の尿失禁は一般医家の診断が不可欠

Pannillらは1988年に、長期介護施設における尿失禁では、器質性尿失禁では過敏性膀胱が30%と多いものの、それよりはるかに非泌尿器科的失禁の頻度が高く、認知症やADL低下、薬剤性尿失禁の重要性を指摘した(表1)<sup>3)</sup>。

さらに、非泌尿器科的原因を目指して治療した方が、より成功例が多いことを報告している。

ところが、われわれが当時老人病院で、非泌尿器科的原因の治療を目指した「行動療法」がどれだけ行われているかを調査したところ、わずかに1%であった<sup>2)</sup>。いかに高齢者の尿失禁に対して無理解であったかがわかる。この認識は今でも大きくは改善していない。

## 1. 機能障害の特徴

### 1) 日常生活機能動作(ADL)

高齢者は排尿機能以外の機能障害を同時に併せ持っていることが特徴といえる。65歳以上の入院患者1,556名中、立ち上がりが独力で普通にできるのは23.5%、歩行が正常なものは6.2%、衣服の着脱が独力で普通にできるのは8.2%にすぎない。排尿機能以外の日常生活機能障害の程度が重いほど、機能性尿失禁の頻度は上昇し、尿失禁の評価と同時にADL評価が重要であることを示唆する。

ADL評価では、基本的ADLが評価の中心になるが、外来通院可能な症例では、総合的なADL検査(ADL20:江藤)やLawtonの手段の

ADLも参考になる。

### 2) 認知能

尿失禁症例では、認知症患者の頻度が高いことが特徴である。

65歳以上の入院患者1,556名中、認知症を合併した尿失禁は49.4%、認知症患者867名中769名、89%が尿失禁であり、両者の相関は強い。

### 3) ムード、うつ

腹圧性尿失禁症例では、うつ傾向になることが知られている。

高齢者の尿失禁症例で、抗うつ薬と尿失禁薬の併用が多いことが報告されているが<sup>4)</sup>、高齢尿失禁症例のうつの頻度や病態は確立していない。この原因は、ムード、うつの機能評価方法に問題があると考えられる。筆者は、意欲の指標「Vitality Index」を考案し、指標の確立に必要な基礎的検討を終え、尿失禁症例の行動療法前後での測定に有用である。

## 2. 原因疾患

尿失禁のタイプ別検討では、外来では尿路感染症、脳血管障害あるいは器質性疾患がなくても過活動性膀胱による切迫性尿失禁や、前立腺肥大に伴う溢流性尿失禁、経産婦に多い腹圧性尿失禁が多いが、入院症例では半数は機能性尿失禁である<sup>2)</sup>。

### 1) 認知症患者における尿失禁の鑑別<sup>4)</sup>

高齢者では泌尿器科的な検査はしばしば困難であり、簡易な鑑別手段診断が求められること

表2 尿失禁の鑑別

	切迫性	腹圧性	溢流性	機能性
頻尿	++	-	++(BPH)	-
尿回数<3	-	-	+(DM)	-
1回尿量	少ない	まちまち	少ない(BPH)	ふつう
排尿困難	+	-	+++	なし
残尿感	+	-	++	なし
きっかけ	なし	くしゃみ せき、起立	なし	なし
基礎疾患	膀胱炎 脳血管障害	経産婦	糖尿病：DM 前立腺肥大：BPH	脳血管障害 認知症

も少なくない。

頻尿、尿量、排尿困難、残尿感、尿失禁のきっかけなどでおおよその鑑別がつく(表2)。

**泌尿器科医に相談する前に下部尿路に異常がない原因を最低限除外しておくことが求められる—多尿の除外—**

糖尿病、尿崩症、水分過剰摂取、低カリウム血症、高カルシウム血症、利尿薬投与時、加齢に伴う尿濃縮力低下、寒冷・飲酒に伴う抗利尿ホルモン(ADH)の抑制など、多様な原因で尿量の増加が起こる。主として夜間に尿失禁を起こす。利尿薬では、過活動性膀胱を伴うものに降圧利尿薬を投与すると、70%以上は尿失禁を起こす。

これらの鑑別では、所見の取り方と見逃してはならない項目として以下が挙げられる。

糖尿病：血糖値、尿糖の有無、口渇感、多飲多尿の有無

尿崩症：1日尿量>5L、尿比重低値

血清 AVP：中枢性-低値、腎性-高値

水分過剰摂取：ストレス、心因性多尿

低カリウム血症：便秘、尿比重低値、血清カリウム<2 mEq

高カルシウム血症：ビタミンD 過剰投与の有無、癌の検索

利尿薬のチェック

**トイレ誘導できるのに、ベッド上で排泄させていませんか？**

機能性尿失禁：認知症などのための知的機能低下や、脳血管障害によるマヒ、膝関節症、大腿骨頸部骨折などによる肉体的機能低下、廃用症候群のため尿器で排尿できない状態。排尿誘導が不調の場合は、専門医と連携し、下部尿路の異常による器質性の尿失禁はすべて鑑別する。

認知症などのための知的機能低下では、中等度以上の認知症に起きる。

長谷川式簡易知能スケールで10点以下が目安となる。

脳血管障害によるマヒ、膝関節症、大腿骨頸部骨折などによる肉体的機能低下、廃用症候群のため尿器で排尿できない状態では、日常生活活動度 ADL のチェックが必要である。歩行の状態、歩行速度、歩行安定性、転倒の有無、トイレ動作を調べる。

すなわち、ベッドから立ち上がり、介助なく安定してトイレに到達できるかどうかまずチェックする。昼間はできても、夜間は照明、立ちくらみ、睡眠薬などの関係でできないことも多く、仮に可能でも転倒のリスクとならないことを確かめる。夜間頻尿は転倒のリスクである。

トイレに到達できても、素早く衣類を下ろして排尿準備ができるかも確かめる必要がある。さらに、排尿後の後始末、排尿後失神などが無いことも一度は確かめる必要がある。

安全に、ベッドまで帰着できるかも、特に認

知症の患者では、迷子になることも多い。

## 1. 治療中に尿失禁が不変、あるいは悪化したときに留意すべき点

1) 脳血管障害を基礎疾患にする切迫性尿失禁に対し、抗コリン薬を投与しても改善がみられない

- ・ADL 特に排尿動作ができていない可能性がある(機能性尿失禁の鑑別)
- ・尿意が十分自覚されていない可能性がある<sup>4)</sup>(排尿意欲の検査, 排尿誘導を併用)

2) 切迫性尿失禁に対し抗コリン薬投与中に突然悪化した

- ・尿路感染症を合併している可能性がある(尿の検査)
- ・他院から降圧利尿薬投与が開始された可能性(薬剤のチェック)

3) 溢流性尿失禁に対し、 $\alpha$ ブロッカーの効果がない

- ・前立腺肥大が重症, すぐに泌尿器科受診
- ・尿路感染症の併存を調べる
- ・抗コリン薬が併用されているかチェックする
- ・ADL が低下し, 仰向けで排尿させていないか?

仰向けの排尿では, 成人でも, 残尿感, 残尿, 排尿痛などの症状が強いことが報告されている(図2)。

## 2. 機能性尿失禁の治療戦略

排尿時間を記録し, 排尿パターンを把握し, 排尿訓練を行う。オムツ濡れ時間の短縮や排尿自立を目指す。

排尿誘導を実行した実際の成績<sup>5, 6)</sup>では, 機能性尿失禁を有する高齢者入院症例 22 名(男性 7 名:  $73.7 \pm 3.1$ , 女性 15 名:  $80.8 \pm 1.4$ (mean  $\pm$  SEM) 歳)を対象に全症例の排尿パターンを記録し, 昼間の排尿誘導に適した時間帯を特定した。個人の ADL に応じて, トイレ歩行, ポータブルトイレ, 尿瓶など適した排尿誘導方法を処方し, 改善に応じてレベルアップした。排尿誘導の方法は, 時間排尿, 促し排尿, 必要に

出現率(%)

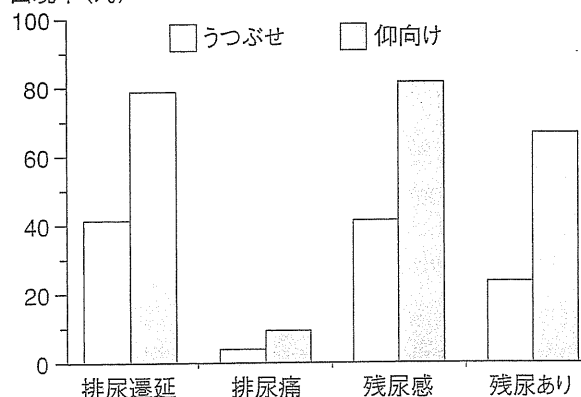


図2 仰臥位と腹臥位の排尿障害関連症状・所見(健康青壮年33名)

並河正晃: 日老医誌, 1999より引用。

応じ膀胱マッサージを行った。

男女合わせた全体の成績は, 排尿誘導成功率 82% (18/22) であった。排尿誘導前は 16 人がオムツであったが, 82% はオムツ以外で排尿可能となり, 36% (8/22) は独歩にてトイレで排尿可能となった。排尿誘導前にオムツをつけていた期間は平均で 9 カ月を超えたが, 排尿誘導の成否にこの日数は関連がなく, 長期間オムツのままであった症例も排尿誘導が奏効した。

排尿誘導例では生活意欲が向上し, 排尿機能は, 半数では 2 年間昼間の誘導排尿が可能であった<sup>7)</sup>。

尿失禁は患者の QOL や情緒の障害になることも, ようやく定量的に報告されるようになってきた<sup>8)</sup>。オムツ替えをベッドサイドでなく, 決まった別の場所で行うことだけで, 患者が生き生きするという報告もあり, 排尿をトイレで行うという, ごく人間として当たり前の行為を実現させてやるということがいかに大切であるかが最も大きな教訓である。泌尿器科医師以外に, すべての医師が排尿障害の重要性を認識することが, 高齢者医療において, 認知症の理解と同様重要なテーマである。

## 文 献

- 1) 鳥羽研二: 老年者の排尿異常(老年医学各論, 5 腎泌尿器科疾患). 老年病研修マニュアル, pp285-288, メディカルビュー社, 東京, 1994.



- 2) Toba K et al : Urinary incontinence in elderly inpatients in Japan. A comparison between general and geriatric hospitals. *Aging Clin Exp Res* 8 : 47-54, 1996.
- 3) Pannill FC 3rd et al : Evaluation and treatment of urinary incontinence in long term care. *J Am Geriatr Soc* 36 : 902-910, 1988.
- 4) Ouslander JG : Urinary incontinence in the geriatric population. *Jpn J Geriatr* 28 : 484-492, 1991.
- 5) 鳥羽研二ほか : 薄膜型排尿センサを用いた, 高齢者機能性尿失禁患者の排尿にともなう QOL 改善の試み. *日老医誌* 33 : 681-685, 1996.
- 6) 弓田 清ほか : 介護力強化病院における排尿誘導—医師, 看護婦の介護評価への関与の必要性について—. *日老医誌* 33(Suppl) : 105, 1996.
- 7) Toba K et al : Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. *Geriatr Gerontol Int* 2 : 23-29, 2002.
- 8) Hunskaar S and Sandvik H : One hundred and fifty men with urinary incontinence. III. Psychosocial consequences. *Scand J Prim Health Care* 11(3) : 193-196, 1993.

---

(執筆者連絡先) 鳥羽研二 〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2 杏林大学医学部高齢医学

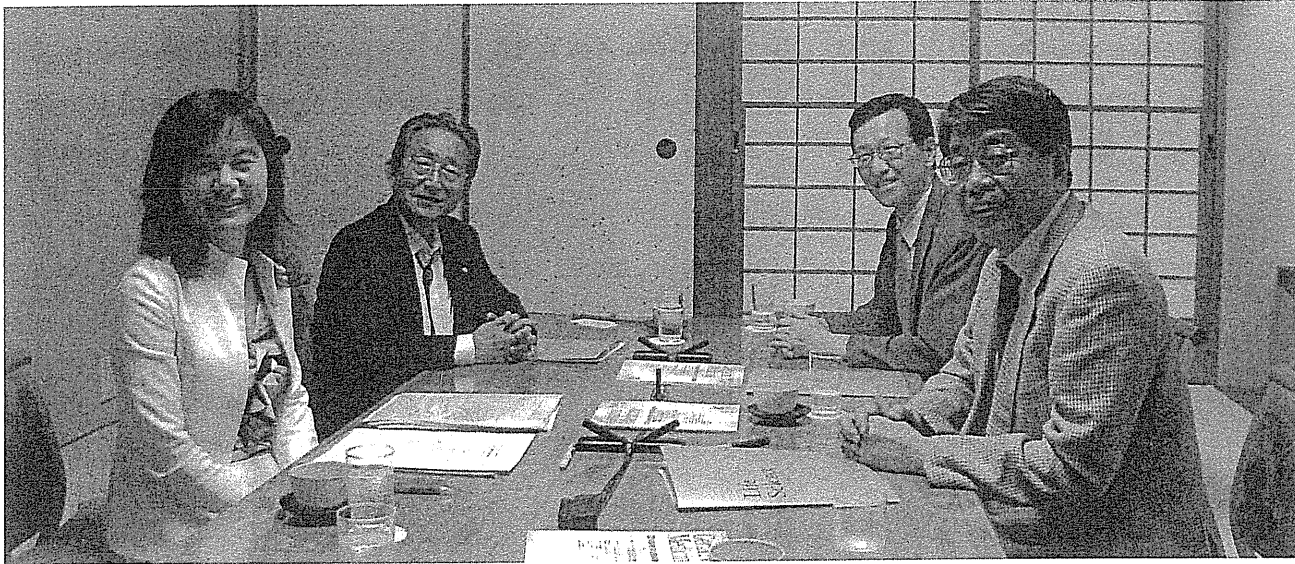
座談会



# 高齢者の排尿管理

本間	之夫
岩坪	暎二
真田	弘美
鳥羽	研二

## 高齢者の排尿管理



### 本間 之夫

(東京大学大学院医学系研究科泌尿器外科学<sup>1)</sup>教授)

### 岩坪 暎二

(北九州古賀病院<sup>2)</sup>排泄管理指導室室長)

### 真田 弘美

(東京大学大学院医学系研究科老年看護学分野<sup>3)</sup>教授)

### 鳥羽 研二 (司会)

(杏林大学医学部高齢医学<sup>4)</sup>教授)

(敬称略, 発言順)

収録 ■ 2009年7月14日 / 東京會館にて

### Contents

- はじめに
- 軽視されている「排尿」
- 排尿障害の診断
- 排尿障害の評価
- 排尿ケアと褥瘡ケア
- 排尿障害と睡眠障害
- 排尿障害の現状と展望
- おわりに

1) 〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1  
2) 〒811-3113 福岡県古賀市千鳥2-12-1  
3) 〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1  
4) 〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

## はじめに

鳥羽 本日は大変お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。「高齢者の泌尿器科疾患とその管理」という特集号の中で特に『排尿管理』という点について、最近の進歩を踏まえながら、お話を頂戴します。

読者は泌尿器科医でも、老年科医だけでもありません。一般の医家の方やコメディカルの方にもわかりやすくお話してください。

## 軽視されている「排尿」

### 1. 排尿障害の重要性

鳥羽 排尿が認知症などと比べ、重要視されていないような現状があります。この現状について、本間先生からお話をいただきます。

本間 泌尿器科領域では、日本老年泌尿器科学会という学会があり、設立22年を迎えています。

学会創設時から排尿管理について取り組んでいます。この20年以上を振り返ってみると、目覚ましい進歩はなかったというのが実感です。担当される方々は一生懸命取り組んでいますし、薬の進歩や失禁などに関する関心が上がったことは認めますが、排泄の現場、排尿管理の現場は大きく変わっていません。

つまり、失禁の患者さんがまだたくさんおられるのです(図1)。特に要介護の方の排尿管理は在宅施設ともに問題があります。要介護の方の半分以上の方が失禁で苦勞され、そのほとんどがオムツ管理を受けています。泌尿器科などの専門医にかかったことがあるのは20~30人に1人というレベルです(図2)。しかし、そういった状態がずっと続いています。

### 2. 医療・介護現場での問題点

鳥羽 進歩はないというのは、中からご覧になっているからだと思うのですが、どの辺りにそのような原因があるのでしょうか。

岩坪 現在、プライマリーケア、高齢者を診る療養型病院で、泌尿器科出身の内科医として排泄管理指導を行っています。

医師の立場でいう排尿障害と現場で行われている対応が全然違うと思うことがあります。排泄の医学が十分に浸透していないための誤解も多いように感じます。細菌性膀胱炎、過活動膀胱、前立腺肥大症、腹圧性尿失禁など、未治療の泌尿器科疾患患者も看護師に対応が託されている現状にギャップを感じます。また、収尿器についても、男性にはコンドームタイプや傘袋の応用などいろいろあるのですが(図3)、介護現場はオムツしか念頭にありません。傘袋の応用は衛生的で経済的なのですが、馴染みがないせいでしょうか、患者さんの「尊厳を傷つける」と拒否反応がみられます。オムツ使用者に対しては、すべて自分たちでケアできると思うのでしょうか、「なぜオムツなのか、漏れているのか、排尿しているのか」、その病態と治療には関心がいかないようです。医療の世界と介護の現場が直接つながっていないようにも、日本老年泌尿器科学会でいう排泄学と一般社会の常識が乖離しているようにも感じます。

鳥羽 なるほど。重要なお話をありがとうございます。

看護の世界ではオムツしかないという話ですが、それでも、それでよろしいのでしょうか。

真田 排泄に関して、看護師たちは非常に熱心に取り組んでいるということを生方方にはわかっていただきたいと思います。

看護の仕事、病気をもつ方々の生活の支援だと考えると、「寝る、食べる、出す」の中で最も力を入れるところは排泄ケアだと思います。特に羞恥心を伴う、尊厳を守ることが必要なケアであるからこそ、看護師の支援は非常に大事だと思っていますし、患者さん方からのニーズも大きいと思います。

生方がおっしゃるように、失禁を根本から治療しようという発想が乏しかったのも事実です。最初から失禁の状態で入院して来られる方々に対しては、失禁に関してどのようにケアをするか、つまり、失禁に伴う二次的な障害、皮膚

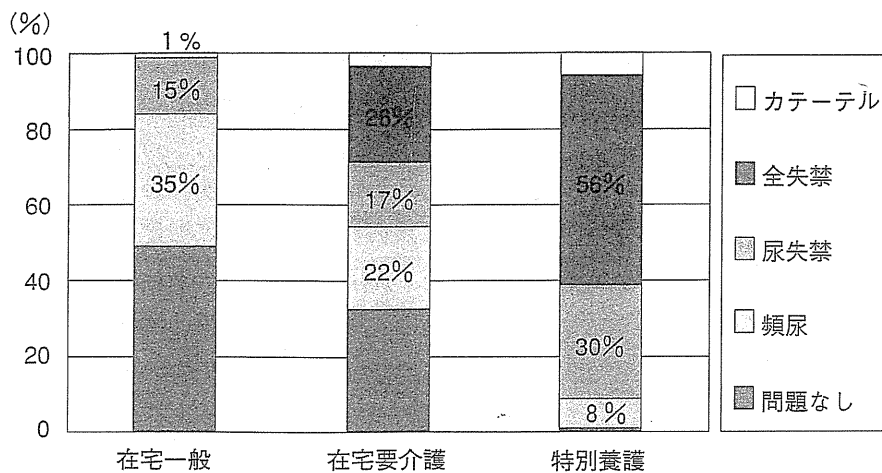


図1 高齢者の排尿状態

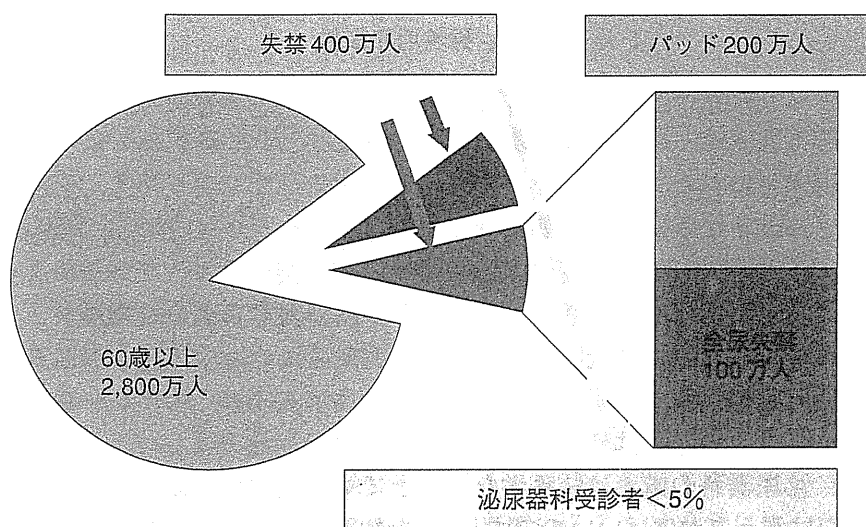


図2 高齢者の尿失禁

障害に対してどのように対処するか、ということに、われわれの意識が向いていたような気がします。これに関しましては、失禁の原因をアセスメントし、治療的手段を確認するべきであり、大変反省しなければいけないことだと思います。

認定看護師や専門看護師と領域が細分化されている中に、皮膚・排泄ケア認定看護師がおります。ストーマケア、褥瘡などの創傷ケア、失禁ケアを専門としており、共通するものがスキンケアなのです。すると、スキンケアの観点から失禁をみるという発想になってしまう可能性があるかもしれません。

鳥羽 特に排尿に関して尿の刺激性というか、失禁後の皮膚の問題に関して取り組まれてきたということですね。

では、看護師がオムツということであれば、以前は一般医もオムツは看護の仕事で、医師が行うことといえばバルーン留置ということなのではないでしょうか。

岩坪 医師は介護に携わるわけではない、主治医はオムツケアについて関心がなく、残念ながら、泌尿器科的知識をあまりおもちでないのも事実です。看護師は大変熱心で留置カテーテルに関して、発熱や血尿など問題が起こると主治医に相談、泌尿器科受診を考えることはありま

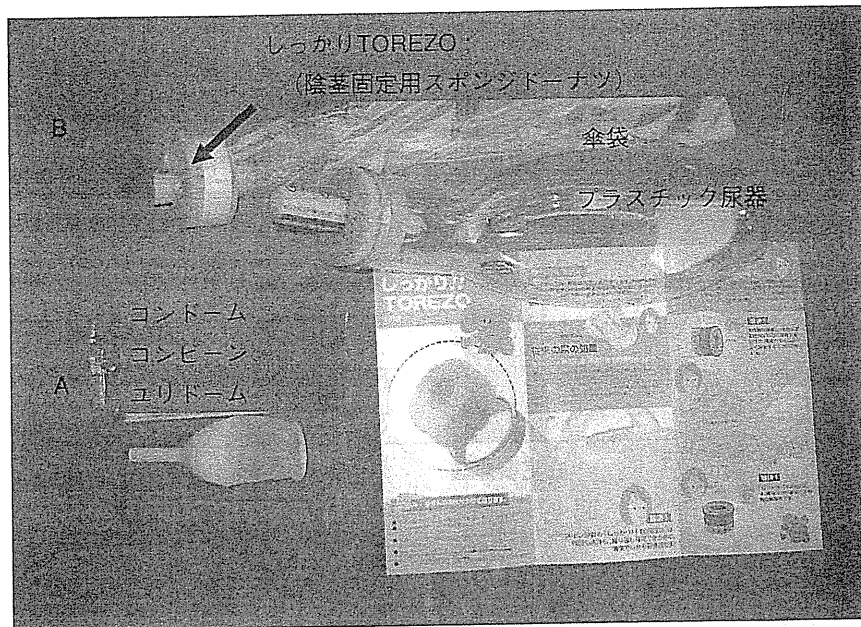


図3 男性用収尿器

ですが、オムツは身近で手慣れたケアのスキルですから現場で処理されます。陰部湿疹は陰部洗浄で清潔保持に努めますが、尿路感染症の原因、オムツ膀胱炎のあることはあまり自覚されていません。臨床医にとって神経因性膀胱障害などの排泄障害は、最も身近で重要な泌尿器科疾患ですから、医学生への講義のときは「臨床医になろうと思うなら、泌尿器科の講義は腫瘍学などではなく排泄学だけ覚えておけばいいのです」というくらい強調していますが、我田引水でしょうかね。

鳥羽 すいぶん厳しい現状分析ですが、本間先生、医師会の講演や様々な啓発活動によって一般医の認識はどの程度まで進んでいるのですか。  
 本間 排泄問題は看護と医療の間に落ち込んでいくというような感じですね。一般医は医療の対象でないと判断してしまうし、看護師はお世話だけすればよいのだろうということで、通常の疾患に対するような「診断と治療」という発想がないのです。その中でも、これは病気なのだと思える一般医も増えてはきています。

## 排尿障害の診断

### 1. 排尿障害の基本的理解

鳥羽 では、排尿障害の診断の話に移ります。排尿障害のADLにも差があると思います。在宅で外来に通えるレベルの方で、薬を処方する上でも最低限知っておくべき排尿障害の基本的な知識について教えてください。

本間 先生がおっしゃるとおり、ADLによって治療方針は大きく異なります。外来に来られるぐらいのADLの方々に関しては、事態は大きく改善しています。よい薬ができ、製薬メーカーが一般医に啓発をしていくことによって、例えば過活動膀胱(OAB)の治療は、多くの一般医も行うようになっていきます。

OABの治療を行う際のポイントは残尿測定です。残尿測定は超音波でできます。残尿測定専用の比較的廉価で購入できる超音波器械もあります。とにかく超音波を当てて、下部尿路に関心をもってもらうことが第一歩ではないかと思っています。

鳥羽 残尿測定は大切だと思いますが、残尿がありそうな方を見つけるには、一般臨床の中で

はどのような点に気がつけたらよろしいのでしょうか。

岩坪 少し答えがズれるかもしれませんが、排尿のケアをする、治療をするためには膀胱の機能を調べるのが基本です。従来「排尿パターンを調べる」のが先決と考えられていましたし、残尿測定も抜きでした。今、私は、排尿記録やオムツチェックと残尿測定がきちんとできたら、膀胱機能が正常か異常かを看護・介護の現場で判断できると提唱しています。そのような残尿を調べる超音波の器械が販売されています。膀胱機能が正常な場合は介護だけの問題だと、残尿測定・膀胱機能判定の必要性を強調しています。膀胱機能が悪かったら、熱心なケアを続けてもオムツは外せないのです。残尿測定のきっかけは、トイレが近い(頻尿)ということ、例えば、失禁しているのにオムツをしている患者さんの中には溢れて漏れている溢流性尿失禁の方がいます。このような方をオムツで済ますのは問題です。残尿を調べなければなりません。

鳥羽 介護現場では、比較的患者さんの生活に触れる時間が長いので、超音波による残尿の測定の重要性を知り、ある程度スクリーニングできるのですね。

外来に来られる方に対しては、正しい知識をもっていれば、訴えから泌尿器科医に相談して残尿量を測定することも可能だと思いますが、一般医家の先生の多くは残尿測定装置を持っていないと思います。この場合、どのように対応すればよいのでしょうか。

本間 通常の腹部超音波検査装置で膀胱をみれば問題ありません。

鳥羽 一般医家の方は、きっと残尿測定には腹部エコーのプローブではなく、膀胱の容量測定専用のプローブを使わなければいけないと思っている方も多いと思いますが、そのようなことはないのですね。

岩坪 誤解されている可能性もありますね。

鳥羽 そうですね。大変勉強になりました。

尿漏れというより、排尿障害・排尿困難などの症状が通院の原因になっている方が多いのですか。

本間 頻度からいうと夜間頻尿も含めて圧倒的に頻尿が多いです。

鳥羽 それはOABと区別はつかないのですか。

本間 概念としてはOABの範疇に入っていますね。ただ、夜間頻尿の方の多くは、その原因が膀胱ではなく水分の取りすぎ(多飲)なのです。特に要介護高齢者の方は、介護者のいいなりのことが多く、介護者が飲水を勧めると、被介護者は一生懸命水を飲み、頻尿になるケースがあるのです。

鳥羽 いや、面白い視点ですね。

## 2. 排尿障害の基本的介護

鳥羽 真田先生、看護師として、残尿などに気づくきっかけは、どのような点にございますか。

真田 先生方のお話は、機能性尿失禁とOABを分けて考えられた方がよいかと思います。今、看護の基礎教育にはエコーについての教育が普及しつつあります。なぜなら、エコーが非侵襲的に測定できる便利な道具と考えられているからです。

例えば最近では、皮下組織や筋肉をエコーで可視化し、注射の練習を基礎教育で行う大学もあります。看護師のエコーに対する抵抗がなくなって、医師だけが診断に使うものというよりも、計測に使うものだという考え方に変わってきていることは非常によいことだと思いますね。

私も残尿測定に関してはエコーを使うべきだと思っています。先生がおっしゃるように測定機器が非常に簡便になり、看護師にももちろん計測できますが、これは、皮膚・排泄ケア認定看護師には基本的な技術となっています。

この皮膚・排泄ケア認定看護師の養成課程では60時間の受講を必須としております。そのうち、100時間は失禁に関して勉強します。その後60時間の実習があるのですが、その中には残尿測定が含まれていますし、パッドテストや残尿測定、排尿日誌によってアセスメントをする技術が教えられるようになってきました。

もう1つの問題として、患者さん自身にも、年をとって尿失禁があるのは当たり前ではない、ということをもっと啓発していかなければい



ほんま ゆきお  
**本間 之夫 先生**

昭和 53 年 東京大学医学部医学科卒業。同年都立駒込病院泌尿器科。同 55 年 自衛隊中央病院泌尿器科。同 57 年 三井記念病院泌尿器科医員。同 58 年 東京大学医学部泌尿器科学助手。同年米国ノースウエスタン大学医学部病理学研究者。同 60 年 東京通信病院泌尿器科医員。同 63 年 東京大学医学部泌尿器科講師。平成 12 年 東京大学大学院医学系研究科泌尿器外科学助教授。同 15 年 日本赤十字社医療センター泌尿器科部長。同 20 年 東京大学大学院医学系研究科泌尿器外科学教授。現在に至る。



日本間質性膀胱炎研究会(代表幹事)、日本老年泌尿器科学会(理事長)、日本泌尿器科学会(常任理事)、日本排尿機能学会(理事)、日本臨床泌尿器科医会(理事)

現在の研究領域：排尿障害、前立腺肥大症、前立腺癌、泌尿器科癌

けないと思います。尿失禁は確かに恥かしいことですが、改善が可能な病気だという認識へ変えていくことが大事だと思います。

## 排尿障害の評価

鳥羽 ところで、家族という立場が入ってくるのは、在宅の方や介護の必要な方になると思うのですが、排尿障害の評価や知識に対する家族教育はどのような状況にありますか。

真田 家族の方のご負担は計りしれないものだと思います。生活の中で失禁があるということは、もちろん後始末をするということで、家族

の方は時間や心身をすり減らすような努力をしていらっしゃるのではないのでしょうか。特に認知症の中期には、「寝る、食べる、出す」のうち、排泄の部分だけが欠落してしまっている場合がよくあります。機能性尿失禁に関しては、認知症が大きな割合を占めているのではないのでしょうか。

家族の介護負担をどう取り除くかということも重要です。患者のQOLとも深く関係しています。現在、排泄用具が大変進歩していて、夜間だけでも、失禁した場合に吸引してくれるような器具が出ています。そのような機器を使用することで介護負担を軽減できると思います。

鳥羽 排尿障害をもっている方を抱えた家族に対する教育について、お話しいただきましたが、看護師の教育や現状についてお話しください。

岩坪 施設介護しか経験がないので、在宅介護は難しい気がします。排泄は計画が立てられませんし、タイミングよく誘導することも難しいですね。いつも連れ添っている夫婦、パートナーがいれば、気をつけてもらえるかと思いますが、独居老人は施設入所者よりも大変で、訪問看護師が後始末をするだけで終わってしまうように思います。今後は、在宅で要介護の方が一番重要な課題だろうと思います。

鳥羽 排泄ということから考えると、在宅という状況は、今の家族介護中心では少し問題があると考えてよろしいですね。

岩坪 はい、厳しいですね。

本間 在宅の排泄管理は多様性が高く、例えば失禁の回数やオムツの枚数などの指標では測りきれないのです。つまり、家族との人間関係がケースによって全く違うのです。個人のプライバシーに関するような介護ですので、他人から計り知れないようなものがあるのです。

私がいいたいことは、だから家族中心でやるべきだというのではなく、だからこそ排泄の専門家が介入しないと、とんでもないことが起こるということなのです。専門家が管理を行うことによって、感情に流された介護が行われているかもしれない現状を打開することができるのです。家族に対する啓発で重要なのは「失禁と



「というのは病気だ」ということです。「失禁は病気だから専門家である泌尿器科医に診てもらいましょう」ということなのです。「呆けたのでおしっこを漏らしている」「私を困らすために漏らしている」というように曲がった解釈をされると、とんでもない、ひどい介護になってしまうのです。

岩坪 誤解が誤解を生んでいる例が多いと思います。愛情が強ければこそだと思うのですが、介護する方も疲れきっているのが実情だと思います。

鳥羽 全く同じ意見です。昔は誤嚥も病気とは思われていなかったのですね。認知症に伴う周辺症状や感情失禁もほとんど病気として扱われず、隔離をしたり、ケアの対象にならなかったのです。特に認知症の周辺症状は大変だということで、医療的なケアの介入も必要ですし、レスパイトケアといって、家族を引き離すようなことが出てきました。尿失禁でも当然デイケアに行けば、排泄のことを教えてもらったり、きれいにすることもできます。ショートステイのときが尿失禁でもレスパイトケアになればよいと思いますが、尿失禁に関するレスパイトケアの概念はあるのですか。

真田 介護負担に関してのレスパイトケアということで、すべての生活の支援から一旦離れていただくことだと思います。

鳥羽 長期間、介護・ケア・医療を家族がずっとし続けるということは大変なことですね。

本間 疾患というのは、物体としての人間がうまく機能していない状態をいうのであって、感情が入り込むと難しくなるのです。物体として考えてみた場合、尿が漏れるということは、どこかが故障しているわけで、「勝手におしっこして、もう子供みたいになっちゃって」というような感情的な解釈とは違うのです。その点を峻別するのは、当の家族は難しいのです。やはり客観的な立場で、物事を科学的にみつめている、われわれ医療従事者が入る必要があるのです。

岩坪 その通りだと思います。尿をちゃんとさせてもらえばできる正常な膀胱で病気も何ものな

いわつば えいじ  
岩坪 暎二先生



昭和42年九州大学医学部医学科卒業、同年米国海軍(准尉)横須賀病院インターン、同43年九州大学医学部泌尿器科教室、同44年松山赤十字病院、同45年別府国立病院、同47年九州大学医学部泌尿器科講師、同53年ハーバード大学整形外科学講座(West Rocksbury VA 脊損センター)(客員講師)、同54年労働福祉事業団総合せき損センター泌尿器科部長(平成10~17年九州大学医学部臨床教授併任)、平成17年北九州古賀病院(内科、北九州病院グループ排泄管理指導室室長)、現在に至る。

日本泌尿器科学会(専門医・評議員)、日本老年医学会、日本老年泌尿器科学会(理事)、日本リハビリテーション医学会(専門医・評議員)、日本排尿機能学会(名誉会員)、日本脊髄障害医学会(名誉会員)など

現在の研究領域：

- Ⅰ. 高齢者医療(内科・神経泌尿器科学)の臨床勤務医
- Ⅱ. 脳卒中排泄障害のリハビリテーション
- Ⅲ. 高齢者排泄介護の普及活動

い方、膀胱の病気や前立腺肥大症がある方、神経因性膀胱、これらの3つが、現場でも家族でも区別されていないということが排尿介護の見通しを暗くしているのだと思います。

本間 泌尿器科学的なきっちりとした評価がなされていないということですよ。

岩坪 そうですね。あと、現場では心の問題が置き去りにされていることもあります。被介護者の遠慮と介護者側の思い込みなど、コミュニケーションがとれていないこともあります。

本間 それなりの正当な報酬が与えられていないことも重要です。診療報酬が発生することによって、重要な医療行為であるということを医療者も社会も認知することになり、失禁ケアが

医療行為である、という国民的なコンセンサスを得られます。保険収載の運動もやっていますのでお力をお借りしたいところです。

鳥羽 なるほど。多くの方が苦しんでいるのに認められないというのは大変問題だと思うのですが、同じことをやっている老年医学のわれわれも反省すべきです。

## 排尿ケアと褥瘡ケア

鳥羽 同様に褥瘡なども介護者の怠けだと全く相手にされなかった時期があったと思うのですが、褥瘡ケアをしないと減点するというような、ネガティブなことから医療現場に急速に普及しました。どのような経緯で保険に結びつけて点数が取れるようになったのでしょうか。

真田 重要なことは「チーム医療が大事だ」ということをきちんと厚生労働省に伝えたことではないかと思います。

褥瘡は「看護師の恥だ」といわれた時代がありました。この時代は褥瘡に関する学会もありませんでした。だから、学会を作り、学会として他領域の方々が一堂に集まり、ディスカッションをしました。

最優先した要望は、よいマットレスすなわち体圧分散寝具が高価で普及していなかったので、治療用具として保険をつけてほしいということでした。学会誌で出てきたデータやエビデンスを蓄積して、厚生労働省に提出しました。よいデータだとはいつてくれたのですが、結果は、加算ではなくて減算だったのです。

本間 減算から始まったのですか。

鳥羽 そうですよ。

真田 はい、まずは減算から始まりました。減算にしながらも体圧分散寝具の整備を要求することに病院管理者はクレームをつけましたが、エビデンスがありますから、厚生労働省の方針は変わりませんでした。

しばらく経って、少ないお金でも加算にすれば、きっと看護師や医師も働くだらうということで、2年後には、20点ですが加算となりました。

現場は診療報酬がついたことに喜び、頑張ろうという意識も高まりました。

それでも、一番の問題だった深い褥瘡を減らすことはできなかったのです。日本人の高齢者は痩せていて皮下組織や筋肉が少なく、褥瘡ができてしまうとどんどん深くなっていくためです。もし、早期に発見して治療ができれば、褥瘡が深くならず、経費も減らせます。こうしたときに、専門的な看護師を活かすべきだという意見が中医協から出たと聞いています。

日本看護協会では、皮膚・排泄ケア認定看護師を入れている病院と、入れていない病院でどれくらい治療費が違うのか、あるいはどれくらい褥瘡が早く治るのかという、QOLとCost effectiveness についてのエビデンスを出しました。すると、明確に差が出たのです。皮膚・排泄ケア認定看護師がいる病院は医療費を1/2に軽減でき、治療期間も短くなりました。それを基に、2008年、6カ月以上の研修を受けた看護師を雇用している場合には、ハイリスク加算といって、患者さん1人に500点の診療報酬をつけるに至りました。これには、日本褥瘡学会でもいろいろ異論がありました。今まで、専門医など人に対して報酬がつくことがなかったのに、厚生労働省でも様々な葛藤があったようです。最終的には、日本褥瘡学会からの要望書の中で、医師から「皮膚・排泄ケア認定看護師の活動に保険点数をつけることは妥当な施策であり、ぜひ要望する」というアプローチがあったことが最も大きな契機になったと思います。同職種で希望してもバイアスが大きく、やはり、チーム医療としての他職種からのアプローチが功を奏したのだと確信しています。

かつて、2003年の病院における褥瘡の発生率は3.6%でしたが、2006年には2.2%まで減らすことができました。このように、日本褥瘡学会では、3年ごとに有効率などのデータを出して評価するといった努力を長年にわたって続けています。

鳥羽 保険請求の相手は厚生労働省ですか。

真田 はい、もちろん厚生労働省です。

鳥羽 日本看護協会を通じて出したのですか。

真田 ハイリスク加算のときは、そうです。

鳥羽 最初はですね。

岩坪 褥瘡は予防することが一番大事なので、看護師の介護の問題なのですよね。褥瘡は一度できるとなかなか治りません。褥瘡予防は病気になることを予防するので、コストも安くなるのです。医師は「看護師のお仕事だからやってください」という流れですね。オムツケアもそうだと思います。

真田 私は、失禁ケアにはパラダイムシフトが必要であると思っています。それがチーム医療です。

鳥羽 廃用症候群の1つとして、褥瘡もあり、排尿障害もある、その意味で共通の形で、点数を取っていくように提案されるということですね。

岩坪 オムツが取れたら介護認定が下がり、施設経営者にはマイナスになるということがいわれますが、オムツが取れたらご褒美として点数をつけるようでないと動きませんね。

鳥羽 そうですね。おっしゃるとおりですね。

真田 難しい点は、アウトカムが何であるかということです。

本間 在宅の高齢者への介入研究<sup>1)</sup>では、約60%の症例で約30%の軽減効果が認められています。オムツが減る、介護の手間が省けるなどです。その中でも人件費が最も大きいですね。例えば、介護労働時間が1日30分短縮したとしても、1日600円で、これが毎日ですから年間20万円にもなります。

真田 そうですね。最近では医師の負担を少なくするために、看護師の業務内容が見直されていますので。

岩坪 介護予防的努力が成果を上げるのですから、国は看護・介護者の労働力に見合うコスト配分を考えてほしいですね。

鳥羽 もちろんコストの計算は大切だと思うのですが、例えば癌の疼痛に対するオピオイドに対して、お金を使ったら医療費が安くなるわけではないと思うのです。

さなだ ひろみ  
真田 弘美先生



昭和54年聖路加看護大学卒業。聖路加国際病院内科病棟勤務、同62年クリーブランドクリニック聖路加分校ETスクール修了、平成10年医博、金沢大学医学部保健学科教授、同15年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授、同18年より創傷看護学分野教授を併任、現在に至る。

日本創傷・オストミー・失禁管理学会（理事長）、日本ストーマ排泄リハビリテーション学会（理事）、日本創傷学会（理事）、日本看護科学学会（理事）など。

#### 現在の研究領域：

- I. 創傷の予防と管理
- II. 失禁の予防
- III. ストーマを有する患者のQOL

主な著書に、「改訂版 実践に基づく最新褥瘡看護技術」照林社（2009）、「褥瘡アセスメント・ケアガイド 第2版」中山書店（2009）、「ナースのためのプロフェッショナル“脚”ケア」中央法規（2009）など多数。

## 排尿障害と睡眠障害

鳥羽 排尿障害が、患者さんにどのようなネガティブなインパクトを与えるかということで、まず岩坪先生、排尿障害と睡眠の重要性について少し触れていただけますでしょうか。

岩坪 「オムツで安眠してもらおう」といいますよね。夜は手が足りないのが当然かもしれませんが、排泄は24時間いつでも、時と場所を選びません。これは人手不足が基礎にある介護現場の実態です。現場では、夜オムツをさせてもらう理由が「安眠のため」というのです。しかし、普通の方なら夜はトイレに行って排尿した



## とば けんじ 鳥羽 研二先生

昭和 53 年東京大学医学部卒業。同年同附属病院医員、同 55 年東京警察病院内科勤務、平成元年米国テネシー大学生理生物学教室客員研究員、同年東京大学医学部助教授、同 12 年杏林大学医学部高齢医学主任教授、同 18 年杏林大学病院もの忘れセンター長(併任)、現在に至る。

員研究員、同年東京大学医学部助教授、同 12 年杏林大学医学部高齢医学主任教授、同 18 年杏林大学病院もの忘れセンター長(併任)、現在に至る。



日本老年医学会(専門医、指導医、評議員、理事)、日本骨粗鬆症学会(評議員)など

### 現在の研究領域：

- I. 老年症候群、総合的機能評価
  - 1) 高齢者の意欲を客観的に判定する Vitality Index の開発と応用、2) 寝たきりプロセスの解明と介入、3) 高齢者の総合的機能評価の国際比較
- II. 認知症
  - 1) 認知症の早期発見、2) 非薬物療法の定量的効果判定

いと思うはずで、オムツを受容し、すべてを諦めてしまって廃用症候群になってしまう。そういう方が現場にはたくさんいるのです。夜は決して安眠なんかできません。「トイレ誘導したら目が覚めて昼夜逆転する」とも聞きますが「スッキリ排尿してぐっすり寝てもらおう」のが本当でしょう。濡れたオムツをはめたまま安眠できるでしょうか。赤ちゃんがオムツ膀胱炎にならないのは、泣いたらお母さんがすぐにオムツを換えてあげるからですよ。夜のオムツは、理屈上も絶対に安眠の手段ではないと思っています。要介護高齢者が昼も夜もオムツになって、周りもそれでよいと考えてしまう。介護力がない制度であることと、膀胱機能が廃絶してオム

ツ必須の方も多いですから現場を責められませんが、夜はオムツで安眠という考えは誤りです。鳥羽 アクティブシルバーの方では排尿障害と睡眠障害では、どのような問題がありますか。

本間 排尿障害のために睡眠障害が起こると、夜眠れず昼間眠たくなり、その分活動が低下するといわれます。しかし、単に睡眠時間が長ければよいというものではなくて、やはり深い睡眠を取らなければいけないのです。そのためには寝始めの3~4時間が大事なのです。トータルの睡眠時間が短くなくても、この時間帯に熟睡できる方は夜間頻尿に伴う昼間の影響が少なくなるのです。

例えば OAB の場合、OAB 治療薬を服用すると、1 回目までの排尿が長くなり、初期の睡眠が長くなり、睡眠の質が上がり QOL の改善がみられます。

また繰り返しになるかもしれませんが、水分の取り過ぎが睡眠障害の原因となっていることが少なくありません。寝ている間に血液がドロドロになってはいけないということで睡眠前に水を飲み、途中で何度も追加で飲むのです。これは OAB の薬ではよくなりません。

鳥羽 脱水は危険ですが、水をたくさん飲むということも問題ですね。特に「夜間は水分の摂取をしましょう」ということですね。

水分摂取については、看護指導で何か問題になってますか。

真田 先生方のおっしゃるとおりだと思います。アクティブシルバーの尿失禁に関しては、OAB と腹圧性尿失禁の混合型の方が多いので、看護師の指導では、骨盤底筋の体操(図4)<sup>2)</sup>ばかりに着目してしまいがちです。

24 時間の生活で、いつ、どれくらい水分を摂って、いつ排尿や尿漏れがあるかという水分出納と失禁の状況を記した排尿日誌に関しては、看護師が関与する最も重要な仕事ではないかと思っています。排尿日誌やパッドテストによって失禁をアセスメントすることは、適切なケアを見極め、QOL の向上を目指すために最も基本的な視点だと思います。