

高齢者の失禁と介護について

笠原 勝幸

The Management of Incontinence in Elders

Katsuyuki KASAHARA

Abstract: Incontinence of urine and stool is a common problem of many elders. Incontinence is often considered of the normal aging process and is therefore accepted without treatment. Prolonged hospitalizations are common when incontinence is left untreated. It may be a primary reason caregivers decide to place elders in long-term care facilities. The anatomical structures of lower urinary tract and involved with normal defecation are described. Types of urinary incontinence and fecal incontinence, treatment of incontinence, environmental adaptations that can improve continence are discussed.

Key words: Incontinence, Elders, Management, Care facilities

はじめに

高齢者の介護にあたって、大きな問題の一つは失禁である。尿失禁あるいは便失禁は、それぞれ身体的苦痛をとまなうばかりでなく、家族に洗濯や清掃の世話をかける心理的負担、周囲に嫌われることへの心配、疎外感をとまない、自立して生活する自信を失い、おむつなどの使用で人間としての尊厳を失ってしまう¹⁾。米国は介護医療では日本より30年も先進国であるが、初期においてそして現在に至るまで介護施設でのおびたしい数の虐待行為、欠陥状態も報告されている。ナーシング・ホームの3/4は民間経営による営利目的であり、高収益を求めするためにコストを下げるとケアの質はたちまち下落する。労働力とコストを必要とする排泄の介護が営利目的のためなおざりにされると、どのような惨状を呈するかをよく理解させる例があるので次に示す。

米国上院「長期ケア委員会」の報告より

1) 米国の医療制度²⁾

1965年に米国において社会保障法が成立し、メディケア、メディケイドなどの公的医療保険制度が充実され、病院数も増加したが、一般の病院 (short-stay hospital) では病棟の半数以上の患者が平均在院日数30日未満と入院日数は制限され、長期入院病院 (long-stay hospital) は州立の精神科病院にはほぼ限定されている状態である。このため1968年より米国において延長療養施設として2種類のナーシング・ホームが設置された。1つは、Skilled nursing facility (SNF, 看護ケア・ホーム：日本の老健のようなもの) であり、もう1つは Intermediate care facility (ICF, 中間ケア・ホーム：日本の特老のようなもの) である。この両者とも日本語訳ではナーシング・ホームと呼ばれている。さらに1975年よりホーム・ケア、デイ・ケアの拡大と充実が図られている。

2) ナーシング・ホームでの虐待行為³⁾

その後米国ではメディケアとメディケイドの基準の統一が図られ、最終的には保健教育省が新基準の制定を行ったが、この新基準が旧基準の水準よりもレベルを低く設定したため、必然的に米国のナーシング・ホームの水準が低下した。そして、種々様々なスキャンダルの暴露によって、ナーシング・ホームのケアは虐待行為にあふれ、劣悪で、しかも恐ろしく高価であるという評価が一般大衆の間に広まったため、上院の「長期ケア委員会」の査察が行われた。

そのもっとも嘆かわしい例の一つが、グレンダ・カールソンという女性が、自分の母親が「サウス・シカゴ・ハイツ」というナーシング・ホーム（イリノイ州）で軟禁状態の目にあつた例で、以下はその体験を上院の「長期ケア委員会」に書き送ったものである。

……私は母を週に三回、それも不意に訪れました。その都度、母の右脚を努めて見るようにしました。母の右脚はいつも青黒くなっていました。母は看護婦が脚に近い部分に触れようとしただけで、「痛い痛い」と叫びました。その光景にショックを受けた私は憤慨して、看護婦に何故医師を呼んで脚の手当をしてくれないのかと苦情を申し立てました……

何時いっても、母はオムツをあててもらっていませんでした。私は看護婦に、何故老衰して、脚に潰瘍のできた患者にオムツをさせないのかと問い正しました。看護婦は、このナーシング・ホームの管理者が、失禁患者にオムツをさせることを許可していないと答えました。理由は、洗濯物が増え、経費がかさむからだということでした……

オムツをしていない母は一老衰していたのでオムツをしていないことにも気がつかなかったのです—手を大便の中に突っ込み、脚の傷口をかきむしり、身体中になすりつけていました。

このナーシング・ホームはメディケイドの指定を受けていた。

「長期ケア委員会」の記録に残されているもう一つの例は、スプリング・フィールド（イリ

ノイ州)の、或るナーシング・ホームの患者の惨状である。

四肢の不自由のため、介護の要るアニー・ボンドは、1956年10月から1968年2月まで、「カーバー・ナーシング・ホーム」に入院していたが、別の「メリー・アン・ナーシング・ホーム」へ転送されることになった。このナーシング・ホームへ移されて来た時の彼女の状況は、主治医とナーシング・ホームのスタッフを啞然とさせるに充分なものであった。彼女の腹部より下の半身は床ズレがビッシリと続いていた。臀部の床ズレはグレープ・フルーツほどもあり、骨が露出していた。陰部や尿道は粘液と汚物で詰まっており、膀胱カテーテルを挿入するのに、石鹸で何度も洗浄しなければならなかった。爪先は汚物で覆われて固められた棒のようになっていて、石鹸で三日間洗浄してようやく指先が現れる有様であった。

「カーバー・ナーシング・ホーム」の査察は、指示されたが、ついに実行されなかった。しかし、このナーシング・ホームはもはや営業していない。1972年に火事で焼失したのである。この火災で10人の患者が死亡した。炎上した時もお、このホームは州の認可を得ていたのである。

これらは悪質ナーシング・ホームのなかでも極端な例である、しかし、どのようにしてこんなナーシング・ホームが州や連邦政府の認可を得ることができたのか、理解に苦しむところである。1971年に、会計監査院のナーシング・ホームに対する監査が行われた。対象となったのは、オクラホマ、ニューヨーク、ミシガン州であったが、半数以上のナーシング・ホームについて、メディケイドの指定基準に違反していることが発見された。例えば「患者は最低30日に1回医師の診察を受けなければならない」といった基準についても、この基準はまったく守られていなかった。この監査で、担当員によって証拠として挙げられた数多くの「欠陥ケア」ともいふべき事実をみると、現在のナーシング・ホームのケアの質に対する、州及び連邦政

府レベルでの対策の確立が真に急がれる。

失禁の頻度と経費

1) 失禁の頻度

ナーシング・ホーム入所者の45%から50%に尿失禁が認められる⁴⁾。非入所の高齢者では15%から30%の頻度となる⁵⁾。女性においては男性の2倍の頻度でこの問題を経験する。

2) 失禁に要する経費

ナーシング・ホームにおける高齢入所者の尿失禁に対する米国での1年間の経費は33億米ドルと計算される⁵⁾。これらの経費の中には、介護の労働力、洗濯、材料供給、医学的検査、外科的及び内科的治療と薬品代、尿失禁により生じた皮膚疾患、尿路感染症そして尿失禁のための入院経費を含む。これらの尿失禁に対する全てを含めた経費は米国全体で70億ドルとなる⁶⁾。

個人保険と政府予算は泌尿器科検査、手術および導尿に対してだけ支払られる⁶⁾。これにより失禁の処置は一般的介護とされ、高齢者とその家族は失禁のためにだけ入院あるいは入所させる場合には経済的負担を重く感じる。

排尿および排便の解剖学的構造と生理機構

1) 解剖と生理

男性の正常排尿が行われる解剖学的部位は下部尿路である。膀胱頸部、前立腺、骨盤底筋群、尿道を含む。女性においては膀胱頸部、近位尿道（括約筋内部）、そして骨盤底の強度と尿道の抵抗を維持している骨盤底筋群が含まれる。

膀胱には尿が貯えられ、そして排尿される。平均して約400mlの膀胱蓄尿量となると、骨盤底筋群と括約筋が内圧の上昇を感じてその人は排尿の急迫感を覚える⁷⁾。そして尿道は弛緩して膀胱よりの排尿を促す。

正常の排便を行う解剖学的部位は骨盤底筋群、肛門括約筋（内および外）、結腸、直腸そして肛門管である。

適当な硬さの便が消化管と結腸を通過して直

腸から肛門括約筋に達する。直腸が便で満たされると知覚システムにより伝達され、直腸内の内容物のタイプ（つまり固体か流動体かガスか）についても情報が伝えられる。便が直腸を通過すると内肛門括約筋は弛緩して排便を促す。内肛門括約筋は反射的に、外肛門括約筋は随意的に弛緩する。恥骨直腸筋が反射的に緩み、直腸と肛門管が一直線に並び排便される。

2) 失禁の原因

尿および便失禁の原因は病理学的、解剖学的あるいは生理学的に考察できる。尿失禁において最も一般的で可能性のある原因は一過性で可逆性である。つまり、尿路感染症や膣炎のような感染症、精神錯乱やうつ状態のような心理的要因によるもの等を含む。過剰な尿量が生産される高カルシウム血症、糖尿病、尿崩症、慢性心不全、下肢静脈不全症、薬剤性下腿浮腫等も一過性の尿失禁の原因となる。

薬剤による一過性尿失禁の原因となるのは精神安定剤（ジアゼパン系統など）、利尿剤、カルシウム拮抗剤（尿量増加作用）、抗コリン性薬剤（抗ヒスタミン剤、抗鬱剤、抗精神病剤、抗パーキンソン剤、 α アドレナリン作動性薬剤など）、交感神経興奮剤そして交感神経遮断剤などである。

便失禁を来す可能性のある原因は下痢（薬剤性、代謝性、感染症など）、肛門括約筋機能不全（外傷、糖尿病、炎症性など）、肛門コンプライアンス低下（肛門部血行不全、腫瘍、痔核、外傷など）である。先天性あるいは遺伝性ミオパチーのような筋疾患や筋神経疾患、精神薄弱症や精神病のような発達障害と行動障害、そして中枢神経損傷、脊髄損傷、末梢神経損傷などの神経学的障害も便失禁の原因となる⁷⁾。

尿失禁の分類

1) 切迫性尿失禁

高齢者は複数のタイプの尿失禁を合併しているのが普通である。切迫性尿失禁は急に尿意を来し、トイレへ行くまで尿を保持できない状態とされている⁸⁾。この失禁は夜間に多く、夜間

失禁とも称されるが、警告なしに突然大量の尿を排出し、膀胱は空になってしまうことがある。このタイプの失禁は高齢者が、ポトポト落ちる水の音を聞いたり、少量の水を飲んだりした時にも起こる。膀胱を構成する排尿筋が調節できずに収縮してしまう状態は、過活動性膀胱と言われ切迫性尿失禁の1つの原因であることもある。

2) 腹圧性尿失禁 (ストレス尿失禁)

ストレス尿失禁は男性より女性に多く認められ、腹圧が膀胱にかかった時、尿を調節できないので排尿してしまう。咳、笑った時、くしゃみ、運動、前へ屈んだ時、重荷を持ち上げた時そして椅子から立ち上がった時などにこのタイプの尿失禁が起こる。子供が高齢者の膝に乗ったりすると急に膀胱内圧が上昇して尿失禁を生じたりする。ストレス尿失禁は通常、出産を経験した女性に生じる骨盤底筋群の筋力低下および尿道括約筋の損傷や筋力低下が原因である。

3) オーバーフロー尿失禁 (溢流性尿失禁)

このタイプの尿失禁では、しばしば日常的にポトポトとしたような排尿に悩まされ、一度に少量しか排尿できない。膀胱は常にいっぱいの状態で、その高齢者は決して膀胱を完全な空の状態にできないし、それがいっぱいであることも感じられない。その原因は膀胱平滑筋の活動不全 (筋原性排出障害) であることが多い。男性においては膀胱の器質的ブロック (前立腺肥大による尿道圧迫性排出障害) がこのタイプの尿失禁の原因になることが多い。この尿閉状態が続くと何かの拍子に尿が漏れ、これをオーバーフロー (溢流性) 尿失禁という。

4) 混合性尿失禁

混合性とされるのは尿意切迫性失禁と腹圧性失禁が合併している場合であり、高齢者に最も多いタイプである。

5) 機能的尿失禁

このタイプは認知障害や運動障害に関連していて、住環境や他の適応についての援助を必要とすることが多い。

他のタイプとして反射性尿失禁や排尿筋不安

定性尿失禁があるがそう多くはない。反射性尿失禁は脊髄損傷より生じる蓄尿障害および排尿障害に伴うものである。排尿筋不安定性尿失禁は痴呆の人に多い。このタイプでは膀胱が充満する前に排尿筋が収縮してしまうため失禁する。

便 失 禁

便失禁は消化管特に大腸疾患の結果として生じることが多い。消化管疾患により大便の硬さや量に変化し、下痢や便秘の症状を呈する⁷⁾。下痢は頻回の軟便や水様便の排泄⁹⁾と定義されていて腹痛や疝痛を伴う。下痢は食物アレルギー症、吸収不良症候群、炎症性腸疾患、糞便埋伏 (糞詰まり) 胃腸炎、そして消化管腫瘍などによる症状のこともある。

便秘に悩む人は腹痛や腹部膨満感を訴える。排便はたまにしか起こらず、便の性状は硬く乾燥している。便秘は腸管閉塞、憩室炎、腫瘍、脱水、運動不足そして摂食不良によっても生じる。

失禁の治療方法

通常は保存的治療から開始される。最初に選択されるのは行動学的訓練法であり薬物療法が追加される。合併症の心配があるので手術療法は最終の選択と考えられている。女性のストレス尿失禁に対する手術は膀胱頸の位置を整復することにより78%から92%の成功率を示している。男性のオーバーフロー尿失禁に対する尿道閉塞物の除去手術でも同じ位の成功率を示している⁵⁾。便失禁に対する手術療法は外傷性、特発性、神経因性、先天性の各疾患に対して行われる。腸管切除術、肛門括約筋再建術、薄筋移行術などが手術の内容である⁷⁾。

薬物療法は感染症の治療、エストロジェンのホルモン補充療法、膀胱の異常収縮の改善、膀胱括約筋の緊張強化などにより尿失禁を治療するものである。膀胱括約筋の緊張強化は排尿筋の過活動による急性尿失禁に効果的である。アトロピンのような抗コリン剤、三環系抗うつ

剤、カルシウム・チャンネル・ブロッカーもよく処方される。下痢に対してはロペラマイドのような止瀉薬がよく処方され、酸化マグネシウムのような緩下剤（便を軟らかくするもの）、オリーブ油や流動パラフィンのようなグリコント（粘滑性下剤）は便通をととのえるのに一般的に使用される⁷⁾。

栄養士が高齢者の食餌内容を決める時に栄養素や水分補給を尿失禁と便失禁の面からも考慮して行うことができる。腸管や膀胱の働きを正常に機能が発揮できるように保つには植物繊維を多くして1,500 ml から2,000 ml の水分を毎日摂取するよう勧められる⁸⁾。カフェインは利尿作用があるので1日の摂取量は制限する必要がある。

看護婦あるいは介護者は尿失禁が始まってからの経過時間、頻度、その生じるタイミングなどの、記録をとり膀胱と腸管の状態を完全に把握する。そしてできれば行動学的訓練法を開始するのがよい。

1) 時間的排尿法および習慣訓練法

時間的排尿法および習慣訓練法は2時間毎に排尿を行うようにして固定した時間割を実行することである。患者の通常の日常生活を2週間モニターし、その生活に合わせて排尿時刻を決定する。排尿の間隔を2時間から少しずつ長くするよう努力する。この習慣訓練法は施設入所の高齢者にも実施され、神経学的障害者にも有効である。

2) 迅速排尿法

迅速排尿法は介護施設で一般的に行われていることで虚弱な、あるいは認知障害のある高齢者に勧められる。介護する人は通常1～2時間おきにドライカウエットかを確認し、記録する責任があり、排尿するように高齢者を励ます。

3) 膀胱訓練法

膀胱訓練はストレス尿失禁あるいは切迫性尿失禁の人に勧められる。膀胱訓練により10～15%の割合で改善されたと研究報告されている¹⁰⁾。目標は排尿回数を減少させることと排尿の間隔を長くすることである。介護する人は

高齢者にトイレへ行きたいと思っても我慢して計画した時間まで待つように指導する。

4) バイオフィードバック法

バイオフィードバック法はある機能に関して意志による随意的コントロールを行えるように、高齢者に光や音の信号で教える器具を用いる方法である。括約筋は収縮している一方で排尿筋と腹筋は弛緩（リラックス）させるように高齢者にバイオフィードバックの電気装置を用いて教育的訓練を行う。この方法で20～25%の率で尿失禁が改善されたと報告されている⁷⁾。便失禁については70～90%の改善率が報告されている⁷⁾。

5) 骨盤底筋群訓練法

骨盤底筋群訓練法はKegel法とも言われる。Kegel法は一般的に用いられ女性のストレス尿失禁では30～90%の成功率を示す¹⁰⁾。高齢者は腹筋をゆるめて骨盤底筋群を収縮させるよう教えられる。正しく骨盤底筋群を収縮するよう補助しながら確認し、1日に40～80回の収縮訓練を行う¹¹⁾。この技術は便失禁に対しても一般的に用いられ、骨盤底の筋緊張を高めて大便のものを防ぐものである⁷⁾。理学療法士、作業療法士ともこの運動訓練を始めることができる。

地域高齢者の尿失禁について

東京都老人総合研究所が東京都小金井市に在宅の65歳以上の高齢者3,646名に調査を行った結果を柴田博が報告している¹²⁾。

1) いつも失禁する人

65歳以上の男性では3.1%、女性では2.7%がいつも失禁すると答えてる。年齢が高くなるとその頻度は高くなり、男性では65～69歳で1.5%、80歳以上では11.0%となる。女性では65～69歳で0%であり、80歳以上で11.9%である。

2) ときどき失禁する人

男性の4.7%、女性の7.1%にみられ、やはり年齢が高くなると上昇する。

3) 日常生活動作（ADL）と失禁の関係

ADL 機能を高・中・低の3段階に分けて行った調査では、ADL 機能が低い男性では33.8%に尿失禁を認めた。ADL 機能が高い女性高齢者では0.4%、低い女性高齢者では27.4%に認めともに相関関係を認めた。

4) 痴呆と失禁の関係

何らかのほけ症状のある65～74歳の男性では30.0%に失禁を認めるが、ほけ症状のない場合は0.6%にすぎない。75歳以上でも同じような相関を認め、女性においても同じような傾向が認められた。

5) 失禁と生命余後について

65歳以上の高齢者に5年後に同じような調査を行ったところ、いつもあると考えた男性の66%が5年後には死亡していた。なしと考えた男性では21%が死亡していた。女性ではいつもあると答えた人の75%が5年後には死亡していたが、ないと答えた人では18%であった。これにADL 機能の程度による予後を加え、年齢を標準化して解析すると、ADL 機能が低くても失禁している人の標準化死亡比と、ADL 機能が高く失禁のない人の標準化死亡比を比較すると前者は後者の約3倍であった。つまり同じ年齢であっても、ADL 機能が低くても失禁する人は3倍くらいの速度で死亡することを意味していた。

以上のように、失禁というのは体力が弱ってADL 機能が低下し、知能が衰えてほけ症状が出現する状態にもなって出現し、生命予後もやはり悪いことが示されている。選択的脱落といい、弱った人から順番に死亡していく、そういう法則に失禁という要因も入っているわけである。

なお、5年間に男性では13.2%、女性では2.8%が改善し、再び元気な老後を迎える可能性も少しはあるが、失禁のままであれば余命はあまり長くない状態である。

失禁の社会心理学的背景

失禁に対する社会心理学的解析を行っている井上勝也によると、失禁は乳幼児と高齢者にみ

られる現象であるが、その認知の仕方および反応は両者ではまったく異なる¹³⁾。

1) 乳幼児と高齢者の失禁現象に対する認知のちが

乳幼児にとっては母親から与えられる小さな罰をともなった克服すべき課題であるが、高齢者にとってはそれは自立した人間として尊厳を保ってきた人生への痛恨な終止符と受けとられる。

2) 家族指向

通称「ぼっくりの寺」へ往生祈願に来る高齢者の参詣動機を調査すると、最大(93%)の動機は「寝たきりになって家族に下の世話になるよりは、迷惑をかけずに死んだ方がまし」というものである。この寺は昔から「腰巻の寺」ともよばれており、ぼっくり—寝たきり—失禁の3者には深い関連があったのである。ではなぜ、これ程までに家族に迷惑をかけるより死を望むのか。これは日本の社会の中の強い家族指向があり、家族そのものが人生の生きる目的となっていて、高齢者の生きがい調査では家族の平和と孫の存在をあげる人がきわめて多い状態と関連がある。そのような状況の中で、失禁は高齢者にとってまさに恐怖といえる。寝たきり状態は愛する家族から生活時間をうばい、経済的負担をかけ、心身ともに疲れさせる。さらに失禁状態をともなえば、家族にうとまれ、厄介者あつかいさえされかねない。

わが国の高齢者の家族との同居率は、1960年代で81.6%、1973年で74.2%、1980年代で69.0%、1982年で68.0%(65歳以上の全国調査による)と徐々に下がってきてはいるが約7割であり、欧米の30%以下、フランスの10%以下に比べてずっと高い数値である。このことからわが国の高齢者が若い世代の同意のもとに非常に強い家族指向をもっていると考えられる。

3) 失禁恐怖

高齢者の失禁恐怖をもたらす1つのメカニズムは社会心理学で使われる集団圧力というしくみである。これは、世の中全体に、失禁恐怖あるいは失禁嫌いという考え方があり、そういう

中で高齢者も生活している。そうすると、その社会の中で生きる個人は、世の中全体から圧力を受けることになる。このため、その人は別に失禁嫌いではなかったのだが、いつのまにか大の失禁嫌いにさせられてしまう。そういう、人を有る方向に向ける目に見えない社会的圧力を集団圧力という。

4) 失禁を乗り越える

高齢になって家族指向をやめるのも困難であり、社会の中で生活しながら集団圧力から自由になることも難しい。医療的に失禁の治療を最大限に活用することはもち論必要であるが、それでも失禁状態が続く場合は、高齢者が自ら失禁と向かい合う姿勢をとることが必要となる。そうして、失禁を受け入れるという姿勢になってゆくことである。これも大変難しいことであり、集団圧力で失禁は嫌なものだと思わされたり、あるいは家族から嫌われるのではないかという恐怖感もあるのであるが、やはり失禁を受け入れなければ、失禁の当事者はその苦痛から抜け出すことはできない。さらに、むしろ、その失禁によって何がどう変わって、これからどのように展開していくのだろうかという、一種の学びの姿勢に変わっていく。こういった態度が、失禁状態をむしろある意味で元気なときにはつくれる、よい人間環境をつくり出す可能性として利用することもありうるということである。

失禁の介護上の問題点

排泄の世話というものは、その性質上、昼夜を問わず頻回な介助を要するため、ほかの障害高齢者と比較しても、介助の負担は非常に重く、いろいろな問題を生じる。鎌田ケイ子はこれらの問題点を以下のように整理し、これに対して科学的に対応することが失禁の改善、排泄の自立につながると述べている。次に記すのは小金井市の在宅高齢者で失禁を認めた調査の対象54人の結果である¹⁴⁾。

1) 尿意の把握

排尿に失敗がある老人のケアに際して、尿意

の把握が機能的に重要である。尿意が残されていけば、おむつに頼らない排泄が可能であり、尿意の自立への可能性も残されている。調査によれば、排尿に失敗する高齢者の中で、尿意を完全に失っている人は18%であり、尿意のある人はほぼいつも47%、ときどき12%、たまに12%、昼のみ3%など74%であった。尿意があるということは1つの光明であり、対応を適切に行えば排尿の自立への可能性も残されている。尿意のある人の中で自発的に排尿する人は44%、自分から尿意を言動で訴えることができ尿器を使って介助してもらおうとする人が44%、うろろうしたりトイレを探す様子をしたりしてサインを示す人が12%であった。痴呆やコミュニケーション障害をもっている人でも尿意があればなんらかのサインを表現していることがあり、それを見逃さないで、きめ細かな観察によって尿意を把握していくことが、ケアの上で大きなポイントとされる。

2) 失禁の原因となる病態

たとえ尿意があっても、排泄動作が適切にとれないため失敗する病態として、次のようなものが認められた。痴呆62%、ADL障害41%、意識障害21%、意欲低下12%、コミュニケーション障害6%、切迫性尿失禁3%と報告されている。

3) 介護の困難さ

実際に世話をしている家族が、排泄の介助をするうえで、何が最も困るかを調査して結果は次のようである。排泄介助のため、留守にできない 18人。夜中に起きなくてはならない 17人。便所や部屋が臭くなる 17人。便所や部屋などを汚す 12人。おむつ交換などで腰が痛い 11人。排泄介助が頻回で疲れる 7人。洗濯が大変 6人。おむつや寝衣の交換をさせない 4人。汚れた下着を隠す 3人。おむつを外してしまう 3人。便をこねる 3人。便所でないと排泄する 2人。

4) 失禁のタイプ

失禁の状態をよく観察して、原因や問題を見分けていくことが大切である。排尿の失敗がど

のようなタイプに分かれるかを調査した結果がある。1. 尿意がわからなくて失敗する 28%。尿意を訴えられない 9%。自発性がない 7%。トイレがわからない 5%—痴呆, 情緒の異常などが関与。2. 便器とか尿器をうまく使えない 24%—身体が不自由だとか痴呆のため(機能的尿失禁)。3. トイレに行くまで, または便器を当てるのに間に合わない 21%—切迫性尿失禁。4. 腹圧上昇時に 2%—腹圧性尿失禁。5. 頻尿で間に合わない 2%。6. 意識的に失敗する 0%。

このように高齢者が失禁する時, その状態をよく観察することにより, 原因を推測し, 基礎疾患を分析することができる。

5) 失禁の原因

失禁のタイプを分けることにより2つの問題点がはっきりする。

1. 排尿機構上の問題: 中枢のコントロールとか膀胱の機能自体の障害によるものである。例として, 尿意がない。トイレに行くまで間に合わない。腹圧上昇による失禁など。

2. 排泄動作そのものに問題がある。ADL 障害とか痴呆とかにとまって生じる。例として, 便器, 尿器をうまく使えない。トイレがわからないなど。

6) 排泄方法の選択

5) で述べたような排尿の機構上の問題, 排泄動作上の問題があっても, 個々の症例に適した排泄の方法を選択していくことで, 排尿の失敗をできるだけ防止して, 自立をめざす必要がある。排泄方法の工夫, 適切な選択により, 自立性を得るのが不可能ではない。

失禁のある高齢者52人にどのような方法を選択しているかを調査した結果では留置カテーテル18人, トイレ昼8人 夜0人, ポータブルトイレ昼7人 夜7人, 便器・尿器昼8人 夜10人, おむつ昼11人 夜17人であった。昼の自立23人が夜は17人と低下していた。失禁即おむつということではなく, おむつはやはり最終手段と考えて, できるだけ自立性の高い排泄方法を選ぶよう努力するのが原則である。おむつを当

てると精神的な屈辱感を与え, 自立性を失くしてゆく。またいつ排尿してもいいという状態のため, いつのまにか尿意を失う可能性がある。

おむつ外しの方法は, (1) 離床の促進: ベッドに寝たままにせず, ベッドから離す。(2) 排尿パターンの把握: 排尿の時間の直前に誘導する。トイレへ連れていったり, 尿器を当てたりする。(3) トイレへ行きやすくする。トイレを近くする。ベッドを低くする。着脱しやすい下着を使う。

高齢者が何度か排尿に失敗しても, 安易におむつに頼らないで, できるだけ失禁の状態から開放することは, 離床の促進につながり, 寝たきりを予防し, 呆けを改善することになり, 活動性も高まってゆくと期待される。

文 献

- 1) 笠原勝幸: 高齢者の失禁と介護. 笠原勝幸監訳, 高齢者介護ハンドブック. 第1版. 東京: 中外医学社, 1999: 77-86
- 2) 岡本祐三: アメリカの老人医療. 第1版. 東京: 勁草書房, 1992: 118-135
- 3) US Senate, Special Subcommittee on Aging: Hearings-Trends in Long Term Care. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1970-1971-1972
- 4) Turpie I, Skelly: Urinary incontinence. Current overview of a prevalent problem. Geriatrics, 1989: 44(9), 32
- 5) US Department of Health and Hummen Services: Urinary incontinence in adults. Rockville, 1992
- 6) Hu The-wei: Impact of urinary incontinence on health-care costs. TAm Geriatr Soc, 1990: 38(3), 292
- 7) Doughty D: Urinary and Fecal incontinence. St. Louis: Mosby, 1991
- 8) Newman D et al: Restoring urinary continence. Am T Nur, 1991: 28
- 9) Anderson KN, Anderson LE, Glanza WD, editors: Mosby's medical, nursing and allied health dictionary. ed 4th. St. Louis: Mosby, 1994
- 10) National Institutes of Health Consensus Development Conference: Urinary incontinence in adults. Bethesda: Md, 1990

- 11) Wells T et al: Pelvic muscle exercise for stress urinary incontinence in elderly women. *J Am Geriatr Soc*, 1991; 39(8), 785
- 12) 柴田 博：実体調査から。東京都老人総合研究所編，失禁の原因と対策。第1版。東京：東京化学同人，1994：45-74
- 13) 井上勝也：心理的背景。東京都老人総合研究所編，失禁の原因と対策。第1版。東京：東京化学同人，1994：75-104
- 14) 鎌田ケイ子：対応とケア。東京都老人総合研究所編，失禁の原因と対策。第1版。東京：東京化学同人，1994：105-142