

機能性尿失禁を有する施設高齢者のコントロール感を高める 排尿誘導プログラムの洗練化

中 村 五 月

要旨

本研究の目的は、研究者が 2017 年から開発に取り組んでいる「機能性尿失禁を有する高齢者の排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラム」の作成過程において、プログラム実施者である高齢者施設の看護職・介護職の意見に基づき排尿誘導プログラムを洗練化することである。対象者は介護老人保健施設ならびに回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護職・介護職 30 名であり、排尿誘導プログラムの意義や目的、排尿誘導プログラム・プログラムガイドについて調査し、記述的データを質的記述的に分析した。結果、機能性尿失禁を有する高齢者のコントロール感を高める排尿誘導プログラムの意義や目的について理解が得られた。排尿誘導プログラムにおいては、〈機能性尿失禁を有する高齢者の包括基準・除外基準〉、〈認知機能の程度〉、〈身体機能の程度〉、〈下部尿路機能評価のための 3 日間のおむつチェック〉、〈おむつの種類〉、〈残尿測定・残尿量の把握〉、〈排尿誘導計画の立案〉、〈多職種との連携〉、〈職員の実施体制〉、〈排尿誘導プログラムの介入時間（夜間実施しない理由）〉、〈介入後の評価〉において詳細で簡潔な提示を要望する意見があり、本研究結果を参考に排尿誘導プログラムを洗練化した。

キーワード：機能性尿失禁、排尿誘導プログラム、排尿のコントロール感、高齢者

はじめに

2017 年度の老年人口に対する要介護・要支援者の割合は 17.9%（厚生労働省，2020）で、今後さらなる急増が予測されており、健康寿命の延伸すなわち高齢者の QOL を維持・向上を目指すことは看護の重要な責務である。健康問題の中でも、高齢者の尿失禁は、自尊心の低下、身体的、心理・精神情緒的、社会的な問題に悪影響を及ぼすことや生命予後にも影響する（WHO Guidelines, 2017）ことが報告されている。本来、排泄は意思による調節が可能で、他者からの支配や制約を受けない自律的で生理的な営みである。たとえ、加齢変化や疾患などの影響から排泄行動に何らかの援助が必要な状態であっても高齢者の意思に寄り添い「尊厳を保持して生活できる」よう支援すること・排尿の自立支

援は看護専門職の重要な役割である。

日本の高齢者施設における尿失禁は高率で、特に下部尿路機能に異常がないにもかかわらず、身体機能や認知機能の低下などにより生じる機能性尿失禁は、高齢者施設における尿失禁のうち多くの割合を占めている（後藤ら，2001）。米国の Agency for Health Care Research and Quality（AHRQ，1996）の尿失禁ガイドラインでは機能性尿失禁を有する高齢者に対する効果的な行動療法として、排尿自覚刺激行動療法（Prompted Voiding）、排尿習慣化訓練（Habit training）、時間誘導（Schedule Toileting）の3つのプログラムが紹介され、日本ではこれらを包括的に排尿誘導法とされている。排尿誘導は尿失禁ケアとして日本においても予てから医療・介護現場で実践され、近年では尿失禁（特に機能性尿失禁や切迫性尿失禁）や頻尿を有する者にとって副作用がないため、はじめに開始する治療であり、排尿のコンチネンスを保つ計画療法として強く推奨されている。国内でも機能性尿失禁に対しては、排尿アセスメントに基づいた排尿誘導を実践することによる尿失禁の改善や尿意の回復の有効性（形上ら，2011）が示されており、排尿援助方法が尿失禁の頻度にも影響していることが推察される。排尿誘導は、疾患のみでなく ADL などの身体機能、心理・精神機能、社会的要因、環境要因などが相互に影響し合うため個別性の高いケアであり、看護職・介護職は排尿アセスメントに苦慮し、尿失禁改善につながりにくい現状がある。国外では 1980 年代以降、尿失禁は治療するという考えのもと多職種協働によって発展し続け、現在は行動療法統合プログラムが開発・実践され有効性が示されている（日本排尿機能学会女性下部尿路症状診療ガイドライン，2019；日本排尿機能学会過活動膀胱診療ガイドライン，2015）。一方で、国内文献のレビューでは、排尿誘導に関する介入研究および実践報告は少なく、ガイドラインのエビデンスが国外文献に局限、プログラムの確立にはいたっていないことなどから、国内の高齢者施設における排尿ケアを発展させ高齢者の生活の質を高めることを目指した機能性尿失禁を有する高齢者の排尿誘導プログラム開発は急務である。

平成 28 年度の診療報酬改定により急性期病院における尿道留置カテーテル抜去後の排尿自立支援として「排尿自立指導料」（一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会，2016）が、令和 2 年の改定では「排尿自立支援加算」（一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会，2020）が新設された。様々な学会主導型の研究によるエビデンスに基づき「排尿自立指導料」は「外来排尿自立指導料」へと変更され、排尿の自立支援は入院中のみならず地域へ広がり、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病棟での算定が可能になった。在宅、施設においても、平成 30 年度の介護報酬改定により「排泄に介護を要する利用者への支援」が新設（厚生労働省 社会保障審議会・介護給付費分科会，2017）されるなど高齢者の排泄自立支援に向けた動きが活性化している。2040 年には一人ひとりが多様な人生を過ごし、多様な住まいで、多様な家族のありようや住まいを通じて多様な課題を抱えながら生活する社会、高齢者ケアにおいても平均的な高齢者像では語れない多様性と格差時代が到来すると予測されている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング地域包括ケア研究会，2018）。高齢

者が最期まで個人として尊重され、その人らしく暮らしたいという希望は誰もがもつ望みであり、たとえ認知症や疾患の影響などによって介護が必要な状態であったとしても、高齢者がもてる力を発揮して自立した生活をすることを支援することが重要である。本研究は、高齢者の生活の中でも排尿自立を目指したケアを構築するための基礎研究である。

目的

本研究の目的は、機能性尿失禁を有する高齢者の排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラム作成過程において、プログラム実施者である高齢者施設の看護職および介護職からの意見をもとに排尿誘導プログラムを洗練化することである。

用語の定義

失禁とは、「無意識あるいは不随意的尿漏れが、衛生的または社会的に問題になったもので、それが多角的にも認められる状態（International Continence Society, 1976）とする。尿失禁は、①意図しない尿漏れ（involuntary loss）、②衛生的あるいは社会的問題（social or hygiene problems）、③客観的な現象（an objective phenomenon）の3つの主要概念からなり、尿失禁を単に排尿障害の1つの徴候としてとらえるのではなく、包括的な概念とする（小松, 1996）。

機能性尿失禁とは、下部尿路機能に明らかな異常を認めない（特に、頻尿や残尿、そして尿意切迫感などの症状がない）にもかかわらず、加齢変化や疾患の影響などが原因でADLの低下や認知機能の低下が生じ、それらによって尿失禁を認める状態である。

排尿のコントロール感とは、高齢者が望んでいる結果を達成するために自身が遂行できる能力や排尿行動に対する環境との反応について相互に関連しあった信念や期待をもつこととした。

排尿誘導とは、ADLの低下や認知機能の低下により排泄行動に支障を来しているなどの理由により、おむつに排尿している・失禁している者に対し、排尿の自立（自律）を目指しトイレに導くこととした。

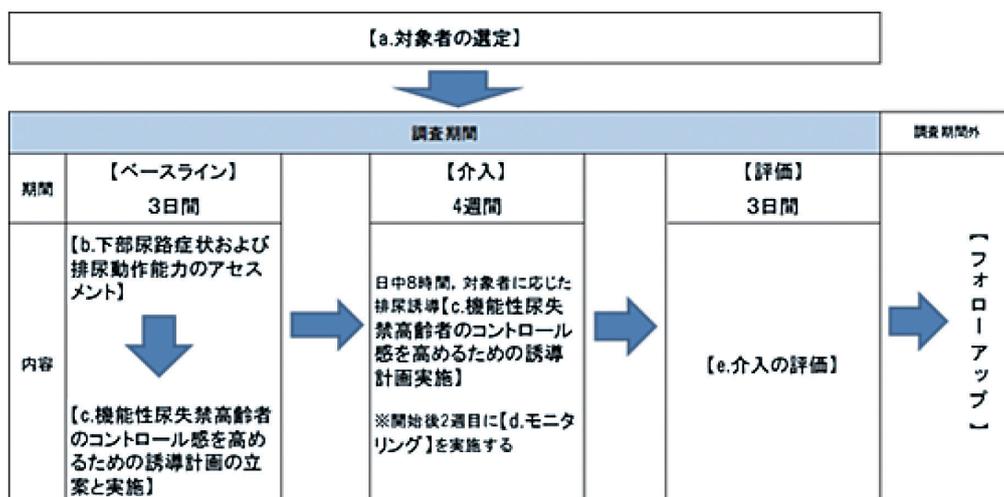
1. 研究方法

1) 機能性尿失禁を有する高齢者排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラムの作成方法

「機能性尿失禁を有する高齢者の排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラム（以下、排尿誘導プログラムとする）」の目的は、高齢者施設の看護職・介護職が排尿アセスメントに基づいた排尿誘導を実施することにより、機能性尿失禁を有する高齢者の尿失禁の改善や高齢者自身の尿意に基づい

てトイレに行くことができるといった排尿のコントロール感が高められることである。「尿意確認に基づく排尿援助（形上ら，2011）」や先行研究の知見を追加し作成した。先行研究は、国内・国外の文献データベースから、排尿誘導（Toileting assistance）に関する文献検討を行った。国内文献のデータベースは医学中央雑誌を、国外文献のデータベースはPubMed、CINAHL、Cochrane Library を用いた。国内の行政や学会などから発行されているガイドラインや書籍なども用いた。排尿誘導の対象者の包括基準や除外基準、排尿誘導法の選定基準、下部尿路機能評価法、排尿誘導法の詳細が明確に示されているものを抽出し文献レビューを実施した。本プログラムは、まずは看護職・介護職での実施を考えているため、看護過程および介護過程の思考過程に沿って「a. 対象者の選定」、「b. 下部尿路症状および排尿動作能力のアセスメント」、「c. 機能性尿失禁高齢者の排尿のコントロール感を高めるための計画の立案と実施」、「d. 尿意の訴え方と下部尿路機能の変化についてモニタリング」、「e. 介入の評価」で構成した。プログラムの実施期間は、実施前（ベースライン期）、実施後（評価期）は3日間とし、介入期間を4週間とし、介入期間の2週目にはモニタリングを実施する。

図1 機能性尿失禁を有する高齢者のコントロール感を高める排尿誘導プログラム案¹⁾



2) 対象者の選定

対象者は、リハビリテーション機能を有する高齢者施設（回復期リハビリテーション病院および介護老人保健施設）に所属する看護職・介護職とした。研究者が世話人を務める排泄ケア研究会の事例検討会などに参加した経験がある施設の看護または介護責任者にアクセスし、研究の趣旨を説明し同意を得た看護または介護責任者に対象者の選定を依頼した。

3) 調査内容および調査方法

調査内容は、排尿誘導プログラムの目的・意義について、排尿誘導プログラムの構成【a. 対象者の

選定】、【b. 下部尿路症状および排尿動作能力のアセスメント】、【c. 機能性尿失禁高齢者のコントロール感を高めるための計画の立案と実施】、【d. 尿意の訴え方と下部尿路機能の変化についてモニタリング】、【e. 介入の評価】について、排尿誘導プログラム・プログラムガイドについて、今後、排尿誘導プログラムを活用することを想定したときの改善点についてとした。対象者の属性は、年齢、性別、職種・職種での経験年数、所属（部署）・所属（部署）での経験年数を調査した。排尿誘導プログラム・プログラムガイドを配布し、調査内容についての意見を自由に記述してもらい回収した。

4) データ分析方法

データは質的記述的に分析を行った。本研究の目的は、機能性尿失禁を有する施設高齢者の排尿誘導プログラムの洗練化であり、排尿ケアの実践家である看護職・介護職が実際に活用できる可能性を探るため、できるだけ記述データを抽象化せず分析することとした。対象者の意見をもとに、排尿誘導プログラム・プログラムガイドを見直し、排尿誘導が効果的に実践できるようになることを目指し修正した。

5) 倫理的配慮

調査対象者に対しては、研究の目的、方法、個人情報保護、研究への参加は自由意思であること、不参加によって不利益を被ることはないことの保障、情報の保管や公開などについて依頼文書で説明した。また当該研究で取得する情報は匿名加工情報として取り扱うため、データ分析後の同意の撤回または辞退はできないことについても説明し、書面にて同意を得た。本研究は、大阪医科大学研究倫理審査委員会（看護 146-2890）の承認を得た後に実施した。

2. 結果

1) 対象者の属性

対象者の属性は、表 1 に示した。本研究の対象者は 30 名で、平均年齢は 44.6 歳、性別は女性が 29 名（96.7%）と大半を占めていた。職種は、看護職が 21 名（70.0%）と介護職よりも割合が高く、勤務施設は介護老人保健施設が 17 名（56.7%）と回復期リハビリテーション病棟よりも割合が高かった。職種の経験年数は平均 22.8 年、現在の職場での経験年数は平均 12 年であった。

表1 対象者の属性²⁾

	n=30
年齢 (歳)	44.6±7.8
	人数 (%)
性別	
男性	1 (3.3)
女性	29 (96.7)
職種	
看護職 (看護師)	21 (70.0)
介護職 (介護福祉士、介護士)	9 (30.0)
勤務施設・部署	
回復期リハビリテーション病棟	10 (33.3)
介護老人保健施設	17 (56.7)
無回答	3 (10.0)
職種の経験年数 (年)	22.8±7.6
職場での経験年数 (年)	12.1±9.8

2) 排尿誘導プログラムの目的・意義に対する看護職・介護職からの意見

排尿誘導プログラムの目的・意義に対する看護職・介護職からの意見について、表2に示した。看護職・介護職の意見では23のデータが得られ、機能的尿失禁を有する高齢者の〈排尿自立の意義〉、〈高齢者の意欲向上と介護者の負担軽減の可能性〉、〈プログラムを効果的に活用するための示唆〉などの意見に集約された。〈排尿自立の意義〉では、チームで排尿誘導を見直す必要性を感じる、認知症や排泄行動に介助を要する場合の「自立」を評価基準が必要といった意見があった。〈高齢者の意欲向上と介護者の負担軽減の可能性〉では、排尿誘導によって不快感がなく生活できることは意欲の向上につながる、プログラムをうまく実施できコントロールできれば介護者の負担も軽減できるのではないかとといった意見に集約された。〈プログラムを効果的に活用するための示唆〉では、プログラムが完璧に実行できればコントロール感を高める排尿誘導ができるといった意見があり実行可能性のあることが示された。一方で、プログラムを実行するにあたっては、理学療法士や作業療法士など多職種との連携、看護職・介護職が困っている頻尿のある高齢者に対する排尿誘導方法が示されていないこと、認知機能やその日の体調など個別性が高いケアをプログラム化することの難しさ、施設で使用できるプログラムは在宅では使用できないといった意見に集約された。

表2 排尿誘導プログラムの目的と意義に対する看護職および介護職からの意見³⁾

	看護職・介護職からの意見
排尿自立の意義の明確化	排尿の自立を目指し、トイレに導くことを目的とされているが、認知機能の低下により排泄行動に支障を来している場合、排泄の自立評価をどのように判断すればよいのかを明確にし、職場内で統一した評価が実施できるようにしておかなければならないと思う。
	排泄は介護の中で多くの時間を費やしており、排尿の自立を目指すことは、本人にとっても介護者にとっても良い効果が得られるのではないかと考えます。
	排尿誘導は個別性に合わせて行っていますが、実際には難しく、食前・食後・眠前など皆同じ時間で行っている気がします。包括的なプログラムを作成してもらえると生活の質も上がり、自宅退院できる患者も増えるのではないかとと思うのでとてもよいと思う。
	排泄の自立を統一した評価とするためにどのように評価すればよいのか評価方法の基準が必要となる。
	目的、意義について自分自身もよく理解して、スタッフ全員が理解し排尿誘導について改めて考え直すことも必要だと思いました。
	日々、業務に追われており、漏れなければよいと頭をよぎることが多く、自分が恥ずかしく思うときもあります。
高齢者の意欲向上と介護者の負担軽減の可能性	不快感なく生活できることは意欲向上につながると思う。
	プログラムをうまく実施し、うまくコントロールできれば本人の意欲にもつながりADLのアップや認知面でもよい方向に進み、介護者の負担も軽減されるのではないかとと思う。
プログラムを効果的に活用するための示唆	研究内容も添付資料もとてもわかりやすく、理解もしやすいと思います。
	プログラムとしてはよく読むのでこれはこれでわかる。「はい、実施して」といわれた時、何を実行してよいのかわかりにくいので、1枚のページにまとめて書くと誰がみてもわかりやすいのではないかとと思う。
	詳しく書けていてよいと思う。このプログラムが完璧に実行できれば、コントロール感を高める排尿誘導ができると思う。認知症や脳血管障害の方の排尿動作の理解も同時にできる。
	うまくいったパターンとそうでないパターンがあるとわかりやすいかと思いました。
	援助計画立案の際に、身体機能に対する援助で理学療法士、作業療法士などと連携をとることが必要である。
	個人に合った排泄介助を行うために参考となるプログラムがあるといいと思います。排泄に介助が必要な利用者が多く、その中でも頻尿やオムツ触りで汚染するなど、排泄介助は大変だと感じる。
	読み込まないと理解が難しかった。読み込んでも実用性がよくわからないので、当施設で実施をといわれても使用しないと思います。プログラムガイドをそのまま対象者に使えるように修正した方が、スタッフ全員に共有できる。
	個人によって排尿間隔の長い人や短い人がおり、また体調によっても変化がある。だからこそ、プログラム化も難しい。
	自宅へ戻る人は、家ででの生活も考慮したプログラムも必要ではないか。病院、施設用では、家で同じようにはできない。

3) 排尿誘導プログラム・プログラムガイドについての看護職・介護職からの意見

排尿誘導プログラム・プログラムガイドについての看護職・介護職からの意見について、表3に示した。排尿誘導プログラム・プログラムガイドについては、123のデータが得られた。排尿誘導プログラムの構成要素【a.対象者の選定】では、〈機能性尿失禁を有する高齢者の包括基準・除外基準〉、〈認知機能の程度〉、〈身体機能の程度〉、〈下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック〉について意見が得られた。【b.下部尿路症状および排尿動作能力のアセスメント】・【d.尿意の訴え方と下部尿路機能の変化についてモニタリング】では、〈下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック〉、〈おむつの種類〉、〈残尿測定・残尿量の把握〉などの意見が集約された。【c.機能性尿失禁高齢者のコントロール感を高めるための計画の立案と実施】では、〈排尿誘導計画の立案〉、〈多職種との連携〉、〈職員の実施体制〉、〈排尿誘導プログラムの介入時間（夜間実施しない理由）〉などの意見が集約された。【e.介入の評価】〈介入後の評価〉についての意見に集約された。

表3 排尿誘導プログラム・プログラムガイドについての看護職および介護職からの意見⁴⁾

プログラムの構成要素		看護職・介護職からの意見
対象者の選定方法	機能性尿失禁を有する高齢者の包括基準・除外基準	65歳以上の高齢者全員にアセスメントするのでしょうか。
		認知症、不穏の強い対象者であれば、おむつチェックや排尿誘導が多くなると拒否があったり、余計に不穏が強くなる可能性もあるのではないかと。
		頻尿の人や多尿の人は表を記録するのが大変なのでは。
認知機能の程度	認知機能の程度	病状的な評価対象となる方がいないのが現状です。
		認知症、不穏の強い対象者であれば、おむつチェックや排尿誘導が多くなると拒否があったり、余計に不穏が強くなる可能性もあるのではないかと。
		対象者は頻尿の人、認知機能の重い人も難しいと思う。
身体機能の程度	身体機能の程度	病院と施設では違う点もある(使用機器や人数)ので、特に施設ではほとんどの利用者が対象になるのですべての人に難しい。
		認知症の程度のアセスメントはどの評価法を用いるのか(統一されたものを用いるのか)
		発語が難しい方もいるので、認知機能のMMSEの点数や認知症老人日常生活自立度とか指標にしてはどうか。
下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック	下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック	1分程度の立位保持が自力または補助具などを用いて可能な方は、なかなかいない。
		運動機能の1分程度立位保持できる対象者が、当施設では少ない。
		排尿機能のアセスメントで、尿意や尿漏れの確認や漏れの有無で、確認する時間を延長・短縮するなどして、どの結果がどうであればどのように介入していくのかを示してほしい。
		尿意の訴えに基づき訴えを尊重するのにアセスメント段階では1時間毎に確認するのはなぜか。
		実際、職場では看護師、介護士ともに人数も少なく、コール対応も多いため、1時間間隔でのおむつチェックは厳しいところがあると感じました。
		下部尿路症状のアセスメントで介入前後3日間のおむつチェックは(残尿測定も)対象者も負担が大きいのではないか。
		1～2時間でフロアの定時のオムツ介助、トイレ誘導しながら、ナースコールの対応もしないといけないので、2時間ごとに尿意のものを確認するのは困難。
		2日目尿漏れがなければ確認する時間を延長するとあるが、どのくらい延長するか統一したものでなくてもよいのか。
		施設でも時間を決めてトイレ誘導していますが、なかなか排尿間隔をつかむのが難しく尿漏れもあります。
		下部尿路機能の評価の一部なし・一部失禁の基準がわからない。点数化する意味はなんなのでしょうか。
おむつの種類	おむつの種類	おむつとはリハビリパンツも含むのか。
		おむつはリハビリパンツかアテントか。
		対象者の選定時点ですでに残尿を平均100ml以上認めている者は対象とならないとあるが、現在残尿測定を実施していないため、選定時残尿測定が必要となるが、どのくらいの残尿測定が必要となるのか把握しておかなければならない。
残尿測定・残尿量の把握	残尿測定・残尿量の把握	対象者の選定で「残尿100ml以上」は対象外だが、残尿測定の方法は導尿か残尿測定器かどうかどうすればよいのか。
		排尿量、残尿量測定まではできていない。
		尿失禁がある患者でも定期的な残尿測定は行っていないが、3日間のベースラインの時に残尿が100ml以上の者は対象から除外となるのか。
		尿失禁がある人の残尿測定は難しい。
		下部尿路機能の評価では残尿量を測るのか、導尿するのか。
排尿誘導計画の立案	排尿誘導計画の立案	排尿量、残尿量測定まではできていない。
		認知症によって起こりうる排泄行動障害とそれに対する計画(例)がわかりやすかった。
		認知症によって起こりうる排泄動作障害とそれらに対する計画の表は詳しく参考になると思った。
		具体例が書いていてわかりやすいと思う。添付資料もたすかる。自由記述が多いので、個人能力の差があるのでのではないかと。重要な点は例示し、必ず書いてもらった方がよいと思う。
		計画、援助計画は記述するのではなく、選べるとよい。
		簡単に記入できる(仕事中でもサッとできる)ようなものであればよいと思う。コールはなりだしたら止まらないので。
		援助計画は具体的な何を書くのか例示があった方がよい。
		機能性尿失禁高齢者に対するコントロール感を高めるための援助計画の具体的な項目の記載があれば書きやすい。
		排尿のことはあるが、飲水量や睡眠状態などの情報も必要ではないか。
		自然とやっていることではないでしょうか。
多職種との連携	多職種との連携	援助計画立案の際に、身体機能に対する援助で理学療法士、作業療法士などと連携をとることが必要である。調査用紙に看護職・介護職の意見を記載する欄があるが、理学療法士、作業療法士の意見も記入したらよい。
		同じ職員がかかわることができればよりわかりやすいが、職員の不足によりいろんな人がかかわる。同じ人が対応できるようにしなければならない。
		介入2週間ともなれば、その方の排泄時(希望時)の行動パターンなど、職員側にメッセージがでているのではないかと。
職員の実施体制	職員の実施体制	同じ職員がかかわることができればよりわかりやすいが、職員の不足によりいろんな人がかかわる。
		実際、業務に追われていることもあり、〇〇時間ごとに尿意と尿漏れの有無の確認ができないことが多い。認知症は日々症状が違っており、計画通りトイレ介助できないこともあり困っている。
		実際に行うことを考えると毎日の業務の中で、これだけ多くの内容を評価することができるかどうか不安です。
排尿誘導プログラムの介入時間(夜間実施しない理由)	排尿誘導プログラムの介入時間(夜間実施しない理由)	人手不足により、そこまで手がまわらないと思います。
		介入前後の3日間は24時間評価し、それ以外の介入期間は日中8時間だが、夜間頻尿など夜間に困ることがあるため、介入中の数日間も24時間評価をしてはどうかと思う。
		誘導は日中8時間で、介入中はモニタリングは24時間必要か。
介入後の評価	介入後の評価	介入を日中のみにした理由は?
		日中8時間とは何時から何時か。夜間はしないのか。
		FIMの合計点のみでは変化がわかりにくい。
		介入後の認知機能の変化があったかどうか。
		意欲の点数の評価方法はどのようにすればよいのか
家族の意見、どうありたいか、最終的にも家族の介護となるのなら。		
FIMは回復期リハビリ職員以外には知らない人が多いと思うので、18項目すべてを評価するのは難しいのではないかと。		

4) 機能性尿失禁を有する高齢者の排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラムのアウトライン

排尿誘導プログラムのアウトラインを表4に示した。排尿誘導プログラム・プログラムガイドはプログラムの構成要素ごとに説明し、詳細に説明するために冊子化していた。しかし、多忙な現場でも活用できるよう全体を概観できるものがあればよいのではないかという意見も得られたため、アウトラインを示すこととした。排尿のコントロール感を高める排尿誘導計画案は、機能性尿失禁を有する高齢者ケアにおけるよくある困りごととその困りごとに対する計画案を示し、その提示しているもの

表4 機能性尿失禁を有する高齢者の排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラムのアウトライン⁵⁾

目的：高齢者施設の看護職・介護職が排尿アセスメントに基づいた排尿誘導を実施することにより、機能性尿失禁を有する高齢者の尿失禁の改善や高齢者自身の尿意に基づいてトイレに行くことができるといった排尿のコントロール感が高められること	
排尿ケアのゴールの明確化と計画・評価のチームでの話し合い	<p>【a. 対象者の選定】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・選定基準に該当する対象者を、対象者のことをよく理解する看護職・介護職が選定する。 ・包括基準： <ul style="list-style-type: none"> ①65歳以上で尿失禁を有する高齢者であること ②運動機能の程度：座位保持が可能であること、更衣・移乗動作に必要な時間立位保持が可能であること（補助具なども用いて可） ③認知機能の程度：名前が言える程度の認知機能を有すること、MMSEが11点以上（認知症の重症度は軽度および中等度の者）であること ・除外基準： <ul style="list-style-type: none"> ①尿道留置カテーテル挿入中である者 ②対象者選定の時点で残尿を平均100ml以上認めている者（溢流性尿失禁を除外する） <ul style="list-style-type: none"> ・残尿の測定は、携帯型超音波膀胱容量測定器などを使用し、対象者の負担にならないように配慮する ・測定者による誤差を防ぐため、事前に研修し使用方法の統一を図る ③介護抵抗があるもの、排泄ケアの時に拒否がある者
	<p>【b. 下部尿路症状および排尿動作能力のアセスメント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿失禁の改善や尿意の回復（自発的に尿意を訴える能力を再獲得する）可能性についてアセスメントする。 ・下部尿路症状のアセスメントは、排尿自立指導料算定における下部尿路機能障害の評価に基づき行う。 ・下部尿路症状をアセスメントするために、1日の排尿状態を3日間排尿日誌に記録し情報収集する。 ・排尿日誌には、排尿時刻、1回排尿量、尿失禁（尿漏れ）の有無、尿失禁量、残尿量、尿意の有無や訴え方を経時的に記録する。 ・対象者は尿失禁を有する者であるため、負担感を軽減し、かつ確実に評価できる方法として、おむつやパッドを着用している場合の排尿機能アセスメントを採用する。 <p>下部尿路症状に影響を与える要因の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の尿検査の結果（尿路感染の兆候）を把握する。 ・尿閉の症状と兆候を注意深く観察する。 ・高齢者の水分摂取量・高齢者に必要な水分摂取量を把握する。 ・排尿に影響を与えるお薬を使用していないか観察する。 <p>下部尿路症状がある場合の残尿測定の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿閉の症状や兆候がある場合は、超音波装置や導尿を実施し残尿量の測定を行う。
	<p>【c. 機能性尿失禁高齢者のコントロール感を高めるための誘導計画の立案と実施】</p> <p>排尿自覚刺激療法のプロトコルおよび尿意確認に基づく排尿援助（形上ら、2011）を参考に作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排尿誘導時は、できるだけ高齢者自身の尿意の訴えを尊重し、高齢者の尿意の訴えに基づいた排尿誘導を実施する。 ・個別の排尿パターン（排尿間隔）に沿った排尿誘導を実施する。 ・排尿について尋ねるときは落ち着いて、排尿に集中できるように配慮する。 ・羞恥心に配慮した声かけをする。 ・現在の尿意知覚の有無の確認し、尿意があればトイレに誘導し、排尿を終了した段階で、トイレで排尿したことを賞賛する。 <p>高齢者の認知機能や移乗・移動動作能力の観察を活かした環境調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が移動するときに、トイレや居室の場所がわかっているかどうか観察する。 ・高齢者がトイレ動作の時に、失行、失認などがなく注意深く観察する。 ・高齢者の移乗・移動する力に合わせて、居室の場所・トイレまでの障害物の除去・手すりなどトイレを使用しやすい環境を考える。 ・高齢者の移乗・移動する力・トイレ動作を注意深く観察している。 ・排尿誘導実施前または後に、高齢者の身体機能に応じた機能訓練を実施することや多職種とも相談しながら移動・移乗方法の変更を行う。 <p>尿失禁や排尿拒否があった場合の高齢者の意思確認に基づく原因の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿失禁など排尿の失敗があった場合の言動から気持ちの変化を注意深く観察する。 ・尿失禁や排尿介助の拒否があった場合は原因を考えるようにする。 ・排尿行動に関する意思表示を高齢者に確認する。 <p>高齢者の排尿パターンと通常の日課を考慮した排尿スケジュールの検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排尿間隔のスケジュールについてスタッフ（メンバー）と話し合う。 ・高齢者の排尿パターンと通常の日課をもとに排尿間隔のスケジュールを考える。 ・前回の排尿時間を参考にして、次の排尿時間を予測する。
	<p>【d. 尿意の訴え方と下部尿路機能の変化についてのモニタリング】</p> <p>尿失禁による社会面への問題を解決するために高齢者や家族、専門職とともに検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿失禁があることによる、人との付き合い方の変化についてあきらかにする。 ・尿失禁があることによって生じる経済的な問題について高齢者や家族などと一緒に考えるようにする。 ・排尿の問題がなかなか解決しない場合には、職場外の専門職に相談する。
	<p>【e. 介入の評価】</p> <p>主要評価項目：尿失禁率、トイレでの排尿成功率、自発的な尿意の訴え</p> <p>副次評価項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①排尿誘導の直接効果として、下部尿路機能、排尿自立度 ②波及効果として、FIM、意欲



高齢者や家族、多職種での退院・退所後の在宅での排尿ケアの検討

を参考にチームで話し合い計画を立案してもらうようにしていた。看護職・介護職の意見からは、“計画は（記述式ではなく）選択式にした方がよい”や“自由記述はスタッフ間の差がでるのではないか”、“重要な点は必ず書いてもらった方がよい”といった改善点の提案があった。その他、下部尿路機能の評価方法や介入（排尿誘導プログラム）の評価方法については説明が不十分なところが確認されたため詳細に記述するよう修正することとした。

3. 考察

本研究では、機能的尿失禁を有する高齢者の排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラム作成過程において、プログラム実施者である高齢者施設の看護職および介護職からの意見をもとに排尿誘導プログラムの洗練化を試みた。

排尿誘導プログラムの目的と意義に対する意見では、機能的尿失禁を有する高齢者のコントロール感を高める排尿誘導プログラムの意義や目的について理解が得られた。しかし、「排尿自立」と「排尿のコントロール感」用語の定義が不十分で看護職・介護職に的確に伝えることができていないことが明らかになったため、本プログラムを効果的に活用するためにも見直す必要がある。「排尿自立」を目指して「排尿のコントロール感」を高めることにどのような意義があるのかを改めて見直し、共通認識できるよう提示することが重要である。

排尿誘導プログラム・プログラムガイドについての意見は、〈機能的尿失禁を有する高齢者の包括基準・除外基準〉、〈認知機能の程度〉、〈身体機能の程度〉、〈下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック〉、〈おむつの種類〉、〈残尿測定・残尿量の把握〉、〈排尿誘導計画の立案〉、〈多職種との連携〉、〈職員の実施体制〉、〈排尿誘導プログラムの介入時間（夜間実施しない理由）〉、〈介入後の評価〉に集約された。機能的尿失禁は下部尿路機能に明らかな異常がないにもかかわらずADLの低下や認知機能の低下によって生じる尿失禁であるため、〈認知機能の程度〉、〈身体機能の程度〉、〈下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック〉、〈残尿測定・残尿量の把握〉が必要である。そのため先行研究（Eustice, Roe, & Paterson, 2009；Ostaszkievicz, Chestney, & Roe, 2004a；Ostaszkievicz, Johnston, & Roe, 2004b）を参考に改善可能性の高いと想定される基準かつ施設高齢者のADLの程度や認知症者の現状もふまえて実行可能性も検討したうえで設けていた。しかし、広く活用されていると考えていた評価指標が本研究対象施設では活用されていなかったり、排尿誘導プログラムで評価指標の使い方の説明がされていなかったりしたために混乱を招いた。〈機能的尿失禁を有する高齢者の包括基準・除外基準〉においては、〈認知機能の程度〉および〈身体機能の程度〉の評価指標だけでなく対象高齢者像がわかりやすく対象者選定に困らないように示す必要がある。〈介入後の評価〉における波及効果をみるための評価指標としても用いるため、評価方法についてももう少し詳しい説明が必要である。排尿誘導

実施時に援助者の負担感が最も高まる要因として挙げられるのが介護に対する抵抗であり、高齢者・援助者双方にとって辛い体験となる。介護に対する抵抗が生じる背景には、高齢者側の要因（自分のことは自分でしたいという思い、介護を受けることによる抵抗感、思い通りにならない悔しさなど）、介護者側の要因（介護の過不足など）、環境要因（住環境の変化など）があると推察される。高齢者が介護に抵抗する理由は排尿誘導に限局したかかわりでは判断ができないため除外基準としていたが、看護職・介護職用の排尿誘導プログラム・プログラムガイドに記載できていなかったため明記することとした。もしプログラム実施中、対象者に介護に対する抵抗が出現する場合には、高齢者に寄り添い、安全・安楽の確保を最優先する必要があることを再確認することができた。〈下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック〉と〈残尿測定・残尿量の把握〉は、下部尿路機能に異常がないことを確認するために重要である。本来、機能性尿失禁に関しては下部尿路機能症状に異常がないことを前提にしているため、過剰な〈下部尿路機能評価のための3日間のおむつチェック〉と〈残尿測定・残尿量の把握〉はかえって高齢者の負担となることは判断した。しかし、高齢者施設における尿失禁率は高率で、トイレに排尿している割合とおむつに排尿している割合は同率に高いという報告（後藤ら、2002；公益社団法人全国老人福祉施設協議会／老施協総研報告書、2015）から、おむつへの排尿では高齢者の尿意や1回排尿量、さらに排尿回数は不明であるため下部尿路機能に明らかな異常がないと判断できないと考え、本プログラムにおいては高齢者に安全に排尿誘導プログラムを実施するための下部尿路機能評価方法（日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本老年泌尿器科学会、日本泌尿器科学会、日本排尿機能学会共同作成：2018）を採用した。現状として、先述した方法以外の機能性尿失禁高齢者の効果的なスクリーニング方法については明らかになっていないため、他の方法を検討することはできず研究の限界といえる。排尿誘導プログラムの効果検証を行う際には、実施したことがないことに対しては介入前・中・後における支援体制を整え、〈残尿測定・残尿量の把握〉に使用する機材がないことによる障壁の解消や機材がないことによって生じる不利益は生じないように、研究者も研究前の準備、研究過程において現場に身を置きながら協働体制で実施する必要がある。そして、継続可能性も視野に入れて排尿誘導プログラムが誰でも活用することができるようになることを目標としさらなる洗練化に努めたい。〈排尿誘導プログラムの介入時間（夜間実施しない理由）〉については、先行研究も参考に夜間の排尿誘導は高齢者の負担軽減のため実施しないこととしたが、夜間の排尿誘導の希望があった場合の対応について説明が必要である。

研究の限界

機能性尿失禁の原因・誘因は多様で複雑な様相を示すため、多様な施設で生活する高齢者に対して活用できる排尿誘導プログラムの洗練化が不可欠である。しかし、看護職・介護職の意見にあるよう

に排尿誘導にかかわる理学療法士や作業療法士といった〈多職種との連携〉は今後さらに検討が必要である。〈職員の実施体制〉では、排尿誘導プログラムを実施するためのチームへの働きかけの必要性やコールに追われたときは計画通りの実施が難しいといった課題が明らかになった。本プログラムは高齢者の排尿のコントロール感を高めること、そして高齢者施設の看護職・介護職が排尿誘導を高齢者の個別性に応じた実践を支援することを目指したものである。日本では未開発の排尿誘導プログラムの開発であり課題も少なくないが、今後は高齢者施設での排尿誘導プログラムの効果検証を行い発展させていくことが重要だと考える。

謝辞

本研究にご協力くださった看護職および介護職の皆様、そして調査にご協力くださった施設管理者の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、2017年度～2020年度科学研究費補助金基盤研究（C）課題番号（17K12400）の助成を受けて実施し、大阪医科大学大学院看護学研究科後期博士課程の論文の一部である。本研究における利益相反は存在しない。

文献

- Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). (1996). : Clinical Practice Guideline Urinary Incontinence in Adult.
- Eustice, S., Roe, B., & Paterson, J. (2009). Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, N.PAG-N.PAG.
- 後藤百万, 吉川羊子, 小野佳成, 大島伸一, 加藤久美子, 加藤隆範, 近藤厚哉, 武田宗万, 伊藤いずみ, 井口昭久. (2001). 老人施設における高齢者排尿管理に関する実態と今後の戦略 アンケート及び訪問聴き取り調査. 日本神経因性膀胱学会誌, 12 (2), 207-222.
- 本間之夫, 柿崎秀宏, 後藤百万, 武井実根雄, 山西友典, 林邦彦. (2003). 排尿に関する疫学的研究. 日本排尿機能学会誌, 14 (2), 266-277.
- 本間之夫, 高井計弘, 高橋悟, 東原英二, 阿曾佳郎, 漆原彰. (1992). 施設入所老人の尿失禁実態調査 施設類型別・調査担当者別検討. 日本泌尿器科学会雑誌, 83 (8), 1294-1303.
- Integrated Care for Older People. (2017). Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity. Geneva : World Health Organization ; WHO Guidelines Approved by the Guideline Review Committee. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29608259/>.
- 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会編. (2016). 平成 28 年度診療報酬改定「排尿自立指導料」に関する手引き. 照林社. 東京.
- 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会編. (2020). 入院から外来まで「排尿自立」をサポートする 「排尿自立支援加算」「外来排尿自立指導料」に関する手引き. 照林社. 東京.

- Jerez-Roig J, Santos M, Souza DL (2016) : Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing home residents, *Neurourol Urodyn*, 35 (1), 102-107.
- 形上五月, 陶山啓子, 小岡亜希子, 藤井晶子. (2011). 尿意を訴えない介護老人保健施設入所高齢者に対する尿意確認に基づく排尿援助の効果. *老年看護学*, 15 (1), 13-20.
- 公益社団法人全国老人福祉施設協議会 / 老施協総研. (2015). 平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金事業特別養護老人ホームにおける入所者の重度化に伴う効果的な排泄ケアのあり方に関する調査研究事業報告書 (平成 28 年 3 月). 東京.
- 小松浩子 (1996). 尿失禁患者の看護に関する研究 尿失禁をもつ人への行動科学的アプローチ 行動療法に焦点をあてて. *看護研究*, 29 (5), 355-365.
- 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング地域包括ケア研究会. 平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究 2040 年: 多元的社会における地域包括ケアシステム—「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会—, (2021.7.21). https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html.
- 内閣府. 平成 29 年版高齢社会白書, (2017.12.28). <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>.
- 中村五月, 久保田正和, 赤澤千春. (2020). 高齢者施設の看護職・介護職が実施する包括的排尿アセスメントと排尿援助方法との関係, *大阪医科大学雑誌*, 79 (3), 59-70.
- 日本排尿機能学会, 日本泌尿器科学会. (2019). 女性下部尿路症状診療ガイドライン [第 2 版]. リッチヒルメディカル. 東京.
- 日本排尿機能学会, 過活動膀胱診療ガイドライン作成委員会編. (2015). 過活動膀胱診療ガイドライン第 2 版. リッチヒルメディカル. 東京.
- Ostaszkiwicz, J., Chestney, T., & Roe, B. (2004a). Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N.PAG-N.PAG.
- Ostaszkiwicz, J., Johnston, L., & Roe, B. (2004b). Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, N.PAG-N.PAG.
- 首相官邸ホームページ. 未来投資会議構造改革徹底推進会合, 生活者の暮らしを豊かにするための医療・介護に関する取り組み, (2017.12.25). http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo_iryokaigo_dail/siryous3.pdf.
- 田中悠美, 渡邊順子, 篠崎恵美子. (2014). 排泄障害のある在宅要介護高齢者に対する看護介入行動の実態と自然排泄移行の可能性に関する調査. *日本看護医療学会雑誌*, 16 (2), 29-39.
- 上田朋宏, 船津良夫, 山口昌子. (2014). 介護のための排尿ケア入門. 中央法規出版株式会社. 東京.
- 梅崎かおり, 堀内ふき, 浅野祐子. (2015). 介護老人保健施設で働く看護職・介護職の認知症高齢者の尿意の判断とおむつ使用に対する意識調査. *佐久大学看護研究雑誌*, 7 (1), 35-43.
- 鈴木基文. (2014). 【高齢者における排尿障害】要介護高齢者の尿失禁対策. *Geriatric Medicine*, 52 (9), 1063-1067.
- 山上敏子. (2016). 新訂増補 方法としての行動療法, 金剛出版, 東京.

脚注

- 1) 機能性尿失禁を有する高齢者のコントロール感を高める排尿誘導プログラム案
- 2) 対象者の属性
- 3) 排尿誘導プログラムの目的と意義に対する看護職および介護職からの意見

- 4) 排尿誘導プログラム・プログラムガイドについての看護職および介護職からの意見
- 5) 機能性尿失禁を有する高齢者の排尿のコントロール感を高める排尿誘導プログラムのアウトライン