

高齢者関連施設における尿失禁ケアに対する看護・介護職の認識の検討

小林たつ子* 坂本雅子** 寺田あゆみ*

要旨

【目的】本研究の目的は、今後の高齢者関連施設における尿失禁ケアへの方向性の示唆を得るために、老人保健施設、特別養護老人ホーム、長期療養型病棟の尿失禁ケアの実態と尿失禁に対する看護師・介護福祉士・介護員の認識を明らかにすることとした。

【方法】研究対象者は、Y県内の高齢者関連施設66施設に勤務している看護職及び介護専門職1,022人で、質問紙を用いたアンケート調査を行った。

【結果】調査対象の構成は、介護員が40.0%、次いで看護師が33.7%、介護福祉士が26.3%であった。尿失禁者は入所者の59.3%で、その内尿意がある者は21.4%であった。尿失禁についてスタッフ間での話し合いを行わない理由として、「必要時のみ検討」が最も多く、次いで「加齢現象」と「業務多忙」という理由がほぼ同数であった。尿失禁者に対して、医学的に判断を行っていないと44.2%が回答し、その理由については、「医療スタッフ間の認識が低い」が最も多く、次いで「高齢・認知症患者で改善が期待できない」、「看護・介護職が独自で尿失禁ケアができる」、「医療スタッフ間の連携不足」、「時間・経済的困難」の順であった。これらのカテゴリー毎の、職種間の3群で比較すると有意差は見られなかった。最も多かった「医療スタッフ間の認識が低い」というカテゴリーは、「病的なものと思わないから、仕方ないと思う」という内容の記述や「医療的レベルではないと思うから報告しない」等の記述から導き出された。

また、尿失禁に関する今後の希望や意見については、「個々に応じたケアをする必要性」が最も多く、次いで「現実の尿失禁ケアの難しさ」、「知識の習得」、「他職種との連携の必要性」の順であった。これらのカテゴリー毎にも、職種間の3群で比較すると有意差は見られなかった。

【結論】尿失禁者の中に尿意がある者は2割程度おり、排尿自立の可能性が高いことが示唆された。尿失禁についての認識は、看護師・介護福祉士・介護員の3職種ともに、尿失禁は病的なものと思わないから仕方ないや、医療的なレベルでないから医師に報告する必要があるなどの考えをもっていることから、尿失禁を「疾患」としてとらえる認識がないことが明らかとなった。特に看護師は医療職であり健康志向が目的であるにも関わらず、高齢なので仕方ない、改善は期待できないとあきらめの認識をもっている事が明らかになった

キーワード：尿失禁 高齢者関連施設 看護・介護の認識

I. 緒言

1. はじめに

WHOによると2030年には世界中で尿失禁により日常生活に影響を受ける人口は2億人を超える

だろうと報告している¹⁾。特に高齢者における尿失禁の頻度は極めて高く、在宅高齢者の約10%、病院や介護施設などに入所している高齢者では50%以上に尿失禁が見られる²⁾。わが国では60歳

以上の高齢者の50%以上に尿失禁があると報告され、その実数は男性95万人、女性290万人、あわせて約400万人の人が尿失禁で悩まされていると述べている³⁾。

尿失禁等の排泄問題はプライベートなものであり他人には触れられたくない部分であるため表面化しにくい。また老化現象であるにとらえられることが多く、直接生命に関わることがないため、自他共にあきらめることが多い。そのため活動範囲は縮小され、精神的な苦痛や日常生活での活動性の低下をもたらすこととなり、生活全体のQOL(Quality of Life)を脅かす疾患となる。逆に尿失禁が改善され排尿自立に向かうことができれば、生活範囲を拡大させることとなり、その人らしい生活を取り戻すことができる。

しかし、尿失禁は老化現象の一つとして片づけられ安易にオムツが用いられてしまっている。オムツをされる側も排泄で他人に手間をかけさせたくないという遠慮意識があり、オムツ着用を甘受している。そのことによって、落胆し心身共に活動性が低下し、ますます排尿自立への関わりを難しく困難にしている。

その尿失禁も適切なケアによって、その殆どに何らかの回復が可能であり、高齢者の30%ぐらいはオムツがはずせるといわれている⁴⁾。しかし実際には医学的診断も受けず、原因もよく分からないままオムツが当てられている。それは尿失禁に対する本人および家族・看護者・介護者の認識の低さがその要因ではないかと思われる。

日々関わる看護・介護職者の尿失禁に対する認識と判断、処置等への関わりは、排尿自立の状況に影響を与えると考える。そこで、Y県内の高齢者関連施設である老人保健施設（以下、老健とする）、特別養護老人ホーム（以下、特養とする）、長期療養型病棟（以下、療養型病棟とする）の排泄ケアに関する実態と課題の調査⁵⁾の中から看護・介護職者の尿失禁ケアに関する認識について分析し、今後の尿失禁ケアへの方向性の示唆を得たので報告する。

2. 研究目的

高齢者関連施設の尿失禁ケアの実態と尿失禁ケアに対する看護師・介護福祉士、介護員の認識を明らかにする。

用語の操作的定義

尿失禁：尿の漏れが、衛生的または社会的に問題となったもので、それが他覚的にも認められる状態（国際尿禁制学会より）。

介護員：ヘルパー、介護助手、看護助手、寮母など、看護師または介護福祉士以外の看護・介護関係職者とする。

3. 先行研究

医学中央雑誌の1995～2004年の10年間を“尿失禁”“排尿自立”“排尿ケア”の単独のキーワードで検索した。また、月刊雑誌：「ウロナーシング」、学会誌：日本看護学会「老年看護」「精神リハビリテーション」、紀要・抄録：日本看護協会「地域看護」「老年看護」等を検索した。

尿失禁と生命予後について、笠原は⁶⁾、常時尿失禁がありADL機能が低い人は同じ年齢の人と比較して約3倍の速度で死亡し、失禁のままであれば余命はあまり長くないと述べており、失禁状態を少しでも改善することの重要性を述べている。

尿失禁改善の困難さについて小松⁷⁾は、高齢者が動けなくなって初めて尿失禁が分かることが多く、身体に加齢現象に伴う複雑な病態を紐ときながらそこに絡み合う要因を一つ一つ見定めていくことの重要さと難しさを述べている。

そして、高齢者に対する認識について小澤⁸⁾は、老人医療に老人だから仕方ない、老化現象だから治らないという、老人に対する無知と偏見による『エイジズム』が医師の中かなり根強くあると述べている。そのような中で小松⁹⁾は尿失禁におけるQOLの評価尺度をいくつか紹介しているが、それだけでQOL向上の全ては評価できないとし、オムツを用いている本人と関わる者の包括的な概念として明確にする必要性を述べている。

尿失禁ケアを実践する職員の認識について工藤¹⁰⁾は、排泄援助の改善のために、排泄用具を利用して「オムツ内排泄をしないという発想の転換」と「排泄障害は治療可能であるという職員の共通認識」「職員の排泄状況の可能性に対する認識」の変換が重要であると述べている。認識の重要性については「厚生労働省高齢者策定指針1997年」¹¹⁾や西村¹²⁾も、関わる人が排泄障害に対して諦めない態度が基本であることを述べている。しかし最近の田中¹³⁾らの調査によると依然として、尿失禁者への安易なオムツ着用は減ずる傾向を示していない。失禁への対応策は網羅されているにも関わらず、実践されないことについて、高口¹⁴⁾は様々な排泄ケアの中に介護者自身がいるか、すなわち見て聞いて気づいて感じて考えて行ったかどうかを評価しなければ排泄自立への実践はないと述べている。

尿失禁ケアを実践するための職種間の協働について栗原¹⁵⁾は、老健施設における高齢者への排尿自立援助を看護と介護の協働で援助することによって排尿自立が可能になるかを事例を通し検討した結果、定期的なカンファレンスをもって、対象者の反応をアセスメントし、ケアを修正していく必要性と、介護職とともにケアを進める必要性を明らかにしている。しかし、細井¹⁶⁾は施設においては医療も看護も介護の支援部隊であり、排泄については介護が主として担当する業務となっていると述べ、老人医療施設における看護師の役割¹⁷⁾では、実際の看護と介護の業務分担についてはかなり流動的としており、それぞれの職種において意識の分かれるところである。

以上のように、看護・介護の協働の中で排尿自立に対しあきらめないという認識や排泄自立を含んだQOLを追求しようとする認識の重要性を述べた文献はあったが、直接看護職と介護職者の尿失禁ケアに対する認識についての実態を調査した文献は見当たらなかった。よって、本研究では、看護・介護職の尿失禁に関する認識について分析し検討することにした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究対象者及び方法

研究対象者は、Y県内の老健と特養、及び療養型病棟に勤務している看護職及び介護福祉士、及び介護員とした。調査対象の選定基準は平成14年7月現在Y県社会福祉事業団により示されている施設とした。

対象となる病院及び施設に、研究の主旨を記した研究への協力依頼文書、およびアンケート用紙を同封し発送した。さらに重ねて電話にても調査について依頼した。アンケートへの回答をもって承諾が得られたこととし、調査票を施設毎に一括回収してもらい郵送にて回収した。

2. 調査期間：平成14年12月～平成15年2月

3. 調査内容

病院及び施設規模、職員の概要（職種、年齢）、入所者の状況と尿失禁者の現状については看護あるいは介護責任者に回答を求めた。その他の尿失禁ケアに関わる職種、尿失禁ケアについて話し合う機会の有無と話し合わない理由、医学的判断の有無と判断を行わない理由、尿失禁に関する今後の希望・意見等については看護・介護関係職員全員に回答を求めた。

4. 分析方法

有効回答であるデータについてはExcelを用いて集計を行った。高齢者関連施設間における尿失禁数の割合については、平均値の差を比較するため、検定にはSPSSによるボンフェローニの多重比較を用い、有意水準は5%とした。なお、理由や意見等の記述回答については、一文一意味をラベルに転記し、KJ法を用いてラベル集め、表れづくり（カテゴリー化）の手順で分類を行った。分類の信頼性、妥当性を高めるために、ラベル集め、カテゴリー化に際しては、共同研究者間で内容の検討を行い、適宜スーパービジョンを受け解釈の妥当性を確認した。尚、職種間においては、回答の差の有無をみるためにJMP INを用いてカイ2乗検定を行った。

カテゴリーは「 」、サブカテゴリーは< >、ラベル内容は“ ”で示す。

5. 倫理的配慮

本研究は施設ケア状況を扱うため、施設が特定されないよう施設状況データの漏洩に配慮すること、また協力の意志は自由であることを添え依頼した。

Ⅲ. 研究結果

1. 基本属性

1) 職業構成

本研究の主旨を理解し協力が得られた施設は、86施設中66施設であった。66施設中のアンケート配布対象者は、看護師が730人、介護福祉士が565人、介護員が1013人で合計2,308人であった。このうち回答があったのは、看護師が367人（回収率50.3%）、介護福祉士は292人（回収率51.7%）、介護員は433人（回収率42.7%）で合計1092人（47.3%）であった。

回収された1,092人のうち、有効回答が得られた1,022人を分析対象とした。

回答者の施設・職種別状況は、表1に示すように、職種では、介護員が409人（40.0%）、次いで看護師が344人（33.7%）、介護福祉士が269人（26.3%）の順であった。

2) 年齢構成

回答者の年齢は、表2に示すように37.1±11.9（19～70）歳であった。年齢構成は、20歳代が32.9%で最も多く、次いで40歳代が22.5%、30歳代が20.3%、50歳代が17.4%、60歳代以上が1.3%、10歳代が0.5%の順であった。看護師では、30歳代・40歳代が多く看護師の中で56.9%を占め、介護福祉士では、20歳代が最も多く51.3%を占めた。介護員では、20歳代が32.3%、次いで40歳代が22.5%であった。

2. 尿失禁と尿失禁ケアの現状について

1) 尿失禁者の現状

入所者全体の尿失禁者の割合について、看護あるいは介護責任者に回答を求めたところ、表3の

表1 回答者の施設・職種別状況

施設	施設数	有効回答	看護師	介護福祉士	介護員
	66	1,022 (100.0)	344 (33.7)	269 (26.3)	409 (40.0)
療養型病棟	21	308 (100.0)	198 (64.3)	27 (8.8)	83 (26.9)
老健	20	410 (100.0)	99 (24.1)	133 (32.4)	178 (43.5)
特養	25	304 (100.0)	47 (15.5)	109 (35.9)	148 (48.6)

表2 職種別年齢構成

n=1,022 (%)

職種	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	無回答者	合計
看護師	2 (0.6)	66 (19.2)	92 (26.7)	104 (30.2)	54 (15.7)	10 (2.9)	16 (4.7)	344 (100.0)
介護福祉士	0	138 (51.3)	44 (16.4)	34 (12.6)	43 (16.0)	0	10 (3.7)	269 (100.0)
介護員	3 (0.7)	132 (32.3)	71 (17.4)	92 (22.5)	81 (19.8)	3 (0.7)	27 (6.6)	409 (100.0)
合計	5 (0.5)	336 (32.9)	207 (20.3)	230 (22.5)	178 (17.4)	13 (1.3)	53 (5.2)	1,022 (100.0)

表3 尿失禁とオムツ使用状況・尿意・認知症状との関係

(%)

尿失禁者 (/ 入所者数)	オムツ使用者 (/ 入所者数)	尿意あり (/ オムツ使用者数)	認知症状あり (/ オムツ使用者数)
3,192 / 5,383 (59.3)	3,094 / 5,383 (59.8)	636 / 3,094 (21.4)	2,210 / 3,094 (70.9)

結果となった。施設入所者の尿失禁者の割合は59.3%を占め、このうち、オムツを使用している割合は59.8%であった。また、尿失禁者の中で、尿意のある者はオムツ使用者の内21.4%で、認知症状がある者は70.9%であった。

高齢者関連施設間の尿失禁の頻度に、有意差 ($p = 0.993$) はなかった。

2) 尿失禁ケアについて話し合う機会について

尿失禁ケアについての話し合いの有無については、「話し合う機会がある」と回答した者は55.0%、「話し合う機会がない」と回答した者が40.0%であった。話し合いの機会については、研究・学習会と回答した者が56.7%、委員会と回答した者が16.6%、無回答が31.8%であった。

尿失禁について話し合わない理由についての自由記述をカテゴリー化したところ、表4に示すように156ラベルがあり6カテゴリーに分類できた。理由としては、「必要時のみ検討 (74)」が47.4%で最も多く約半数を占め、組織全体として尿失禁ケアに関する話し合いはないが必要に応じて病棟単位で話し合いが行われていた。次いで尿失禁は「加齢現象 (33)」であるため話し合う必要はないという対象者側の要因が21.2%、「業務多忙 (30)」で話し合いをもつゆとりがないというケア提供者の要因による理由が19.2%とほぼ同数であった。その他では、「尿失禁患者はすくない (15)」ので、話し合うことはないが9.6%、「自己学習 (3)」が1.9%、及び「組織の未確立 (1)」0.7%であった。

「必要時のみ検討」は、＜随時病棟単位で検討＞と＜自立できそうな患者の場合＞というサブカテゴリーから導き出された。＜随時病棟単位で検討＞は、“看護師や介護職らが必要と判断した場合に病棟で行うので、特に尿失禁について定時の話し合いを持っていない”などの記述から、＜自立

できそうな患者の場合＞は、“自立できそうな患者がいた場合、そのときに話し合う”などの記述から導き出された。「加齢現象」は、＜認知症＞と＜高齢＞というサブカテゴリーから導き出された。＜認知症＞は、“入所者の多くに認知症があり尿失禁を自覚できる人ではないため”などの記述から、＜高齢＞は、“尿失禁は高齢に伴い避けられず、仕方のないことだと考えられているため、あえて話し合いは持たない”などの記述から導き出された。「業務多忙」は、＜人手が少ない＞＜業務量が多い＞というサブカテゴリーから導き出された。＜人手が少ない＞は、病棟での“人手が足りないので話し合えない”などの記述から、＜業務量が多い＞は、毎日の“業務に追われている”や“日課をこなすことに追われている”などの記述から導き出された。「尿失禁患者はすくない」は、＜尿失禁の患者はすくない＞というサブカテゴリーから導き出され、これは、“尿失禁のある患者が全体的に少ない”などの記述から導き出された。「自己学習」は、＜個人で学習会に参加＞と＜研修に参加＞というサブカテゴリーから導き出された。＜個人で学習会に参加＞は、個人が何らかの形で“学習会に参加する”ので話し合いはいらなという記述から、＜研修に参加＞は、個人で“施設外の研修に参加する”ので病棟では話し合いを持たないという記述から導き出された。「組織の未確立」は、＜施設開設したばかりで組織が未確立＞というサブカテゴリーから挙げられた。これは、“施設開設したばかりで、組織さえまだ確立できていないため話し合いがない”という記述から導き出された。職種間の3群で比較すると、職種の違いによる回答に有意差 ($p = 0.36 \sim 0.40$) はなかった。

3) 尿失禁に対する医学的判断の有無と理由について

尿失禁者に対して、医学的に判断を行っているかの有無について回答を求めたところ表5の結果となった。全体では、「はい」と回答したものが31.3%、「いいえ」と回答したものが44.2%、無回答が24.5%であった。職種間の3群で比較すると、医学的判断を行っているかの有無の回答に有意差(p=0.40)はなかった。

尿失禁患者に対して、医師の診断・治療を受けるなどの医学的判断を行わない理由について自由記載をカテゴリー化したところ表6に示すように143ラベルあり、5カテゴリーに分類できた。理由として「医療スタッフ間の認識が低い(63)」が44.1%と最も多く、次いで「高齢・認知症患者で

改善が期待できない(49)」が34.3%、「看護職が独自で尿失禁ケアができる(13)」が9.0%、「医療スタッフ間の連携不足(11)」が7.7%、「時間・経済的困難(7)」が4.8%の順であった。

「医療スタッフ間の認識が低い」は、＜尿失禁は仕方がない＞や＜尿失禁を報告する必要はない＞や、病院ではないため＜積極的な治療は行わない＞というサブカテゴリーから導き出された。＜尿失禁は仕方がない＞は、“病的なものと思わないから、仕方ないと思う”など介護者側が疾病として受け止めていない内容の記述から、＜尿失禁を医師に報告する必要はない＞は、“医療的レベルではないと思うから報告しない”などの記述から、＜積極的な治療は行わない＞は、“病院ではなく施設なので、必要性を感じない”などの、病院とは異なり積極的に治療する必要性を感

表4 尿失禁について話し合わない理由 ラベル数=156 (%)

カテゴリー	サブカテゴリー	全体	職種		
			看護 師	介護 福祉士	介護 員
			59	38	59
必要時のみ検討	随時病棟単位で検討	74	35	16	23
	自立できそうな患者の場合	(47.4)	(59.3)	(42.1)	(39.0)
加齢現象	認知症状	33	12	11	10
	高齢	(21.2)	(20.3)	(29.0)	(17.0)
業務多忙	人手がすくない	30	8	7	15
	業務量が多い	(19.2)	(13.6)	(18.4)	(25.4)
尿失禁患者はすくない	尿失禁患者はすくない	15	2	2	11
		(9.6)	(3.4)	(5.3)	(18.6)
自己学習	個人で学習会に参加	3	2	1	0
	研修に参加	(1.9)	(3.4)	(2.6)	
組織の未確立	施設開設したばかりで組織が未確立	1	0	1	0
		(0.7)		(2.6)	

表5 尿失禁に対する医学的判断の有無 n=1,022(%)

	全体	看護師	介護福祉士	介護員
	1,022 (100)	344 (100)	269 (100)	409 (100)
はい	320 (31.3)	160 (46.5)	59 (21.9)	101 (24.7)
いいえ	452 (44.2)	135 (39.3)	139 (51.7)	178 (43.5)
無回答	250 (24.5)	49 (14.2)	71 (26.4)	130 (31.8)

じていない内容の記述から導き出された。

「高齢・認知症患者で改善が期待できない」は、＜高齢による失禁である＞や＜訴えや自覚症状がない＞＜治療・診断の協力が得られない＞というサブカテゴリーから挙げられた。＜高齢による失禁である＞は、“高齢による機能性の尿失禁であることが多いため行っていない”などの記述から、＜訴えや自覚症状がない＞は、“高齢で認知症状があるため訴えてこない”などの記述から、＜治療・診断の協力が得られない＞は、“認知症のため治療・診断の協力は得られない”など、対象である患者側の理由から医師の判断を必要としない内容の記述から導き出された。

「看護・介護職が独自で尿失禁ケアができる」は、自分たち看護職や介護福祉士でケアができるという＜職員が判断して実践している＞や、＜医療的方法以外の方法を看護師ができる＞というサブカテゴリーから導き出された。＜看護・介護職が判断して実践している＞は、看護・介護職が“定時のトイレ誘導により改善を図っている”ため医師との連携はいらぬなどの記述から、＜医療的方法以外の方法を看護師ができる＞は、“医療的方法でなくても、早目にトイレに連れて行くとか

ほかの方法がある”などの、看護・介護職らが自らケアをしている記述から導き出された。

「医療スタッフ間の連携不足」は、＜医師が常時いないので言えない＞や＜医療機関との連携が円滑ではない＞というサブカテゴリーから導き出された。＜医師が常時いないので言えない＞は、“医師が非常勤であり、人数に制限がある”などの記述から、＜医療機関との連携が円滑ではない＞は、“医療機関、現場スタッフとの連携が円滑でない”ので医師へのコンサルテーションにつながらないなどの記述から導き出された。

「時間・経済的困難」は、＜施設の経営難＞や＜尿失禁者数が多くゆとりがない＞、＜専門医がいぬ＞というサブカテゴリーから導き出された。＜施設の経営難＞は、“外来受診は、施設負担であるため多数の尿失禁の方の受診は困難”などの記述から、＜尿失禁者数が多くゆとりがない＞は、“尿失禁者数が多く、他の治療に追われている”などの記述から、＜専門医がいぬ＞は、“他施設への受診が難しいから”などの記述から導き出された。

職種別で見ると、看護師・介護福祉士・介護員ともに、「高齢・認知症患者で改善が期待できな

表6 尿失禁に対する医学的判断を行わぬ理由 ラベル数=143（％）

カテゴリー	サブカテゴリー	全体	職種		
			看護 師	介護福祉士	介 護 員
		143	60	43	40
医療スタッフ間の認識が低い	尿失禁は仕方ない	63 (44.1)	25 (41.6)	20 (50.0)	18 (45.0)
	尿失禁を報告する必要はない				
	積極的な治療は行わぬ				
高齢・認知症患者で改善が期待できない	高齢による失禁である	49 (34.3)	27 (45.0)	12 (12.0)	10 (25.0)
	訴えや自覚症状がない				
	治療・診断の協力が得られない				
看護・介護職が独自で尿失禁ケアができる	看護・介護職が判断をして実践している	13	4	4	5
	医療的方法以外の方法を看護師ができる	(9.0)	(6.7)	(10.0)	(12.5)
医療スタッフ間の連携不足	医師が常時いないので言えない	11	1	5	5
	医療機関との連携が円滑ではない	(7.7)	(1.7)	(11.6)	(12.5)
時間・経済的困難	施設の経営難	7 (4.8)	3 (5.0)	2 (4.7)	2 (5.0)
	尿失禁患者数が多くゆとりがない				
	専門医がいぬ				

い」と「医療スタッフ間の認識が低い」の上位2つで、約8割を占めている。職種間の3群で比較すると、有意な差（ $p=0.36\sim0.40$ ）は見られなかった。

4) 尿失禁に関することの、今後の希望や意見について

尿失禁改善に関する今後の希望・意見など自由に記載してもらった結果、表7に示すように207ラベルあり4カテゴリーに分類できた。「個々に応じたケアをする必要性（95）」が45.9%と最も多く、次いで「現実の尿失禁ケアの難しさ（52）」が25.1%、「知識の習得（49）」が23.7%、「他職種との連携の必要性（11）」が5.3%の順であった。「個々に応じたケアをする必要性」は、＜患者と共にケアに取り組む姿勢が必要＞や、＜ADL拡大・自立を目指した援助が必要＞、＜尿失禁ケアに関する看護者の認識を高めたい＞というサブカテゴリーから導き出された。＜患者と共にケアに取り組む姿勢が必要＞は、“しびんで自己排尿できるように本人と話し合い実施してみる”や“患者と共に工夫して努力していくことが必要”など患者と共に行うというケアをしていきたいという内容の記述から、＜ADL拡大・自立を目指した援助が必要＞は、“個別性を考え、ADLや自立に向けて援助していきたい”などの記述から、＜尿失禁ケアに関する看護者の認識を高めたい＞は、

“病的失禁であるという認識が現場では不足している。治療によって治る失禁もあることを踏まえて、患者の個々の排泄自立に向けて考えたい”などの記述から導き出された。

「現実の尿失禁ケアの難しさ」は、対象者が認知症や言語障害があるため＜対象者の意思疎通が難しい＞ことや、日常業務の忙しい中で＜ケアの時間・人員確保の困難さ＞や、対象者が高齢であるため＜対象者の安全確保の難しさ＞があるというサブカテゴリーから導き出された。＜対象者の意思疎通が難しい＞は、“理解力に乏しく、どのようにしていったらいいのか、難しい”などの記述から、＜ケアの時間・人員確保の困難さ＞は、“毎日の業務や業務時間外の雑務に迫られ、精一杯である”や“介助に2人以上必要な場合、人数が限られており難しい”などの記述から、＜対象者の安全確保の難しさ＞は、“座位が保てない”や“麻痺、筋力低下があり大変”などの記述から導き出された。

「知識の習得」は、＜尿失禁ケアの知識・技術の向上が必要＞や、＜睡眠と尿失禁の関係を知りたい＞というサブカテゴリーから挙げられた。＜尿失禁ケアの知識・技術の向上が必要＞は、“1人でも改善できるように学習をし、努力していくことが必要”などの記述から、＜睡眠と尿失禁の関係を知りたい＞は、“夜間の睡眠を十分にとってもらうために、トイレ誘導の時間などを知りたい”

表7 尿失禁に関することの今後の希望や意見 ラベル数=207 (%)

カテゴリー	サブカテゴリー	全体	職種		
			看護師	介護福祉士	介護員
		207	71	64	72
個々に応じたケアの必要性	患者と共にケアに取り組む姿勢が必要	95 (45.9)	31 (43.7)	30 (46.9)	34 (47.2)
	ADL拡大・自立を目指した援助が必要				
	尿失禁ケアに関する看護者の認識を高めたい				
現実の尿失禁ケアの難しさ	対象者との意思疎通が難しい	52 (25.1)	22 (31.0)	13 (20.3)	17 (23.6)
	ケアの時間・人員確保の困難さ				
	対象者の安全確保の難しさ				
知識の習得	尿失禁ケアに関する知識・技術の向上が必要	49 (23.7)	14 (19.7)	18 (28.1)	17 (23.6)
	睡眠と尿失禁の関係を知りたい				
他職種との連携の必要性	他職種と連携をとりたい	11 (5.3)	4 (5.6)	3 (4.7)	4 (5.6)

などの記述から導き出された。

「他職種との連携の必要性」は、＜他職種と連携をとりたい＞というサブカテゴリーから挙げられた。＜他職種と連携をとりたい＞は、“他職種と共に関わればもっとよい支援が出来ると思うのでとっていききたい”などの記述から導き出された。職種間の3群で比較するとその内容には有意な差($p=0.36\sim0.40$)はなかった。

Ⅳ. 考察

1. 尿失禁に関する実態

高齢者関連施設における尿失禁の頻度は、施設間で有意差($P=0.99$)はなかった。このことから、高齢者関連施設においては、どの施設も同じように尿失禁者が存在していることが分かる。また、高齢者関連施設における尿失禁者の割合については、入所者の平均59.3%に見られ、オムツ使用率は平均59.8%であった。このうち、オムツ使用者の中で尿意のある者は21.4%で、認知症状がある者は70.9%であった。このことは、高齢者関連施設で働く看護・介護職らが、尿失禁者が尿意を感じていると認識しつつも、尿失禁の状態であるがゆえにオムツを使用している実態を明らかにしていた。また、尿失禁者の中でも尿意がある者が21.4%いることから、尿意に合わせた適切な排尿介助を行うことによって排尿自立の可能性があることも示唆された。

平成11年度愛知県排尿障害実態調査¹⁸⁾によると、愛知県内の施設・在宅における高齢者の排尿管理方法では、オムツ使用率は50%を越えており、特に施設入所者の3~4割は適切な治療やケアを行えばオムツ等が外せる可能性があったと報告しており、本調査結果と比較しても同じ傾向の割合を示している。尿意があるのではないかと看護・介護職者は認識しているにもかかわらず、一律での定時間によるオムツ交換を97.4%で行っているという報告もある¹⁹⁾。

尿失禁について、紺家は²⁰⁾、高齢者は加齢や疾患によって失禁が発症し、これから一生続くかもしれない失禁ケアに絶望感と大きな羞恥心を感じ、高齢者の尊厳は著しく損なわれると述べてい

る。また、湯本²¹⁾は、地域で生活している女性は、尿失禁について“汚い・恥ずかしい”などのネガティブな意識を持っていると述べている。尿失禁は直接生命に関わることはないが、QOLを脅かす疾患で、精神的苦痛や日常生活での活動低下をもたらす²²⁾。これらのことから、尿失禁をしている患者に対して、看護師が患者のQOLに合わせて自立した自然排尿ができるための関わりをすることは、人間としての尊厳を守ることであり、QOLの向上に繋がることである。看護・介護職者は総論的・本質的には人間の尊厳、QOLの向上と理解できていても、具体的ケアになると実施されないのはなぜだろうか。その要因を分析しひとつひとつ解決していくことが重要で、そのための取り組みが少しずつでも実施されることによって実際の解決に繋がっていくと考える。

2. 看護師・介護福祉士・介護員の認識について

現在、尿失禁については誤った認識が多く存在し、本人や家族の「恥ずかしい」「恥ずべきもの」といった尿失禁をタブー視した考えから医療機関への受診率の低さが指摘されている^{23)~25)}。今回の研究では、看護師・介護福祉士・介護員の3職種ともに、尿失禁の認識については、尿失禁があるという実態を把握しているが、業務多忙で時間がないや、患者の尿失禁は加齢現象なので医師にコンサルテーションする必要性を感じていないことが分かった。また、医学的判断を行わない理由の上位にも、医療スタッフ間の認識が低いや、高齢・認知症で改善が期待できないなど疾患として受け止めていない内容を回答していることから、尿失禁を疾患として認識していないことが分かった。小澤²⁶⁾は、医療現場においても、大学教授や医師の中にも、老人は訴えが多く、尿失禁などの症状や訴えに対して老化現象だと決めつけてしまう傾向が強いと述べられていることから、高齢者関連施設における看護・介護職者の尿失禁における認識は一般社会と同様に低いと言える。

現在の法律では、高齢者関連施設の医師は非常勤対応である。この現状から、常時高齢者関連施設に常駐する看護・介護職者らの尿失禁に対する

認識とその判断によって、医師への情報提供やケアそのものが決まってしまう。このことを考えると施設における看護職の責任と役割は重要である。なぜなら、看護本来の役割機能は看護の対象者である入所者の身体的状況や疾病・障害の状態に合わせて、医学的・予防的な立場に立って包括的に捉え、健康生活全般に関わって援助することだからである。対して介護職の役割は医師や医療関係者と連絡を密にとりながら生活の支援をすることである。そのため、尿失禁に関わる職員が尿失禁を疾患として捉え、看護職が中心となって、医学的判断のもとに適切な援助が行えるような協働体制が必要なのである。今回の調査で、3職種ともその認識が低いことが裏づけられた。その一方で尿失禁ケアに関する今後の希望・意見の中では、3職種とも、患者と共に自立をめざし尿失禁に対する認識を高めて、個々に応じたケアの重要性を認識していた。今回の調査では3職種間に尿失禁ケアに関する認識の差はなく、尿失禁を医療職者としてケアしなければならない看護職であっても、介護職と同じ認識を持っていることが明らかとなった。これらの結果から、尿失禁に対し高齢なので仕方がない、改善は無理であるというあきらめの認識を3職種間とも持っていることが明らかになった。このような認識をもつ背景については、今後、原因を追求する質的研究を行う予定である。

Colling²⁷⁾ らやBurgio²⁸⁾ は、医学的な診断により薬物療法や行動療法など積極的に行われることによって有意に尿失禁頻度の低下が見られることを報告している。特に行動療法においては尿失禁率が40%から25%に改善されたとも述べている。さらに小林²⁹⁾ や山口³⁰⁾ は失禁を改善することによって、入所者のQOLの向上はもとより、看護・介護の労力の減少やオムツ代やその処理に関して等、経済的波及効果も生じてくと述べている。また小泉³¹⁾ はオムツセンサーを用いることによって排尿パターンを把握して行動療法の一つである習慣化訓練によってトイレを要求できない入所者の尿失禁回数が半減したと報告している。このように様々な効力が示されているにもかかわらず、

尿失禁ケアに関わる看護・介護職が、尿失禁を疾患として捉え積極的に自立に向けた関わりが検討できるための認識の変換は容易ではない。今後ますます少子高齢社会となり在宅療養と介護力、施設の独立採算や介護保険などケアの質・量や経済的な問題等々、看護・介護職の認識の変換だけでは論じきれない問題が巻き込まれている。しかしそうであっても尿失禁状態にある者とケアする看護・介護職者一人一人の心の中につくられたものによって気持ちが込められ、臨床現場で排尿自立に向けようとする取り組みの努力によって、よい方向に向かうことができると考えるのである。

特に看護職は、尿失禁者に対して、QOLに主眼を置いて包括的なケアを提供することが看護本来の目的である。さらに、施設内においては、他の職種と協働しながらリーダーシップを発揮することが重要である。決して、看護職は、施設における医師不在のための医療的行為の代替者ではなく、自らが尿失禁者の排尿ケアに対し主体的に働きかけ、排尿の自立とQOLの向上をめざし看護の役割と機能を発揮することが重要といえる。

今後は、平成12年度の高齢者尿失禁ガイドライン³²⁾ にも示されているとおり、看護師が尿失禁を疾患として認識し、臨床現場において尿失禁の分類・評価・行動療法を実践できる能力を育成するための学習をいかに行っていくかが課題である。

V. 結論

1. 尿失禁者の中に尿意がある者が21.4%おり、これらの人達は、排尿自立につながる可能性の高いことが示唆された。
2. 尿失禁についての認識は、看護師・介護福祉士・介護員の3職種ともに、尿失禁は病的なものと思わないから仕方がないや、医療的なレベルでないから医師に報告する必要がないなどの考えをもっていることから、3職種の「いいえ」と答えた58%の人たちは尿失禁を「疾患」としてとらえる認識がないことが分った。
3. 看護職は医療職で健康志向が目的であるにも関わらず、尿失禁に対し高齢だから仕方がない、改善は期待できないというあきらめの認識を持

っている。

4. 看護職は、看護という専門性から、尿失禁を高齢だから仕方がないという認識から、疾患として捉えるよう認識を変換する必要がある。
5. 今後は、尿失禁を「疾患」と認識するための啓蒙活動と、尿失禁アセスメント実践のための学習の必要性が示唆された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究及びアンケート調査では、高齢者関連福祉施設における看護・介護職員が、尿失禁を疾患とは認識していない実態が明らかとなったが、疾患として捉えられない理由については明らかにできなかった。今後は、尿失禁を「なぜ疾患として捉えられないのか」といった認識についてさらに踏み込んだインタビューによる質的調査を行い、啓蒙活動の具体的方策を明らかにする事が課題である。

最後に、本研究において多忙ななか調査協力をいただいた高齢者関連施設の職員の皆様方に深く感謝いたします。

【引用・参考文献】

- 1) 読売新聞社編：尿失禁ケアー統一的な治療指針と相談体制の充実の必要ー、医療ルネサンス、(8)：1998.
- 2) 岡村菊夫 後藤百万 三浦久幸 他：高齢者尿失禁ガイドライン 平成12年度厚生科学研究費補助金事業、(12)：2000.
- 3) 本間之夫：尿失禁とその治療、臨床成人病、30(5)：667、2000.
- 4) 後藤百万 吉川羊子：老人施設における高齢者排泄管理に関する実態と今後の戦略 アンケートおよび訪問聞き取り調査、日本神経因性膀胱学雑誌、(12)207－222、2000.
- 5) 小林たつ子他：山梨県内の高齢者関連施設における尿失禁ケアの実態と課題：山梨県立看護大学短期大学部研究報告書(2)：1－38、2005.
- 6) 笠原勝幸：高齢者の失禁と介護について、京都大学医療技術短期大学部紀要別冊健康人間学、(12)：25－33、2000.
- 7) 小松浩子：失禁ケアに関する研究について、老年看

- 護学、4(1)：24、1999.
- 8) 小澤利男：老人医療に見られるエイジズムについて、Geriatric Medicine、34(6)：689－694、1996.
- 9) 小松浩子：尿失禁におけるQOL、Geriatric Medicine、34(6)：733－739、1996.
- 10) 工藤久：排泄介護技術の改善に向けて、秋田桂城短期大学紀要、11－24、2004.
- 11) 厚生省老人保健福祉局監修：高齢者ケアプラン策定指針、厚生科学研究所、86、1997.
- 12) 西村かおる：排泄自立を促すには、高齢者を知る辞典、厚生科学研究所、210、2000.
- 13) 田中ともえ：排泄に関する緊急アンケート速報、看護学雑誌、375、2003.
- 14) 高口光子：排泄ケアの正しい方法・正しくない方法、臨床老年看護、7(1)：48－52、2000.
- 15) 栗原弘子：老人保健施設における高齢者への排泄自立支援、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録号、26、325－332、2001.
- 16) 細井恵美子：福祉施設における看護職と介護職の役割分析、看護、47(10)：38－45、1995.
- 17) 社) 日本看護協会：老人医療施設における看護師の役割、社団法人山梨県看護協会、18－20、1992.
- 18) 平成11年度愛知県排尿障害実態調査、4、1999.
- 19) 続多香子 瀬尾喜久雄 久保隆：就労女性に於ける尿失禁の実態、臨泌、45：483－486、1991.
- 20) 紺家千津子 須釜敦子：失禁ケア、Quality Nursing、10(6)：15－21、2004.
- 21) 湯本敦子 山崎章恵：女性における尿失禁の実態と生活への影響 ライフステージによる比較、日本看護協会論文集ー地域看護ー、(1347-8257) 34号、158-160、2004.
- 22) 前掲書2)
- 23) 前掲書5)
- 24) 上田朋宏：訪問看護婦 ヘルパーに必要な尿失禁の医学知識、訪問看護と介護、(3)：411－416、1998
- 25) 星旦二 橋本修二 滝川陽一他：わが国の在宅高齢者における尿失禁有病者数の推計 日本公衆衛生誌、(9)：910－917、1994
- 26) 前掲書8)
- 27) Colling J;Ouslander J;Hadley BJ et al :The effects of patterned urge－response toileting (PURT)on

urinary incontinence among nursing home residents, Journal of the American Geriatrics Society, 40:135-141

- 28) Burgio KL; Locher JL; Goode PS et al; Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial, JAMA 1998; 280, 1995-2000.
- 29) 小林しず子他：失禁ケアとコスト－使用オムツ・交換回数の見直しを通して－、看護総合、31：88-90、2000.
- 30) 山口脩：頻尿・尿失禁に対する最近の考え方と治療－QOL医療の最前線－、星総合病院年報、13：1-10、2000.
- 31) 小泉美佐子：老人患者の排尿コンチネンス・ケアプログラムの開発：笹川医学医療財団研究業績年報、10(1)：123-128、1997.
- 32) 前掲書2)

An Outline of Mentioned on the Face : Cognition of the Nursing and Caring Staffs for the Care of Urinary Incontinence in the Facilities Related the Aged

[THE ORIGINAL]

Investigation of Cognition of the Nursing and Caring Staffs for the Care of Urinary Incontinence in the Facilities Related the Aged

KOBAYASHI Tatsuko, SAKAMOTO Masako, TERADA Ayumi

SUMMARY

[[PURPOSE] This investigation, to obtain the directional suggestion for the future care of urinary incontinence in the facilities related the aged, makes it clear the actual condition of urinary incontinence in health service facility for the elderly, the special treatment nursing home, and the long-termed medical treatment's sickbeds, and cognition to urinary incontinence of a nurse, of a care worker, and of a caregiver.

[METHOD] The subjects were 1,022 persons; the special nursing and caring staffs working in the 66 facilities in prefecture Y, and a questionnaire by inquiry paper has done.

[RESULT] The rate of subjects was caregivers 40.0%, nurses 33.7% and care workers 26.3%. Urinary incontinent persons were 59.3% of residents, and among urinary incontinent persons, those who had a desire to urinate were 21.4%. On the reason not to talk with about urinary incontinence; "examine only in necessitous case" was the most, "a phenomenon of aging" and "pressure of business" were almost the same rate. About the point whether medical decision has done for urinary incontinent persons or not, 44.2% answered "no". As for the reason not to do medical decision, "cognition among the medical staffs has been poor" was the most, and the next is "improvement could not be expected because of aged and dementia patients", "nursing staffs could do independently care for urinary incontinence", "shortage of liaison among medical staffs", and "difficulty from the time and economy" in order. As for the future hope and opinions about urinary incontinence, "need to take suitable care for one by one" the most, and the next was "difficulty of the actual care for urinary incontinence", "learning of know-how", and "shortage of liaison among medical staffs". Looking by occupation, nurses had more appeals than the others; "improvement could not be expected because of aged and dementia patients", and "difficulty of the actual care for urinary incontinence". There were many opinions that care workers and caregivers had felt necessity of individual care and learning of know-how.

[CONCLUSION] There were about 20% persons who had a desire to urinate, among urinary incontinence, it was suggested that the possibility of urinary independence has been high. It was made clear that nursing and caring staffs working in the facilities had not recognized urinary incontinence as "a disease", having no time because of pressure of business, or having no choice because of a phenomenon of aging. And also it became clear that, especially nurses, although they had been medical service personnel and they had had an aim for health-conscious, had cognition of having no choice because of aging and of having no expectation for improvement.

Keywords: urinary incontinence; facilities related the aged; cognition of nursing and care giving