

尿失禁に関する研究動向

—1980年～1990年代を中心に—

河内美江

目次

1. はじめに
2. 尿失禁に関する研究の現状と問題点
 - 1) 尿失禁経験者の割合
 - 2) 尿失禁の関連要因
 - 妊娠・分娩・分娩後の関連要因を中心に—
 - 3) 尿失禁による影響と対処方法
 - 4) 助産婦の役割
3. 今後の研究課題
4. おわりに

1. はじめに

今後も高齢化が予測されている現代において、女性の尿失禁に対する関心が当事者や専門家だけでなく、一般の人たちの間でも高まってきている。女性の尿失禁経験割合は15%～45%に及び、ほとんどが腹圧性尿失禁であるということや、現在、日本で尿失禁経験のある女性は200万～500万人も存在しているとの報告がなされている^{1)～4)}。また、尿失禁の初発年齢は、出産後の30歳代頃からであり、年齢が進むにつれて生理的な要因も加わり経験割合は高くなるという^{5)～7)}。尿失禁に影響すると考えられる妊娠・分娩は、女性のみが経験するものであり、また解剖学的にも女性の尿失禁は起こりやすい状況である。

加えて、尿失禁に対しての知識の普及や支援は少なく、どこで情報を得たり相談すれば良いかわからないのが現状である。また、誰にも相談できずにその当事者のみが不安や心配を抱えていたり、あきらめている状況があり、当事者の尿失禁による心理的・社会的影響は大きいと考えられる。その反面、尿失禁のない人達にとっては、そのように生活して

いる人達が近くに存在していることすら意識されていない。あるいは、意識している場合でも、それをタブー視していると思われる。

日本における最近の動向としては、こうした尿失禁に対する取り組みもみられるようになった。例えば、1989年の「失禁勉強会」から、1990年の「コンチネンス研究会」を経て、1993年に民間の団体である「日本コンチネンス協会」⁸⁾が設立されている。この協会の目的は、失禁予防に始まり、治せる失禁は治し、治せない失禁も社会生活を送る上で問題とならないような方法を考えるなどであり、「排泄障害が問題にならない最適な社会環境の充実と創造に寄与、貢献すること」としている。協会活動は、排泄に関する知識を広めるための普及活動・相談活動・教育活動・研究活動・開発活動・情報サービス活動の6本の柱を中心に活動を展開しており、年々活動が活発になっている。また、1990年以降、泌尿器科や産婦人科を中心に、尿失禁外来や排尿障害外来が開設され始め、急激に増加している。こうした活動が活発化してきている状況を考えると、今まで表立って必要だと考えられていなかった尿失禁についての問題意識が高まってきたと考えられる。また、利用者の増加からも、社会全体として考えていかなければならない課題であることが理解できる。

そこで、尿失禁について日常生活動作が十分に行えている女性を対象にしている日本の研究を検索したが、そのような研究は、1980年代に入って急速に進み、1990年頃からその成果が数多く報告されてきていることがわかった。今回は、このような日本における1980年代から1990年代の文献を中心に検討

する。

検討内容は、助産婦である自分自身ができる尿失禁予防の役割は、何であるのかを考えるため、そして、今後の研究視角と課題を探り、方向づけを行うために、以下のことに焦点を当てた。まず、第1に、女性の尿失禁の経験割合がどのくらいであるのか、第2に、尿失禁に関連すると言われている妊娠・分娩・分娩後の関連が実際にあるのかどうか、そして、第3に、尿失禁があることによる影響やその対処方法は、どのようなことであるか、第4に助産婦としてできる尿失禁の予防的役割は何であるかを検討した。また、分娩時の産科学的技術（誘発分娩、吸引分娩、会陰切開など）の実施率が日本の状況と良く似ている海外の文献も視野に入れながら検討することにした。

2. 尿失禁に関する研究の現状と問題点

1) 尿失禁経験者の割合

一般女性の尿失禁経験割合を調査している研究がいくつかある（表1）。

小中学校女性教諭 157 名（平均年齢 38.8 ± 7.5 歳）を対象にした調査⁹⁾（小林ら）では、「尿失禁が現在ある」と「以前あったが現在は無い」と答えた人たちの尿漏れ経験は 43.9 % である。婦人科を受診した 176 名（平均年齢 49.0 ± 12.6 歳）を対象にした調査¹⁰⁾

（脇田）によると、「過去又は現在も認める」と答えた人は、38.0 % であり、同じように、婦人科外来患者 1,476 名（年齢 10 歳代～70 歳代）を対象にした調査¹¹⁾（石河ら）では、程度は別として尿失禁の経験のあるものは、30.0 % である。そして、健康女性 952 名を対象にした調査¹²⁾（福井）では、32.0 % にみられている。

また、海外の先行研究では、デンマーク女性 4,345 名（20 歳～59 歳）を対象にした調査¹³⁾（Anders ら）によると、1994 年の 1 年間の間に尿失禁の経験があったものは、17.7

% である。そして、合衆国（カリフォルニア）の 60 歳以上の女性 933 名を対象にした調査¹⁴⁾（David, H.ら）では、過去 1 年間に少なくとも 1 度の尿失禁経験があるかまたは今までに尿失禁の治療の経験のある女性は 73.1 % である。

次に、妊娠中や分娩後の尿失禁の経験割合を調査している研究についてである（表2）。

国立大阪病院で分娩した 560 名（平均年齢 29.6 ± 4.0 歳）を対象にした調査¹⁵⁾（渡邊）では、1 回でも尿失禁があった者を「尿失禁有症者」と定義し、妊娠中有症者が 32.3 %、分娩後有症者が 39.5 % みられたと報告している。

また、市立四日市病院で分娩した 412 名（平均年齢 28.3 ± 3.6 歳）を対象にした調査¹⁶⁾

（坂口ら）では、初産婦・1 回経産婦・2 回経産婦に分け、尿失禁の経験割合をみている。これによると初産婦の妊娠末期は 46.0 %、分娩後 1 カ月では 6.1 % であり、1 回経産婦の妊娠末期は 60.7 %、分娩後 1 カ月では 7.8 %、2 回経産婦の妊娠末期は 62.5 %、分娩後 1 カ月では 14.7 % である。

尿失禁を「意志に反して尿道より尿が漏出すること」と定義し、産後 3 カ月以上たった 81 名（年齢 10 歳代～39 歳）を対象にした調査¹⁷⁾（尾田ら）では、妊娠中と産後の尿失禁経験率が 67 % にみられている。

大阪市立大で 1990 年度に分娩した褥婦の産後の尿失禁の発症率を調べた調査¹⁸⁾（石河ら）では、48.5 % であり、その後の症状の持続の有無についての追跡調査では、9.3 % である。

初産婦 14 名を対象に骨盤底筋体操を実施し、体操の効果を検討している調査¹⁹⁾（吉沢ら）によると、妊娠後期に対象者の約 70 % が腹圧性尿失禁を経験し、産後 1 カ月まで残っていたものは約 20 % である。そして、2 病院で分娩した初産婦 85 名と経産婦 109 名（平均年齢 29.2 歳）を対象にした調査²⁰⁾（村

表1 一般女性における尿失禁経験者の割合

研究者	尿失禁経験者の割合	対象者	平均年齢	年齢範囲	文献年度	国
福井	32%	健康女性952名		18～88歳	1986年	日本
高井	48%	教員717名		35～65歳	1987年	日本
加藤	15%	就労女性968名		17～69歳	1986年	日本
佐治	36%	婦人科外来患者1,303名			1990年	日本
小林	43.9% (現在21%過去22.9%)	小中学校女性教員157名	38.8±7.5歳	23～58歳	1998年	日本
脇田	38%	婦人科外来患者176名	49.0±12.6歳	20～78歳	1997年	日本
石河	30%	婦人科外来患者1,476名		10～70歳	1992年	日本
Anders	1994年の1年間の尿失禁率 17.7%	1994年の1年間に妊娠・出産 の経験がない女性4,345名		20～59歳	1999年	デンマーク
David, H.	過去一年間に尿失禁があったか、 今までに治療したことがある 73.1%	933名	69.6±7.0歳	60歳以上	1997年	合衆国

表2 妊婦・褥婦における尿失禁経験者の割合

研究者	妊娠前	妊娠中	分娩後	対象者	平均年齢	年齢範囲	文献年度
渡邊		32.3%	分娩後 39.5%	国立大阪Hp分娩した560名	29.6±4.0歳		1998年
坂口	6%	初 46.0% 1回 60.7% 2回 62.5%	1カ月 初 6.1% 1回 7.8% 2回 14.7%	市立四日市Hp412名 (初188 1回159 2回69名)	28.3±3.6歳		1998年
尾田	19%		妊娠中と分娩後 併せて 67.0%	産後3ヶ月以上の81名	28～29歳	18～39歳	1997年
石河			分娩後 48.5% 1カ月 9.3%	大阪市立Hpで分娩した褥婦 (1990年度総分娩数)			1992年
吉沢		妊娠後期 約70%	1カ月 約20%	初産婦の褥婦14名		24～31歳	1996年
村山		58%	産褥早期 12.1%	2病院で分娩した 初産婦85経産婦109名	29.2歳		1997年
神永		84.3%	1カ月 15.7%	産後1ヶ月155名	不明		1997年

山ら)によると、妊娠中及び産褥早期の尿失禁経験者は、それぞれ 58.0 %、12.1 %である。産後 1 ヶ月の褥婦 155 名を対象にした調査²¹⁾(神永ら)では、尿失禁の経験は、妊娠中 84.3 %、産後 15.7 %にみられている。

これらの先行研究より、一般女性の尿失禁の経験は、約 3 割以上に及んでいることが予測できる。また、David, H.ら²²⁾や図 1 の石河ら²³⁾の調査結果によれば、年齢が上昇することにより尿失禁の経験割合が高くなっており、老化による生理的な変化も尿失禁の関連要因となっていることがわかる。また、妊娠中や分娩後の尿失禁の経験割合は、妊娠中 3 割～8 割に及び、分娩直後も約 4 割の者が経験しており、分娩後 1 ヶ月経過すると 1 割から 2 割に減少することがわかる。

しかし、各々の先行研究を比較してみると、女性の尿失禁の経験割合には幅がみられており、尿失禁のある者の実数は不明である。その理由には、以下の 3 点が考えられる。

まず第 1 に、尿失禁の定義について一致した意見がないことがあげられる。国際尿禁制学会(International Continence Society)において、尿失禁を「無意識あるいは不随意的尿漏れが、衛生的また社会的に問題になったもので、それが他覚的に認められる状態」と定義している。この定義によると、尿の排泄が自己コントロールできなくなった状況をいっている。さらに、人間は、常に社会環境の中で生活をしている。それ故、社会環境との相互関係によっては、尿失禁についての問題が発生し、その問題が強くなったり弱くなったり変化するものであると考えられる。また、他覚的に認められる状態とは、主観的なものだけでなく、客観的に測定可能なことを指しており尿失禁の増悪や治癒の状況を評価する意味でも大切な部分であると思われる。しかし、この他覚的に認められる状態を判断するためには、それなりの測定や検査が必要になってくる。実際に、問題と感じ対処行動としての

受診や相談に向かう対象者は、自ら自己決定して尿失禁外来に足を運ぶことでわかることが多いため、他覚的に認められるにいたる以前の対象者が多く存在するという状況の問題がある。それは、脇田²⁴⁾の調査によると、尿失禁のある患者で医師の診察を受けた人はわずか 10 %であったことや、小林ら²⁵⁾渡邉ら²⁶⁾の調査結果では、専門家への相談はほとんどない状況であると述べられていることから理解できる。この、他覚的に認められる状態を含めて尿失禁と定義した場合、1 人で孤独に悩んでおり、対処行動に移行できていない非常に多くの尿失禁経験者を除外する可能性がでてくる。

先行研究を検討してみると、それぞれの研究者が独自の尿失禁の定義を決めており、定義次第では、尿失禁の経験割合が大きく変わってきている。渡邉ら²⁷⁾によると、1 回でも尿失禁の症状を認めたものを「尿失禁有症者」として定義して検討をしている。また、尾田ら²⁸⁾の定義は、「意志に反して尿道より尿が漏出すること」として検討している。その他、Anders ら²⁹⁾や David, H.ら³⁰⁾は、「過去 1 年間における尿失禁の経験」と期間を限定している。また、尿失禁の定義を明確に記載していない先行研究も数多くみられた。そのため、割合に多少のばらつきが見られていると思われる。しかし、一般女性の尿失禁経験割合を見てみると、表 1 からわかるように 3 割以上に及んでおり、女性の尿失禁の経験は、意外に多いと考えられる。

第 2 の理由は、潜在的な尿失禁経験者が存在している可能性が考えられるからである。尿失禁は、自尊心や羞恥心に影響を与えると考えられるため、それぞれの調査の中には、尿失禁があることを認めない人たちも存在していると思われる。尿失禁があることを認めない人たちがどの位存在するのかかわからないが、そのような人たちを入れると、実数は、もっと増えるかもしれない。潜在的な尿失禁

経験者たちから素直な意見を聞けるような対応も考えていかなければならない。

第3の理由は、対象者の選び方である。表1や図1から、年齢が上昇すると経験割合が高くなること、また、婦人科外来患者を対象にしている研究もあることから、婦人科疾患の影響が経験割合に現れている可能性もある。そのため、対象者の選び方も考えていく必要がある。

2) 尿失禁の関連要因

－妊娠・分娩・分娩後の関連要因を中心に－

小林ら³¹⁾は、小中学校女性教諭157名を対象に現在と過去の尿漏れ経験を調査し、ANOVA検定、t検定、 χ^2 検定を用いて分析している。尿失禁のあるものは、年齢が高い傾向を示し、肥満度（カウプ指数）の高いものと婦人科・泌尿器科疾患の既往のあるものに有意差がみられている。また、尿失禁のない群に分娩経験のない者が有意に多いこともみだしている。そして、尿失禁と分娩回数、家族歴（家族の尿失禁保有者の有無）、運動、排泄（便秘・下剤の服用・昼夜の排尿回数）との関係は、みられなかったと述べている。

図2は、石河ら³²⁾が排尿障害外来で調査した経産回数別尿失禁頻度である。石河は、未産婦に比べ一度でも分娩を経験した場合は、尿失禁の発症率は2倍であり、分娩経験者は、将来の尿失禁予備軍と考えて、啓蒙につとめていると述べている。また、分娩時の要因として、切迫早産や妊娠中毒症などのベット上安静を長期に必要とした症例、降圧剤の長期連用、分娩第Ⅱ期の遷延、吸引分娩や鉗子分娩、急遂分娩、巨大児（4000g以上）が尿失禁の誘発因子である。そして、排尿障害外来に通院している複数の腹圧性尿失禁患者から個別に面接調査を行った結果、産後の尿失禁、難産、産後の安静不足を訴える患者が多かったことを報告している。

渡邊ら³³⁾の研究では、国立大阪病院で分娩した560名を対象に1回でも尿失禁があった者を「尿失禁有症者」と定義し、 χ^2 検定、t検定、分散分析およびDuncanの多重比較を用いて分析している。尿失禁の有無と有意差がみられた要因は、年齢、初産経産別、分娩回数、非妊時体重、非妊時BMI、分娩時体重、出生時の新生児の頭囲であり、有意差がみられなかった要因は、身長、体重増加量、分娩所要時間、分娩第Ⅱ期所要時間、児の出生体重であったと述べている。また、分娩後有症者のうち、1ヵ月以下群と2ヵ月以上群とを比較すると、尿失禁の有無は、年齢、妊娠前の体重とBMIで有意差があり、2ヵ月以上群の方がこれらの平均値が高かったとしている。

上原ら³⁴⁾は、分娩と尿失禁の関係は、経膈分娩の様式の違いに差はなく、経膈分娩と帝王切開との間に有意差があり、帝王切開の方が経膈分娩に比べ有意に少ない。また、未産婦より経産婦に高率に発症し、3回以上の経産婦に高率であると述べている。一方、児の出生体重、会陰切開の有無に関係はなかったとしてる。また、妊娠中の尿失禁は、分娩を境に改善していたが、妊娠前からの発症していた者と産後に発症した者は、産後1年以上でも症状をみたと述べている。

尾田ら³⁵⁾は、統計学的検定を用いていないが、出産回数、年齢が増加するにつれ、尿失禁の発症率も上昇し、妊娠前に尿失禁の経験のあったものは、妊娠中及び産後に症状が出現しており、産後3ヵ月以内に75%が消失していたと述べている。また、症例数が少なく十分な比較ができないが、自然分娩（66例）と帝王切開（9例）で尿失禁の発症率に差がみられなかったことより、尿失禁の原因は、分娩による骨盤底筋の脆弱化だけでなく、妊娠による慢性的な骨盤支持組織の損傷も発症に影響すると考察している。

脇田³⁶⁾の論文でも統計学的検定を用いて

ないが、産婦人科を受診した女性 176 名を対象に調査しており、尿失禁を経験した人の 70 %は、分娩 2 回以上の経産婦であり、尿失禁の程度の重症な人に、便秘を合併する傾向が認められたと報告している

池田ら³⁷⁾は、経膈分娩をした褥婦 276 名を対象に産後 5 日～7 日目と産後 1 ヶ月の時点で個別面談方式により排尿障害（排尿痛・尿意欠如・尿失禁・残尿感・頻尿）についての自覚症状の有無を聴き、 χ^2 検定により分析をおこなっている。それによると、平均分娩所要時間を上回った者の群とそれ未満の者の群とで排尿障害発症割合を比較したところ、初産婦、経産婦ともに有意に平均を上回ったため、長い分娩所要時間がリスクファクターの一つだと述べている。また、排泄障害は、会陰裂傷や会陰切開の程度の大きいものや創部異常がリスクファクターであり、切開施行群と非施行群で尿失禁の発症率に差がないことを調べ、切開が発症を予防したり逆に原因になることはないと考えしている。

中田³⁸⁾は、妊娠分娩は、将来排泄障害、骨盤底弛緩、性器脱の原因となり、産後数年から数十年を経て、経産女性の骨盤底は、骨盤底支持と神経支配の両面でややハンディを抱えたものになることが多いと述べている。分娩時の要因としては、早期に会陰切開を実施することで骨盤隔膜会陰膜などに瀰漫性に広がる骨盤底の小損傷を避けると述べている。会陰切開を早期に実施することによって骨盤底損傷を小さくしたり、腹圧性尿失禁を減らしたりすることができるかどうか 1,000 例を対象に調査をしたが明確な傾向はでなかった。しかし、問題点として、会陰縫合の手技上の問題と切開後の感染を上げている。その他、クリステレル圧出法により骨盤筋膜や骨盤底下層の損傷を生じるため、クリステレル圧出法を避けること、そして分娩第Ⅱ期遷延を避け、会陰切開や陣痛促進、牽出分娩に頼ることを主張している。

村山ら³⁹⁾の調査は、統計学的検定方法は不明であるが、妊娠中及び産褥早期の尿失禁の経験と初産婦であるか・経産婦であるかとの関係はみられず、分娩第Ⅰ期所要時間の長い人、クリステレル圧出法を行った人に産褥早期の尿失禁の経験が多かったと報告している。

Anders ら⁴⁰⁾の調査では、1994 年の 1 年間の尿失禁の経験率を基に検討を行っている。多変量解析の結果、妊娠中の尿失禁の経験者、経膈分娩直後の尿失禁の経験者、そして 30 歳以上の年齢で 2 回以上の経膈分娩をしたものに上昇がみられ、吸引や鉗子分娩、会陰切開や会陰縫合では、尿失禁の疾病率に有意な差はみられなかったと述べている。

David, H.ら⁴¹⁾の研究では、1 変数分析において、失禁のある女性は、白人、45 歳前に子宮切除をしたもの、少なくとも 1 人出産したことがある者、過期分娩、24 時間以上にわたる陣痛、オキシトシン（陣痛促進剤）にさらされることが危険因子であった。そして、多変量解析において尿失禁との関連は、白人、BMI、エストロゲン補充療法、オキシトシンにさらされることで有意であり、鉗子分娩、会陰切開、帝王切開では、有意差がみられなかった。

以上のように、分娩と尿失禁の関連をみている先行研究から、分娩経験がない女性に対し分娩経験がある女性は、尿失禁の経験割合が増えていることがわかる。中田⁴²⁾が述べているように分娩は、尿失禁に対する影響が大きいと思われる。表 2 より、分娩後 1 ヶ月経過すると、分娩直後に 4 割いた尿失禁経験者が 1 割ほどになることから分娩直後の尿失禁は一時的なものが多いと理解できる。しかし、加齢に伴って、分娩による影響がどのくらいでくるかは先行研究からでは不明である。石河ら⁴³⁾は、分娩経験者は、将来の尿失禁予備軍と考えて、啓蒙につとめていると述べており、Anders ら⁴⁴⁾による研究結果か

ら、尿失禁のある者は、妊娠中の尿失禁の経験や経膈分娩直後の尿失禁の経験のあった者が多いことが明らかになっている。このことから中高年期に起こる尿失禁に分娩時の影響がどの位あるのかを調査する必要がある。

それと同時に、分娩時の各要因が影響するののかも意見がわかれている。特に、会陰切開の影響の検討では、会陰切開を早期に実施することを主張している論文と会陰切開が尿失禁の発症を予防したり逆に原因になることはない述べている論文がある。どちらも主張があり、会陰切開を実施することで、瀰漫性に広がる骨盤底の損傷を避けることになるという考えと、会陰切開や裂傷の程度の大きいものがリスクファクターであり、切開を早期にすることが尿失禁の予防にはならないと、会陰切開をすすめていない考えがある。

また、分娩所要時間や児の出生体重が尿失禁の関連要因であると述べる文献と有意差がないと述べている文献がある。David, H.ら⁴⁵⁾の研究では、オキシトシンにさらされることが分娩後の生活の中での尿失禁の危険率を上昇させている要因であるという結果が出されている。David, H.自身もこのことについて、おそらく会陰に大きな機械的な力を引き起こす陣痛を起こしたり増したりする結果として、外陰部と骨盤底筋、およびその神経を過大に伸展させるからであろうと考察している。どちらにしても、分娩時に胎児が軟産道を通する過程において、骨盤底や膀胱、尿道に与える影響をみている。影響があるかないかは、多くの要因が考えられ、一概には言えないが、もともと分娩そのものが生理的な変化であるから、異常にならないような援助が最も大切であると考えられる。従って、会陰切開も裂傷もなければ一番良いし、小さければ小さいほど良いだろう。分娩所要時間や胎児の成長状態も逸脱しないようにするのが良いのではないかと考えられる。

そして、分娩時の各要因が尿失禁に影響す

るのかどうか、意見が分かれた背景には、統計学的検定方法があげられる。先行研究における検定方法をみると、質的な変数に関しては、 χ^2 検定を用いており、量的な変数に関しては、t検定や分散分析を用いている研究が多い。現在の日本における分娩様式から考えると、例えば、初産婦であれば会陰切開を必ず行う施設も多く、純粹に会陰切開のみの影響を比較していない可能性がある。その他、分娩所要時間に関しても、実は、所要時間の長い人たちが、切開をしていたり、裂傷を起こしていたり、回旋異常であったり、陣痛促進剤を使用している割合が高いかもしれない。先行研究により結果が異なっていた理由には、検定の方法の違いがあると考えられる。そのためには、今後、分娩時の各要因を純粹に比較可能である検定方法（多変量解析）を用いることと何の要因を変数として使用するかの検討、そして正常分娩と異常分娩を比較しやすい対象者の選定を考えていくことが必要である。

今回の先行研究の中で、尿失禁の関連要因として上げられていなかった要因には、分娩体位や分娩中の導尿についてが上げられる。これらの検討も今後必要であろう。

もう一つ、今回の文献からは明らかにされていないものに、分娩後の生活の要因が上げられる。肥満や便秘、婦人科疾患と泌尿器科疾患、エストロゲン補充との関連性は、検討されているが、分娩後にどのような生活をしてきたかも影響してくるのではないかと考えられる。例えば、分娩後直ちに農作業に従事することや重労働など、骨盤底への負担があげられる。中高年の人たちがどのような分娩をし、分娩後どのような生活をしてきたかと尿失禁の関係を調査することは、今後出産を控えている人たちにとっても有意義なものになると思われる。

3) 尿失禁による影響と対処方法

小林ら⁴⁶⁾による尿失禁のある者の意識は、病院に行かない理由が「特に困っていない」「仕方がない」「恥ずかしい」であり、渡邉ら⁴⁷⁾の調査では、妊娠中の尿失禁有症者のうち「治るか不安」と思っている者は 18.5 % であり、分娩後の尿失禁有症者のうち 40.9 % が「治るか不安」と思っている。分娩後の有症者に不安をもつ者が増えている。脇田⁴⁸⁾の調査によると 50 歳以上は、20 ~ 40 歳代に比べ、否定的な意識を持っている人が増加する傾向にあると述べている。

小松ら^{49) - 52)}は、尿失禁のある女性の性への影響を、セクシュアリティという観点から捉え、性生活に何らかの影響を受けていると答えた 20 名の女性の面接を行っている。その結果、身体的側面の影響ばかりではなく心理・社会・文化的側面への影響として、「性交時の尿漏れに対する不安・恐怖」「性生活に対する負担感」「性的欲求や興奮の低下」「身体像の変容」「抑うつ」「羞恥心」「夫婦関係のきしみ」「孤立感、疎外感」があると述べている。これらの結果から、尿失禁があることによりほとんどの女性が自分の身体像に対してネガティブな感情を抱いており、おしゃれをして装うことをあきらめたり、活動的な生活の変更を強いられ、自分らしさが失われるような寂しさを感じていると考察している。これにもとづいて、実際に性・生の充実を促すケアを実施し、今後の課題を提起している。

西村⁵³⁾の『失禁ケア』のなかには、英国で調査した尿失禁のある人たちの心理的・社会的影響を紹介している。失禁が始まったことに対して、本人は、恥ずかしい、悔しい、恐ろしい、拒否感、絶望感、孤独感、怒りと欲求不満、諦め、気を引きたいというような気持ちがあり、家族の場合は、動揺、受容、いたわり、罪悪感、怒りと欲求不満、哀れみの気持ちをもつ。この気持ちは、1 つではなく、いくつか複雑に混ざっている。社会的

影響としては、本人にとっても家族にとっても行動範囲の限局になると書かれている。

伊藤ら⁵⁴⁾による尿失禁のQOLに対する影響を調べた研究では、スポーツや社会活動の参加が妨げられていたことがわかり、QOLに及ぼす影響は大きいことを指摘している。しかし、実際に治療のために受診する人は少なく、これは、患者の羞恥心と知識の欠け、医療者側の認識の問題があると考察している。

尿失禁のある女性の相談状況としては、ほとんどの人が相談していない状況である。数少ない相談者としては、友人や夫、母親への相談であり、専門家への相談はほとんどない。また、対処方法としても、尿漏れパッドや生理用ナプキンを使用している人は数少なく、ほとんど何もしていない状況にあると小林ら⁵⁵⁾渡邉ら⁵⁶⁾は述べている。しかし相談していない尿失禁のある者は、不安や日常生活の制限を持っていることや身体的影響（睡眠、外陰部のかぶれや掻痒感）もあることを調査している。また、脇田⁵⁷⁾による調査でも、婦人科外来に通う尿失禁のある人たちの中で、医師の診察を受けた人はわずか 10 % であると述べている。日本コンチネンス協会⁵⁸⁾における図 3 の資料によると、1991 年から始めた電話相談は、年々増える傾向にあり、1991 年に 313 件であったものが、1995 年には 1,449 件に増加しており、1998 年には 2,212 件となっている。また、図 4 より、相談件数の男女比は、女性が男性の 4 倍いることがわかる。図 5 は、相談件数の中の医療機関への受診率を示しており、受診していない者が約 6 割いることがわかるが、受診していても電話相談をしにくる者も 3 割以上もいることがわかる。

骨盤底筋体操については、石河ら⁵⁹⁾、渡邉ら⁶⁰⁾吉沢ら⁶¹⁾の研究で効果が認められているが、調査によりわかった体操の実施率は、低い状況であった。Carolyn, S.⁶²⁾は、骨盤底

筋エクササイズによる筋力増加と尿失禁減少の効果を確認し、1996年に臨床実践ガイドラインを発行した。その中で、骨盤底筋の収縮は、1日30～80回が望ましいと述べている。

東ら⁶³⁾は、尿失禁専門外来で治療中あるいは治療の経験がある42歳から86歳の19名の女性に対し面接を行い、コーピング行動を分析し、6つのコーピング様式を分類している。東らが用いているコーピングの定義は、「その人のもつ資源に重い負担をかけるものとして評価された特定の内的・外的要求を処理しようとする絶え間なく変化する認知的、行動的努力」であるとしている。6つのコーピング様式は、「失禁を管理する」「秘密を保持する」「治癒／改善を志向する」「助けを求める」「受け止める」「回避する」であり、このすべては、将来への不安を軽減する目的で用いられた一部を除いて、尿失禁によって脅威にさらされている自尊心を守るために「常態を維持する」ことであったと述べている。

また、尿失禁があることによる大きな影響として、西村⁶⁴⁾は、著書の中で、国家財政の視点からも問題があることを指摘している。1982年の英国の資料によると、1年間に英国でかかったおむつの費用は、36万ポンド（現在の日本円に直すと約8,000万円）であり、この内容には、地域や老人施設で必要な施設費や人件費は含まれておらず、単に支給されたものにかかった費用だけを上げた数字であると述べている。また、Carolyn, S.⁶⁵⁾によると、米国では、尿失禁に対するケアや治療費にかかるコストは、年間110億ドル以上と算出している。David, H.ら⁶⁶⁾による研究にも、合衆国における尿失禁の直接的な医療費は、16億ドル以上もかかっていると述べている。いずれにしても、尿失禁の経済的な問題は、大きいことが理解できる。

以上のような尿失禁があることによる影響

についての先行研究から理解できたことは、尿失禁がある女性の対処行動は、ほとんどの人は何もしていない状況であり、専門家への相談はほとんどないことである。しかし、日本コンチネンス協会⁶⁷⁾の電話相談の近年の件数の増加から考えられることは、尿失禁のある人たちにとっては、相談しなくても良いのではなく、相談できる場所を求めており、また、改善できる症状であるという意識の変化が現れて来だしたということである。また、実際に、日常生活への影響はあり、個人的に様々な行動変容および精神的な悩みを抱えていることが先行研究から理解できた。尿失禁を抱えている人たちにとっては、身体的側面の影響ばかりでなく心理・社会・文化的側面への影響として、抑うつや羞恥心、孤立感などの切実な問題があることも小松ら⁶⁸⁾の結果からも読みとれる。それは、実際の社会では、日常生活を送る中で尿失禁について話をすることは、タブー視されている現状の反映であろう。尿失禁があるということは、その人にとって自己否定観、自尊感情を傷つけるものである。このような個人の価値観は、社会の価値観のもとに育っていると考えられる。そして、その価値観は、幼児期からのトイレトレーニングに始まり、社会生活の中で備わってくると考えられる。

今回の先行研究からは、日本における一般社会の尿失禁についての価値観に関する調査結果は、ほとんど見あたらなかった。唯一見つかった脇田⁶⁹⁾の結果は、年をとるほど尿失禁に対し否定的な意識を持っている人が増加する傾向にあるということである。従って、尿失禁にならないような予防策を真剣に考えていくことは、自尊心を保つこと、QOLへの影響、経済的な負担からも重要なことであり、また、若い頃からの知識の普及と対応しやすい環境づくりが必要になると考えられる。そのためには、次の4)で取りあげる出産という女性にとって大きな出来事の前後を

通して関われる助産婦は、女性への知識の普及やタブー視されている環境の改善にも大きな役割を担うことになると考えられる。

4) 助産婦の役割

尿失禁に対する助産婦の役割について述べている文献は、数少ないが、いくつかみられる。

齋藤益子編著、木村好秀著⁷⁰⁾の更年期・老年期における保健指導上の課題の中には、中高年者のQOLの維持や向上の障害となる要因1つに尿失禁の問題を上げている。助産婦の日常的な指導として、肥満防止、適切な排便排尿習慣、膀胱炎の予防、骨盤底筋訓練法、専門医の紹介が予防と対策として簡単に書かれている。また、同書の河端恵美子著の更年期相談の中では、60歳前後で30%以上にみられる尿失禁の存在についてと対処方法（ホルモン補充療法、薬物療法、骨盤底筋訓練）について数行書かれている。

小松ら⁷¹⁾の尿失禁のある女性患者の性に対する看護の対応として、①かかわりの基本（性に対するタブー視をなくすことやプライバシーの保護）②性生活のセルフケア③性交時の不快感・疼痛への対処④骨盤底筋訓練の実施・継続⑤心身のリラクゼーションの5つの援助を上げている。

高島ら⁷²⁾は、助産婦外来に来院している尿失禁のある1事例を紹介し、その事例の中から助産婦の役割として以下の点を考察している。①患者のプライバシーを守る。②分娩後の排尿障害と分娩様式との関連性を検討（呼吸法の促しとサポート、娩出期の会陰保護、分娩体位など）。③清潔。④骨盤底筋体操。⑤検査、薬物療法、手術療法（助産婦ができることは、排尿記録、残尿測定、パッドテスト）。⑥助産婦外来・母親学級・産褥指導。⑦母児同室（育児のみでなく生理的欲求が満たされているかの確認）。⑧性生活。⑨肥満。⑩便秘。⑪尿失禁ケア用品。⑫尿失禁

に対する看護計画。

近藤⁷³⁾は、腹圧性尿失禁に限定し、タイプと治療法について解説している。そして、助産婦として尿失禁の発生病因と治療法に関する知識を持ちあわせ、患者の相談に自信を持って答えられることが望ましいと述べており、腹圧性尿失禁の予防と治療が効率的に行える役割が担えるのではないかと課題提起をしている。

谷川⁷⁴⁾は、漏れの予防に始まり、治る漏れを治し、排泄障害が残っていてもそれが問題にならずに生活できる環境づくりまでコンチネンスを目指す協会として、日本コンチネンス協会を紹介している。また、コンチネンスアドバイザーの活動も紹介している。イギリスにおいては、1980年代頃より尿失禁に対する研究や対応が積極的に始まっており、コンチネンスアドバイザーという排泄ケアスペシャリストが生まれている⁷⁵⁾。日本におけるコンチネンスアドバイザーは、認定の確立がされておらず、イギリスでのコンチネンスアドバイザーのコースを終了し、実習経験を持つ約10名の者がコンチネンスアドバイザーと名乗って活動している現状である。そのため、総合的な排泄ケアの業務を行うコンチネンスアドバイザーの数はわずかであり、失禁外来を開設している一部の病院においては、看護婦がその役割を担っている現状である。谷川は、分娩期や更年期の時期の女性を対象としている助産婦へ、尿失禁に関する十分な指導とケアを提供して欲しいと述べている。

このように、尿失禁に対する助産婦の役割についてまとめた先行研究は、数が少ない現状であった。これは、日本で尿失禁がクローズアップされてきたのが1990年代に入ってからであるためと思われる。また、数少ない先行研究である小松ら⁷⁶⁾や近藤⁷⁷⁾の論文は、尿失禁のあるものに対する具体的な援助について書かれているものであった。そし

て、高島ら⁷⁸⁾の報告は、尿失禁のある1事例からの展開であるが、助産婦の役割について具体的に書かれている先駆的なものであった。しかし、尿失禁そのものが生命を左右するものでないため、知識の普及やタブー視されている環境の改善のための助産婦の役割について書かれているものはみあたらなかった。また、助産婦の尿失禁予防に対する役割について実態調査している先行研究も今回は、みあたらなかった。

尿失禁に対する助産婦の役割は、妊娠・分娩時の対応をいかにするのが大きく関わってくると考えられる。対応次第では、尿失禁の予防につながり、また反対に、失禁を増悪させることにもなり、極めて重要な役割となる。また、母親の尿失禁に対する価値観が子どもに影響することを考えると、その母親に関わる助産婦は、一般社会の尿失禁に対するタブー視を少しずつ変容させるための役割を担えるであろう。また、助産婦個人個人が尿失禁に対する影響を認識するようになれば、妊娠期間や分娩場面において、影響を取り除くための援助が実施できると考えられる。たとえば、分娩時の体位や会陰保護、呼吸法などの援助が尿失禁予防という観点からも実施していけるのではないかと考えられる。そのためには、尿失禁予防に対する助産婦の考え方や対応状況を調査する必要性がでてくる。谷川⁷⁹⁾が述べているように、まだ十分な指導とケアがなされていないのが現状であり、助産婦自身の意識改革の必要性があると考えられる。この視点からの調査も今後の課題となるであろう。

また、尿失禁予防に対する助産婦の役割について書かれている文献が少なかった理由の一つは、助産婦自身が妊娠・分娩時の尿失禁を問題視したとしても、対象者との関わりが一時的であることが多く、その後の経過や影響について継続して対応していけない現状があるからと考えられる。しかし、今後さらに

高齢化が進む中で、QOLの向上のための対策として助産婦としてできる尿失禁予防を視野に入れることは、非常に重要であると考えられる。このことは、女性自身が自分の健康についての正確な知識と必要な援助が得られ、自己決定し、自尊心を保ちながら自分の人生を過ごすことが大切であることから言える。

3. 今後の研究課題

以上のような先行研究の現状と問題点の中から、筆者自身への研究課題が4点あげられる。

- 1) 研究の中で使用する尿失禁の定義の検討。
- 2) 妊娠・分娩・分娩後の関連要因が比較可能な中高年者の選定。
- 3) 質問紙による潜在的な尿失禁経験者の素直な返答を得る方法の検討。
- 4) 中高年者への、妊娠・分娩・分娩後の状況に関する質問項目の検討。

このような課題に取り組むことによって、妊娠・分娩・分娩後にに関する要因と尿失禁の関連性を明らかにし、助産婦としてできる援助を具体的に考えていくための研究枠組みを考えていきたい。

4. おわりに

今回の先行研究の検討から、尿失禁に関連している要因には、様々な要因があり、まだ不明確な点が多いが、要因の中では、分娩や年齢が大きく関わっていることが示唆された。このことから、尿失禁の予防の立場から考えても、出産を控えている若い世代からの予防や出産前後を通しての対応、知識の普及が望まれる。産科学的技術と尿失禁との関連性については、統計学的検定方法にも問題があり、明確にはならなかったが、産科学的技術が多用されている日本の分娩状況を考えると、今後その関連性を検討することも重要な

課題となる。

また、尿失禁経験者の心理・社会・文化的側面の影響を考えると、タブー視されている現状にも目を向けなければならない。このタブーの状況をつくっている社会を総体的、客観的に分析するためには、異性がどのような価値観をもっているかも検討することが今後必要となる。

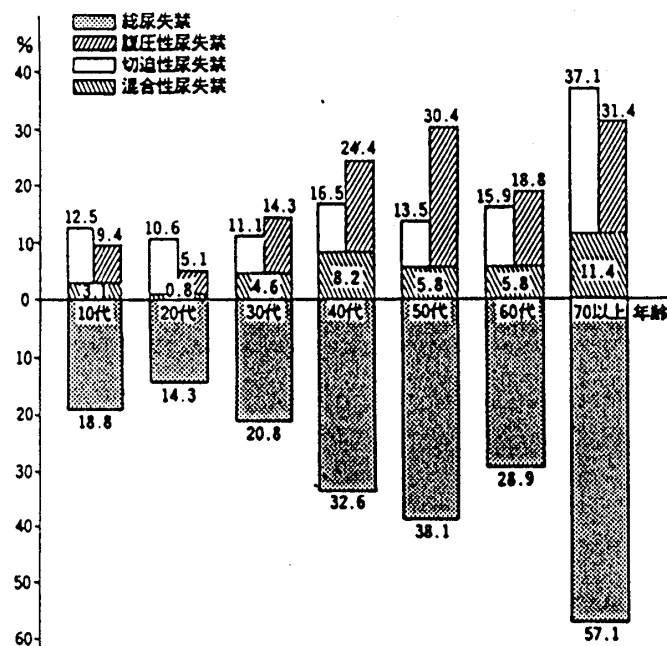


図1 年齢別尿失禁頻度
石河ら⁵⁾より引用

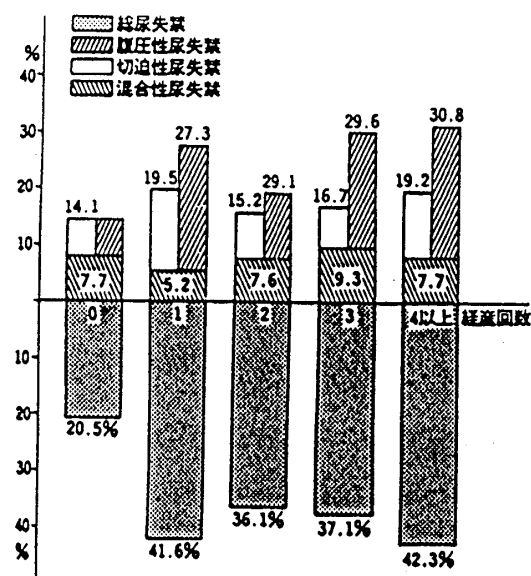


図2 経産回数別尿失禁頻度
石河ら⁵⁾より引用

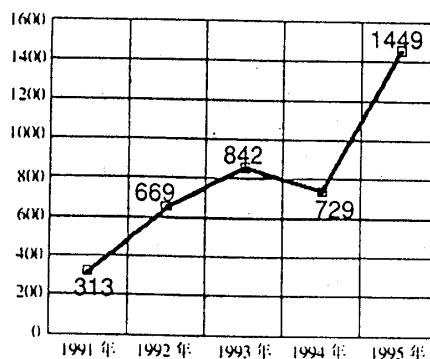


図3 年度別相談件数の推移
日本コンチネンス協会²⁸⁾より引用

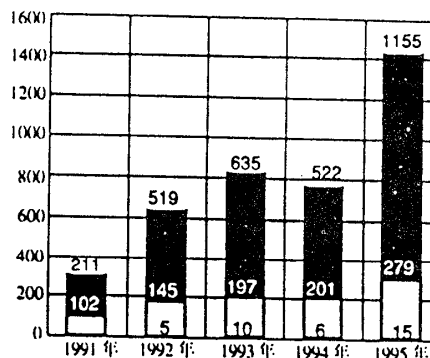


図4 男女別相談件数
日本コンチネンス協会²⁸⁾より引用
(黒女性数 白男性数 他不明)

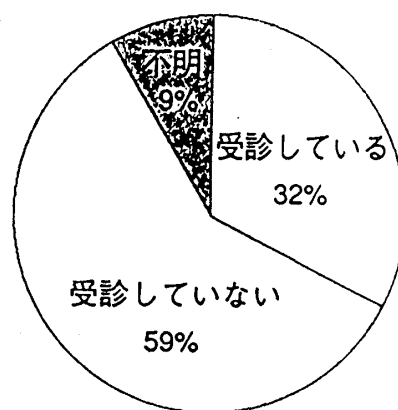


図5 医療機関への受診の有無
日本コンチネンス協会²⁸⁾より引用

註

- 1) 加藤久美子：就労女性における尿失禁の実態調査，日泌尿会誌，77：1501，1986.
- 2) 高井計弘：女性尿失禁の実態調査，臨床泌尿器科，41，393，1987.
- 3) 松本清一，笠原トキ子，鈴木倫：『イラスト・女性の運動』，167-168，文光堂，1991.
- 4) Richard, J. Millard 原著，東原英二監訳，『自分で治す尿失禁』，診断と治療社，1996.
- 5) 石河修，柴田幸子，他：尿失禁・尿閉，産後のトラブル 予防と治療①，ペリネイタルケア，Vol.11 No.3，191－199，1992.
石河修：妊娠・産褥期の身体変化とマイナートラブルー尿失禁・痔核・静脈瘤の予防ー，ペリネイタルケア，Vol.16. No.11，1025-1031，1997.
- 6) 西村かおる，『進め！おもらし世直し隊』，弓立社，1995.
- 7) 宮原春美，久保田健二：成人女性の尿失禁の実態とQOLの向上に向けて，母性衛生，第36巻3号，146，1995. 会議録
- 8) 前掲6)に同じ
- 9) 小林益江，中嶋カツエ，他：小・中学校女性教諭の尿失禁の実態，母性衛生，第39巻4号，370－374，1998.
- 10) 脇田勝次：産婦人科における尿失禁，高山赤十字病院紀要，第21号，16－21，1997.
- 11) 前掲5)に同じ
- 12) 福井準之助：女性尿失禁の疫学的調査，日泌尿会誌，77，707，1986.
- 13) Anders foldspang, Søren Mommsen, etc：Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy，Vaginal Childbirth, and Obstetric Techniques, American Journal of Public Health, Vol.89 No.2, 209-212, 1999.
- 14) David, H. Thom, Stephen, K. Van, Den. Eeden, etc：Evaluation of Parturition and Other Reproductive Variables as Risk Factors for Urinary Incontinence in Later Life, Obstet & Gynecology,

Vol.90 No.6, 983-989, 1997.

- 15) 渡邊美佐，安富優子，他：妊婦および褥婦の尿失禁に関連する因子に関する研究，母性衛生，第39巻1号，90－96，1998.
- 16) 坂口けさみ，武井とし子，他：妊娠・分娩に伴う排泄（排便・排尿）状況の変化について，母性衛生，第39巻1号，32－37，1998.
- 17) 尾田睦美，加藤節子，他：妊娠中および産後における頻尿・尿失禁の実態調査，母性看護，第28回，163－165，1997.
- 18) 前掲5)に同じ
- 19) 吉沢豊予子，上村真由美：褥婦の骨盤底筋力回復の為の骨盤底筋体操（ケーゲル体操）の効果ー初産婦を対象にしてー，母性衛生，第37巻2号，311－318，1996.
- 20) 村山陵子，山田正実，他：産褥期の尿失禁に関する調査＜第1報＞ー尿失禁の要因と妊娠中・産褥早期の実態調査ー，母性衛生，第38巻3号，224，1997. 会議録
- 21) 神永朋美，山本智美，他：妊娠産褥期の尿失禁に関する実態調査，母性衛生，第38巻3号，223，1997. 会議録
- 22) 前掲14)に同じ
- 23) 前掲5)に同じ
- 24) 前掲10)に同じ
- 25) 前掲9)に同じ
- 26) 前掲15)に同じ
- 27) 前掲15)に同じ
- 28) 前掲17)に同じ
- 29) 前掲13)に同じ
- 30) 前掲14)に同じ
- 31) 前掲9)に同じ
- 32) 前掲5)に同じ
- 33) 前掲15)に同じ
- 34) 上原茂樹，谷川原真吾，他：妊娠中および産後における尿失禁についての検討，産科と婦人科，60，1511，1993.
- 35) 前掲17)に同じ
- 36) 前掲10)に同じ
- 37) 池田しのぶ，小原祥子，上原茂樹：分娩

後の排尿障害発症に関するリスクファクターについての検討, 母性衛生, 第 36 巻 4 号, 489 - 493, 1995.

38) 中田真木: 分娩時尿失禁, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 34 - 40, 1997.

39) 前掲 20) に同じ

40) 前掲 13) に同じ

41) 前掲 14) に同じ

42) 前掲 38) に同じ

43) 前掲 5) に同じ

44) 前掲 13) に同じ

45) 前掲 14) に同じ

46) 前掲 9) に同じ

47) 前掲 15) に同じ

48) 前掲 10) に同じ

49) 小松浩子: 尿失禁のある女性患者の性に関する悩みと看護の対応, 看護技術, Vol.41 No.16, 42-46, 1995.

50) 小松浩子, 小島操子, 他: 尿失禁女性の性の充実を促すための看護モデル試案の作成と評価, 日本看護科学会誌, 第 16 巻 第 2 号, 394-395, 1996.

51) 小松浩子: 泌尿器科と性をめぐる問題, Urological Nursing, Vol.2 No.6, 1997.

52) 小松浩子, 小島操子, 他: 尿失禁女性の Sexuality の影響を測定する質問紙の作成と信頼性および妥当性の検討, 看護研究, Vol.29 No.5, 34-46, 1996.

53) 西村かおる, 『失禁のケア』, 中央法規出版, 1990.

54) 伊藤裕一, 近藤厚生: 女性の尿失禁と QOL, 産婦人科治療, Vol.69 No.5, 514-516, 1994.

55) 前掲 9) に同じ

56) 前掲 15) に同じ

57) 前掲 10) に同じ

58) 日本コンチネンス協会, 『失禁電話相談マニュアル』, 日本コンチネンス協会, 1996.

59) 前掲 5) に同じ

60) 前掲 15) に同じ

61) 前掲 19) に同じ

62) Carolyn, Sampselle.: 尿失禁 - 中年期女性のためのセルフケア, Quality Nursing, Vol.3 No.5, 114-119, 1997.

63) 東玲子, 湯浅美千代, 他: 尿失禁をもつ中高年女性のコーピングに関する研究, 看護研究, Vol.29 No.5, 61 - 72, 1996.

64) 前掲 53) に同じ

65) 前掲 62) に同じ

66) 前掲 14) に同じ

67) 前掲 58) に同じ

68) 前掲 49) -52) に同じ

69) 前掲 10) に同じ

70) 齋藤益子編著, 『ひろがる助産婦活動』, メディカ出版, 1999.

71) 前掲 49) に同じ

72) 高島美奈子, 野原ヒロ子, 平尾静江: 尿失禁ケア-助産婦のかかわり, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 14-22, 1997.

73) 近藤厚生: 助産婦と尿失禁治療, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 50-55, 1997.

74) 谷川由美子: 女性と尿失禁-QOL改善のために, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 9-13, 1997.

75) Ray Addison: The changing role of the continence adviser, British Journal of Nursing, Vol.5 No.6, 361-363, 1996.

イギリスにおいて、失禁の予防的なアプローチが強調されており、また、失禁で苦しむ人々の要求に対応するための必要性として、CA (コンチネンスアドバイザー) が現れてきた状況が述べられている。そして、よりよい援助の提供を行うために、CAの問題点と今後の課題が書かれている。その問題点と課題は、①タブー視されているコンチネンスアドバイザーという名前が今後の障壁となる可能性、②医療活動の強化、③学問的な教育と資格の確立、④専門的なCAの役割と現場の実践看護婦 (副専門家) の位置づけの 4 点である。

- 76) 前掲 49) -52) と同じ
- 77) 前掲 73) に同じ
- 78) 前掲 72) に同じ
- 79) 前掲 74) に同じ

参考文献

- 1) 坂間伊津美, 小松美穂子, 他: 妊娠期および子育て期における女性の尿失禁に関する研究, 母性衛生, 第38巻3号, 223, 1997. 会議録
- 2) 竹田昌恵, 草木かおり, 他: 妊娠中の排尿障害に関する研究(第1報)～妊娠中の排尿障害の実態～, 母性衛生, 第36巻3号, 144, 1995. 会議録
- 3) 皆川貴子, 草木かおり, 竹田昌恵, 他: 妊娠中の排尿障害に関する研究(第2報)～妊娠中の排尿障害に影響する因子～, 母性衛生, 第36巻3号, 144, 1995. 会議録
- 4) 藤沢範子: 産婦の腹圧性尿失禁の実態調査, 母性衛生, 第36巻3号, 145, 1995. 会議録
- 5) 早川岳人, 鎌田昭二郎, 他: 滋賀県甲賀郡における尿失禁に関する実態調査, 日本公衆衛生雑誌, 44巻10特別付録, 1997. 会議録
- 6) 佐々木夏枝, 星旦二: 在宅高齢者の尿失禁重症度に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 44巻10特別付録, 1997. 会議録
- 7) 吉田和子, 湯浅千鶴, 他: 「女性のための尿失禁リハビリ教室」実施報告, 日本公衆衛生学会誌, 44巻10特別付録, 1997. 会議録
- 8) 江本厚子, 飯田澄美子, 他: 中高年女性雇用労働者の尿失禁と保険行動(第2報), 日本公衆衛生雑誌, 44巻10特別付録, 1997. 会議録
- 9) 野村美佳, 小松浩子, 他: 尿失禁女性の Sexuality への影響に関する質問紙の開発, 日本更年期医学会雑誌, 4巻 Supp1, 83, 1996. 会議録
- 10) 岸本廉夫, 新谷恵司, 他: 排尿障害と閉経, 更年期障害との関連ならびにエストロゲンの治療効果, 日本更年期医学会雑誌, 4巻 Supp1, 83, 1996. 会議録
- 11) 岸本廉夫: 尿失禁対策, 日本産婦人科学会雑誌, 49巻11号, 259-262, 1997.
- 12) 中谷久恵, 福島哲仁, 他: 中高年の排尿異常の実態とケアの課題, 日本農村医学会雑誌, 第47巻 第5号, 701 - 707, 1999.
- 13) 坂東玲芳: 農村高齢者の尿失禁－患者, 老人施設入所者との比較－, 日本農村医学会雑誌, 第46巻 第6号, 958 - 966, 1998.
- 14) 國分二三男, 後藤秀世, 他: 女性気管支喘息患者の尿失禁に関する実態調査, Therapeutic Research, Vol.19 No.6, 361 - 365, 1998.
- 15) Cheryle B.Gartley 編, 阿曾佳郎監訳, 『尿失禁のコントロール “やればできる”』, 南江堂, 1990.
- 16) 東京都老人総合研究所編, 『失禁の原因と対策』, 東京化学同人, 1994.
- 17) 横山英二, 西村かおる, 『尿失禁、あきらめないで』, (株) 保健同人社, 1993.
- 18) 小松浩子: 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, Vol.29 No.5, 3-13, 1996.
- 19) 鎌田ケイ子: 尿失禁アセスメントツールの開発過程, 看護研究, Vol.29 No.5, 15-33, 1996.
- 20) 宮地系典, 井沢明, 他: 女性の腹圧性尿失禁, ペリネイタルケア, Vol.16 No.4, 46-48, 1997.
- 21) 深谷保男: 健康女性の腹圧性尿失禁, 医学のあゆみ, Vol.173 No.8, 718-719, 1995.
- 22) 瑪依努爾, 進純郎, 他: 中高年女性の尿失禁とその対策, 産婦人科治療, Vol.76 増刊, 409-414, 1998.
- 23) 池田しのぶ, 上原茂樹: アンケート調査による分娩直後の排尿障害に関する検討～第2報, 母性衛生, Vol.35 No.3, 155, 1994. 会議録