

水すいえん焰

第6号

2006.12.1

協立リハビリテーション病院
広報委員会

〒997-0346
山形県鶴岡市上山添字神明前38
TEL.0235-78-7511 FAX.0235-78-7515
http://www.turuoka-kyoritu-hp.or.jp
E-mail:smcrh_ga@yamaikyoo.or.jp

理念

障害があっても人間としての尊厳をもって生きることを支援する
リハビリテーション医療・介護をめざします。

高齢者の4つの巨人と2つの課題への挑戦 ⑤

院長 茂木 紹良

失禁

尿失禁は、かつてありふれた症状であったが、関心が向けられることは少なかった。今では専門的関心も高まり一般的な認識もありガイドラインも公表されている。しかし、医療現場では、看護・介護体制の保障がないため（特に夜間）知識と実践の間に溝が存在している場合もある。さて、入院中におこる一過性の尿失禁は、1)精神錯乱状態・譫妄、2)尿路感染症、3)萎縮性膀胱炎や尿道炎、4)常用薬剤、5)精神的、6)多尿、7)運動制限、8)便秘などで起こる。これらは、原因の除去でほとんど改善するはずである。しかし、高齢者の場合は、慢性的尿失禁を既存障害として合併している場合が少なくなく、病院では尿失禁は見逃されやすい傾向にある。この尿失禁は、いくつかのタイプに分類されている（表1）。次に尿失禁の心理にふれたい。尿失禁は、当事者に羞恥、罪悪感や失敗の意識を生み出す。ほとんどの介護者は、失禁の後始末を慎重に行い、患者を咎めることがないように心がける。そして、積極的に励まし、失禁しないことに成功したことをたたえることは、間違いなく失禁の頻度を減らすことになる。一方、失禁を迷惑なもの、あるいは予防可能な非行老人の罪とし、「どうしてもっと早く私を呼ばないの?」と問いかけをすることは、好ましくない結果を招く。それは、抑うつ気分を増悪させ、他人事や無頓着な態度を生み出したりする。そして泣き出したり、ののしり語で怒りを表したりする。実際、回復期の現場では、尿意に気づくことが非常に重要である（重度の失語、意識障害、譫妄が多い）。なぜなら、尿意がある人とならない人では、対応が異なるためである。当院では、1990年代からの尿意確立の看護基準を実践している。以前は、機能的尿失禁が、殆どであったので改善率は約70%であったが、高齢化率の上昇に伴い、量的な改善にとどまるケースも少なくない。しかし、私たちは、初心を忘れず、この課題に挑戦し続けたいと考えている。失禁患者を多く抱える病棟のマネジメントには、正しい心理学的環境の創出とその維持、そして天使のような忍耐と温厚なスタッフが必要である。

失禁のタイプ	病 態	入院生活上の問題
a. 切迫性尿失禁	強い不随意排尿筋収縮が括約筋の閉鎖機序を上回り急に尿意を感じ漏れる。機能的尿失禁の合併で夜間病棟は、たいへん。	夜間コール頻回（空振りも多い）
b. 腹圧性尿失禁	括約筋機序の低下のため、軽度の膀胱内圧の上昇（席や起立等）で尿が漏れ出る。	あまり問題ない。
c. 溢流性尿失禁	尿の膀胱からの排出する筋力低下があるため、尿を出し切れず常に膀胱に尿が残る（残尿）。また、膀胱の感覚も低下しているため、貯まっても気づかず、規定容量を超えた尿は漏れ出す（残尿があるので、すぐ膀胱は充満状態となり同時頻尿となる場合もある：切迫性尿失禁の合併）。	頻尿と残尿で、間欠導尿を必要とする（空振りコールと処置）
c'. 溢流性尿失禁	尿道などの下部尿路閉塞で膀胱内に大量の尿を蓄積させ尿が漏れ出す（前立腺肥大など）。	空振りコール頻回と時に導尿
d. 機能性尿失禁	手足の活動制限や環境要因（排泄場所へのバリア）で膀胱機能と関係なく起こる失禁でリハビリの対応が有効であるが、高齢者では他のタイプの尿失禁を合併することが多く、QOLの改善や失禁量を減らすことが目標となる場合も多い。膀胱留置カテーテル必ず抜ける。	失禁に対する不安が強いとコール頻回であるが、排泄動作自立すれば○。
e. 反射性尿失禁	中枢神経の異常（多くは、脊損）に伴う場合、なんら兆候も、尿意もなく尿が漏れることがある。排尿筋・外尿道括約筋協調不全（例えば、脳卒中では、尿意があり、便器に座り排尿し、終了したと思いつち上がると排尿が再び始まり、便器の周辺を汚す）があり、多量の残尿、膀胱尿管逆流症、尿路感染症を繰り返し泌尿器科的管理を要する病態であることがしばしばある。	カテーテル挿入が継続されることが多い。間欠導尿の指導

注：排泄動作が自立しなければ、夜間の看護・介護量の上昇につながる。尿意のある人の8割は、排泄動作が自立すると言われる。

地域連携クリティカルパスに取り組んで

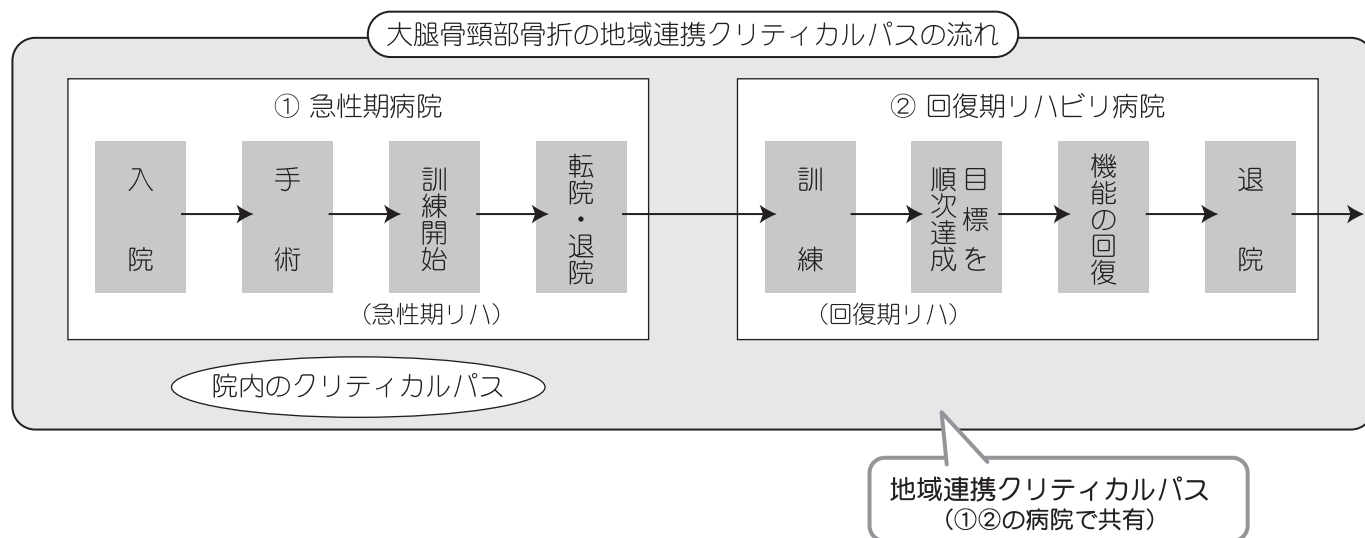
クリティカルパスとは、良質な医療を効率的に安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表のことで、診療の標準化、根拠に基づく医療の実施、インフォームドコンセントの充実、チーム医療の向上等の効果を期待して実施されるものです。

地域連携クリティカルパスとは、急性期の病院から回復期の病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有し用いるもので、診療に当たる複数の医療機関が、あらかじめ診療内容を患者様に呈示、説明することにより、安心して医療を受けることができるようにするものです。

回復期の病院では患者様がどのような状態で転院されるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査等を行わずに、転院早々から効果的なりハビリを実施できることとなります。

鶴岡地区では、今年7月より、鶴岡市立荘内病院、同湯田川温泉リハビリテーション病院、当院の3病院で、大腿骨頸部骨折の患者様の地域連携クリティカルパスが開始されました。10月までに40名以上の方に活用されています。3病院による研究会を毎月開催し、パスの内容やシステムを検討、改善を重ね、現在に至っています。

効果判定はこれからの課題になりますが、この取り組みを通して病院間の連携が強められたことは確かです。運用に当たっての課題もあり、効果判定もみながら対応を検討していくことが必要となっています。



委員会活動紹介

院所利用検討委員会

当院では、患者様、ご家族様や投書箱から寄せられる苦情、要望、意見等について検討する院所利用検討委員会があり、解決、改善やサービス向上に向けて活動しています。

委員は、当院を利用の患者様、日頃当院の運営を支えて頂いている地域の組合員さん、ボランティアさんにお話し、率直なご意見を戴いています。

11月開催の委員会では、「食事にカルボナーラを出してほしい」「1階トイレのハンドソープの中身がない」ことなどが出され、それぞれ、選択メニューでの対応、担当業者への申し入れを行うことなどが確認されました。

意見、要望、苦情は私たちにとっては宝物です。サービスや質の向上にとって欠かせないものであるという認識で、大切にしていきたいと考えています。多くの皆様より、どんな小さなことでもご意見、ご要望等をお寄せ頂きたいと思っています。

