

# 平成 18 年度 尿失禁外来活動報告と今後の課題

中 3 階病棟 小深田 智子

## I はじめに

尿失禁とは、「不随意的尿漏れが衛生的・社会的に問題となり、それが客観的に認められる状態」と国際尿禁制学会は定義づけている。尿失禁の発生頻度は健康女性で 30%、男性で 5% といわれている。また高齢化社会に伴い、認知症や運動機能低下による高齢者尿失禁の発生、糖尿病や脳血管障害の合併症による尿失禁の発生など、罹患率は高くなっている。尿失禁の多くが生命予後に重要な影響をきたす疾患ではないが、患者または介護者の生活にさまざまな影響を及ぼす。最近では生命予後に対する影響に関わらず、QOL に支障をきたす疾患も治療・ケアを受ける権利があるとする社会的意識の高まりから、尿失禁外来を設ける施設は増えている。

当泌尿器科外来では尿失禁外来を平成 14 年より設けて取り組んできた。表 1 のように年々患者数が増加し、対象疾患も増加傾向（表 3・5・7 参照）にあるため、専門外来としての治療・ケアの役割は高くなっている。そこで平成 18 年度の取組みを振り返り、今後の課題を明らかにしたので報告する。

## II 尿失禁外来の活動内容

### 1. 目的

排尿障害をもつ患者が QOL 向上を目指して問題解決ができるために専門的支援を行う。

### 2. 目標

- 1) 個々のニーズを捉えて適切な情報提供を行い、治療法の自己決定ができるよう援助する。
- 2) 行動療法・保存療法の動機づけができ、継続的フォローアップができる。
- 3) 生活指導を通して、自己管理の方法がわかり、実行できるよう援助する。
- 4) 潜在的に尿失禁をもつ患者が受診しやすい環境を整える。

## 3. 尿失禁外来の概要

- 1) 診療日 毎週金曜日 完全予約制
- 2) 人員構成 泌尿器科医（主治医制）  
尿失禁外来専任看護師 1 名
- 3) 診療環境 ストーマ外来で実施  
排尿機能検査は泌尿器科外来

## 4. 実施状況

表 1～8 参照

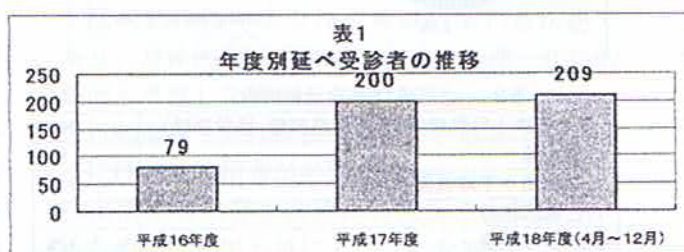


表 2 <男女比及び平均年齢>

	平成 16 年		平成 17 年		平成 18 年	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
平均年齢	66.8	65.8	68.8	67.1	68.7	66.8
性別割合	8%	92%	12%	88%	13%	87%

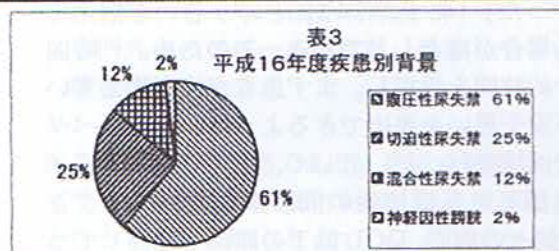


表 4 <平成 16 年度活動内容>

薬物療法＋行動療法(骨盤底筋訓練・膀胱訓練)	75%
行動療法	13%
自己導尿指導	3%
排尿機能検査	9%

(重複あり)

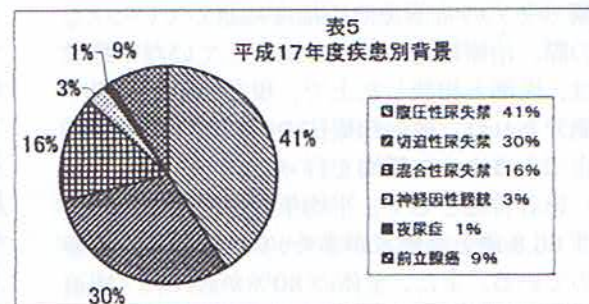


表6 <平成17年度活動内容>

薬物療法+行動療法(骨盤底筋訓練・膀胱訓練)	63%
行動療法	10%
自己導尿指導	5%
排尿機能検査	10%
前立腺全摘オリエンテーション	8%
排尿管理指導	4%

(重複あり)

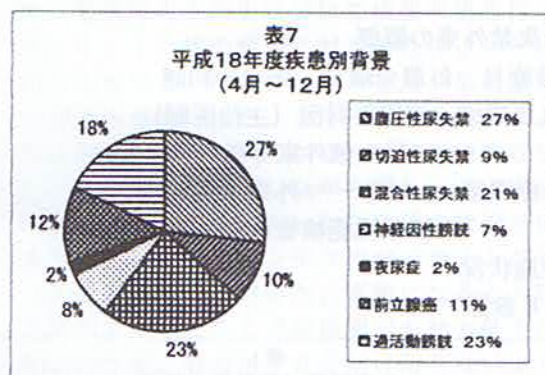


表8 <平成18年度活動内容>

薬物療法+行動療法(骨盤底筋訓練・膀胱訓練)	46%
行動療法	8%
行動療法+干渉低周波治療	13%
自己導尿指導	5%
排尿機能検査	12%
前立腺全摘オリエンテーション	8%
排尿管理指導	8%

(重複あり)

1) 初診時の患者は、「今まで誰にも相談できなかった」「恥ずかしい」という思いを抱えている場合がほとんどである。そのため、一時間の予約時間を設定し、まず患者が現在抱えている不安や思いを表出できるように、患者のペースで面接を行った。そして、尿失禁ガイドラインに準じた基礎情報の問診票を使用することで、個々の病態、QOL低下の原因を把握してニーズを捉えた。それに基づいて、治療法・ケアの情報提供を行い、患者が治療・ケアを自己決定できるように援助していった。

再来患者では、原則30分の予約時間を設け、治療・検査を進めていくと共に、症状の変化や治療・ケアの希望をその都度確認していった。その際、治療経過に対して満足していない患者には、医師と相談した上で、現在の治療状況や可能であれば、他の治療法の紹介を行い、自己決定できるように援助を行った。

2) 患者特性として、平均年齢が男性68.7歳、女性66.8歳と高齢者が多く、女性が8割以上を占めている。また、全体の80%が腹圧性・切迫性・混合性尿失禁、過活動膀胱患者で、67%が行動療法(骨盤底筋訓練・膀胱訓練)の適応となる患者であった。行動療法では動機づけと自己効力を高めて継続できることが大切である

ため、段階的に目標設定を行い、継続的指導を行った。行動療法では92%に改善がみられ、患者の満足が得られた。評価方法は問診で症状の変化を確認し、過活動膀胱や切迫性尿失禁症例ではOABSS(過活動膀胱症状スコア)を用い、客観的評価を行った。必要時は排尿日誌を記入してもらい評価を行った。QOLの評価としては、ICIQ-SF(QOL評価質問票)を用い、定期的に行った。

また、保険適応となっている干渉低周波治療が導入され、行動療法と併用して実施している。

保存療法である自己導尿指導やカテーテル管理において、動機づけと手技の確立、自己管理ができることを目標に指導を行った。今年度は対象者が全て入院中の患者であったため、各病棟の受け持ち看護師と連携をとり、情報交換を行いながら指導を行った。

これらの行動療法・保存療法においては、医師と十分に連携をとり、治療効果の評価を行いながら進めていった。

3) 生活指導は、症状とともに生活背景を確認し、行動療法の一環として行った。肥満・便秘・運動不足などの尿失禁発生要因がないか、情報収集で確認し、尿失禁の発生要因となる因子について説明を行った。腹圧性尿失禁症例では、尿失禁の発生により、不安で外出や旅行を控えてしまう、趣味やスポーツをやめてしまうなど運動不足につながる行動がみられた。また、切迫性尿失禁症例では急に襲ってくる尿意や尿失禁に不安を抱えながら生活を送っており、外出を控える、常にトイレのことを考えるため旅行や趣味が楽しめないなど、心理的影響も及ぼしていた。更に全ての疾患に共通して、尿失禁を回避するために水分を控えるという行動がみられた。そのため、来院時に問診を行い、QOL評価表を用いて不安の程度を確認し、生活の改善への準備ができているか判断し、指導を進めていった。

4) 尿失禁をもつ患者は「恥ずかしい」「自分一人ではないか」「どこに相談したらいいかわからない」といったことで、適切な対応を受けずに悩んでいる患者は多い。そこで、泌尿器科初診女性に対し、通常の間診票と合わせて排尿に関する症状と、それによる生活への支障度、希望を問う内容の間診票を使用し状況を確認した。その中で排尿障害があり、現状に満足していない患者に対し、診察時に医師より治療やケアができる専門外来の紹介を行い、対応方法がわからないといった潜在的な患者を受診行動につなげるようにした。

### III 評価

目標 1~4 にそって以下に評価する。

1 初診時はゆっくり時間をかけ、思いを表出できるように患者のペースで面接を行うことで、信頼関係を築くことができた。更に患者の満足度、治療、ケアに対する思いをその都度確認し、必要な情報提供を行うことで、自己決定への援助ができた。その結果、改善率や満足度が高く治療の継続ができたと考えられる。小松は行動療法を支えるには主体的な自己コントロールが必要<sup>1)</sup>と述べており、患者の心理面を理解したアプローチが必要である。

また、面接時は患者が抱えている思いを表出できるよう支持する環境が必要であり、単に病態を把握するだけではなく、受容する姿勢が必要である。

2 行動療法の継続的指導は効果があり、患者満足度は高く、QOLの向上につながった。表3~6のように過去2年間の患者背景、治療・ケア内容からも、腹圧性・切迫性・混合性尿失禁などの排尿障害が90%近くを占めており、そのうち98%が行動療法の治療が適応となっている。岡村は行動療法・保存療法において、理念をよく理解しているものが、指導・教育的介入をすることで治療効果に多いに結果をあげる<sup>2)</sup>と報告している。女性特有の腹圧性・切迫性・混合性尿失禁の発生頻度は高く今後も引き続き取り組みが必要である。

また、自己導尿指導など保存療法では受け持ち看護師や担当看護師と連携をとり、一緒に指導を行ったり、ケア方法を考えながら進めていくことが、現場でのスタッフ教育に繋がっていると考える。

3 尿失禁による不安により、尿失禁の発生要因となる運動不足、水分を控えるなどの行動につながり、尿失禁を悪化させる状態を導く悪循環となっていた。このことから、一方的に指導を行い、行動変容を求めるのではなく、まず症状の改善を図り、患者の不安が軽減でき、自信がついたという評価のもと、指導を進めていったことが患者の行動変容につながった。その結果、行動療法と合わせて生活改善ができ、尿失禁の改善につながるようアプローチができた。

4 新患女性に限り、問診票を使用することで、潜在的に悩んでいる患者を把握することができ、適切な治療・ケアの導入ができた。しかし、現在は発生頻度が高い女性尿失禁への対策として、新患女性を対象に実施しているため、全ての潜在的患者を受診行動につなげることができているとは言い難い。尿失禁は適切な治療、

ケアを受けることで改善できるという意識が社会的にも広まり、一般の人々にも広く認知される健康問題になってきている。しかし、尿失禁自体が個人の尊厳に関わり、他人に容易に相談できない悩みであることに加えて、どの医療機関や診療科で受診すべきかわからないなどの理由から受診率は決して高くない。そのため尿失禁に関する正しい情報を普及させるとともに、専門外来の存在をアピールするための方法を検討し、潜在的な尿失禁患者が受診しやすい環境を整えていく必要がある。

現在、当院では専任看護師が一人であるため、患者の増加に伴い、今後は尿失禁ケア専門職の育成が必要である。

### VI 結論

1 尿失禁は羞恥心を伴う尊厳に関わる疾患であり、身体的側面だけではなく、心理・社会的側面も考慮した援助が必要である。

2 行動療法・保存療法を支持し、改善を期待するには継続的指導が必要である。

3 生活指導内容を含めた行動療法を促進させるためには、尿失禁による不安を取り除く援助が必要である。

4 今後も潜在的尿失禁患者を受診行動につなげる取り組みが必要である。

### VII 今後の課題

1 尿失禁ケアの専門職者の育成

2 専門外来のアピールを行い、受診しやすい環境を検討する。

### V おわりに

尿失禁はQOL疾患であり、患者を理解し、まず受容することが大切である。単に尿が漏れるという事実が問題となっているのではなく、それによって引き起こされる身体的・心理的・社会的側面への影響を考えなければならない。

尿失禁外来看護師は尿失禁の問題を切り口に専門的知識を活用して、その患者を取り巻く環境全てに目を向けて、表面化されていない本当のニーズを見逃さずに援助していく姿勢が大切である。

### <引用・参考文献>

- 1)小松浩子:尿失禁を持つ人への行動科学アプローチ 行動療法に焦点をあてて 看護研究 1996 P3-13
- 2)岡村菊夫他:高齢者尿失禁ガイドライン P26
- 3)編集:泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班 尿失禁診療ガイドライン
- 4)編集:日本排尿機能学会 過活動膀胱診療ガイドライン
- 5)小松浩子他:尿失禁ケアにおけるEBNの展開
- 6)メディカ出版:ウロナーシング 2003.10. Vol 8