

演題名	トイレ移乗ができる患者の尿失禁をなくす		
施設名	花川病院	発表者(職種)	なつぼり あやか 夏堀 彩華 (看護師)
チーム名	Flower river		
取り組み種別	問題解決型		
分類	④無駄の削減や能率向上、業務環境の改善をめざすもの		
改善しようとした問題課題	看護部では排泄の自立を目標にしている。しかし、トイレ移乗がリハビリ中には出来るのに失禁してしまう患者がいることに疑問を感じた。現在はトイレ誘導についての統一したルールが無く、担当者に判断が委ねられている。失禁せずに過ごせるよう統一した対策をする必要があると考え、活動に取り組んだ。		
改善の指標とその目標値	(指 標)トイレ移乗のFIMが2点以上で尿失禁をしている患者11名 (目標値)日中の尿失禁をゼロにする		
実施した対策	①病棟スタッフが高齢者の尿失禁を正しく理解する ②尿失禁のタイプと排尿パターンを把握する ③個別の排尿誘導をする ④リハ、NS、CWが綿密にコミュニケーションをとる ⑤リハからの伝達方法を統一する		
改善指標の対策実施前後の変化	(実施前)トイレ移乗のFIM2点以上で尿失禁している患者11名 (実施後)10月末に11名中8名改善。1名退院、2名に追加対策を行なった。11月末までに全員が失禁ゼロになった。		
歯止めと標準化	マニュアルを作成し、排泄委員会がTQM活動終了後は管理する。適切に評価・運用されているかは、チーム会議で話し合い確認する。新入職員には、主任(看護・介護)がマニュアルを説明する。		
活動の種類 ※複数選択可	②複数の職場が連携した活動 ③テーマに合わせて形成したチーム活動	チーム メンバー (職種)	1 夏堀 彩華 看護師 2 田村 亜佑美 看護師 3 山本 路子 看護師 4 中田 彩乃 理学療法士 5 石島 智也 作業療法士 6 皆川 直己 介護福祉士 7 松田 直貴 介護福祉士 8 江上 文人 介護福祉士 9 向當 愛 介護福祉士 10 須藤 佳祐 介護福祉士 11 松田 洋子 看護師 12 憲 克彦 医師
活動の場 ※複数選択可	①診療部門 ②支援部門		
活動期間	平成 29 年 5 月 ~ 12 月		
リーダー名 (職種)	江上 文人 (介護福祉士)		
活動回数	12 回		

【現状把握】

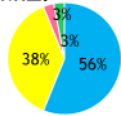
当院回復期リハビリ病棟のオムツ使用割合は31%であるが入院時から尿失禁があっても排泄介助に対する決まりはなく、看護師個人の判断に任されている状況である。

そこでアンケートを実施し、失禁に対する意識や排泄介助について確認した。

アンケート結果から看護師は尿失禁について諦めの意識があることがわかる。また、トイレ誘導するタイミングについてはリハビリの考える開始時期より遅くなってしまっていることがわかった。

【現状把握：3】 アンケート調査結果②

3、トイレ誘導を開始するきっかけ (看護師・介護士)

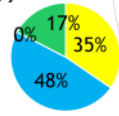


- 普段同じ時間に失禁がある → 56%
- 移動・移乗が上手になった → 38%
- 夜間全く起きない → 3%
- その他 → 3%

- ・普段同じ時間に失禁しているから → 56%
- ・移動・移乗が上手になったから → 38%

看護師や介護士の直感で誘導を判断！？
これでは看護やケアの質がバラバラに・・・

4、病棟でのトイレ誘導のタイミング (リハビリ)



- 遅い
- 妥当
- 早い
- その他

その他 (17%) の自由記載
・時折遅い。
・担当により左右される。
・担当の人による。
・遅くなりがちだけど、現実問題としてマンパワー不足もある。

【現状把握：2】 アンケート調査結果①

1、失禁に対する意識 (看護師・介護士)

年齢を重ねれば失禁をするのは仕方ない：約46%

* 先行研究でも、看護師・介護士は、約45%が「尿失禁は病的なものと思わないから仕方ない」と答えている。

2、認知症患者の失禁に対する意識 (看護師・介護士)

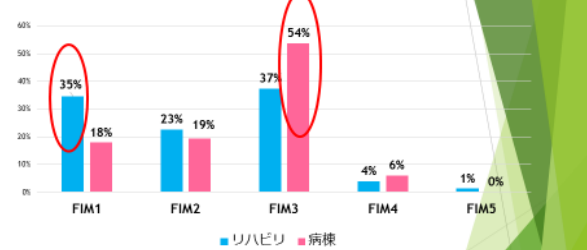
* 介護士44%：失禁せずにトイレで排尿させたい

* 看護師77%：退院先の介助状況に応じてトイレ誘導を行うか決めている

【現状把握：4】 アンケート調査結果③

5、FIMトイレ移乗が何点でトイレ誘導しようと思うか？

(リハビリ・病棟)



病棟はFIM3点が54%、リハはFIM1点でもと答えた人が35%

この差が病棟でのトイレ誘導が遅いとの結果に繋がっている。

【目標設定】

病棟のマンパワーを考え、対象患者をの選定を行い、目標を設定した。

- ① 8月末現在、昼夜尿失禁している患者
- ② 退院までに2ヶ月以上回復期期限を残している
- ③ 泌尿器科に受診中の患者及び内服治療中の患者を除く
- ④ トイレ移乗のFIM2点以上

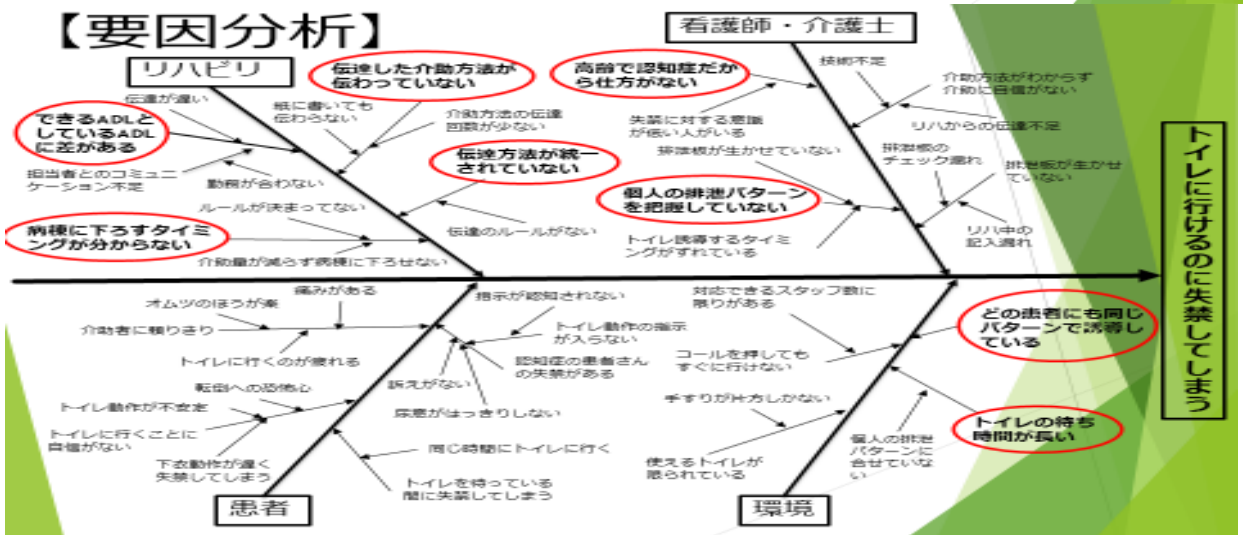
【目標設定】

10月末までに

FIMのトイレ移乗が2点以上で尿失禁がある患者11名の
日中の失禁をなくす

【要因解析】

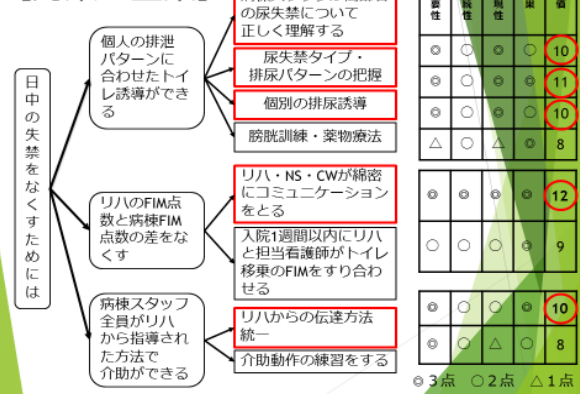
【要因分析】



【対策の立案と実施】

高齢者尿失禁ガイドラインを活用し、病棟スタッフの取り組みやすい行動療法の中の排泄介助に重点を置いて活動することに決定した。尿失禁タイプの把握を行い、定時誘導を開始する。6日間の定時誘導後個人の排泄パターンに合わせて誘導時間を変更してトイレ誘導をした。コミュニケーションの問題ではリハ・NS・CWそれぞれ勤務が合わず情報交換が円滑に出来ないためチームメンバーに伝達できるようチームと出勤者を明確化した。また、排泄介助方法の伝達マニュアルを作成した。

【対策の立案】



【対策の実施：1】

対策	いつ	誰が	誰に	どこで	何を	どうする
1.病棟スタッフが高齢者の尿失禁を正しく理解する	9/20 ~ 10/31	TQMメンバー	病棟スタッフ	病棟	排泄ケアマニュアルを	作成し周知する
2.尿失禁のタイプと排尿パターンを把握する	9/20 ~ 10/31	TQMメンバー	対象患者	病棟	排尿チェック表と排尿チャート表を	つける
3.個別の排尿誘導をする	10/1	病棟スタッフ	対象患者	病棟	個別の排泄チャート表で	トイレ誘導する
4.リハ・NS・CWが綿密にコミュニケーションをとる	10月から	TQMメンバー	病棟スタッフ	掲示板に	写真つきの名札を	チーム別に表示する
5.リハからの伝達方法を統一する	10月から	TQMメンバー	病棟スタッフ	病棟	トイレ介助方法伝達マニュアルを	作成し周知する

【対策の実施：2】

高齢者尿失禁ガイドラインの治療の中から病棟スタッフとして関わりやすい“排泄介助”を選択して取り組んだ

- ↓
- 排泄介助①時間誘導
 - ②パターン誘導
 - ③排尿習慣の再学習

【対策の実施：3】

▶ 排尿チェック表（尿失禁のタイプを分類）

排尿チェック表

この部分をクリックすると、自動記録用紙のチェック表が開きます。

日付： _____ 名前： _____

No	項目	○/×	尿失禁のタイプ	排尿回数	排尿量	排尿時間
1	排尿を誘えない状態が1日から多い		急激性	1.0	0.0	
2	尿をこぼし、尿を感知する音が聞かれる		急激性	2.0	0.0	
3	尿がたまり、尿がたまり、尿がたまり		急激性	4.0	0.0	2.0
4	排尿を誘えない状態が1日から多い		急激性	2.0	0.0	
5	排尿を誘えない状態が1日から多い		急激性	2.0	0.0	
13	排尿を誘えない状態がある		急激性	2.0	0.0	

1-13の合計点 _____

引き算点 _____

総計点 _____

チェック結果 _____

45

排泄ケアマニュアル：名古屋大学排泄情報センターより引用

【対策の実施：4】

排尿パターンの把握(6日間) → 個別の排泄誘導

名前	花川 太郎	様	排尿チャート表					
日付	10	11	12	13	14	15	16	
9/20	(-)	✓		○		✓		10時誘導したが尿量なし
21	K	○	(-)		○			10時誘導に拒否あり 11時尿量誘えあり誘導
22	○	✓		(-)		○		10時誘導あり誘導
23	○	K		○		✓		10時尿量誘え誘導 14時尿量誘え誘導
24	○	△		○		✓		12時尿量誘え誘導 尿量あり
25	K	○	○	(-)		○		

【対策の実施：5】

コミュニケーション対策



【対策の実施：6】

・トイレ介助方法伝達マニュアルを作成

実際の指導風景

トイレ誘導対象者には排泄評価中という札を補助具に付け分かりやすくした。



【効果の確認】

10月末までに対策を行った患者の8人が失禁しなくなったが、1名は対策途中で退院、他2名には失敗の原因を分析し、追加の対策を行った。すると残りの2名も失禁がなくなり目標達成した。

今回排泄介助に取り組み、病院のオムツ使用患者の改善率が増加した。また、尿意を訴えられるようになったり、昼のみでなく夜間も失禁せずトイレに行く事ができるようになった患者もいた。

【追加の対策】

再チャレンジ期間11/7～11/18

失敗3名のうち1名退院、残り2名に対し実施

- ①声かけと説明をして再学習
- ②1時間おきの誘導に変更

2名失禁無し！！
目標達成！！

【標準化と管理の定着】

排泄ケアマニュアルをTQMメンバーが作成し、活動終了後は排泄委員会で管理する。

対象患者の選定や誘導が正しく行えているか月に1回あるチーム会議で評価していく。

新規入職者には主任がオリエンテーションでマニュアルについて説明することとした。

【反省と今後の進め方】

患者のQOL向上に繋がる課題に取り組む事ができ、既存のガイドライン等でエビデンスに基づいた対策が行えた。

実際に対策を行うとTQMメンバー以外への対策の周知が十分ではなかった。今後は排泄委員会で管理と指導をすることで全職員に周知し、ケアの向上を目指したい。

【効果の確認：1】



・10月末までトイレ誘導した患者11人

成功 8人

失敗 3人

成功者の失禁のタイプ
機能性 5名
機能性+切迫性 1名
機能性+溢流性 2名
成功までの期間：
平均10.3日

失敗した原因は？
・最初のパターン決定の再評価がきちんと出来ていなかった
・拒否があるから連れて行かなかった

【効果の確認：2】

＜有形効果＞

オムツ使用者の改善率：昨年度同期間より3%アップした。

＜無形効果＞

- ▶ 個人に合わせたトイレ誘導を行うことで、患者さん個人にあわせたケアを意識するようになった。
- ▶ 病棟、リハ各々のチームを明確にする事でよりチーム内の患者さんを意識するようになった。

＜波及効果＞

- ▶ 「リハスタッフとのコミュニケーションが取りやすくなった。」との声が聞かれた。
- ▶ 尿意の訴えをできるようになり、昼夜失禁無く過ごせるようになった患者さんがいた。

【標準化と管理の定着】

	何を	なぜ	誰が	いつ	どこで	どうする
標準化	排泄マニュアル	個人に合わせたケアを行うため	TQM介護士メンバーが	10月11月	病棟で	作成する
管理	排泄マニュアル	運用するため	排泄委員が	1月	排泄委員会	管理する
	誘導時間や対象患者の選定を	正しく行なっているか	チームメンバーが	月1回の	チーム会議で	評価する
教育	排泄マニュアルを	正しい排泄ケアができるように	主任が	入職時オリエンテーション	病棟で	新入職員に指導する

【今後の課題と反省】

	良かった点	悪かった点
テーマ選定	・回復期病棟の問題に対して取り組むことができた。 ・患者様のQOL向上に繋がる内容をテーマにできた。	・FIM運動項目の中から選定するのに時間がかかった。
現状把握	・アンケートや電子カルテを用いて、現状を深く把握することができた。	
目標設定	・文献などを元に具体的な目標値の設定ができた。	
要因分析	・さまざまな視点から分析できた。	・要因を絞り込むのに時間がかかった。
対策立案・実施	・要因を踏まえた対策を立案・実施できた。	・取り組みに対する周知が足りなかった。
効果の確認	・他職種間で情報共有に対する意識が上がった。	・効果を確認するために期間を多く要した。
標準化と管理の定着	・今後も継続可能なマニュアルが完成した。	

⇒今後は、排泄チームが中心となり、マニュアルの管理とスタッフ指導を行うことで、ケアの向上を目指したい。