

第9分科会

医療・介護・福祉の現場から見た働くひと
びとの健康

心筋梗塞により CPA となった患者の社会復帰のための看護

キーワード：心肺停止蘇生後、早期退院、退院支援

福岡医療団 千鳥橋病院 ICU 病棟 満枝 莉良

【はじめに】

今回、左主冠動脈の心筋梗塞にて心肺停止となり心肺蘇生を行った患者が、入院から約1ヶ月で自宅退院し、仕事復帰を果たした。心肺停止患者の社会復帰率は全体の8%のみと言われており、当院でも社会復帰例は少ない。また、集中治療室（以下、ICU）では超急性期治療を行っており、社会復帰に直接関わる機会が少ない。入院中に行った看護を振り返り、社会復帰に必要な看護について学習を深める。

【研究方法】

電子カルテより情報収集を行うとともに本人や家族から聞き取りを行った。

【倫理的配慮】

趣旨とプライバシーの保護を本人と家族に説明。同意書にサインを頂いた。

【患者紹介】

A 氏 70代 男性

診断名：心肺蘇生後、心筋梗塞

既往：なし

生活背景：独居、元々日常生活動作自立、認知機能正常。マンションの警備の仕事をしており生活は不規則。食事はコンビニ食が多い。

【看護の実践】

労作時胸痛を訴え外来受診した際に心肺停止となり、救急外来にて心肺蘇生を実施した。心電図検査上、心筋梗塞の疑いがあり、緊急カテーテル検査を実施。心筋梗塞があったため、カテーテル治療後 ICU へ入室した。重症心筋梗塞による心不全も合併しており、治療が難航した。第3病日に HCU へ退室、第5病日に一般病棟へ移動。第9病日に訪室し ICU 入室中に記載していた ICU ダイアリーを見ながら ICU 入室中の様子について振り返りを行った。ICU ダイアリーとは、ICU 入室中から退院後まで生じる、運動機能、認知機能、メンタルヘルス障害(集中治療後症候群)を予防するために作成する、ICU での治療や様子を日記形式で綴ったものである。患者からは「こんな状態になるとは思っていなかったので少しショックです。これから栄養指導や心不全指導があるみたいです。しっかり聞いて食事や生活を考えなおそうと思います。」との発言が聞かれた。その後看護師にて心不全教育を実施。内服は本人の希望で一包化し自己管理となった。食事に関しては栄養科と代謝科が介入し、栄養指導と血糖コントロールが行われた。運動機能に関しては大きな機能低下はなく、心

臓リハビリテーションに準じてリハビリが行われた。

入院中の心配事を聞くと、長期休職になると退職しなければならぬためできれば早めに退院したいとの希望があり、主治医へ相談。経過良好であったため、入院24日目に自宅退院となった。

退院2週間後の外来受診に同席。内服管理も不足なくできていた。本人より「入院前より食事や運動を気をつけている、仕事も再開して、きちんと休息が取れる範囲内での仕事内容に変えてもらった。」などの発言も聴かれた。現在は、仕事を週3回程度行いながら、2ヶ月に1回、当院外来受診している。

【考察】

第7病日に訪室した際、落ち込んだ様子が見られ、まだ現状の受け入れができていないように感じた。ICU ダイアリーを用いて、治療を頑張ったことをねぎらいながら、ICU 入室中の様子について一緒に振り返りを行ったことで、現状の整理と受け入れの手助けができ、その後の心不全教育等に前向きに取り組むことができたのではないかと考える。また、ICU の環境は患者にとってストレスフルな状況である。合併した心不全の治療を行いながら、早期に離床や食事を開始できたことが、せん妄や PICS の予防に繋がり、早期退院に繋がったのではないかと考える。

さらに、A 氏は認知機能正常で理解力もあり、心不全教育や栄養科による食事指導がスムーズに行えた。本人の希望も確認しながら、内服の一包化や受診日の調整、具体的な食事メニューの提示などを行ったことで、退院後も継続して受診行動の徹底や生活習慣、意識に変化がみられているのではないかと考える。

【おわりに】

ICU では直接的に退院支援を行う機会は少ない。ICU 在日数日の短縮のための病態管理や集中治療後症候群、せん妄予防、ICU 退室後の ICU ダイアリーの活用が、患者の退院支援に繋がるということを学ぶことができた。今回、定年後も仕事を続けている A 氏の思いや、生活環境などについて確認することができなかった。定年後でも仕事を継続している理由として、経済面や社会的つながりの他に、生活環境や社会制度の不足もあるのではないかと考えた。人生100年時代と言われている中、将来の生活不安から働かざるを得ない状況を目の当たりにした。病状だけでなく、生活環境や社会的側面からも患者の全体像を捉え、介入を行っていきたい。

交通事故によるくも膜下出血の後遺症により失語症のある利用者の支援～生きがい を支える～

所属：福岡医療団介護支援センター
報告者：藤吉彰子

(はじめに)

介護、障害、福祉サービスを利用しながら生活する利用者の中には、それぞれの生きがいや役割、就労、地域参加を通してその人らしさ（尊厳）を満たすことができ、QOLや生活意欲の向上につながるケースも多い。

今回の事例を通して、身体的、社会的に様々な変化がありながらも、自分の生き方を自分で決める自己決定を支えることについて考える機会となったため報告する。

(倫理的配慮)

個人が特定されはいように配慮し匿名とする。

(事例紹介)

A氏 70歳代 男性 独居

現病歴：外傷性くも膜下出血

既往歴：アテローム血栓性脳梗塞、高血圧症、糖尿病

2022年5月アテローム血栓性脳梗塞にて入院。退院後11月に自転車で走行中に自動車と衝突事故。外傷性くも膜下出血、右烏口突起骨折、肩鎖関節脱臼あり。手術、治療、リハビリを経て翌年5月自宅退院。軽度の左片麻痺、高次脳機能障害、感覚性失語あり。

・移動：歩行可能だが、歩幅が小さく、耐久性低い。毎日1.5km先の公園に1～2時間ほどかけて歩いていき、猫の世話をするのが日課。

・排泄、食事、入浴：ほぼ自立。

・認知機能：失語症による喚語困難、錯語あり。込み入った内容の会話が難しい。意味の間違えで男を女、1000円を100円と言ったりする。会話がスムーズにできず感情的になることあり。

・服薬：服薬拒否あり、定期薬なし。

・金銭管理：受傷前は自己管理できていたが、入院中より姉が管理していたが関係性悪く、現在保佐人による管理を行う。生活保護受給していたが、事故の保険金が入り生活保護廃止。

(支援経過)

○2023.5月 外傷性くも膜下出血後の退院後支援開始。退院時に、姉と3人で銀行ATMに同行するが、ATM操作できず、暗証番号も分からず。訪問看護(週1回)、訪問リハビリ(ST週1回)、訪問介護(週2回)、福祉用具(手すり)利用開始。

生活費が足りない、姉が勝手にお金を盗っている、等発言多く、高次脳機能障害あり金銭管理が難しい状況であった。生活保護受給中だったが事故の後遺症による保険金が入る予定であったため、社協の日常生活自立支援事業の申請、成年後見人の相談も同時に行い、諸手続きを行う。

○2023.7月 通院が困難なため訪問診療開始

本人よりリハビリの希望あり、OT訪問リハビリ、短時間のデイケア利用を試みるも、時間通りにサービス利用が実施できず。予定時間を書いて表示、携帯のアラーム設定など行うも、自分の思

い通りに行かないことで感情的になりサービス中止。訪問看護や緊急通報システムの利用も言葉のも問題で利用を中断することとなる。本人と話し合い、S Tの訪問リハビリとヘルパーの支援は継続した。

○2024.1月 保佐人が決まり、生活保護課担当CWと面談。今後の金銭管理について話し合いをする。保佐人と数回自宅訪問。自分でお金を管理したいとの希望があり、新しく作った口座に生活費を入金してもらい、何度かATMに付き添い、自分でカードで出金できるようになった。

○2024.7月 自賠責保険の入金。保佐人、保護課CWと自宅訪問。保護廃止となる。

毎月の生活費を相談して決め、以前から購入希望の物（テレビや眼鏡など）を購入。まとまった保険金が入ったこともあり、以前交際していた女性に、お世話になったお礼でお金を渡しに行きたい、との意向が強くなる。女性の写真はあるが名前も詳しい住所も記憶がなく、自宅から電車で1時間以上かかるB駅周辺に行けば分かる、一人で行く、と同じ内容の主張が続く。ケアマネ、訪問リハビリ担当者や保佐人と何度も話し合いをし、事前の準備（曖昧な記憶をもとに地図を印刷、介護用の靴を購入、連絡カードを持参など）を行い、何度か女性を探しに行かれたが、外出先で会話が円滑にできず警察からの連絡も何度かあり、最終的に女性に会うことはできなかった。毎月十分な生活費が入金されているが、それでも「足りない」との訴えが続く。

○2025.5月 以前から猫の保護活動や野良猫の世話をしていたが、足の痛みで公園に行くことができなくなったことがきっかけで、長年世話をしていた老猫を自宅で飼うようになる。るい瘦が目立ちフレイルが進行。「猫が死ねば自分も死ぬ。入院はしない。ここで死ぬ」が口癖だったが、1匹だった猫が、親猫4匹、子猫5匹と増える。猫を通しての知人もおり、餌の調達や子猫の引き取りなどもしてもらっている。猫が増えたことで自宅環境の問題も深刻となったが、保佐人と訪問して話し合い、知人に増えた猫を譲渡し現在は4匹のみ自宅で世話をしており、これ以上猫を増やさないことを約束し今後少しずつ環境整備を行うこととなっている。猫のためにも、元気のように、と配食サービスの利用を開始しても継続できず。猫に手を噛まれて診療所での治療を要したが、看護師とも情報共有し治療を最後まで受けることができた。野良猫が危害にあわずに幸せに過ごして欲しいと、話しており、A氏の傍にはいつも猫が寄り添い、世話を続けている。

（考察）

A氏は身体や言葉の不自由さから疎外感や喪失感を感じて、サービスの拒否や社会的なつながりを断ってしまうことが度々見られた。事故により得た経済的な余裕がでた今でも、健康には代えがたいものがある。自分の思いが相手に伝わる事、理解してもらおう事、やりたいことが自分で決めてできることは、その人らしく生きる人間の基本的ニーズである。A氏との面談は時間を要し理解できない内容もあったが、じっくり話し合うことを意識した。感情的になる事もあったが最後は「ありがとう」と丁寧に伝えてくれた。A氏が望むことが、必ずしも安全で最善のことではないとしても、人の価値観は多様であり、耳を傾け、社会とつなげていく事が私たちの役割だと思う。エンパワーメント向上ができるよう支援していく事で、私自身のエンパワーメントにもつながっていることを改めて感じた。

（おわりに）

生きがいや役割を持ち、誰かの役に立つことが、活動を促進する原動となり、社会参加や健康維持に繋がっていく。人権が尊重され、健康でその人らしく生きることができるよう社会全体で支えあう取り組みを今後も続けていきたい。

金銭的な事情から早期退院を余儀なくされた症例

大分健生病院
理学療法士 大庭 健太郎

【はじめに】

日本では高齢者の貧困が大きな問題となっている。厚生労働省の2022年国民生活基礎調査によると、65歳以上の高齢者世帯全体の貧困率は約20%。この数値は高齢者全体の貧困率であり、単身高齢者のみの場合さらに貧困率は高くなる。

また、高齢者の貧困率には男女の間でも差が生まれており、65歳以上の男性単身高齢者の貧困率は30%で女性単身高齢者の貧困率は44%と特に1人暮らしの女性の貧困が問題視されている。

今回、金銭的な事情から早期退院を余儀なくされた症例を担当した。退院までの経過、退院支援について報告する。

【倫理的配慮】

今回資料をまとめるにあたり、患者本人が特定されないようにし、患者には同意を得た。

【患者紹介】

- ・A氏 70代 女性
- ・診断名：第12胸椎圧迫骨折
- ・現病歴：2025年7月15日座椅子に立って台所にのれんを付けていた際に後ろ向きに自転倒。その後疼痛増強し18日にA整形外科受診、22日にB病院に紹介入院。腰椎MRIにて第12腰椎新鮮骨折を認めた。その後リハビリ目的で29日に当院に転院となった。
- ・入院前生活：平屋賃貸にて独居。ADL、家事動作自立。かかりつけ医へ月1回受診していたが送迎してくれる知人はおらず金銭的にタクシー利用はできないためバスを利用していた。バス停までは30分程度の距離を歩く必要があった。
- ・家族構成：キーパーソンは長男。次男、長女は遠方に在住、長男は近くに住んでいるが関わりは薄く金銭的な援助や生活支援をあまり受けられない関係性であった。
- ・夫と死別後ひとり親となり長年仕事をしながら子育てを行ってきた。
- ・収入、支出の内訳：1月あたりの年金受給額は約10万円。家賃+光熱費で約7万円、残り3万円で食費、その他の出費をやりくりし生活していた。

【経過】

当院入院時の主訴は腰部痛であり起居動作や起立動作時に疼痛出現しやすく排泄の頻度も多かったためポータブルトイレを自室内に設置、歩行には歩行器が必要であったが腰部の

考慮し車椅子の貸し出しを行った。入浴はまたぎ動作が困難であったためシャワー浴とした。時間経過とともに徐々に疼痛軽減みられ入院8日目から馬蹄型歩行器で病棟内移動を開始。退院後は歩行補助具、自宅内の手すり設置等が必要と考えられたため介護保険の申請を行った。医師からの病状説明や本人、家族を中心としたカンファレンスを行うなかで入院前のように独歩で外出できるレベルまで改善するにはここから1ヶ月程度リハビリ継続が必要だと想定していたが金銭的な事情から早期に退院したいと訴えがあった。この時点でリハビリ中に独歩にて20m、屋内歩行器歩行では300m程度まで歩行練習を実施、排泄は日中歩行器使用しトイレまで移動できていたが夜間はポータブルトイレを使用している状態であった。この状態では入院前に行えていたレベルでのADL、IADL活動は難しいと考えその時点で独居生活を送るために必要な生活環境、サービスの検討を行った。移動については自宅内移動は可能と考えていたが以前ほどの歩行耐久性はなく疼痛増強の懸念があったため独歩での外出は困難と判断し歩行補助具の選定、レンタルを行った。また、スーパーの買い物サポートカーの利用を提案、受診については通院送迎が可能な病院の利用を提案。その他にはシャワーチェアと浴槽手すりの使用を提案し身体的な負担の軽減を図り入院期間30日で退院となった。

【まとめ】

本症例は月約10万円の年金収入のみという状況であった。少ない収入の中で上手くやりくりすることでこれまでは独居生活を維持することができていたが今回転倒、骨折したことにより入院費という思いがけない出費が発生した。一般的に脊椎圧迫骨折の完治には3～6ヶ月程度かかるといわれており今回の症例も身体状況としては最低でも1ヶ月以上の入院が必要であったが本人、ご家族の早期退院という希望をくみ生活に必要なサービス調整等を行い約1ヶ月で退院することができた。

今回の症例を通じて理学療法士として身体機能やADLの改善だけでなく患者の生活背景を理解した上で退院後の生活に向けて介入することの重要性を改めて感じることもできた。また、自分たちも地域資源や行政についての知識を持つことが必要だと感じた。入院中にケアマネージャーとの情報交換を密に行うことができず書面での情報提供のみとなったことは反省点である。入院期間だけにとどまらず、退院後のアフターケアをどのように行っていくかが今後の課題である。

無料低額診療の取り組み ～ある日突然働けなくなったときに～

公益社団法人福岡医療団
水取実千代

1. はじめに

福岡医療団では、2013年より無料低額診療事業を開始し、2024年度は、法人全体でのべ6,059件の診療を無料低額診療で対応した。コロナ禍と物価高騰のなか、社会保障も充分でなく、この10年間で利用実績は倍増している。無料低額診療を利用される方の中には、病気やけがで突然働けなくなってしまい、収入が途絶え、十分な貯えや保障がなく相談に来られる方が多く、近年では20～30代の方からの相談も増えている。経済的理由で、受診を躊躇することがないよう、無料低額診療の周知と事業の推進は重要な課題となっている。2024年、5ヶ所の診療所の無料低額診療事業の申請が新たに受理され、それを機に無料低額診療の推進には、今まで以上に力を入れて取り組んでいる。事例の報告とこの間の取り組みについて報告する。

2. 倫理的配慮

今回資料をまとめるにあたり、個人が特定されないように配慮した。

3. 事例の紹介

事例1. コロナ禍で仕事がなくなり、医療費支払が困難となったケース

事例2. 夫の介護とダブルワークで疲労困憊、経済的理由で未受診だった事例

4. 福岡医療団での取り組み

無料低額診療の推進に当たる体制を見直し、新たな宣伝素材の作成、地域への周知活動、福岡市へ「自治体が主体となった無料低額診療制度の周知の協力」を要請した。福岡市作成の無料低額診療の案内チラシが作成され、生活支援課とのつながりが強化された。

5. 考察と課題

無料低額診療の運動課題の推進として、課題の位置付けや体制の見直し、宣伝素材の作成や、継続して行うことなど運動を推進するにあたり必要なことが明確になった。今後、無料低額診療の周知度の数値化などデータを集め、薬局・介護保険の無料低額診療を自治体の制度として勝ち取ることを課題とする。また、経済的理由で診療を躊躇するような事態が発生している実態を行政に訴えていく。そして、無料低額診療を必要とするような事態が起きない社会にしていくこと、そして起きた際には行政の対応で立て直せるような社会保障の充実を訴えていく。

無料低額診療制度を利用し、継続的な医学管理が出来た一事例

～コロナ渦における仕事と疾病、健康面への影響～

公益社団法人福岡医療団 千代診療所

吉本 和代（看護師）

はじめに

20XX年より、新型コロナウイルス感染症の世界的流行に伴い、経済活動が大幅に制限されるとともに、人々の行動等も抑制された。この結果、雇用・労働情勢については、「宿泊や飲食など人との接点をもつサービス業」の分野において、大幅な業績悪化や労働時間・賃金の減少といった影響が顕著に現れた。A診療所では「無差別・平等、個人の尊厳を大切にする医療」の理念のもと無料低額診療が利用出来るが、新型コロナウイルス感染流行期は労働環境への影響を受け、経済的困窮に陥るケースが増加し無料低額診療に関する相談も増加した。今回、コロナ渦の影響を受け、経済面および疾病面で支援を要する状態になったB氏との関わりについて報告する。

倫理的配慮

本症例をまとめるにあたり、個人が特定されないよう配慮した。

患者紹介

B氏 70代 男性

病名：不眠症、胃癌、前立腺肥大疑、陳旧性脳挫傷

家族構成：妻（20年以上別居）、息子（C県在住） 姉2人・妹1人とは30年以上疎遠な状況

職歴：学習塾勤務（D県）←コミュニケーション障害で退職

学習塾を始める←生徒とのトラブルで廃業

針灸院を開業し、コロナ渦に閉院

通院経過と介入の内容

20XX年3月 以前のE病院から自宅から近いとの理由でA診療所へ転院。転院当初はタバコ臭が強く、経済的問題があるのではと思われるところがあった。受診継続の中で、理解力はあるが興奮気味で声が大きい・衣服が臭うなど、気になる言動が出現したためMSWに介入を依頼。定期受診には来院するが、検査はお金がかかるので健診でお願いしたいなど、経済的問題がありそうだった。通院されて1年ほどで主治医が交替した。

20X1年1月 20XX年12月に、無料低額相談会のTV放送を見て電話相談があった。医療費の支払いに不安があり、診療に必要な検査を提案されるが検査中断されている状態。内科・歯科外来通院に関して減額が妥当と判断された。

無料低額診療により減免を受けてからも、受診は定期的に来られるが、徐々に言動が高圧的であったり大声を出したりする傾向がみられた。待ち時間に対しても不満を言われ、管理者が対応する事もあったが、スムーズな診療が出来るよう多職種と協力してフォローしていった。

20X3年10月 ふらつきが出現し、検査の結果、陳旧性の脳挫傷と診断される。その頃より、受診忘れなど症状が進行している感じがあり、スタッフより気になる患者カード

が提出された。

20X3年12月 1回目の訪問（「行きます隊」として自宅訪問）

自宅兼針灸院の敷地周辺は、段ボールや荷物で一杯な状態で異臭あり。針灸院は閉院している様子で、インターホンを鳴らすが面会出来ず。自宅は電気がついていない状態。この訪問を機に、継続的な訪問が必要と判断し、受診時に多職種で面談を重ねた。

20X4年7月 地域包括センターよりA診療所へ連絡あり

訪問時の状況を報告（受診日を忘れている、自宅の外で寝泊まりしていること、電気が通電していない様子、水分とってアルコールの常用している）

20X4年8月 2回目の訪問（臨時「行きます隊」として訪問）

自宅周囲はゴミや段ボールで埋め尽くされ異臭もある。生活は外でしている状況。穏やかに対応してくれたが、片付ける行動に移せない状態の為、病院スタッフが協力すると提案したが受け入れられず。

20X4年9月 行政を交えた個別支援会議を開催

参加者：妻、交番警察官、包括支援センター職員、地域保健福祉課地域包括ケア推進係職員、生活環境課家庭ごみ係スタッフ
診療所看護師、診療所MSW

→各担当者より現状の報告と今後の対応について話し合いを行った。自宅敷地内のゴミや物に関しては、強制的に撤去する事は出来ないため、現状維持で片付けの声を続けることで会議は終了。病院が動けば行政は協力しますとの発言だった。

A診療所の通院は多職種で情報共有を行いながら本人・職員を守りながら、継続した医療提供が出来るように配慮を行っていた。しかし、不慮の事故でF病院へ搬送され、治療後リハビリの段階で、精神症状が悪化し精神科へ転院となった。

考察

B氏は、コロナ渦により針灸院の患者数が減少し、他者とのつながりが減少したことや、経営が悪化したことで精神的ストレスを増大させ、セルフネグレクトやためこみ症などの行動変容を引き起こしたと考えられる。その結果、自宅はゴミ屋敷となり地域の中でも問題となっていた。経済的影響は、医学管理の継続性に対して重要な影響因子になるが、無料低額診療の情報提供（テレビ放映）があったことで、B氏の安心につながったと考える。また、通院時の状況でなにか問題があるのではと気づき、患者と関わりを持つ中で患者の背景にある問題を抽出し、「行きます隊」など地域で生活している患者の問題に、多職種で関わられたことで継続的な医学管理を行えたと考えられる。

おわりに

誰もが平等に医療を受けられる権利のなか、働く人にとって経済的影響は疾病に大きく関わってくる。その影響は、本人一人では解決しにくい問題もあり、多職種で連携し支援することが医療現場に求められている。加えて無料低額診療制度を普及させ、より多くの人の支えになるように活動していきたいと思う。

無保険患者への保険証作成サポートについて

千鳥橋病院 医事情報管理部 平林幸雄

救急搬送や外来受診の際、保険証不携帯や無保険のため自費での支払いを余儀なくされる患者が増加している。自費診療では医療費が高額となり支払い困難に陥るケースが多く、結果として未収金発生の要因ともなる。本活動では、保険証作成支援を通じて患者が安心して医療を受けられる体制を整えることを目的とし、医事課による実践事例を通じて課題と成果を検討した。

対象は当院で発生した無保険・保険証不携帯の患者事例のうち、2023年度に対応した2症例を分析した。各症例について、医事課による対応内容、関係部署との連携方法、結果を整理した。

【Case1：救急外来・27歳男性】

大阪市で国保加入であったが保険証不携帯。患者の情報から大阪市西区役所に連絡し資格確認後、友人宅に保険証があることを確認。当院車両で同行し保険証を回収・原本確認の上、3割負担での医療費の請求となった。

【Case2：入院・23歳男性・無保険】

過去の国保資格失効後、未加入状態。医事課職員が本人と共に役所へ同行し、国保短期証を発行。3割負担での入院費請求が可能となった結果、患者の負担を大きく減らすことが出来た。

今回の対応では、いずれも患者が適切な保険資格を取得する支援を行い、結果として未収金を防ぐことができた。特に、医事課が主体的に関係機関との調整や同行支援を行うことが有効であった。今後は、ケースによって多職種連携（MSW、看護師、地域連携室等）の重要性が高まることが予想される。多様な背景を持つ患者に対しても柔軟に対応できる体制構築が求められる。

無保険・不携帯患者への早期対応が患者の負担を減らすことに直結する。医事課による保険証作成支援は、患者の安心と医療機関の経営安定に寄与する。今後も多職種協働により、地域医療の公平な提供を目指す。

メニエール病・外リンパ瘻により就労困難となった患者の生活と 社会復帰について

福岡医療団 たたらリハビリテーション病院 井上晶絵

【はじめに】

A氏はメニエール病と外リンパ瘻の症状悪化により大工の仕事を休職していた。メニエール病と外リンパ瘻は、難聴や耳鳴り、それに伴う嘔気や嘔吐を特徴とする疾患である。A氏は難治性のめまいに対して左耳内耳窓閉鎖術・内リンパ嚢開放術を施行したが、術後半年はめまいが続く可能性があり、退院後の生活や社会復帰に不安を抱えていた。症例を通して、疾患を抱えて在宅生活と社会復帰を目指す患者の支援について学びを深めることが出来たためここに報告する。

【研究方法】

患者との関わりや電子カルテから情報収集を行い、研究を実施した。

【倫理的配慮】

研究の目的や方法、個人情報保護について患者に説明し書面にて同意を得た。

【患者紹介】

A氏 60歳代 男性

日常生活自立度：自立 認知度：正常

家族構成：妻、息子2人（成人）と同居 職業：大工

病名：メニエール病、外リンパ瘻疑い

現病歴：A氏は請負大工として勤めていたが2000年に工作中落下し左耳を強打した。2017年から左耳の聴力低下やめまいが出現し、メニエール病・外リンパ瘻疑いと診断された。2023年4月に症状悪化のため仕事を休職していたが、2024年11月に難治性めまいに対して左耳内耳窓閉鎖術・内リンパ嚢開放術を施行した。術後半年は症状が続く可能性があり、A氏より「自宅でめまいが起きることに対する不安が強く病院で療養を継続したい」と希望があり、当院に転院した。

入院前、自宅での症状出現時は頓服薬を内服し症状が落ち着くまで臥床していた。医師の指示を守り、アルコールや塩分を控え、水分をこまめに摂取することを心がけ、めまい出現時は日時をノートに記録していた。

【看護問題】

#めまいによる気分不良がある

【結果】

入院中、不動性のめまいと嘔気の訴えがありメイロン40ml静注やベタヒスチンメシル酸塩内服にて対応していた。

A氏は「家に帰ってもまためまいが起きるのが怖いです。しばらくは入院して様子を見たいですが、貯蓄もたくさんあるわけではないので、良くなったらまた働きたいです。」と復職を希望していた。今後の受診や薬にかかる費用についての不安も抱えており、何か利用出来る制度があれば利用したいと希望があったため社会福祉士に面談の依頼を行った。身体障害者手帳や高額療養費についての説明を受け、現状で利用出来

る制度はなかったが、話を聞いて良かったと A 氏は話していた。

リハビリは、耳に圧がかかることを防ぐため、負荷がかかる運動を避け、軽い運動のみ行っていた。平衡感覚の低下があったがリハビリにより改善し、本人の希望により自宅退院となった。

【考察】

外リンパ瘻は内耳に傷ができ、内耳から外リンパ液が漏れることで症状が生じる。A 氏は 2000 年仕事中に落下し左耳を強打しており、それが疾患の原因の一つではないかと考えられる。左耳内耳窓閉鎖術・内リンパ嚢開放術の施行後、創部の経過は良好であったが、A 氏は退院後の発作に対して不安を抱えており、病院での療養を希望した。A 氏は妻、息子 2 人と同居しており、通院時の送迎や発作時の看病など家族の支援もあったが、メニエール病と外リンパ瘻の発作はいつ起こるか分からず、めまいや嘔気・嘔吐などの症状は A 氏が入院継続を望むほどに在宅生活に大きな支障をもたらしていたと考える。

A 氏は控えめな性格であり、日常生活も自立していたことから発作時以外に看護師を頼る事は少なかった。看護師が定期的に訪室し症状の聞き取りを行い話を傾聴していたが、退院時、A 氏は「本当に皆さんには良くしてもらって助かりました。」と話しており不安の軽減に繋がっていたと考えられる。

A 氏は長年大工として勤め、貯蓄もしていたが、今後の自分や家族の医療費に対する不安があり復職を希望していた。社会福祉士の面談後、A 氏に話を伺うと「今の状況では利用出来るものはなかったんですが、話を聞いて良かったです。自分では分からないことも多いので。」安堵したような様子が見られた。社会資源の活用など患者だけでは情報を得にくいことも多いため、入院中に社会福祉士などの協力を得て情報提供することが大切だと考えた。

【終わりに】

今回の症例を通して、疾患が患者の生活と仕事にもたらす影響を学んだ。疾患を抱えて社会復帰を目指す患者に対して、他職種の協力を得て社会資源の情報提供を行うこと、話を傾聴して患者の抱える問題を共有し、安心して退院出来るように介入していくことが必要だと学んだ。今回の学びを今後活かしていきたい。

第 35 回人間らしく働くための九州セミナーin 大分 分科会用報告用紙

所属	大分民医連	報告者	児玉 直子 (理学療法士)
事業所・部署	大分健生病院 リハビリテーション課	氏名 (職種)	
演題名	J-Zarit 介護負担尺度を用いた主介護者の介護負担感と関連要因の検討		
テーマ	13 医療・介護・福祉の現場から見た労働者の健康		

はじめに

日本における高齢化の進行や核家族化、女性の就労機会の増加は、家庭内での介護力を低下させ、家族介護者の負担感増大を社会的課題として浮き彫りにしている。介護保険制度は介護負担軽減を目的に導入されたが、なお多くの家族が心理的・身体的・社会的負担を抱えている。介護負担感を把握し、負担増大に寄与する要因を明らかにすることは、介護者支援の質の向上に重要である。介護負担感の評価尺度として国際比較可能な Zarit Caregiver Burden Interview (以下、ZBI) があり、日本では荒井らにより日本語版 ZBI (以下、J-ZBI) が開発され、信頼性・妥当性が確認されている。本研究の目的は、J-ZBI を用いて主介護者の介護負担感を評価し、主介護者および要介護者の属性 (年齢、要介護度)、介護期間、サービス利用状況、副介護者の有無との関連を検討することである。

対象と方法

訪問リハビリテーションを利用している 16 名の要介護者 (平均年齢 85.8 ± 5.7 歳) を介護する主介護者 16 名 (79.4 ± 8.3 歳) を対象とした。調査は質問紙による自記式で行い評価項目は、J-ZBI 総得点、要介護者と主介護者の年齢、要介護度、介護期間 (月)、サービスの利用種目数、副介護者の有無とした。統計手法は、J-ZBI 総得点と各因子の関連を Spearman の順位相関係数で検討し、さらに J-ZBI を 21 点で二分化して決定木分析を行った。なお統計解析は R を使用し有位水準は 0.05 未満とした。

倫理的配慮

対象者には口頭にて本研究の内容を説明し同意を得た。

結果

J-ZBI と介護期間の間に有意な負の相関を認め ($r = -0.51, p \leq 0.05$)、介護期間が長いほど介護負担感が低いことが示唆された。その他の因子 (主介護者・要介護者年齢、要介護度、利用種目数、副介護者の有無) との有意な相関は認められなかった。

決定木分析では、介護期間、サービス利用状況、主介護者の年齢が負担感に影響を及ぼす因子として抽出された。第一分岐は介護期間であり、38.5 ヶ月以上では全員が負担なしであった。38.5 ヶ月未満では利用種目数が次の分岐となり、4.5 種目以上では全員が負担ありであった。さらに利用種目数が 4.5 種目未満では主介護者年齢が分岐因子となり、78 歳未満では負担ありが多数を占め、78 歳以上では負担なしが多かった。

考察

本研究では、介護期間と負担感の間に有意な負の相関関係が認められた。介護期間の長期化に伴い負担感が軽減する傾向は、介護への慣れや介護スキルの向上、介護サービスの活用による体制の安定化に加え、負担が大きい介護者が継続できずに脱落するサバイバー効果が影響していると考えられる。決定木分析では、介護期間・サービス利用種目数・主介護者年齢が主要な分岐因子となった。利用種目数が多い群で負担感が強いのは、要介護度の重症例や介護困難例にサービスが提供されていることを意味していると考えられる。また、主介護者で 78 歳以上で負担感が低下するのは、高齢介護者では生活リズムが介護中心となりやすく、心理的に受容しやすい可能性がある。

上村らは介護負担感の把握は主介護者を取りまく多面的な環境の評価が必要と述べており、本研究においても介護負担感が単一の要因では説明できず、複数の因子が組み合わさって形成されることが示唆された。

高齢の母親を介護する2型糖尿病患者へのフットケア支援

公益財団法人健和会 健和会大手町病院 看護部

○日本糖尿病療養指導士 小川亜沙美 糖尿病看護認定看護師 十時 綾子

【動機と目的】

今回、高齢の母親を介護する2型糖尿病患者に対しフットケア支援を行った。患者は母親の介護のため就労を制限しており、低所得のため無料低額診療制度を利用しながら糖尿病治療を継続していた。右母趾に陥入爪があり、疼痛を抱えながら立ち仕事や介護を行っていた。フットケア支援を通して、介護を担う患者の思いやフットケア介入後の足に対する思いの変化を知ることができ、健康の社会的決定要因（以下、SDHと略す）について考える機会となった。本症例を振り返り、SDHの視点も踏まえたフットケア支援の在り方について検討する。

【患者情報】

- ・ A氏 50歳代男性、未婚で母親と二人暮らし、週3～4日深夜帯（3時～9時）でコンビニ勤務
- ・ 身長161cm、体重79.1kg、BMI30.5、嗜好：喫煙20本/日34年間、機会飲酒
- ・ 母：要介護3、HDS-R6点、室内は歩行器、移動は車椅子、週2回デイサービスを利用
- ・ 倫理的配慮：対象者に研究の主旨と個人情報保護について説明し、署名の上同意を得た。

【既往歴および現病歴】

30歳代の健康診断で糖尿病および痛風を指摘。52歳で糖尿病に対し内服治療を開始したが、金銭的理由により約1年で自己中断。54歳（X-5年）でアテローム血栓性脳梗塞を発症しA病院へ入院、入院時HbA1c：13.4%であり糖尿病治療再開となった。退院後、低所得により外来受診の継続が再度困難となったがX-3年より無料低額診療制度の利用を開始、現在通院継続しインスリン・内服治療を行っている。振動覚は低下している。

【経過】

X-2年内科外来の定期的なフットチェックにおいて、右母趾の爪が陥入しており発赤と圧痛がみられた。本人は「しびれでずっと痛みがあるのでたいしたことないと思っていた」と話し、検査で振動覚が低下しており神経障害が認められた。内科主治医へ報告し形成外科外来に紹介受診したところ、右母趾陥入爪で潰瘍を認め爪甲抜去を実施、左母趾も巻き爪がありワイヤー治療が実施された。HbA1cは9.2%とコントロール不良であり足病変のハイリスクであった。また全足趾の爪が変形・肥厚しており、糖尿病合併症による視力低下もあり本人では安全に爪切りすることは困難であった。母親の介護を担う中、夜勤後デイサービスに送迎してから受診するなど生活的負担も大きく、本人も「母の世話で精一杯で、自分のことは後回し」と語りセルフケア意欲も低下していた。そこで医師の指示と本人の同意のもと、看護師による定期的なフットケアを開始した。

初回介入時は、両母趾巻き爪、全足趾肥厚爪、足全体の角質肥厚と汚染が著明で、感染リスクが高い状態であった。夜勤後の受診時で疲労している様子も多くみられ、待ち時間を活用してフットケアを実施するなど時間的配慮を行った。またリラックス効果も狙い毎回足浴をしてからフットケアを実施した。さらにフットケア時に介護への労いの言葉をかけるように努め、会話の中から生活状況や介護状況、本人の思いを傾聴した。聞き取った介護状況を踏まえフットケア指導計画を立案し、本人と相談しながら無理のない範囲でのセルフケアを決め指導を行った。

介入1ヶ月後右母指潰瘍は治癒したが、今度は足趾間の浸軟がみられたため主治医へ相談し皮膚科外来へ紹介、趾間型白癬菌と診断され軟膏が処方された。本人は「まさか水虫とは！」と驚

きを示したが、「母にうつると困る。」とセルフケアに前向きとなった。治療 3 か月目で白癬は治癒、以降も内科受診に合わせ看護師によるフットケアを継続した。介入から 2 年間、陥入爪の再発はなく巻き爪はあるものの軽度となった。本人より「痛みがなく過ごせて快適。」「母の世話だけすればいいやと思っていたけど自分のことも気かけようと思う。」といった発言が聞かれ、セルフケアへの意識変化がみられた。また、「面倒くさい」が口癖であった A 氏より「今日はしっかり足を洗ってきた。」や「立ち仕事の靴はどんなものがいいかな」など行動変容も見られた。HbA1c は介入前 9.2% から 7.2~8.0% に改善し、血糖コントロールの安定がみられた。

【考察】

田中は、『生活環境、生育環境、職業、収入などが生活習慣を形成することから、生活習慣は本人の嗜好 や意志の問題ではなく、SDH が生活習慣を決定していると 考えられる。すなわち、個人の力では解決ができない SDH がその人の健康に大きく 寄与していることがわかる。』¹⁾ と述べている。本症例も低所得による受診中断歴、家族介護負担、夜勤を含む不規則勤務といった SDH が自己管理に影響し、糖尿病治療や生活習慣改善が困難となっていた。また糖尿病合併症である神経障害・視力障害もあり足病変に関する知識不足も影響し、フットケアに対する自己管理も困難にしていた。しかし内科外来で行っている定期的なフットチェックにより異常の早期発見ができ、フットケア介入へと繋がった。

前田らは、『フットケア指導時に生活習慣の把握を行うこと、振動覚検査の様に体感できる検査を用いて指導を行うことで、糖尿病患者のセルフケア行動を促すことができる可能性が明らかになった』²⁾ と述べている。本症例でも、フットケア時に足浴でリラックスできる環境を作り話しやすい雰囲気としたことで、本人が抱える思いや悩みを表出しやすい環境となり、生活背景や心理状況を把握することができた。継続的な介入を通し、本人のセルフケア意識は徐々に高まり前向きな発言が聞かれるようになった。さらに、内科医・形成外科医・皮膚科医・看護師など多職種連携による支援により、本人の行動変容へとつながり、足病変の改善および HbA1c の改善がみられた。これらの結果から、医療者が SDH をふまえ生活環境や心理面を包括的に評価しながら介入したことは、セルフケア能力向上に有効であったと考える。

本症例は、医療だけでは解決し得ない社会的課題が糖尿病管理に及ぼす影響を浮き彫りにした事例であった。しかし SDH の視点を踏まえた柔軟な看護介入と多職種連携による支援により、患者はセルフケア能力が向上し、足病変の改善と血糖コントロール改善につながった。糖尿病患者のフットケア支援の在り方として、患者主体の教育、多職種による継続支援、SDH の視点を取り入れた個別的支援が重要であると示唆された。

【引用文献】

- 1) 田中永昭. どうして糖尿病患者さんのアドボカシーが注目されているのか. 第 26 回日本糖尿病教育・看護学会誌 Vol.26 No1 2022 p 85
- 2) 前田 加代子、伊井 みず穂ら. 2 型糖尿病患者のセルフケア行動における実態調査と関連要因の検討. 富山大学看護学会誌 第 18 巻 1 号 2019 p 21

【参考文献】

- ・公衆衛生 73 巻 7 号 「糖尿病有病率と社会経済的地位 (SES) との関係」2009 年 7 月発行
- ・日本フットケア学会雑誌 17 巻 2 号「糖尿病患者への予防的フットケア—アセスメントの実際—」2019 年