

竹川病院

症 例 概 要 患者：80台後半 男性

病名：呼吸不全による廃用症候群

入院期間：令和6年4月 ～ 令和6年5月

経過：令和6年2月に脱水・肺炎の診断でA病院に入院。補液・抗菌薬投与で病状軽快傾向であったが発症1カ月に喀痰増加と酸素化不良が出現。COPD憎悪と診断され、ステロイド治療開始となった。その後肺気腫性変化をみとめ長期臥床による廃用症候群へ至った。負荷量を増やすことに対して難渋したが、チームで詳細に検討することでその人らしく過ごせるように支援を行った。

内 容

入院時は酸素0.5L投与、移動は車椅子全介助であった。やせ型で栄養状態が悪く、るい瘦・呼吸不全による嚥下障害が高度であった。基本動作は軽介助レベルであり、独歩も腋窩軽介助で可能なレベルであった。しかし安静臥位でSpO₂が90%台前半であり少しの動作でも酸素化が悪く寝返りや短時間の座位保持でSpO₂が80%台へ低下する状態であった。よって主治医の指示のもとリハビリテーション等の体動時は酸素1L投与していた。食事はVF評価をもとに主食全粥+副食ミキサー食1200kcalを小スプーンでムセが無い、SpO₂低下が無い確認しながら監視下で摂取していた。FIMは運動項目が食

事や整容以外に介助を要し31点、認知項目が問題解決と記憶に介助を要し21点、計52点であった。

カンファレンスで話し合った結果、過疲労により容易にCO₂ナルコーシスになってしまうリスクがあり、愛護的離床、炎症再燃回避に注力しつつ栄養改善を図ることを最優先とした。悪化しなければ徐々にレベルアップしていく方針となった。また、退院後も在宅酸素の必要性が高く、ご本人の呼吸苦の自覚や病識が乏しいため独居で生活を自立し安全に過ごすことは困難であると考えられた。またキーパーソンや兄弟が高齢であり援助は難しい状況であることから施設退院の方針となった。

気道ドレナージを改善させるために体位変換と離床が重要であることから、主治医の判断のもと病棟Nsを中心にこまめな体位変換と座位の誘導を促した。柔らかいマットレスでは身体が沈んでしまい寝返りや起居動作時に努力的になるため沈みにくいマットレスに変更した。また、身体機能としては自立レベルであったが酸素化が悪化するためトイレ動作時は下衣操作を介助し移乗と清拭は監視下でご本人が実施した。リハビリテーションでは上肢の支持により胸郭の動きを制限しないよう介助下フリーハンド歩行練習を実施しバイタルや呼吸状態を確認しながら過疲労を起こさないように負荷量を調節して介入した。また呼吸筋のリラクゼーションや胸郭の可動性を徒手的に介助しながら促通した。

退院時は安静臥位でSpO₂ (room air) 95%前後とれるようになった。主治医よりリハビリ時、食事時、トイレ動作時にSpO₂が88%以下になる場合は酸素0.5L～1L投与とし、SpO₂90%前後とれていればOFFにするよう指示があった。問題点はSpO₂が低下しても呼吸苦の自覚がなかったため負荷量を調整しながら誤嚥予防に努める必要がある状況は続いていた。食事は一時的に副食軟菜一口大あんかけに変更したが、ご本人より咀嚼が疲れると訴えがあったため最終的には主食全粥+副菜ミキサー食と朝昼補助ゼリー、補助ドリンクを付加し1日1780kcalとなった。ムセが軽減しSpO₂低下無く全量摂取できるようになったため監視が不要となり修正自立となった。身体機能面は向上がみられており、歩行能力、バランス能力は概ね見守り～自立レベルであったが、過疲労による状態悪化を避けるため移動は車椅子全介助のままとした。また、入浴評価を実施した際に血圧低下を認めたことから、浴槽には入らず、シャワー浴のみ行うこととなった。運動項目は概ね中等度介助から修正自立へ向上し54点、認知項目は変わらず21点となった。

「確かな医療」は病院として当たり前を提供するべきものでありながら患者さんの症状、状態は人それぞれ違うため知識や技術、適切な判断力を要するものである。当患者さんは身体機能回復に対するリハビリテーションをおこなうとともに状態変化を起こさせないリスク管理、負荷量の調節、病棟でのケアを徹底して関わる必要があった。患者さんが安楽に、しかし生きがいをもって生活できるよう多職種間で技術と経験を共有し合い協力して関わる事ができた症例であった。