

特集: 重度対象者への入浴援助をどうする

その①

在宅の難病患者さんにも 大好評の入浴介護で 注意することは何か



東京都立神経病院在宅医療室看護婦
長沢 つるよ

1. 当病院が訪問している さまざまな在宅難病患者

私たちの病院は東京の立川にあり、在宅医療室では、訪問診療と訪問看護を実施しています。今年の7月現在で、訪問している患者さんは109名を数えています。

この方々のADLの状況をみますと、つかまって歩けるなど、どうにか移動が可能の方が9名。1日2～3時間は車椅子に乗ることができる方が23名。残りの77名の方は、全介助が必要でほとんど寝たきりの方です。

どんな病気でしょうか。

「パーキンソン病」が25名、「脊髄小脳変性症」が25名、「筋ジストロフィー」が13名、

「筋萎縮性側索硬化症」が12名、「脳血管障害」が8名、その他26名、という内訳です。

ご承知とは思いますが、「パーキンソン病」は、筋肉が硬直して動作が鈍くなり、歩行も困難になったり、とっさの身のこなしができにくくなります。腰と膝を曲げて、前かがみになって小刻みに歩くようになり、転倒事故を起こしやすくなります。歩き出しにくいのですが、歩きだすと、歩行を止められない、などの症状も出ます。進行すると、寝たきりになりやすく、しかも、自律神経がおかされるため、血圧や体温が変動しやすくなります。

「脊髄小脳変性症」は、脊髄や脳間に異常が生じて、手足がぎこちなくなります。自分で食べようと思って、スプーンなどを口に運ぼうとしても、うまくできなかったり、手をスムーズ

にのびせなくなります。言葉も不明瞭となり、メマイや発汗を生じやすいのも特徴といわれています。

「筋ジストロフィー」は、筋肉が徐々に萎縮してゆく病気で、最後には呼吸の筋肉までおかされてしまいます。2～5歳で発病することが多く、中学時代になると車椅子生活を余儀なくされ、寝たきりになってゆきます。

「筋萎縮性側索硬化症」は、知覚や知能は正常に保たれるのですが、運動神経がおかされ、しだいに顔の筋肉も動かせなくなって、話すことも、食べることもできなくなります。最後には、呼吸も不可能になる難病です。

こうした難病患者さんでも、在宅での特別な医療的措置が「ない」方が27名いらっしゃいますが、82名は医療的な助けを借りて生活しているのが実態です。

内訳は、1人で複数の措置がされている場合もありますので重複しますが、「人工呼吸器」が16名、気管切開が50名、経管栄養が57名、膀胱留置カテーテルが29名、在宅酸素療法が1名、となっています。

2. MRSAや年齢制限で 入浴介護を断られているケースも

では、こうした難病患者さんは入浴をどうしているのでしょうか。

「清拭のみ」が8名、「自宅の浴室で入浴」が47名、「訪問入浴介護の利用」が42名、「施設搬送入浴介護の利用」が12名、といった状況です。7～8割の患者さんが入浴介護制度を利用していると思っていたのですが、約半数という結果は意外でした。

しかし、「清拭のみ」と答えた8名の方のうち4名は退院直後で、入浴介護を申請していま

した。残る4名のうち1名は、「入院も入浴も嫌だ」というタイプで、もう1名は訪問入浴介護を受けていたのですが、現在は断ってしまっているそうです。

というのは、この方の部屋は狭くて、訪問入浴介護のたびに家具などを移動させなければなりません。スタッフが準備も後片付けもしてくれるのですが、毎回申し訳ない、と遠慮してしまって、家族で毎日清拭しよう、と決意されたようです。

もう1名は、棒のように寝ていて、移動も難しい患者さんですが、MRSAという理由で、入浴介護の申請を断られてしまいました。

また、あとの1名はまだ若い患者さんで、住んでいる自治体の入浴介護制度が、高齢者のみに限定してしまっているため、身体障害者でも対象外になってしまうとのことです。この方は、カラダが硬直しているので車椅子にも乗れず、浴室でのシャワー浴も不可能とあって、看護婦やヘルパーが訪問した日に清拭をしています。

つぎに、「自宅の浴室で入浴している」と答えた患者さんを調べてみますと、ヘルパーや家族が2～3人で協力して入浴しているケースが12名、「なんとか頑張って家族だけで入浴している」が6名、「自宅の浴室で入浴したい」が1名、「自宅で入浴しているが、さほど苦勞はしていない」と答えた家族が14名、「自分の都合で入れられるから」とした方が7名いました。

しかし、「入浴介護の対象外だから」という方も4名、「入浴介護を希望したものの、MRSAの患者はできない、と言われた」が3名いました。MRSA患者さんでも、入浴介護をしている地域が最近増えてきましたが、まだ実施していない街があるのです。

ちなみに、「住民票をいま住んでいる街に置いていないから受けられないと思った」という

人が1名いたり、「作業所のような施設で入浴している」が2名いたり、「入浴介護制度の対象外なので、自費で受けている」という方も1名いて、実にさまざまでした。

月に4回の入浴介護を受けている患者さんがいる一方、こうした入浴の機会が限定されている患者さんもいて、その落差を痛感したと思います。

3. 難病患者さんの入浴介護で 注意していただきたいこと

入浴介護では、対象者の血圧が高い…熱がある…などで、中止をするときがあります。対象者は当然ガッカリしますが、もともと体温が高かったりする患者さんも少なくないため、多くの患者さんは、主治医に「体温や血圧がこれこれぐらいだったら、入浴は大丈夫です」との書類を出してもらっているようです。

難病は体調が変動しやすく、とくに動きが活発な患者さんほど変動しますので、いつもとは違う数値だからといって、即入浴中止の判断をしてしまうのは問題かと思えます。

落ち着いているときの数値を参考にしながら、カゼの症状ではないか…傷や化膿しているところはないか…尿路感染はしていないか…など症状の全体を観察しながら、再チェックをする余裕が必要ではないでしょうか。

入浴すると、体温や血圧が下がることもあります。また、冬季では室温にあわせて体温が上がっていることもあります。こうした場合は、入浴で体温も上昇します。脱水症状で体温が上がっている場合もあるわけです。

難病患者さんの多くが、気管カニューレや膀胱留置カテーテルなどを装着していますが、入浴のときは、とにかくこうした器具を引っ張ら

ないこと。そして、装着している周辺も清潔にすることが重要です。

膀胱留置カテーテルを装着している対象者には、袋を外して栓をして入浴させる方法と、袋のまま入浴する方法があるようです。前者は、入浴後に袋を装着する場合に、その部位の消毒も必要となりますし、感染防止の観点からは、袋ごと入浴していただいた方が無難な気がします。

褥瘡ができていない患者さんの入浴では、その褥瘡の程度を医師と協議しながら、塞いで入浴させるか、開放状態にして入浴させるかを考えるべきでしょう。いずれにしても、入浴は褥瘡の回瘡にかなり効果のあることが分かっていますので、積極的に入浴の機会を提供したいものです。

最後に感染対策ですが、介護者が手洗いを徹底すること、そしてその患者さんに必要のないモノは持ち込まないことです。その日の最後に入浴を実施することにして、始める前にガウンなども着替え、終了したらそれらを所定の方法で別個に衛生処理をすることで、介護者が媒介となって感染が広がることは防げるはずです。

私たちの患者さんの入浴介護では、これまでに一度も入浴による事故は発生していませんし、緊急事態も起きていません。しかし、万が一のことを考えると、やはり主治医の連絡先などを、家のなかのすぐわかる場所に貼ってもらうべきでしょう。

入浴介護は、難病患者さんにもたいへん評判がよく、「もう死ぬまでお風呂に入れないかと思った」という方が少なくありません。みなさん入浴を楽しみにしています。これからも、ご奮闘をお願いいたします。

(文責・編集部)

特集: 重度対象者への入浴援助をどうする

その②

筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者 Aさんへの在宅入浴援助

病状の進行に合わせてながら 入浴方法を工夫して実施



東京都青梅市福祉部健康課保健婦
藤田 みはる

1. 発病10年目で家族の入浴介助も限界に

これから紹介する筋萎縮性側索硬化症(ALS)の患者Aさんは、東京都立神経病院の往診も受けている方で、私たちが訪問看護や訪問入浴を始めたのは、Aさんが43歳、発病後10年目の時でした。

ALSは、神経の疾病で、最初はずまずいたり、服のボタンがかけにくくなったりですが、徐々に進行し、一人では歩けなくなり、服も着られなくなってゆきます。以前は入院が当たり前だったものの、最近では医療器具の助けを借りながら、自宅で暮らす患者さんが珍しくなく

なってきました。

症状がまだ軽ければ、入浴も家族で行っているケースが多いのですが、移動が難しくなるなど、病気が進行しますと、訪問入浴の要望も出されてくるようです。皆さまもこれから、そうしたALSの患者さんへの入浴介護をする機会が多くなると思います。そこで、ご参考までに、私たちの取り組みを報告させていただきました。

Aさんは、発病5年目ぐらいの頃は、つたい歩きが可能でしたが、すでに更衣は介助を必要としていたそうです。

そして、8年目になると、寝返りも要介助となり、むせる…痰がからむ…息苦しい…大きな声が出ない、ろれつが回らない…などの症状と

なっていました。しかし、キャスター付きの椅子を使用して、座位でワープロを打つほどの頑張り屋さんです。

発病5年目で、病気を考慮して、浴室と脱衣所も広く段差もない家に転居しました。浴室は居室から近いところにあり、手すりもあり、入口も広くて、車椅子でも入れるようになっています。その浴室を利用して、奥さんが入浴の介助もしてきたのです。

ところが、発病10年目になると、寝返りや移動や食事などがほぼ全介助となり、経管栄養にする必要も出てきました。息苦しさは増し、声も小さくなって、いっそう聞き取りにくくなりました。不眠も訴えるようになってゆきます。姿勢も定まらなくなりましたが、電動車椅子は操作ができ、座位でワープロを続けられました。

この年、入院して気管切開を行い、人口呼吸器を夜間に装着する生活となりました。そして、奥さんだけでは入浴の介助が難しくなりましたので、私たちが入浴援助をすることになったのです。

2. 浴室でのシャワー介助から開始

入浴援助はその年の夏から開始となり、まず浴室でのシャワー浴を、介助者2名で週1回行うことになりました。

シャワー椅子も考えましたが、ALSの患者さんには、入手できる市販のシャワー椅子では、座面も背もたれも硬くて使用できません。そこで、つぎのような工夫をしたのです。

入浴前に、体温・脈拍・血圧を測定し、吸引を充分行って呼吸を整えます。そして、浴室の洗い場にボンボンベッドを用意して、頭側を少し高くしてセットします。

居室のベッドで服を脱ぎ、介助者2名でAさ

んを浴室に移動させ、ボンボンベッドで洗髪とシャワー浴をしますが、気管切開部にお湯がかかったり、流れ込まないように、タオルで周囲を覆って、注意深く実施しました。

終了後はベッドに移し身体を拭き、気管切開部の処置を済ませて、服を着ていただきました。

しかし秋になると、やはりお湯につかりたいとの要望も出たため、私たちは湯船での入浴に挑戦することになったのです。

浴槽に37℃のお湯をはり、プールサイドや海岸でよく使われる背もたれのある椅子の脚を短く切り、浴槽の中にいれます。そして、脱衣室から洗い場にかけてボンボンベッドを平らに置きます。

介助者2名でAさんをボンボンベッドに移動させ、服を着たまま洗髪を最初にしてしまいます。このあと服を脱ぎ、介助者2名で浴槽内の椅子に移動させますが、介助者1名は浴槽のなかに一緒に入ります。介助者1名が浴槽内でAさんを支え、もう1人はボンボンベッドを椅子の形にして、洗い場内に置きます。

そしてお湯につかった後、介助者2名でAさんを浴槽からボンボンベッドに移して身体を洗います。この時にも、気管切開部にお湯がかからないよう細心の注意を払います。

洗い終わりましたら、もう一度浴槽に入っていたら、ボンボンベッドに戻り、そこで身体を簡単に拭いて、ベッドに移動させ、気管切開部の処置をして衣服を着ます。

こうした難しい浴室介護入浴を続けたのですが、Aさんは発病11年目になると、ベッドで過ごす時間も人口呼吸器を装着する時間も、長くなってゆきました。座位も不安定で、かなりの息苦しさを訴えます。この年、胃ろうも増設しました。

そして、ワープロの時も人口呼吸器を付ける

ようになり、12年目には、リクライニング車椅子で散歩をすることもありましたが、ほとんどベッドで過ごすようになり、人口呼吸器を24時間装着する生活となりました。14年目には、唾液が気道に入るようになってしまい、喉頭気管分離手術を行いました。

こうした状態ですから、浴室での介護入浴でも、息苦しさは増し、座位もいっそう不安定になってきましたので、浴室の利用は難しくなったのです。

3. 簡易浴槽を利用した居室入浴に変更

そこで、呼吸器を装着しながらでも入浴できるよう、簡易浴槽による室内入浴を考えたのでした。

簡易浴槽は、心身障害者日常生活用具給付制度を利用し、エアポンプで組み立てるポリウレタン製のものを導入しました。サイズは、幅が70cm・長さ170cm・高さ30cmです。お湯を満水にすると、225ℓ入るタイプです。

この簡易浴槽での入浴介護は週1回、介助者4名で実施してきましたが、その方法を説明しましょう。

入浴前に、体温・脈拍・血圧を測定をし、吸引を十分行い呼吸を整えることは、最初のシャワー浴から変わりません。

まず、準備ですが、

①ベッドサイドにウレタンマットを敷き、その上に広くビニールをかぶせます。

②その上に簡易浴槽を置き、中に滑り止めマットを敷きます。

③気管切開をしていますので、上半身を支えるため、浴槽の背中があたる部分に水を入れたビニール枕を沈めておきます。

④浴室の浴槽からホームポンプとホースで簡

易浴槽にお湯を入れます。

これで準備が完了しました。最初は洗髪をします。

①洗髪は呼吸器を付けたまま、ベッド上で行います。

②ベッドを平らにし、ケリーパッドを頭の下に入れ、排水がバケツに入るようにしておきます。

③洗髪に使うお湯は、準備した簡易浴槽のお湯を使用します。そのお湯をホームポンプで吸い上げ、ホースの先にシャワーヘッドを付けて洗う方法です。

この洗髪の時、頭がガクッと下がると苦しくなるため、頭が下がらないように気をつけなければなりません。

つぎが入浴です。

①湯温を38～39℃にして、沐浴剤を入れます。

②ベッドから浴槽に移動する時は、Aさんの手が自分の身体の下に入ったり、ぶつかったりしないよう、両手をタオルで丸めて、お腹の上に置きます。

とくに、カニューレや胃ろうのチューブを引っ張らないよう十分な注意が必要です。胃ろうのチューブは蓋をして、ガーゼと固定盤をはずして絆創膏で止める工夫をしました。

③ベッドから介助者2人がAさんを抱えて移動します。しかし、移動させますと、呼吸器の回路が届かなくなってしまうため、もう1人の介助者が一瞬呼吸器を外し、Aさんが浴槽に入ったら、呼吸器を乗せたワゴンを浴槽近くに置き、呼吸器を装着します。これは10秒以内に行う必要があります。

④Aさんが浴槽に入ったら、別の介助者が頭の位置に座り、Aさんの頭を枕にあて、後から脇をかかえ込むようにして入浴中の姿勢を保持し、人工呼吸器の安全をはかります。

⑤介助者2人が身体を洗っている時、呼吸器の脱着を担当した介助者は、入浴中にベッドのシーツ交換などを行い、入浴後ベッド上で体を拭けるよう、ビニールシートとタオルケットを敷いてもらいます。

⑥入浴後は、また両手をタオルで丸めて腹部に置き、呼吸器を再度、一瞬取り外してベッドに戻します。

⑦身体を拭き、気管切開部や胃ろう部の処置をした後着衣となり、吸引を行い、呼吸を整えます。

⑧呼吸器の回路交換をして、リクライニング車椅子へ移動します。

⑨水分を補給するため、お茶300~350ccを胃ろう部より注入します。

⑩リクライニング車椅子にて、約1時間ぐらゝい散歩します。

4. 気管切開部と胃ろう部の注意

こんな順序で行いましたが、気管切開部や呼吸器の吸気弁からお湯が入らないよう注意する…移動の時は、重い頭部がガクッと下がらないようにする…腰も重いので、身体を移動させる時のネックになるが、頭~背中、腰~脚と支えれば介助者2人でも移動は可能…といったことも特記しておきましょう。

重要なのは、気管切開部と胃ろうの処置です。気管切開部はまず、Y字型に切り込みを入れたガーゼと、首にまいて気管カニューレを固定するガーゼのヒモを外します。そして、気管切開を消毒し、新しいガーゼを当て、ヒモでカニューレを固定します。

胃ろう部は、胃ろう部を消毒し、Y字に切り込みをいれたガーゼを当てて、固定盤をはめます。そして、胃ろうチューブの長さを確認し、

絆創膏でとめます。

こうした対象者は療養衣類の選び方も大切で、Aさんの場合は、開襟のパジャマの上下、オムツとオムツカバーをしています。パジャマは季節に合わせて夏物と冬物を利用するほか、タオルやタオルケット、布団などでこまめに調節しています。

パジャマのズボンには前が開き、ボタンで止める形式を使用しています。着せ方は、オムツとオムツカバーを先にあて、パジャマの上を腰のところから入れ込み、仰臥位のまま両手を入れ、上に上げます。ズボンは下からはき、骨部を左右持ち上げながらしっかり入れ、前ボタンで止めています。

さて、こうした入浴介助に対するAさんの感想はどうでしょうか。

「清拭しかできないのなら仕方がないし、身体の汚れを落とすだけなら清拭でもいいと思うが、やはり清拭では身体が温まらないので、やはり入浴したい。とくに、冬場は清拭すると体が冷えてしまう。入浴の回数は、現在週1回になっているが、できれば2日に1回か、3日に1回の入浴をしたい。

私は身長171cmで、とくに背の高いほうではないが、それでも病院の機械浴槽は、小さくて足の先がぶつかった。なにかできない事情があるのだと思うが、早急にサイズの変更をした方がいいのではないだろうか」

といった指摘をしていただきました。

Aさんの在宅入浴は、Aさん自身の強い要望とスタッフの前向きな取り組みが相乗して、うまく実施することができました。これからも、こうした重度の在宅患者さんへの入浴介護が多くなると思いますので、創意と工夫のできる限りの援助をしてゆきたいと決意しています。

(文責・編集部)

特集 重度対象者への入浴援助をどうする

その③

入浴を渴望していた[脈なし病]患者Sさん

専門家としての責任感から 訪問入浴を実施して痛感した 医療との連携の重要性



株式会社福祉の街教育研修室看護婦
蒲田 せつ子

1. 不安ながらSさん用の基準を作成

当社は、埼玉県に本社を置く民間の介護企業で、今年創立15年を迎えました。現在、入浴車25台で県内46市町村から委託を受け、月に約1000名の利用者を対象に、オペレーター・看護婦・ヘルパーの3名が、1日約6.3件の訪問を行い、月間のべ約3000件の訪問入浴を実施しています。

入浴前後の健康チェックは、シルバーマークの基準に従い、看護婦が行いますが、入浴申請時の書類に添付される「主治医の意見書」には、病名・病状が記載されているものの、入浴の具体的な意見などは記載されていない場合がほとんどです。そこで看護婦は、健康チェックで観察した事柄を、一般的な入浴基準に照らし合わせて入浴可否判断を行います。

当然、観察内容が基準に合わないときもあるわけで、そんな時は、じかに主治医と連絡をとり、具体的にどう判断するべきかを話し合いをして決定することになるわけです。

これから紹介する入浴対象者Sさんは、[脈なし病]により、上肢での血圧測定ができません。下肢で測定すると異常に高くなったり、変動しやすい状況でした。そのため主治医からも、「Sさんの血圧値はあてにならないから、血圧値以外で入浴の可否を判断してほしい」との要請がありました。

私たちは困惑し、入浴担当者だけでは対処することが難しいために、私が社外との連絡調整役となって、関係者と入浴の直接従事者との話し合いの場を設けて、対応をいろいろ検討することになりました。

その結果、[Sさん用の入浴基準]を作成し、

訪問入浴の実施にいたりましたが、別途に作成した基準が果して有効なのか、自信はもてませんでした。その原因は、主治医との話し合いの不足だったように思えます。Sさんの事例を考えると、やはり医療との連携の大切さを痛感したと思います。

以下、[脈なし病]患者さんの入浴の経過を報告いたします。

2. 40歳で脈なし病と診断され57歳で脳梗塞

Sさんは81才の男性ですが、40歳のとき胆石で手術をした際に、[脈なし病]と診断されていました。その後、57歳で脳梗塞をおこし、右麻痺となりました。

[脈なし病]と脳梗塞との直接の因果関係は明らかではありませんが、[脈なし病]は、高血圧や動脈の狭窄につながることから、脳梗塞になる可能性は高いようです。Sさんの脳梗塞も、[脈なし病]が関係していると推測されました。

右麻痺とはなりませんが、左手で食事をとり、尿器を使用したり、車椅子に乗ってトイレへの行けますので、日常生活は比較的自立した状態でした。しかし口数は少なく、おとなしい性格の反面、頑固なところがありました。家族は、高齢の奥さんと独身の長男の3人暮らしで、Sさんの介護は、奥さんが中心に行っていました。

3. 危険を承知で浴室に挑戦していたSさん

まずSさんと家族との事前面談が、1月21日に行われました。外見は元気そうに見えましたが、上肢の脈が触れません。血圧を下肢で測定しても、座った状態で210と100、寝た状態では178と68です。そこで、奥さんに確認したところ[脈なし病]であることがわかったのです。

主治医の意見書には、「脳卒中後遺症・右麻

痺・心音(正)・不整脈なし」とあり、[脈なし病]との記載はありませんでしたので、帰社後、担当の看護婦が主治医に確認したところ、「脈なし病で、血圧値は不正確なので、それ以外の情報で入浴の可否を判断してすすめてほしい」と言ったそうです。

担当看護婦から報告を受けた私は、担当者だけでは対処できないため、私の上司が市の入浴担当者との連絡調整役、私が医療関係者の連絡調整役となることにして、対策を考えることにしました。

私はさっそく、主治医と市の保健婦に連絡をとりました。この時点では、保健婦はまだSさんとの関わりはありませんでしたが、「入浴を始める前に、訪問して状態を診てみます。主治医とも連絡をとってみましょう」と協力的でした。

後日訪問してくれたその保健婦の報告によると、「確かに上肢での血圧測定は不可能で、下肢測定では測定の値が変動してしまいますね。主治医も血圧以外で判断してほしいと言っています」とのことでした。

主治医と保健婦の意見が得られたため、1月31日にSさんの入浴を検討する社内会議をもちました。

「Sさんの入浴は可能なのか」「可能ならば、どのような入浴可否判断をすべきか」が中心テーマでした。話し合いは始めから、Sさんの入浴実施に不安を訴える社員が多く、申請を断るにざる得ないような消極的な雰囲気になってしまいました。

しかし、家族の話では、Sさんはこれまで、不自由な身体をひきずり、止めるのを押し切るように、自宅で入浴を試みてきたそうです。そして、そのたびに転倒し、顔や手足に傷をつくっていたと聞きました。

そんなことが話題になると、奥さんも高齢で、介護も行き届かないため、訪問入浴を申請したわけですし、危険を承知で浴室に入ろうとするなら、私たちの入浴介護を受けた方が安全ではないか…Sさん自身が訪問入浴を渴望しているのではないかと…といったことが強調され、入浴介護の専門家としての役割も感じて、私たちは、Sさんの入浴に挑戦する決意をしたのです。つまり、私たちが援助をしなければ、Sさんの入浴はどうするのだ、といった責任感が浮上したのでした。

4. 主治医の住診直後に訪問入浴

まず、[脈なし病]への正しい知識をもつため、文献を調べてみました。

[脈なし病]は、発見者の名前をとって「高安動脈炎」とも呼ばれる「大動脈炎症候群」です。東洋人、とくに日本人の若い女性に好発するため、日本人によって研究され、欧米にも紹介されたといえます。原因は不明ですが、自己免疫疾患と考えられているようです。

大動脈弓部やその分岐に好発する炎症性病変で、病変はその動脈の内膜、中膜、外膜に発生し、閉塞性が主ですが、部分によっては拡張性病変を示すこともあるとのことです。

大動脈弓部やその分岐の閉塞病変の場合は、脈が触れにくかったり、脈拍欠如となってあらわれ、頸動脈部位では、失神やメマイなどの症状も出ます。

脈の欠如や脈拍の左右差で発見されることが多く、頭部欠乏状態として上を向いたときにメマイや失神、視力障害をおこしたりもするといえます。また、指の冷感、上肢の倦怠があり、高血圧をとまなう場合も少なくありません。

では、具体的に入浴介護を実施するには、どのようなSさんの入浴基準を作成すべきなので

しょうか。基準と対応策を検討する前に、Sさんの身体的な問題点を整理してみました。

(1)Sさんは、血圧値が不正確なので、血圧値は入浴可否判断のデータとはならない。

(2)高血圧ではあるものの、自覚症状はほとんどない。

(3)現状のままでは、Sさんの清潔は保たれない。

以上、3つの問題点を基に入浴目標を立てたのです。

それは、「適切な入浴可否判断をする」「安全・安楽な入浴を実施する」「定期的な入浴で清潔を保つ」といったことです。

そのあと、この入浴目標を達成するための具体策として、①Sさん用の入浴基準の設定をする、②安全・安楽な入浴方法を具体化する、③医師・保健婦との連携をはかる、などを確認しました。

まず、「Sさん用の入浴基準」ですが、Sさんの異常な血圧値は、[脈なし病]の症状ですから、脈拍や呼吸などの観察をしっかりと行い、自覚症状にも細心の注意を払わなければなりません。

とくに自覚症状のなかでは、メマイを重点項目にすることにしました。メマイは[脈なし病]の症状で、上を向いたときにおこり、服用中の降圧剤と入浴による血圧下降が重なって、低血圧症状あるいは高血圧症状として起こることが予測されます。

また、上肢欠乏症状として、指の冷感や上肢の疲労感の有無を、浴前・浴後にSさんだけでなく、介護者からも必ず確認することにしました。

つぎに、「安全・安楽な入浴方法の具体化」です。Sさんは背中が湾曲しているために、坐位が最も安楽な姿勢です。そこで、坐位入浴と

しました。さらに、入浴中の動作は最小限にとどめ、室温を適温に保つこと、浴前の排泄の調整、睡眠不足や精神的緊張をきたす行動を避けること、などを奥さんにも協力してもらうことにしました。

さらに、着衣介助をすみやかに行うため、看護婦も手助けすること、入浴後に水分補給を必ず行うこと、などの具体策をたてました。

「医師や保健婦との連携」では、主治医の往診の後に入浴をするのがいちばんです。主治医の往診は、火曜日の午後1時でしたので、火曜日の午後3時に入浴訪問とするようにして、その日の入浴が可能か否か、往診した医師にも判断してもらうことにしたわけです。

5. Sさんが最も安楽な姿勢の座位で

1月31日に、こうした計画を主治医と保健婦に報告し、意見も求めました。主治医は「血圧以外の一般状態が安定していれば入浴可能です」と言い、保健婦からは「入浴の前後に訪問します」との返事をもらいました。

そして計画に基づき、2月3日から入浴介護が始まったのです。初回入浴から主治医の往診後に行いましたが、主治医から入浴不可の指示はありませんでした。

通常の入浴では、浴槽の準備や後片付けを看護婦もヘルパーと一緒にしますが、Sさんの場合は、看護婦が入浴前後の健康チェックを念入りに行ったり、異常な兆候を見落とさないため、準備や後片付けはヘルパーとオペレーターに任せました。

Sさんは背が湾曲しているため、車椅子に座っている姿勢が一番安楽とのことから、健康チェックも坐位で実施しました。血圧と脈拍は左下肢で測定した後、聴診器で心拍数を確認。脈の触れる強さ、脈の不整の有無、呼吸数、深

さ、規則性、なども観察し、安楽な姿勢のまま、すみやかに脱衣介助をします。

脱衣後に3人でSさんを抱え、浴槽まで移動。浴槽の湯は、Sさんがネットに座ってからコックを開き、湯を貯める方法です。これは、座位入浴のため、湯が適量貯まっていると、湯につかっている時間が長くなってしまいますからです。

Sさんがネットに座ったあと、臀部が底づく程度までゆっくりネットを下げ、半座位の姿勢で、まず洗髪を行います。これが3～4分です。そのあと座位になり、5～6分で、顔・上肢・下肢・背部・胸部・陰部・臀部を洗います。最後のシャワーがけを含めて、入浴時間は10分程度で済ませました。湯温は38～39℃。室温は23℃です。

入浴後は看護婦が着衣介助をしながら容体を観察し、入浴前と同様に健康チェックも行い、水分補給をして終了となります。

入浴後の状態を確認するため、帰社後にSさん宅へ電話をして、奥さんから様子をうかがいましたが、定期的な入浴ができるようになったため、すっかり清潔になり、浴室での危険な入浴はしなくなったようです。Sさん自身も、入浴サービスを心待ちするようになり、訪問しても依然と口数は少ないのですが、穏やかな表情に変わったように思えます。

しかし4回目の入浴で、褥瘡が両大転子部にできていることを発見。保健婦に連絡をとると、保健婦は皮膚科の通院に同行して、治療を受けさせてくれました。

褥瘡を保護しながらの入浴となりましたが、褥瘡が発生したことで、徐々にSさんの体力が低下しているようです。担当者たちはいっそう慎重に、入浴介護を行うようになりました。

そして、8回目の入浴も、Sさんはいつものように椅子に腰掛けて待っていました。担当者

たちは、Sさん用の基準にそった方法にくわえ、褥瘡をも配慮した入浴介護を行いました。褥瘡の悪化が気にかかります。

そこで、9回目の入浴前に、入浴方法の見直しをしようと検討していた矢先の4月20日に、死亡の連絡が入ってしまったのです。

6. 主治医との[連絡]ではなく[連携]

Sさんの場合、主治医との話し合いで、「血圧値をはずした入浴可否判断基準」を作成したわけですが、やはり、この基準でよいのか、と迷ったことは確かです。主治医に再確認すると、「血圧以外の一般状態が安定しているならば入浴可能」とのことでした。

そこで、血圧以外の一般状態を慎重に観察することにしました。つまり、脈拍、呼吸、体温などの測定数値だけでなく、容体をよく観察して記録にし、また、Sさんから時間をかけて自覚症状を聞くことも続けました。顔色や話し方の変化、などもしっかりと観察することが大切でした。

しかし、何度訪問を続けても、これが適切な基準だろうか…入浴方法はこれで安全だろうか…との自問自答を繰り返しました。訪問ごとにSさんを担当した社員からの状況報告を受けたり、観察項目が多いため通常のケース記録用紙では使用しにくいので、Sさん用の記録用紙を別に作成したりもしました。細かな点まで、Sさんの入浴の工夫を担当者と話し合いをもちました。

いずれにせよ、Sさんの場合は、独自の基準を作成したため、入浴が可能になったともいえます。もし、一般的な入浴基準に照らし合わせてしまえば、Sさんは血圧が異常に高い、あるいは変動しやすいとのことで、入浴不可になっていたでしょう。そして、入浴不可とされたS

さんは、入浴をしたいがために、申請前と同様に、危険な家庭での入浴をしていたに違いありません。このことから、「一般的な入浴基準に合致しないなら、その対象者用の基準を別途に作成すべき場合もある」ことを発見していただいです。

Sさんも好き好んで、家庭の浴室での危険な入浴をしようとしていたわけではありません。不自由な身体で思うにまかせられないが…高齢の妻に入浴で負担をかけるわけにもいかない…でも、入浴はしたい…との切なる希望から浴室での入浴を“決行”していたのです。

もしこうした事情を見過ごして、事務的に入浴基準を当てはめていたとしたら、Sさんの清潔保持は実現できなかったでしょう。Sさん用の入浴基準を作成することで、入浴が可能となり、生活環境も改善されましたし、危険な家庭での入浴もなくなり、奥さんの負担も軽減されたのです。

とはいえ、Sさんの入浴介護には最後まで自信がもてませんでした。

「なぜだろうか」と、亡くなられた後も、ずっと深刻に考え続けました。

訪問入浴は、サービスの提供場所が「在宅」という環境です。対象者を中心に、医師、保健婦、訪問看護婦などが、連携しながら見守ってゆくことが重要です。この点、私たち入浴介護に関わる者と他の関係者との連絡調整が、不十分だったことに気づきました。

たしかに私は、社外関係者との調整役として、主治医や保健婦と連絡をとっていました。ところが、血圧が不正確なら、主治医は何を基準にSさんの健康状態を判断しているのか…異常な兆候は一般状態にどうあらわれるのか…など、突っ込んだ話し合いを怠っていたのです。Sさん用に作成した基準を、確認してもらう程度

だったのです。

ふだんの入浴介護では、入浴当日に主治医が往診することはまずありません。ほとんどは、その現場の看護婦が、適切な判断をしなければなりません。そのため、Sさんの場合も、社内ですできるだけ解決しよう、との気持ちをもってしまったようなのです。

社内のスタッフだけでは判断できない問題が生じたらすぐ、主治医と話し合うのが原則ですが、私は〔主治医との連携〕ではなく、〔主治医との連絡〕をとっていたに過ぎないのです。これが、作成した入浴基準にも、実際の入浴にも自信がもてなかった原因だったようです。

Sさんの入浴は、わずか8回で終わってしまいました。短期間の関わりのなかで、入浴介護における入浴可否判断基準と主治医との連携の重要性をあらためて認識したと思います。

7. 入浴の可否判断と介護の技術を高める

入浴介護では、入浴可否判断をめぐる看護婦が躊躇することはよくあります。対象者と家族の入浴希望、主治医の意見、安全入浴の基準、などの間に立たされるのは入浴担当の看護婦です。そして、何を優先するか…入浴を可能にするためには何を解決すべきか…などを他のスタッフと一緒に検討を重ねる必要もあります。しかし、こうすれば良い、と簡単明瞭な答えが出ないケースも多いのです。

そこで、入浴可否判断に悩んだとき、その不安要素となる事柄を観客的に評価して、判断を明確にする取組みが、これからますます重要になってくるのではないのでしょうか。

対象者は、入浴を心待ちにしている「患者さん」です。それだけに、曖昧な決定は許されません。入浴不可能ならば、その根拠を明確に本人や家族に伝えるべきではないのでしょうか。そ

れをすることが、入浴介護の専門性の高度化にもつながると思います。

また、在宅での援助であることから、家庭の環境をよく理解し、その対象者に関わる医療や他の福祉の関係者との協力関係を密にしてゆくことが不可欠です。

訪問入浴を取り巻く状況を考えると、困難なことが多いのも確かです。たとえば、対象者と関われる時間はわずか約1時間前後です。これでは、入浴後の状況をじっくり観察することはできません。

近年、入浴介護の希望者は増加する一方です。とりわけ、重度の対象者の急増が目立ってきました。それだけに、これまで以上に入浴介護の質や技術が問われてゆくでしょう。ところが、ほかの分野の在宅関係者との連携が向上してきたとはいえない言えません。

そんな現状のなかで、最も難しい分野といわれる入浴介護は、ますます広く深い専門性が求められているのです。この利用者には、どうすればよいのか…どのようにすれば適切な入浴ができるか…などをじっくりと検討しながら実践例を蓄積してゆく必要が出てきたのです。

それは、特別な対象者の場合だけではなく、通常の入浴が可能な利用者にも当てはまることでしょう。なぜならば、利用者の状況は日一日と変化しますので、「前回の入浴はこうしてうまくいったから、今日も同じでいい」というものではないからです。

そのためにも、毎日の入浴介護のなかで気づいたこと、疑問に思ったこと、などを記録しながら研究をしてゆく姿勢が重要になってきました。今回のSさんの体験を機会に、入浴可否判断をめぐる問題に、いっそう真剣に取り組んでゆく決意をしているところです。

(文責・編集部)