

訪問看護の実際

訪問看護での具体的な症例をご紹介します。

① 糖尿病性足病変の方への介入

② COPDの方へのシャワー浴介助

③ 認知症の方の内服、体調管理

④ 人工肛門の自己管理支援

訪問看護の実際①

～糖尿病性足病変への介入～

令和7年度 神奈川県訪問看護ステーション協議会 広報委員会

お客様概要

- 年齢：60代後半 介護認定：要介護3
- 疾患：糖尿病／足趾潰瘍
- 既往：片足切断（障害1級取得あり）
- 現状：残存肢の足趾部に潰瘍形成あり。洗浄指示あり。
- その他：訪問診療は月2回介入。ヘルパーは毎日3回介入。
- リスク：疼痛・感染・移動困難・自己管理不足など。

実際のケア①

- 主治医へ相談 → 重度褥瘡処置のため特別訪問看護指示書交付（2週間の連日訪問が可能となる）
- 創傷ケア： 微温湯洗浄＋軟膏塗布（ゲーベンやイソジン使用）。くっ付かないガーゼで保護し、網包帯で固定。
- 感染徴候を観察し、必要時は早期に往診依頼へ。軟膏調整も適時相談。
- 免荷（オフローディング）とフットケア



実際のケア②

- セルフケア能力向上へ：血糖・服薬・食事内容を確認し適宜助言。
- 特別訪問看護指示期間中はヘルパーが実施していた清潔ケアや食事摂取介助も看護師で実施。
ヘルパー頻度を1日2回に減回。
- デイサービスに通所できなくなったので、理学療法士介入開始。



結果・まとめ

- 潰瘍縮小、疼痛・滲出の軽減を認め、感染を回避できた。
- デイサービスへの通所も再開でき、元の生活に戻ることができた。



訪問看護の実際②

～ COPDの方へのシャワー浴介助～

令和7年度 神奈川県訪問看護ステーション協議会 広報委員会

お客様概要

年齢：70代後半 介護認定：要介護2

疾患名：COPD

生活：妻と2人暮らし。妻は腰痛あり介助は難しい。

環境：浴室はユニットバス、手すり、浴室暖房あり

主な困りごと：入浴時の息切れ・不安感・転倒リスク

目標：『安心して短時間のシャワーを楽しみたい』

ベースライン：SpO₂ 92%（酸素1L/min）、呼吸数20回/分

息切れ（Borgスケール）4/10。

服薬：気管支拡張薬のみ

実際のケア①

【事前準備】

滑り止めマット・シャワーチェア
・手すり導入

【実施】

酸素1.5L/分、浴室予温。

水温36～38℃

座位で頭部→体幹の順に洗身。

中止基準（強い息切れ・目まい・ $\text{SpO}_2 < 85\%$ 等）を事前共有



実際のケア②

- 見直し： 気管支拡張薬のタイミングを入浴30～60分前へ
／浴室を事前に暖める
- 酸素設定： 2.0L/分に調整（医師指示の範囲内）
- ペーシング： 洗う部位の順序を変更し、休息時間をやや延長
- 体位・動作： 立位は最小限、座位中心／手すり活用
／物品は手元に集約
- 結果： SpO₂ 90～93%を維持、Borg 2～3へ改善
／『気持ちよかった』と笑顔
- 家族支援： 介助手順・声かけのポイントを家族と一緒に練習

結果・まとめ

- 本人の反応： 不安が軽減／
『次も挑戦したい』という意欲が向上。
- 客観データ： 入浴中のSpO₂低下が軽減／
翌日の散歩が10→15分へ。
- 家族の声： 介助のコツが分かり負担が軽くなった。

参考：Borg息切れスケール（0-10）

数値	息切れの感じ
0	何も感じない
0.5	ごくわずか
1	とても軽い
2	軽い
3	ややきつい
4	きつい
5	かなりきつい（中等度）
6	かなりきつい
7	非常にきつい
8	とても非常にきつい
9	ほとんど耐えられない
10	最大限にきつい

※数値は目安です。個人差があります。

訪問看護の実際③

～認知症の方の内服、体調管理～

令和7年度 神奈川県訪問看護ステーション協議会 広報委員会

お客様概要

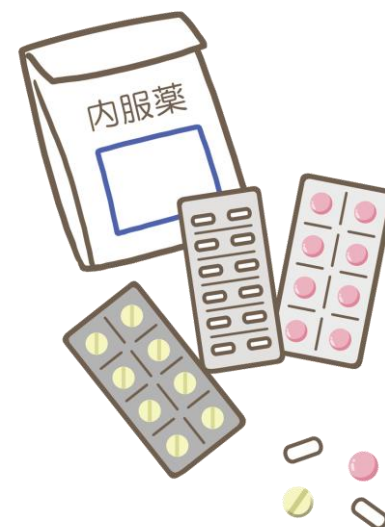
- 年齢： 80代、介護認定：要介護3
- 疾患：アルツハイマー型認知症
- 既往：喘息
- 現状：独居。著明な短期記憶障害。
- その他：ヘルパー付き添い受診。ヘルパーは2回/日介入。
デイスサービス2回/週。ショートステイ6日/月。
- 県外に住む子供が月1回程度様子を見に来られ関係機関と連携。毎朝電話で安否確認している。

実際のケア①

内服ボックス管理で飲み忘れが多かったため、ご本人が良く見ている毎日のスケジュールが記入してある卓上カレンダー紙の下方に1週間分の薬を付け、曜日の下から外し内服してもらっていた。

常に「すぐ忘れちゃう」と言われているので、認知症の薬を少しでも覚えていられる効果があるかもしれない事を伝え意識付けを継続する。

体調管理に関しては、関係機関との連携で必要な医療機関に繋ぎリスク回避。



実際のケア②

- 転倒による外傷処置時は、主治医に報告し特別訪問看護指示書で訪問。
- 喘息や発熱等悪化が予測される場合は、主治医、ケアマネ、家族と相談し受診。病状説明のため受診先と連携。
- 入院後筋力低下あり、訪問診療に変更。

結果・まとめ

- 認知障害の方は、生活環境や日々のリズムの変化で混乱するため毎日使用している卓上カレンダーを利用することで内服管理ができた。
- 体調管理は、関係機関との密な連携で適した医療機関へ繋ぐことができ、急性憎悪を防ぐことができた。



訪問看護の実際④

～ 人工肛門の自己管理支援～

令和7年度 神奈川県訪問看護ステーション協議会 広報委員会

お客様概要

- 年齢：90代、介護認定：要支援2
- 疾患名：膀胱直腸瘻OP後人工肛門造設
- 生活：独居、リハビリデイ、週2回生活支援ヘルパー
- 環境：1軒家、防犯システム（緊急ボタンあり）
浴室に滑り止めマット・手すり・シャワーチェア、
浴槽台、介護ベッド
- 本人の希望：ストマ管理が自立でき看護終了すること

その他：ストマ外来、内科受診

実際のケア①

- 訪問前ご本人の準備：新しいストマ器具の準備とストマ器具を外し入浴、汚染防止のためパッドを当てておく。
- 訪問し皮膚観察。
- 前に置き鏡設置、腹部の皮膚を伸展させ器具装着。
- トラブルエピソードがあれば状況把握し評価、再燃回避のアドバイス。

実際のケア②

- 動き方によるフレンジ外れがあり、ストマ外来と連携、器具の種類の変更や付属品の使用。
- 排便コントロールの相談（食事指導、内服指導、腹部マッサージ等）
- 日々の体調管理は電話相談や受診で対応。
- 足の爪切りが困難であるため施行。

結果・まとめ

- 退院後しばらくは、ストマのトラブル時に対応していたが、日々の練習で外れる頻度も激減し、確実に自己管理できるようになり、精神的に安心して生活できるようになった。
- 入院中のストマ器具の選定は、退院後のADLの変化、ストマの状態により、主治医と連携して変更したことが負担軽減につながった。