

# 精神科訪問看護の活用

---



みなとまち訪問看護リハビリステーション二俣川  
事業所番号:1460990432  
株式会社みなとまち

## 企業・スタッフ紹介

■ **運営会社** 株式会社みなとまち

■ **企業理念** かかわる全ての人の幸福を目指して

### ■ **事業所**

みなとまち訪問看護リハビリステーション二俣川

住所：横浜市旭区二俣川2-22-302

対象エリア：横浜市（旭区、緑区、瀬谷区）一部大和市

提供サービス：訪問看護(介護保険・医療保険)、精神科訪問看護

利用者様比率：4:精神、4:介護、3:医療

利用者様数：80~90名(2025/3 看護空き枠多め)

スタッフ数：11名

■ **開設** 2021年10月。現在4年目。

■ **WEBサイト** <https://minatomachi-kango.jp/>

講師  
事業所長  
**鈴木 一呂**



講師  
精神看護主任看護師  
**諸岡 寛之**



# はじめに

## 精神科訪問看護とは？

精神科訪問看護とは医療保険を利用し、①精神疾患のある社会復帰を目指す方の応援、②知的障害のある方の生活援助、③看護師との関わりを通じて病状進行の把握、悪化時に他職種との連携を図り適切な治療を行う等の支援を行います。精神科訪問看護を利用される方の多くは、完治が難しい精神疾患を抱えています。そのため、「完治を目指す」ことではなく、「患者様が日々の生活の中でその疾患とどのように向き合っていくか」という回復に向けたサポートをします。

精神科訪問看護と一般的な訪問看護では提供できるサービスに違いがあります。精神科訪問看護には「自立支援医療」という公費制度が適用され、通常の医療保険での訪問看護よりもご利用者様の金銭的負担が軽減されるケースが多いことも特徴の一つです。

## ご依頼のきっかけ(当事業所の参考例)

服薬確認および副作用の対応・報告、受診の促し、DVの予防・観察。

病識の欠如、他害行為の予防・観察、受診の自己中断防止。

精神科病棟からの数年ぶりの退院に伴い、24時間重度訪問介護利用の中、再入院防止および状態悪化の早期察知を支援。自閉症を持つ方への援助として、就労支援に向けた傾聴と支援の実施。

## 当事業所の使命としていること

- ・ご利用者様に看護師を信頼していただくこと。
- ・依頼主、主治医の“目”になること。
- ・周りの方へ疾患について理解し、ご利用者様と接して頂くこと。

# 訪問看護と精神科訪問看護の違い

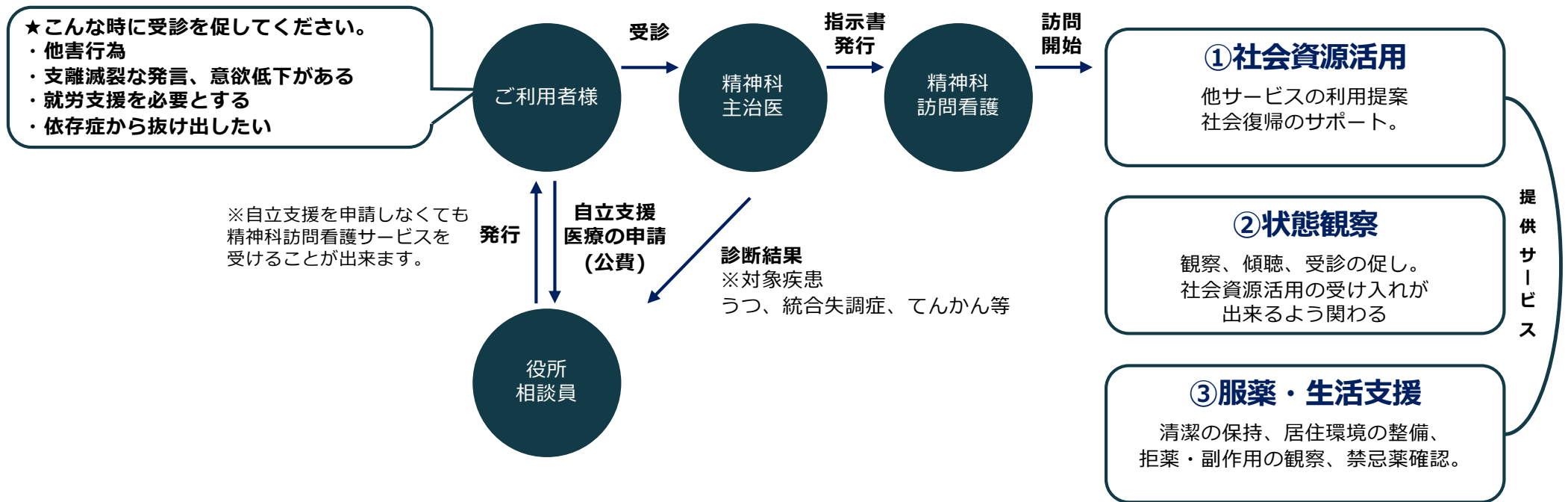
	精神科訪問看護	訪問看護
目的	自立支援	身体機能面における在宅の維持
主治医	精神科医	精神科医含むその他の診療科目医
疾患	統合失調症、薬物やアルコール依存、器質性精神障害、双極性障害、妄想性障害、知的障害、うつ病、学習障害 etc  <u>精神疾患のみ対応ができる。</u>	老衰、癌、パーキンソン、認知症、リハビリ etc  <u>多岐にわたる。</u>
サービス内容の特徴	生活リズムの調整、服薬管理、病状観察、受診促し	療養上の介助、医療処置、リハビリ、認知症ケア等
その他利用サービスの例	デイケア、グループホーム、就労支援、重度訪問介護、生活支援センター	訪問介護、デイサービス、福祉用具 etc
適用保険	※医療保険のみ	介護保険      医療保険
公費の例	自立支援医療、重度障害、医療券	難病、重度障害、介護・医療券
経済状況	精神疾患によって働くことが出来ず、障害年金、生活保護を受給している方が多い。	
自己負担額の例	多くの方が生活保護、自立支援医療を利用。 0割～1割 or 自己負担上限 ¥ 2,500～ ¥ 10,000	
メリット	介護保険の単位限度に左右されず訪問看護サービスを利用できる。公費の幅が増え、自己負担を削減出来るケースが多い。	
デメリット	出来ない手技がある。(主治医発行の指示書に記載出来るものが限定的。)	

# 精神科訪問看護の仕組み

## 目的/理念

精神科訪問看護は、精神障害をもって地域で暮らす方の健康と生活を支え、利用者と家族のリハビリを支援する。

引用(地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査報告書厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業)



# 精神疾患の理解 ～内服治療と副作用について～

## 精神薬物療法

精神疾患の治療は、主に内服治療によって行われます。精神薬物療法では、脳内の神経伝達物質のバランスを調整することで、患者様が本来持つ自然治癒力が発揮され、症状が消失する効果や再発予防が期待できます。

一方、薬剤調整が合わなかった場合副作用が大きく出現してしまいます。実際、副作用を恐れる事により、怠薬・拒薬に繋がるケースは非常に多く、精神状態を観察し、副作用の出現を早期発見する事が重要です。また、副作用によって生じる行動に対する注意は高圧的になってしまわないように配慮が必要です。例えば多飲水の方に対して「水の飲み過ぎはダメだ」と声をかけるよりも「氷を舐めたらどうか」などの代替案を伝えることでご利用者様の受け取り方も変わります。指導をする際の表情や口調、声のトーンなどを意識する必要があります。信頼関係を壊さないように、副作用の辛さを理解し寄り添う態度で助言する事が大切です。

## 薬剤による症状

喉の渇き  
多飲水

ソワソワする  
落ち着かない

体を思うように  
動かせない

勝手に  
体が動く

便秘



### 水中毒

口渇により水を飲む量が増えると低ナトリウム血症のリスクが高まる。悪化時、意識障害、性格変化、呼吸困難、嘔吐が出現。体重が1日に5kg~10kg増減を繰り返す場合がある。最悪の場合、死に至る。

### 悪性症候群

向精神薬の治療開始後2週間以内に発症リスクがある。  
高熱、筋肉の硬直、意識障害、  
自律神経症状である高血圧・頻脈が出現。

### アカシジア

座ったままでじっとしてられず、そわそわと動き回る。  
抗うつ薬、抗精神病薬によって発生する場合がある。

### 便秘

腸の動きが抑制される。抗精神病薬、抗うつ薬、抗パーキンソン病薬などによって発生する場合がある。また、数種類の薬を長期的に服用している場合もなりやすいと言われている。

# 精神疾患の理解 ～拒薬、怠薬があるご利用者様へのアプローチ～

## 1) 信頼関係を構築し、言葉を掛け続けること。

- 1.精神疾患のある方は、幻聴や妄想により助言を被害的に捉えてしまったり、妄想を否定された事で症状を隠してしまう方がいらっしゃいます。指示的、否定的な言動を避けて、寄り添う姿勢で接し、安心できるという思いを持ってもらうことが大事になります。受容的な態度や寄り添う姿勢で関わる事で、信頼関係が構築され、本音で話されることが多いです。
- 2.内服のメリットや内服しないリスクを一緒に考えます。精神疾患のある方の中には医療保護入院や措置入院といった自分の意思と関係なく入院した経験をされている方がいます。家族、医療従事者に対し被害感情を持ってしまうケースも多く、退院するために、渋々治療を受ける方もいます。実際に私は再入院を避けるために、薬を飲むことで、在宅生活を維持できるということを認識してもらうよう説明をしていました。また内服することで幻覚や妄想が抑えられ安心できるという実感が持てると内服治療が継続しやすくなります。達成感に働き掛ける言葉掛けを継続して行うことが必要です。

## 2) 飲み方の工夫をする。

- 1.精神疾患のあるご利用者様は、就労できずに在宅生活を送られる方が多く、生活リズムが乱れやすくなります。生活リズムを整えるための支援と生活スタイルに合わせた内服時間の検討を医師と相談しながら調整を行います。
- 2.粒を小さくしたり、粉にしてもらうなどお薬の形態を変えることで、抵抗がなくなることもあります。
- 3.知的障害者やこだわりが強い方には、内服をルーティーンにすることを心掛けます。それが変わった内服方法だとしても受け入れる事が大切です。

## 3) それでも改善されない場合は持続型筋肉注射(デポ剤)、テープ剤を使う。

### 持続型筋肉注射(デポ剤)

1回の注射で2～4週間効果が持続します。体の中に薬が留まって徐々に血液内に取り込まれることにより、効果を発揮します。

#### メリット

- ・服薬忘れのリスクがない
- ・副作用のリスクが低い
- ・薬の効果が安定する

#### デメリット

- ・侵襲を伴う
- ・筋肉が損傷しやすくなる
- ・繰り返し使用すると筋肉が硬くなる

### テープ剤

統合失調症の症状改善に効果がある。  
貼付部位は胸部、腹部、背部で、24時間ごとに貼り替えが必要。

#### メリット

- ・貼付有無を視認できる
- ・食事の影響を受けない
- ・いつでも剥がせる
- ・受け入れが容易

#### デメリット

- ・高血糖や皮膚炎症のリスクがある
- ・自己中断がしやすい
- ・アルコール飲料の影響がある。
- ・禁忌薬がある。

# 精神疾患の理解 ～禁忌薬など内服のリスクについて～

## 精神科と内科を両方受診のご利用者様

精神科と他科それぞれの医師が処方された全ての薬剤を把握していない場合、禁忌薬を処方されているケースがあります。禁忌薬を全て把握することは難しいです。精神科訪問看護では介入時、双方の服薬の確認を行い、禁忌薬が処方されていないか確認を致します。

## 代表的な禁忌(一例)

### 1.緑内障

向精神薬は、抗コリン作用がある薬剤が多くあります。緑内障のある患者に対し、抗コリン作用のある薬剤は禁忌となっているものがあるため、注意して処方する必要があります。もし処方されている場合は、目の痛み、充血、頭痛や吐き気など眼圧上昇を疑う症状がないかを確認し、医師へ相談をすることが必要となります。

### 2.糖尿病

クエチアピン、オランザピンは禁忌薬となっています。

処方前には糖尿病の診断がなかった場合でも、投与中に、口渇、多飲、多尿、頻尿などの糖尿病を疑う症状があった場合は、医師への報告が必要になります。

訪問中に

①最近体重が増えてるか

②飲水量が増えたか

③頻回にトイレに行っていないか

上記3つを観察してもらいたいと思います。



# 事例検討

---

## 事例検討の目的

これから二つのケースを例に介入前後のご利用者様の様子を見ていきます。  
今後皆様が同様のケースと関わったとき、同じような問題で悩みを抱えることを回避するため、  
当事者の意識で聞いていただけたら幸いです。

# 事例検討 ～①精神疾患の診断がなかったご利用者様の例～

症例		
年齢	80代	
性別	女性	
病名	身体面	高血圧症,胸椎圧迫骨折
	精神面	診断なし。但しケアマネージャーは言動がおかしいと判断。
居住環境	一軒家にお住まい。訪問介護事業所が介入しているためお部屋の中は整頓されている。	
家族構成	夫と次女と3人暮らし。市内に長女夫婦あり。同居する次女は発達障害の診断があり、ストレス耐性の低さで家族に対する暴言、物を投げつける行為などがあり、他事業所の精神訪問看護を利用。長女は家事の合間に受診の付き添いをするなど協力的。精神疾患に対する理解もあり、精神科受診、入院に対しても抵抗はない。夫も家事に参加をしている。	
精神の病識	なし	
介入目的	看護リハビリのみ。	
問題点	1	抑うつ症状により睡眠障害・迷惑行為が出現、日常生活が困難
	2	妄想あり、外出困難
	3	旦那様が病気の理解がない、DVあり
	4	次女の精神疾患により本人へストレスがかかっている
	5	
	6	
介入までの流れ		次女が発達障害という事以外は突出した精神的なエピソードなく日常生活を送られていた。2024年7月に椅子から転落し頸椎圧迫骨折した事を機に抑うつ症状、行動障害、手足の痺れが出現した。リハビリ目的で訪問看護を利用することになる。
その後		リハビリを目的にしていたが、抑うつ症状が強く希死念慮、妄想が強くリハビリよりも精神面を安定する必要性を感じ、家族へ専門的治療の必要性を説明し精神科の受診を促した。メンタルクリニック受診し、内服治療開始となったが、効果は見られず家族の疲弊も強く関係性が悪化した。レスパイト目的でショートステイを利用することになったが、根本的な解決には至らない事を説明し、精神科病院へ入院する事になる。
結論		適切な治療を受けることで抑うつ症状が改善。退院後現在、当初のリハビリ目的で介入中。夫婦関係は良好になりつつある。

# 事例検討 ～②精神疾患の診断があったご利用者様の例～

症例			
年齢	50代		
性別	女性		
病名	身体面	糖尿病、高血圧症、高脂血症	
	精神面	双極性感情障害、統合失調症、人格障害	
居住環境	室内はゴミが散乱し、大音量で音楽を流すなど近隣住民に対する迷惑行為がある		
家族構成	集合団地で夫と2人暮らし。数回の離婚歴あり、精神科通院中に現夫と出会い結婚し現在に至る。夫も交通事故後の高次脳機能障害で易怒性が高く、感情的になり妻に対し暴力を振ることがある。		
精神の病識	なし		
介入目的	内服管理、迷惑行為、生活環境のサポート		
問題点	1	受診拒否、内服治療の必要性を理解できない	
	2	生活水準の低下により、不衛生な環境	
	3	迷惑行為（ピンポンダッシュ、理不尽なクレーム、万引き等）	
	4	浪費、金銭トラブル	
	5	旦那様の暴力行為	
		介入までの流れ	統合失調症、人格障害があり内服管理が困難。旦那様も高次脳機能障害があり易怒性が高い。区役所より当社へ依頼。過去、他の複数のサービス提供者から介入拒否が続いたため、新しいサービス追加に対しても拒否されるのではないかと言う不信感がある。看護師と一度面談し契約してみるよう説得され、悩みを聞き問題解決に向けて介入が必要だと言うことを説明し受け入れとなった。
		その後	介入後、内服管理を徹底するために居住環境を整理し、内服カレンダーを導入した。精神科の薬については必要性を感じていたため、飲み忘れは少なかったが、内科の薬は頻繁に飲み忘れていた。そこで医師と相談し、眠前にまとめて服用できるよう調整したところ、飲み忘れが減少した。しかし、その後、精神状態が徐々に悪化し、定期受診のキャンセルや、入院希望を申し出た後の直前キャンセルを繰り返すようになった。最終的には、受診を断られる状況に至った。過去にも同様の行動を繰り返しており、受け入れ先が減少しているのが現状である。現在、新たな受け入れ先を探しながら受診を促しているが、行動の改善は見られない。訪問日と受診日を合わせ、訪問終了時に受診を確認しているものの、実際には受診していないことが判明している。そのため、区役所へ報告し、本人や家族のみでの受診管理は困難であると判断。現在、訪問診療の導入を検討している。
		結論	対象者が在宅生活を維持するためには、内服治療の継続が不可欠である。そのため、訪問支援を継続し、確実に内服できる環境を整えることが求められる。また、看護師による室内環境の管理には限界があるため、ヘルパーの継続的な利用も必要である。夫の暴力行為や対象者の万引き、近隣住民への迷惑行為などについては、社会的な問題として認識を深めてもらうため、適切な説明が求められる。妄想と事実を的確に区別し、最適な支援を提供できるよう、関係機関との連携を強化し、事実関係の把握に努める必要がある。

# まとめ

---

## 信頼関係を築こう

ご利用者様と信頼関係を築き、サービス提供を継続することが最も大切です。

ご本人の思い、病状の変化などを把握するためには本音で接することができる関係を築き上げることが必要です。

### ★精神疾患を持つご利用者様との接し方における注意点

- ・ 当たり前を押し付けず、否定的な言葉を避ける。
- ・ 会話の中で言葉の背景や意図を汲み取る姿勢を大切にする。
- ・ ご家族、他のサービス提供者に疾患の理解をしていただき、接し方を皆で統一する。
- ・ 細かい変化を多職種で共有する。

## 精神科へ受診し、精神科訪問看護の利用しよう

「精神疾患の可能性はあるのでは？」と疑われる方がいらっしゃる場合、まずは精神科へ受診することが最も望ましいことです。しかし、精神科に馴染みのない方やそのご家族が精神科受診を促すことは容易なことではないと考えています。このような場合は、精神科訪問看護を併設している訪問看護ステーションに相談し、状態観察などのサービスと精神科受診の促しを行うことができます。役所などの他職種と連携するためのサポートをいたします。

