

精神科訪問看護の基本

訪問看護における利用者とその家族への関わり



くおーれ

訪問看護ステーション

統括管理責任者兼精神看護専門看護師

山本 智之

精神病床（世界との比較）

人口1,000人当たり病床数

(床／人口1,000人)

	調査年	Total hospital beds 計	Curative care beds 急性期	Rehabilitative care beds リハビリ	Long-term care beds 長期ケア	Other hospital beds その他	Psychiatric care beds 精神
カナダ	2019	2.5	2.0	0.1	0.4	0.0	0.4
フランス	2018	5.9	3.0	1.6	0.5	0.8	0.8
ドイツ	2017	8.0	6.0	2.0	0.0	0.0	1.3
イタリア	2018	3.1	2.6	0.4	0.1	0.0	0.1
日本	2018	13.0	7.8	—	2.6	2.6	2.6
英国	2019	2.5	内訳の報告なし				0.4
米国	2017	2.9	2.5	0.1	0.2	0.1	0.3

病床数

(床)

	調査年	Total hospital beds 計	Curative care beds 急性期	Rehabilitative care beds リハビリ	Long-term care beds 長期ケア	Other hospital beds その他	Psychiatric care beds 精神
カナダ	2019	94,677	74,069	4,491	15,921	196	13,632
フランス	2018	395,670	203,662	105,550	31,081	55,377	55,377
ドイツ	2017	661,448	497,182	164,266	0	0	106,176
イタリア	2018	189,753	156,216	25,119	8,418	0	5,358
日本	2018	1,641,407	983,700	—	328,015	329,692	329,692
英国	2019	163,873	内訳の報告なし				23,658
米国	2017	931,203	809,880	21,319	60,295	39,709	82,489

日本のCurative (acute) care beds(急性期)は一般病床、感染症病床、結核病床の合計で一般病床の回復期リハビリテーション病棟を含む。

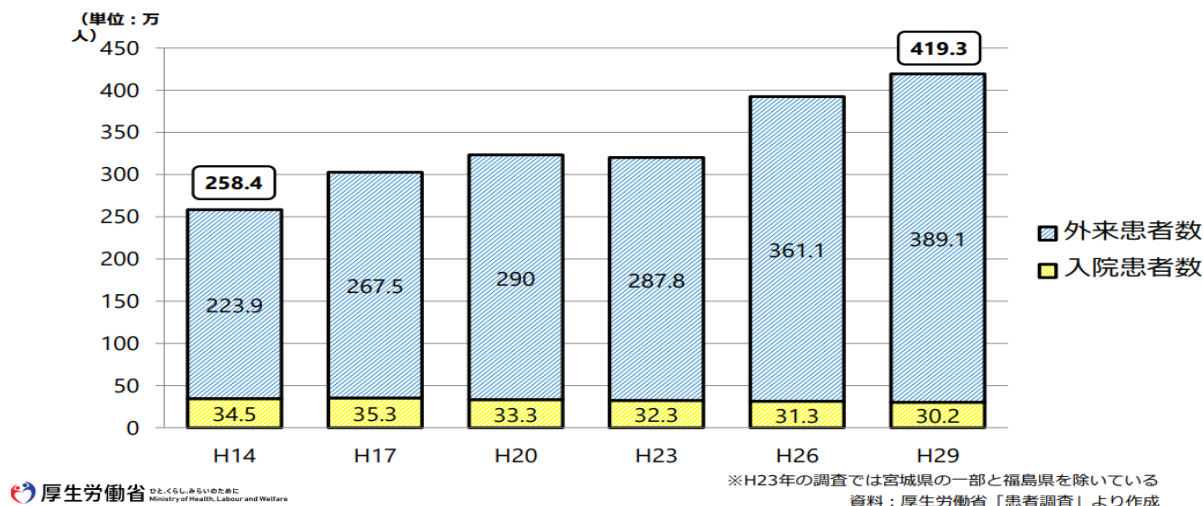
日本のLong-term care beds(長期ケア)は療養病床で、療養病床の回復期リハビリテーション病棟を含む。

英国は民間セクターを含まない。

*"OECD Health Statistics 2020"から作成

精神疾患を有する総患者数の推移

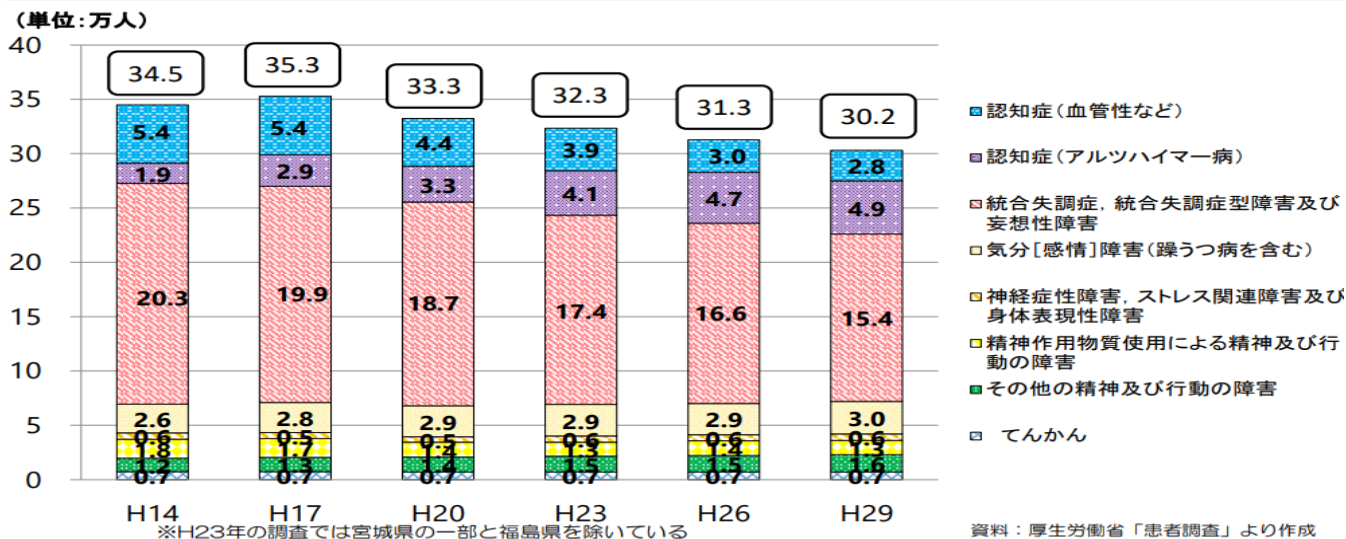
- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院：約30.2万人、外来：約389.1万人】
※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人
- 入院患者数は過去15年間で減少傾向（約34.5万人→30.2万人【Δ約4万3千人】）
一方、外来患者数は増加傾向（約223.9万人→389.1万人【約165万2千人】）



R4年度 第13回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会(資料を引用)

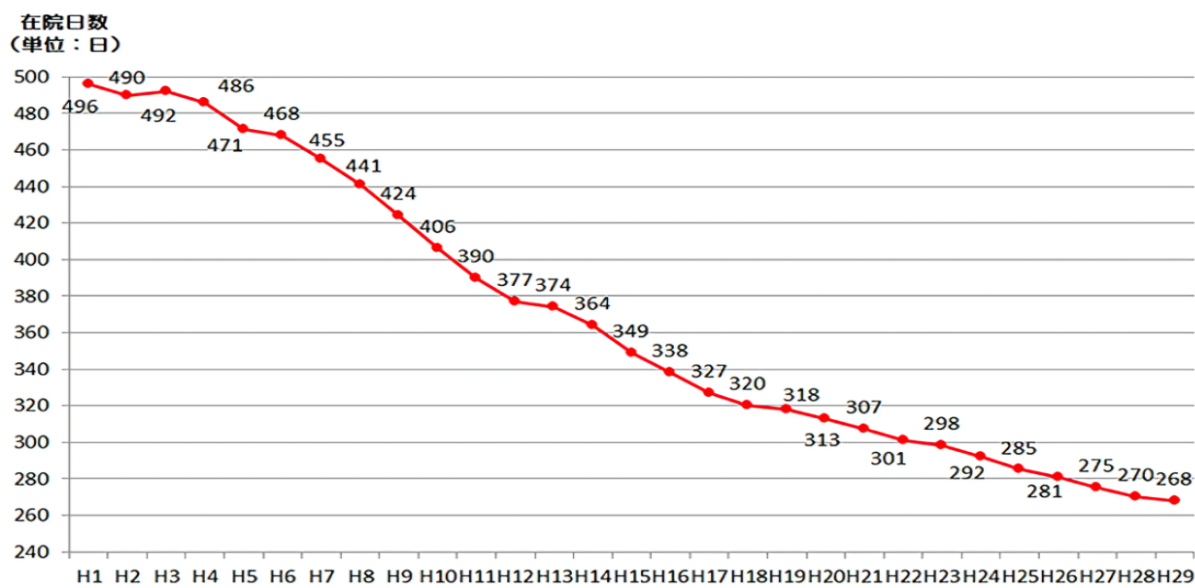
精神疾患を有する入院患者の推移

- 精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割（平成14年：約34.5万人→平成29年：約30.2万人）に減少しているが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約2.6倍に増加している。



R4年度 第13回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会(資料を引用)

精神病床平均在院日数の推移



精神病床の平均在院日数

3. 平均在院日数

各月間

	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	令和3年10月	令和3年9月	令和3年8月	令和3年10月	令和3年9月
病院					
総数	26.9	27.4	26.7	△ 0.5	0.7
精神病床	272.7	272.1	278.2	0.6	△ 6.1
感染症病床	8.9	9.4	9.1	△ 0.5	0.3
結核病床	59.0	48.0	41.6	11.0	6.4
療養病床	129.4	131.2	133.1	△ 1.8	△ 1.9
一般病床	15.6	16.1	15.8	△ 0.5	0.3
診療所					
療養病床	109.7	103.5	110.4	6.2	△ 6.9

厚生労働省 病院報告（令和3年10月分概数）

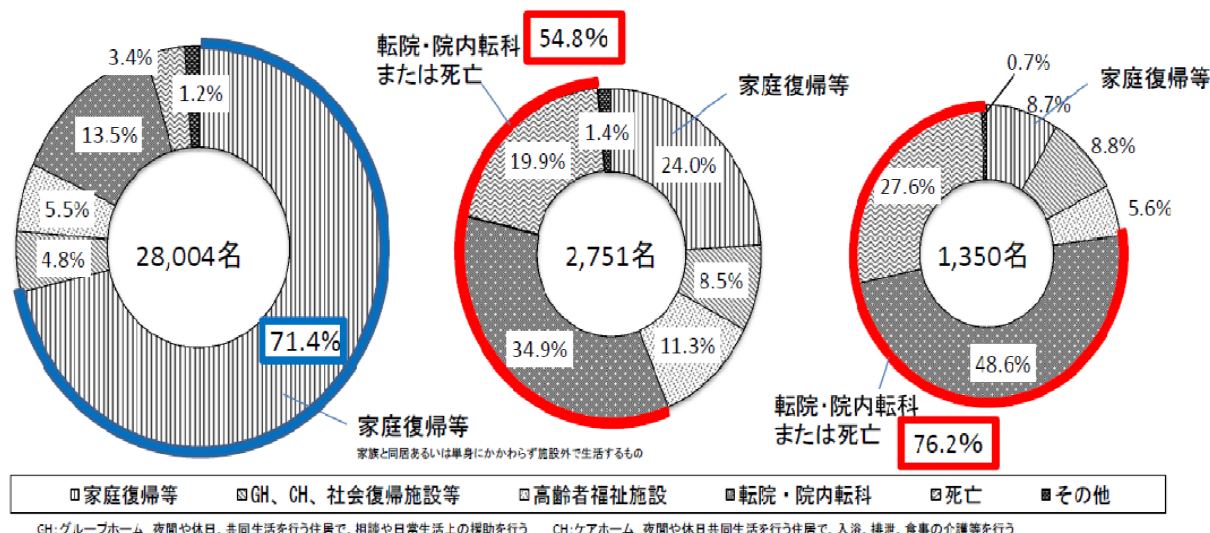
精神科病院からの退院者の状況

(平成23年6月の退院患者について調査)

入院期間: 1年未満

入院期間: 1年～5年

入院期間: 5年以上

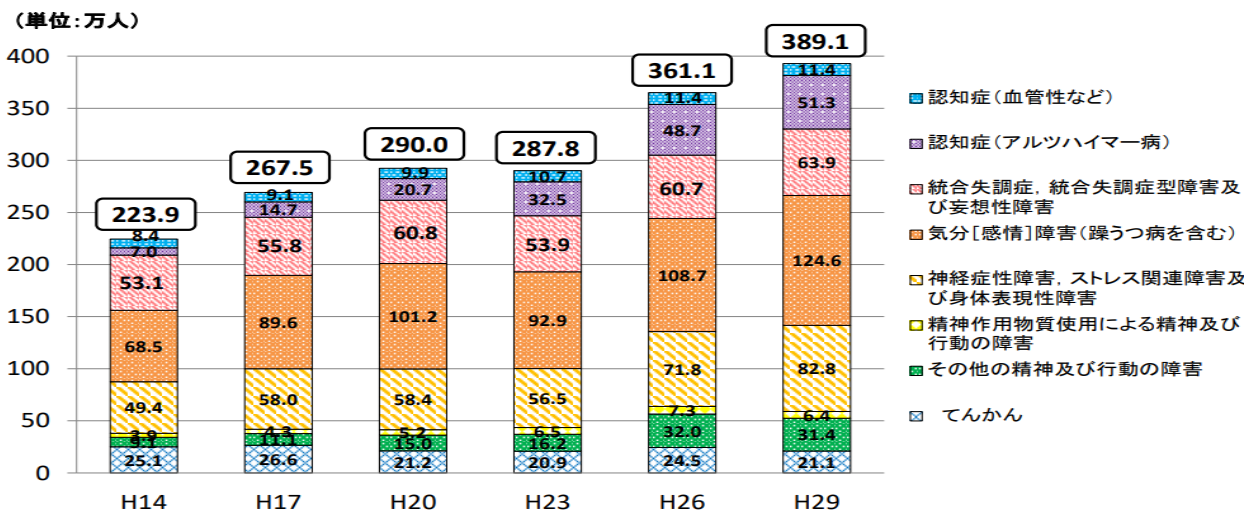


入院医療中心から地域生活中心へ

平成16年9月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という理念を明確にし、様々な施策を行ってきた。

精神疾患を有する外来患者数の推移

- 精神疾患を有する外来患者数は、疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約7.3倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約1.8倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約1.7倍と増加割合が顕著である。



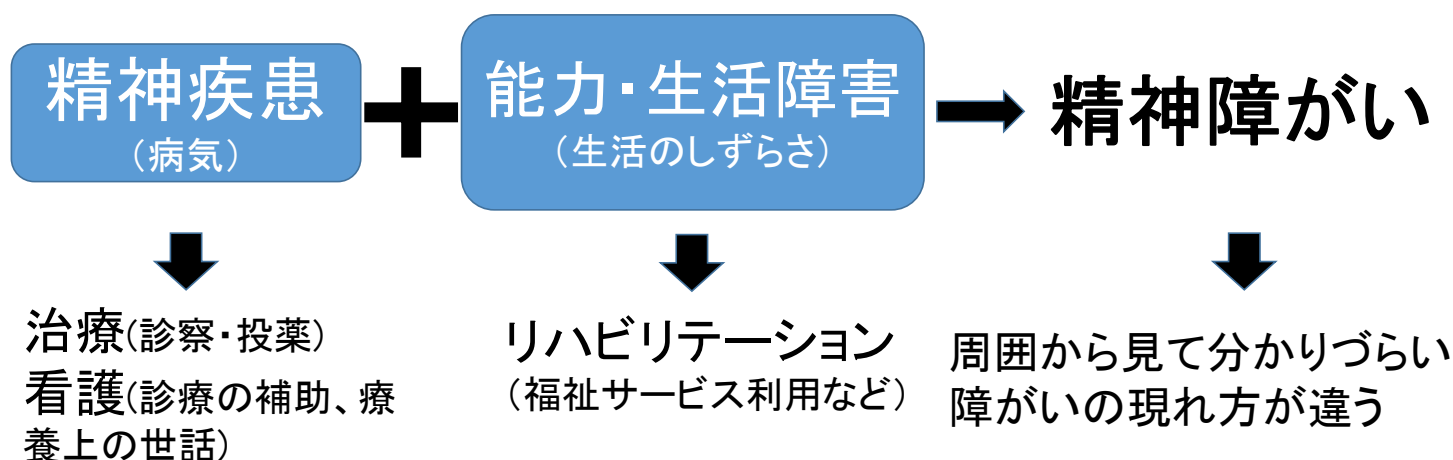
厚生労働省 ひと・くらし・いきいきの未来に

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

R4年度 第13回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会（資料を引用）

精神障がいとは



精神疾患（病気）と能力・生活障害（生活のしづらさ）を併せもったことが特徴
治療とリハビリテーションを組み合わせで行う

精神疾患の特徴

- 身体疾患：バイタルサイン、問診、聴診、視診、触診、打診、検査（血液検査、レントゲン、心電図など）
 - ➡外見、データなどから診断、治療方針、看護計画、看護が実施される。（疾患や症状が比較的共通されイメージがしやすい）
- 精神疾患：心？精神？をデータや検査では図れず。問診や本人の主観的な話や自己申告、家族や周囲の話から診断を付けていく。
 - ➡主観的症状や訴えは千差万別。個人の主訴によるところが大きい。（目に見えにくい）

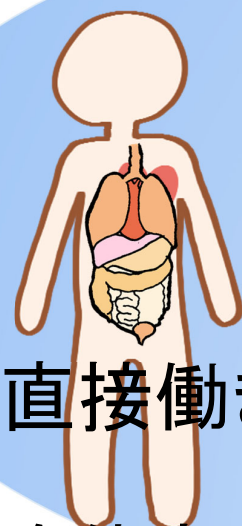
精神疾患の特徴＝進行性の慢性疾患と同様

- 適切な治療をしなければ悪化する病である
- （精神科では治癒ではなく緩解という言葉を使う）
- 長く付き合っていくことが必要（長期的な治療が欠かせない）
- 同時にリハビリテーションも必要
 - ※薬物療法だけでは生活のしづらは解決しない。
- 治療、リハビリテーションを行うことで通常の日常生活を取り戻すこと（リカバリー：回復）ができる

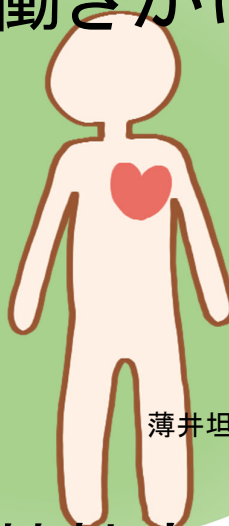
看護には

認識に働きかける看護

身体に直接働きかける看護



身体疾患



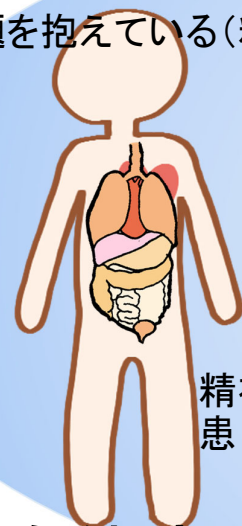
精神疾患

薄井坦子「科学的看護論」より

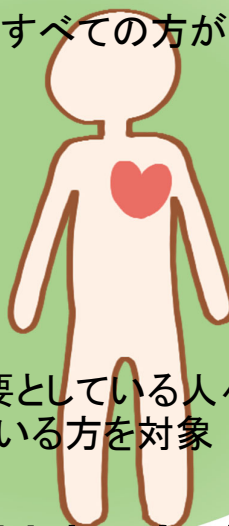
精神看護と精神科看護

精神看護

精神的な問題を抱えている(精神疾患の有無に関わらず)すべての方が対象



身体疾患



精神疾患

精神科看護

精神的健康に関する援助を必要としている人々であり、精神疾患(診断を受けている)を患っている方を対象

精神科看護とは

精神科看護とは、精神的健康について援助を必要としている人々に対し、個人の尊厳と権利擁護を基本理念として、専門的知識と技術を用い、**自律性の回復を通して、その人らしい生活ができるよう支援することである。**

日本精神科看護協会による定義

精神科看護師の役割

- 日常生活の援助者
- 相談者
- 擁護者
- 教育者
- 運動、活動の促進者
- 調整者
- ロールモデル
- グループワーカー
- 地域連携の担い手

精神科看護師の役割

●日常生活の援助者

- 看護師は**患者の日常生活のケアを行う日常生活の援助者**としての役割を担う。患者のセルフケア能力を判断して、患者に必要なケアを計画する。食事、入浴、排せつ、睡眠、更衣、整容、清潔、洗濯、金銭の管理など広範囲にわたる。

●相談者

- 看護師は、**コミュニケーション技術を駆使して患者の心配事の相談にのる相談者**としての役割を担う。患者が看護師に求めていることは、まず、話を聞いてほしいということである。患者は、病気のこと、日常生活のこと、家族のこと、仕事のこと、学校のこと、入院生活のこと、不満や不快なこと等々を分ってもらいたいと欲している。特に精神病で悩んでいる患者は、その苦しみを一般の人にはなかなか分かってもらえない。

精神科看護ガイドライン2011

特定社団法人日本精神科看護技術協会政策・業務委員会

精神科看護師の役割

●擁護者

- 看護師は**患者の人権を守る擁護者としての役割**を担う。精神科の入院制度は、本人が入院の意思を示さずとも入院となる制度があり、患者には、なぜこの入院治療が必要なのか説明する必要がある。多くの場合は、精神科医が説明するが、必要があれば、看護師は医師の説明と相違がない内容で説明を繰り返す。入院時のインフォームド Consent は特に重要で、その後の治療・看護の有効性に大きく影響する。
- 患者には治療を受ける権利があり、治療を拒む権利もある。そのため、患者の権利と治療者の方向性が一致しないことが生じる場合もある。そのときには、相互の話し合いが必要で、ときには家族や重要他者を含めて、治療の方向性を共有する努力をするシェアード・ディシジョンメイキング(SDM)が重要になる。このような場合もインフォームド Consent は重要な役割になる。

※SDM: 治療方針の決定の際、医師が選択肢をあげてあくまでも患者に治療を選ばせる手法。ICより患者の自己決定権が強くなった概念

精神科看護ガイドライン2011

特定社団法人日本精神科看護技術協会政策・業務委員会

精神科看護師の役割

●教育者

- 看護師は、**患者と家族に情報を提供したり、対処方法を提示して教育者**としての役割を担う。患者や家族は精神疾患について分らないことが多く、看護師は患者や家族に正確な情報を提供する。また、看護師は、患者と行動をともにする体験をして、そのときに患者が自分の行動を振り返り、患者自身で気づき、そして、学ぶことができるように教育者の役割をとることもある。

●運動・活動の促進者

- 精神障がい者は運動不足になりがちであるので、看護師は、**散歩、簡単なゲーム、軽いスポーツなどの運動・活動をともに行う**。身体的な健康状態の促進だけでなく、気分転換になり、潜在能力を発揮する機会になり、自分の楽しみを見つけ出すことにつながる。

精神科看護ガイドライン2011

特定社団法人日本精神科看護技術協会政策・業務委員会

精神科看護師の役割

●調整者

- 看護師は、**患者と家族にかかわる多職種専門家による医療チームの調整者**としての役割を担う。それぞれの専門家は、自分の専門領域から患者と家族に関与する。看護師は、患者と家族を中心に、今、どの専門家の援助が必要なのかを判断し、チームで話し合い、患者と家族のニーズが満たされるように調整する。そして、誰が、いつ、どのようにかかわっているのかを把握する。そうすることで、ケアの重複や欠落が生じないようにケアチームを調整する。

●ロールモデル

- 看護師は、**意識していても意識していなくても患者と家族にとっての1つの人生のモデルとしてロールモデルの役割**を負っている。看護師の言動や健康的な看護師の態度を見て、患者や家族は健康回復や生きる目標を見いだすことは少なくない。ロールモデルは看護師にとっては最も厳しい役割となる。自分の生活、自分の生き方そのものを問われることになる。看護師は、患者と家族は自分の言動や自分の生き方までみているのだ、という自覚が必要である。

精神科看護師の役割

●グループワーカー

- 看護師は**集団としての患者に関与するグループワーカーとしての役割**を担う。精神医療の場では多種多様なグループ活動がなされている。多職種で実施することが多いが、看護師はその中心的なメンバーである。グループの力動を習熟してグループ活動を推進する。

●地域連携の担い手

- 看護師は、**患者と家族が治療を中断することがないように継続ケアの担い手**として活動する。患者は地域から病院へ、そして病院から地域へと治療の場が移行する。看護師は患者のケアを連続的に整えていく必要がある。地域と病院の連携をはかり、病院で働く看護師はもっと地域の実情を知る必要がある。

地域における精神科訪問看護の役割

●信頼関係の構築から対人関係の援助へ

- ・利用者のペースを尊重し、招き入れられるのを待つこと／相手にプレッシャーや脅威を与えずに引き下がること
 - ・利用者のありのまま受け入れ傾聴すること／共感すること／利用者を知り、その人の興味を引き出すこと
 - ・長所や健康面を見出し認めること／裁かない事
 - ・一貫して信頼できる存在であることを示すこと

●地域で生活するうえで権利の擁護

地域における精神科訪問看護の役割

- 自己決定の力一強さを育むこと(自助能力の向上と自信回復)への支援
- 日常生活の支援(セルフケアの支援)
- 医療継続の支援、再発防止、病状悪化の早期発見、危機介入
- 地域社会への適応支援、社会活動参加への支援(他職種、住民との協働)
- 家族などへの支援

精神科訪問看護で提供されるケア内容

(瀬戸らの研究報告2008)

- 1) 日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大
- 2) 対人関係の維持・構築
- 3) 家族関係の調整
- 4) 精神症状の悪化や憎悪を防ぐ
- 5) 身体症状の発症や進行を防ぐ
- 6) ケアの連携
- 7) 社会資源の活用
- 8) 対象者のエンパワメント

精神科訪問看護で提供されるケア内容

(瀬戸らの研究報告2008)

- 1) 日常生活の維持／生活技能の獲得・拡大
 - ・生活技能についてモニタリングし、さらに維持・向上を図るための援助
- 2) 対人関係の維持・構築
 - ・訪問看護師との関係性の維持・構築を基盤として、家族以外の周囲の人々との関係性を維持・構築するための援助

精神科訪問看護で提供されるケア内容

(瀬戸らの研究報告2008)

- 3) 家族関係の調整
 - ・本人と家族の関係性や家族内における本人の役割をアセスメントし、その調整を図ったり、家族員が抱えるストレスを緩和するための援助
- 4) 精神症状の悪化や憎悪を防ぐ
 - ・幻覚・妄想や不安といった精神症状によって日常生活が支配されることのないよう、現実感覚を保つための援助やストレスを緩和するための援助

精神科訪問看護で提供されるケア内容

(瀬戸らの研究報告2008)

5) 身体症状の発症や進行を防ぐ

- 身体症状の発生を予防し、何らかの疾患が発症した場合には経過をモニタリングして、悪化を防ぐための介入を行う援助

6) ケアの連携

- 本人をサポートしている関係者と連携をとり、本人のサポートに関する検討を行う援助

精神科訪問看護で提供されるケア内容

(瀬戸らの研究報告2008)

7) 社会資源の活用

- 施設サービス、人的サービス、支援制度などの社会資源の有効な活用に向けた援助

8) 対象者のエンパワメント

- 利用者本人の自己効力感を高め、自分の生活を自分でコントロールできるという感覚が高まるよう働きかける援助

問題志向型モデル<ストレングスモデル

・問題志向型モデル

- ・問題を解決をしようと管理・指示・教育に傾きやすい
- ・「できる」、「できない」に焦点化され対立しやすい
- ・問題＝「できない」⇒利用者の自尊心の低下を招く
- ・「できない」に注目している限り、管理、指示的な立場であり、治療者と患者の関係が続く

ストレングスモデル

- ・ストレングス⇒「強み」や「長所」
- ・できないことよりもできることできたことに着目する
- ・利用者の持っている「強み」や「長所」(利用者の健康的・肯定的な面)を発見する方が支援者もエンパワメントされる。
- ・ストレングスに目が向くと、利用者の見方が変わる
- ・利用者の自尊心が回復し、モチベーションも上がる
- ・ストレングスには個人的のストレングスと環境のストレングスがある。

リカバリー

- ・病気や障害によって失ったものを回復する過程であり、人生の新しい意味と目的作り出すことである。

（精神保健福祉用語辞典,中央法規,2004）

- ・人々が生活や仕事、学ぶこと、そして地域社会に参加できるようになる過程であり、ある個人にとってはリカバリーとは障害があっても充実し生産的な生活を送ることができる能力であり、他の個人にとっては症状の減少や緩和である。

（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/about/recovery.html>）

リカバリーを信じてストレングスを強化する

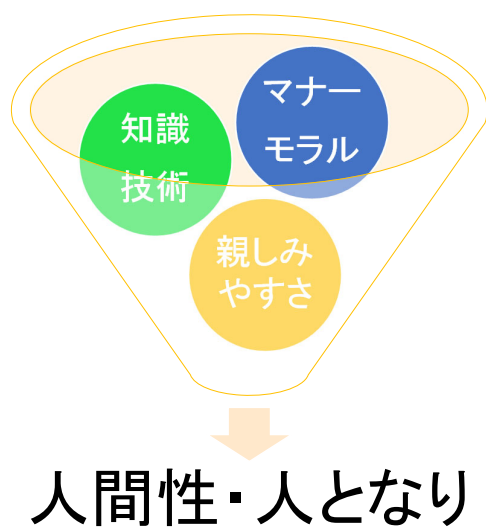
家族への支援

- ・ 家族もケアの対象であることを念頭に置く
 - ・ 家族は当事者の支援者であり、支援される側である
 - ・ 家族も正しい知識、対応を学ぶ(家族心理教育)
- ・ 家族システムを理解する。
 - ・ 個人の病であると同時に、生活をともにする家族にも影響を与え、また利用者も家族から影響を受ける。
- ・ 家族もリカバリーが必要

精神科訪問看護に必要な技術 (専門的技術を応用する引き出し)



精神科訪問看護に必要な技術 (自分自身の活用)



- 精神科看護で最も大事な技術は看護師自身の活用(言葉や態度、気遣いなど)
- 疾病管理の視点から生活支援の視点に転換
- 問題解決思考からストレングスモデルへ
- 看護師としての前に常識人、人間性が問われる
- リカバリーを信じる

ご清聴ありがとうございました。