



精神科訪問看護 好事例集

全国訪問看護事業協会

2026年3月

精神科訪問看護は、地域生活を支える重要な医療資源として国の施策に位置づけられています。しかし、現場では「どのような関わりが施策の求める役割に込えているのか」が見えにくく、日々の実践に迷いが生じることも少なくありません。



① 実践の指針

訪問看護ステーションの日々の訪問における具体的な指針となる好事例を示します。



② 施策との連動

厚生労働省が示す「求められる役割」と現場の実践を結びつけ、理解を深めます。



③ 周知・普及


好事例を広く共有し、精神科訪問看護の質の向上と推進につなげます。

国の施策が求める精神科訪問看護の役割


2つの検討会報告書が示す精神科訪問看護への期待


精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る 検討会報告書（令和3年3月）

◆ 精神障害を有する方等の「地域生活」を支える観点


 精神科医療機関において継続して治療を受けることへの支援
服薬管理、通院同行、病識の獲得支援など、医療中断を防ぐ関わり

 日常生活での困りごとの相談
対人関係の悩み、生活リズムの乱れ、不安への対処など生活全般

 身体合併症の早期発見・管理
生活習慣病の予防・管理、身体不調の早期発見と受診勧奨

 関係機関からの相談対応・医療連携の促進
福祉・行政機関との連携、情報共有、多職種チームでの支援体制構築

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 検討会報告書（令和4年6月）


 ◆ 精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う
平時の対応を充実する観点

◆ 精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者
の緊急のニーズへの対応を充実する観点

 包括的支援マネジメントの推進
医療・福祉等の地域の多職種・多機関連携の推進等

「顔の見える関係」づくり、社会資源の開拓、地域ケア
会議への参画、市町村・保健所等行政機関との連携

訪問診療・訪問看護の充実、外来患者に対する相談体制
の充実

 昼夜を問わず、患者の緊急のニーズに対応
24時間対応体制の整備、緊急時の迅速な訪問、家族への
レスパイト支援

本事例集の構成と8つの役割カテゴリ

国の施策が求める精神科訪問看護の役割を8つの事例で示しました

役割カテゴリ	疾患・状態
1 医療との連携を促進する	ASD（自閉スペクトラム症）
2 日常生活での困りごとの相談	双極症（双極性障害）
3 身体合併症の早期発見・管理	統合失調症・糖尿病
4 精神科医療機関以外の関係機関からの相談に応じる	統合失調症
5 精神科医療機関において継続して治療を受けることへの支援	広汎性発達障害
6 急性増悪・緊急ニーズへの対応	境界性パーソナリティ障害
7 包括的支援マネジメントの推進	統合失調感情障害
8 地域包括ケアシステムの構築における医療資源としての役割	統合失調症（8050問題）

事例① 未治療のASDを医療につなげた支援

家族支援と柔軟なアプローチで未治療状態から治療へ

40代男性 / ASD / 父母と同居

役割：医療との連携を促進すること

どのような状態だったか

- ・ 就職がうまくいかず引きこもり病識がなく未治療状態
- ・ 家庭内暴力があり、父母も病気を認めようとせず本人にプレッシャーをかけていた。



★ ストレngths

メモでのやり取りを受け入れ、受診の必要性を理解する力があつた。

介入の内容

目標：適切な医療につながり、治療を継続する

- ・ **家族支援から開始**：父母それぞれへの傾聴と関わり方を助言。
- ・ **段階的な接触**：ドア越し・メモでのやり取りを重ね、往診医を手配。
- ・ **受診・制度利用支援**：受診同行や障害年金申請を支援。

介入の効果

- ・ 障害年金受給により将来の不安が軽減し、行動力が高まった。
- ・ 自ら受診を継続できるようになった。
- ・ 家族と本人が適切な距離を取れるようになり、家庭内暴力が消失した。

看護の視点：柔軟な支援力とリスペクトが医療中断を防ぐ



「会えない」状況でも諦めず、メモ・ドア越しという柔軟な手段で関係性を築く姿勢が信頼の土台となった。本人と家族双方へのリスペクトある関わりが、治療継続と家族関係の改善をもたらした。

事例② セルフネグレクト状態の双極症への生活支援

所有物をアイデンティティとして尊重し、生命の安全を確保する

50代男性 / 双極症 / 独居

役割：日常生活での困りごとの相談

① どのような状態だったか

- 1階は仕事道具で埋没し、水回り使用不可。堆積物は生活ごみではなく、過去の仕事道具・書類で、同じ物品が何個も積みあがっていた。
- 2階の椅子の上だけで全生活（食事・睡眠・排泄）。
- エコノミークラス症候群・転落・火災の高リスク状態。



★ ストレngthス

「仕事のアイデンティティ」として所有物に誇りを持っており、肯定的な関わりを受け入れる素地があった。

👉 介入の内容

🎯 目標：生命の安全を確保し、安楽な睡眠環境を整える

- **アイデンティティの尊重**：堆積物を「コックピットのように機能的」と肯定しつつ、医学的リスク（エコノミークラス症候群等）を提示。
- **スモールステップの設定**：「机の上のごみ捨てと、平らな場所で足を伸ばして寝る」ことを提案。

👉 介入の効果

- 「身体を守るための安全策」であると理解できた。
- 「過去を否定されなかった」安心感から支援を受け入れ、平らな寝床作りに応じた。
- 「久しぶりに背中を伸ばせた気がする」と身体的な安楽を実感し、表情が和らいだ。

看護の視点：生命の安全を最優先に、スモールステップで介入する



身体感覚の心地よさを提供することで精神的な緊張を緩和する。本人の「こだわり」を否定せず、その価値観を尊重しながら少しずつ安全な方向へ導く関わりが、支援の受け入れを可能にした。

事例③ 統合失調症と糖尿病の身体合併症管理

目標の見える化と支援者間の情報共有が安定した地域生活を支える

60代女性 / 統合失調症・糖尿病 / GH入居

役割：身体合併症の早期発見・管理

① どのような状態だったか

- 長期入院からの退院後、糖尿病の自覚がなく食事制限が困難。
-
- 体重が増加し、急性腎不全を発症して救急搬送される事態となった。



★ ストレngthス

- 支援者の言葉を素直に受け入れ、目標に取り組む意欲がある。
- グループホームの職員など協力者がいる。

👉 介入の内容

📌 目標：糖尿病の自覚を持ち、自己管理を定着させる

- 危機的状況への同行：救急搬送・入院カンファレンスに参加
- 医療の役割分担：糖尿病治療は内科へ（精神科と分離）
- 目標の見える化：「理想の体重」「摂取カロリー」を明確化しノートに記録
- チーム共有：GHスタッフ・家族・支援者全体で数値を共有

👉 介入の効果

- 内科受診により糖尿病への自覚が芽生え、受診同行を受け入れるようになった。
- 「今週は、がんばった」と自ら生活目標を語るように変化した。

看護の視点：数値の見える化で支援者全体が共通の指標で関わる体制を構築する

危機介入を契機に身体管理の意識を高めた。精神科訪問看護師が身体疾患にも積極的に関与し、チーム全体をコーディネートすることで、利用者自身の「自己管理への意欲」を引き出した。



事例④ 地域で孤立した統合失調症への多機関連携支援

伴走型の支援と関係機関との連携が地域生活の安定をもたらす

50代男性 / 統合失調症 / 単身

役割：精神科医療機関以外の関係機関からの相談に応じる

① どのような状態だったか

- 地域で孤立し、他サービス未利用の状態。
- 時に精神症状が悪化し、近隣トラブル等の危機介入が必要な状況であった。



ストレングス

- ★ 一人暮らし・仕事の経験があり、生活自立の基盤がある。

📄 介入の内容

🎯 目標：地域での孤立を防ぎ、安定した生活を継続する

- **入院中からの関わり**：カンファレンスに参加し、退院後の支援体制を準備。
- **信頼関係の構築**：定期的な訪問で安心感を提供。本人の身体的な相談にもものる。
- **興味・関心の支持**：本人のやりたいこと（習い事）を応援し、人間関係の形成を促進。
- **迅速な連携**：状態悪化時は関係機関へ情報提供し危機を回避。

📈 介入の効果

- 習い事を通じて人間関係が生まれ、福祉サービスへの接続につながった。
- 主治医・関係機関との定期的な振り返りにより、地域生活が安定した。



看護の視点：身体・精神の両面支援と伴走者の姿勢が孤立を防ぐ

身体的な相談にも応じ、不安を軽減。訪問看護師が地域のハブとなり伴走的支援で孤立を防いだ。本人が孤立しないような情報提供を意識的に行い、丁寧に寄り添った。

事例⑤ 広汎性発達障害の医療連携と家族支援

家族と医療をつなぐ橋渡し役として変化を待つ伴走型支援

35歳男性 / 広汎性発達障害 / 両親同居

役割：精神科医療機関において継続して治療を受けることへの支援

① どのような状態だったか

- 家族関係が悪化し、家庭内でのコミュニケーションが断絶。
- 医療不信があり、通院が不定期で服薬も中断しがちだった。
- 自室に引きこもり、昼夜逆転の生活を送っていた。



★ ストレngthス

家族が支援を求めており、本人も家族以外との関係性を模索していた。

👉 介入の内容

🎯 目標：家族と医療をつなぎ、適切な治療環境を整える

- **橋渡し役**：家族の思いを医療機関に伝え、医師の指示を家族に分かりやすく説明。
- **伴走型支援**：本人のペースを尊重し、無理な介入を避け、変化の兆しを待つ姿勢を貫く。
- **家族支援**：両親の不安や焦りを傾聴し、本人への適切な接し方を助言。

👉 介入の効果

- 家族の不安が軽減し、家庭内の緊張が緩和された。
- 本人が自ら通院を再開し、デイケアへの参加も開始した。



看護の視点：医療と生活の通訳者として信頼を築く

医療的な視点と生活者の視点の双方を持ち、両者の間を取り持つ「通訳者」としての役割を果たした。焦らず待つ姿勢が本人の主体性を引き出し、医療連携の促進につながった。

事例⑥ BPDの夜間緊急対応と治療的限界設定

客観的な危機管理と一貫した限界設定が命を守る

20代女性 / 境界性パーソナリティ障害 / 独居

役割：急性増悪・緊急ニーズへの対応

① どのような状態だったか

- 夜間の電話相談や自傷行為が増え、「死にたい」との訴えも多くなってきていた。
- 背景には、身近な対人関係トラブルがあった。
- 対応が続く中で、スタッフ側に「試されているのではないか」という感覚が出てきていた。



★ ストレングス

辛さを言葉にして助けを求める力がある（SOSが出せる）。

🔗 介入の内容

🎯 目標：安全を確保し、適切な援助要請ができるようになる

- **一貫した対応（限界設定）**：「できること・できないこと」を明確に伝え、特別扱いをしない。
- **客観的な危機評価**：電話でのトリアージを行い、緊急性が高い場合は迷わず救急・警察要請を行うことを本人と共有。
- **安全確保**：自傷時は医療処置を優先し、感情的な巻き込まれを防ぐ。

📈 介入の効果

- 電話が減少し、適切な相談ができるようになった。
- 自傷行為が鎮静化し、安定した生活を取り戻した。



看護の視点：揺るがない枠組みが安心感を生む

感情に巻き込まれず、専門職として客観的な判断（トリアージ）を行うことが、結果として本人の安全と安心につながる。一貫した態度で接することで、信頼関係の再構築が可能となった。

事例⑦ 長期引きこもりの統合失調感情障害への包括的支援

多機関連携と段階的な関係構築が親亡き後への備えをつくる

50代男性 / 統合失調感情障害 / 両親同居

役割：包括的支援マネジメントの推進

① どのような状態だったか

- 20年以上の長期引きこもり状態。
- 両親は80代と高齢化し、「親亡き後」への不安を抱えていたが、本人は外部との接触を拒否していた。
- 家庭内での会話は少なく、社会的な孤立が深まっていた。



★ ストレngth

- 両親との関係は良好で、家庭内での生活スキルは維持されている。
- 「親に迷惑をかけたくない」という潜在的な思いがある。

📄 介入の内容

📌 目標：親亡き後を見据えた地域生活基盤の構築

- **家族支援からのアプローチ**：まずは両親との信頼関係を構築し、不安を傾聴。
- **段階的な接触**：手紙やドア越しの声かけから始め、本人のペースを尊重。
- **制度利用の促進**：障害年金や手帳の申請を支援し、経済的基盤を確保。
- **多機関連携**：相談支援事業所等と連携し、将来の生活設計を共有。

📈 介入の効果

- 訪問看護の受け入れが可能となり、デイケア通所を開始した。
- 両親の将来への不安が軽減し、家庭内の雰囲気明るくなった。

👤 看護の視点：長期的な視点でのマネジメントと「待つ」支援



焦らず時間をかけて関係性を築く「待つ」姿勢が重要。将来を見据えた包括的なマネジメントを行い、危機が訪れる前に社会資源とつなぐことで、地域生活の継続性を担保した。

事例⑧ 8050世帯の共倒れを防いだ看看連携

看看連携による適切な機能分化が8050世帯の共倒れを防ぐ

👤 80代母（糖尿病）・50代息子（統合失調症）

📌 役割：地域包括ケアシステムの構築における医療資源としての役割

① どのような状態だったか

- 母が息子の服薬・金銭管理をしていたが、認知症・糖尿病が悪化。
- 母の機能低下により息子の精神症状も不安定になり、共倒れのリスクが高まっていた。



★ ストレングス

- 母の息子への献身的な思いと、息子の母への信頼
- 母の訪問看護と息子の訪問看護の連携。

📄 介入の内容

🎯 目標：8050世帯の共倒れを防ぎ、地域生活を維持する

- **当該訪問看護事業所の判断**：母の訪問看護と息子への訪問看護を分けて導入し、役割を明確にすることによって混乱を回避。
- **自立支援**：息子が自分で服薬管理できるよう支援し、母の負担を軽減。

📈 介入の効果

- 母の負担が減り、糖尿病管理が安定した。
- 息子も自立心が高まり、精神症状が安定。共倒れを回避できた。

看護の視点：専門性を活かした「看看連携」が地域生活を支える



それぞれの専門性を活かした訪問看護の介入が鍵。家族全体の機能をアセスメントし、適切な社会資源を組み合わせることで、複雑な8050問題に対応できる。

8事例から見てくる精神科訪問看護の共通する視点

地域生活を支えるための3つの核心的アプローチ



ストレングスへの着目

本人の興味・関心を尊重する
小さな変化や成功体験を共有する
「役割」を見出し、自己肯定感を高める



伴走型支援と信頼構築

孤立を防ぎ、安心感を提供する
「見捨てない」というメッセージを伝える
長期的な視点で関係性を育む



家族・多職種との連携

家族の疲弊を防ぎ、レスパイトを図る
医療・福祉・行政をつなぐ
チーム全体で情報を共有し、役割を分担する

地域生活を支える「つなぎ役」としての機能



医療アクセスの保障

治療中断の防止と服薬支援
身体合併症の早期発見・管理
病状悪化時の迅速な対応



地域生活の安定

生活リズムの整えとセルフケア
家族への相談支援・レスパイト
危機介入と安全確保



地域連携の推進

多職種・多機関との情報共有
社会資源（福祉・行政）への接続
「顔の見える関係」の構築

精神科訪問看護に携わる皆さまへ

国の施策が求める役割は、決して遠いものではなく皆さまの
日々の実践そのものです。自信をもって、これからも地域で
暮らす人々の「伴走者」であり続けてください。



この事例集が、明日の訪問への小さな勇気とヒントになれば幸いです。



一般社団法人全国訪問看護事業協会
令和8年度 5月発行