

令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

**BPSD予防の見地からの
専門的な医療のかかわりについての
調査研究
－ 報告書 －**

令和7年3月
公益社団法人 日本精神科病院協会

はじめに

日本精神科病院協会は、令和6年度の老人保健健康増進等事業(テーマ83番)、「BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりについての調査研究」を受託した。本事業の特記条件として、これまで当協会を受託してきた「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究」(令和4年度)、「認知症の人や家族のための入退院等に際した精神・心理的支援の調査研究」(令和5年度)の結果を踏まえ受託できたものである。認知症医療・介護において、精神科病院は地域との連携に力を注いでいた。特に精神保健福祉士や地域のケアマネジャーを中心に情報交換など密に行われ、新型コロナウイルス感染症下にあつては介護施設等へ対応と備えの手引書を作成した。

テーマ83では、BPSDにより精神科病院に入院した認知症の人に対し、専門医療としてどのような対応をし、病状の早期軽減や改善を図ったのかを明らかにする。BPSDは予防が最も重要である。在宅での介護家族や施設での職員等に対し、認知症の専門医療機関が行った症状緩和への知見を共有するために、報告書とともに手引書の作成を行う。

認知症施策推進基本計画が令和6年12月に閣議決定された。ここでは「新しい認知症観」が示されている。認知症の状況に応じて、最期まで自分らしく暮らせるよう、認知症の人の尊厳を保持できるよう、専門医療機関として本人、家族、介護職員等と常に連携をとることが大切である。

この調査研究が皆様にとって有益なものとなれば幸いである。

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山崎 學

[目次]

I	事業概要	1
II	BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりに関するアンケート調査	6
1	調査概要	6
2	調査結果	8
2.1	施設調査	8
2.1.1	基本情報・体制	8
2.1.2	入退院患者	12
2.1.3	BPSD予防・重度化防止等の対応	16
2.2	対応実態調査(患者調査)	31
2.2.1	入院時の評価 (入院時のBPSD、入院の理由となった症状など)	31
2.2.2	入院期間中の取組・対応 (BPSD軽減・増悪防止の取組、効果・変化など)	42
2.2.3	退院時における助言等の対応 (BPSD再燃・再入院を防ぐための助言やヒントなど)	55
III	居宅や介護施設での生活支援に役立つ 「BPSDの予防のための対応と生活上のヒント集」の作成	67
1	目的・構成等	67
2	手引きの紹介	68
IV	総括(提言)	76
V	資料編 (調査票等)	78

I 事業概要

1 事業名

BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりについての調査研究

2 事業の目的

令和4年度「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業」および令和5年度「認知症の人や家族のための入退院等に際した精神・心理的支援の調査研究」では、精神科病院に関する様々な実態を調査してきた。令和4年度調査研究では精神科病院の精神保健福祉士や看護師らが窓口となり、地域の医療・介護資源と結びつきを深め入院治療やBPSD増悪時の緊急対応、在宅復帰患者への通院治療、重度認知症患者デイケア等を通じて、認知症の人・家族を支える地域の一員として精神科病院の地域連携の取り組みが示された。

また令和5年度調査研究においては、令和2年1月からの新型コロナウイルス感染拡大下において、やむを得ず行動制限を実施せざるを得ない中、また、認知機能の増悪やADLの低下が懸念される中、特に認知症の人や家族等への精神・心理的支援や対応、家族に対する心理的サポートについて調査した。この結果からは感染防止対策マニュアルを作成しておくことの重要性、精神科病院も地域の感染ネットワークに参加し、クラスター発生時には他の連携医療機関から指導や助言を受けること等、精神科病院として日頃からの備えの重要性について再確認された。

認知症施策推進大綱においては「予防」と「共生」を両輪として施策が推進されており、BPSDの「予防」や適切な対応が重要とされている。過去2か年の調査でも精神科病院の治療が入院ベースから外来ベースに徐々に移行しつつある実態、あるいは患者の地域連携のより一層の進展が明らかとなっており、同大綱の流れを支持する結果が得られている。こうした中であって精神科病院が培ってきたBPSD予防に対する知見を地域の医療・介護資源と共有し合うことが、認知症の人の地域での暮らしを支える上で大きな役割を果たすこととなる。本事業によって医療・介護現場、在宅療養と幅広い場面で活用可能な、BPSDの予防と対応に効果的な知見を手引きとしてまとめ周知する。

3 事業の内容

有識者、医療関係者らで構成される検討委員会を設置の上、以下のような手順により事業を遂行する。

- (1) 検討委員会にて、会員精神科病院を対象とした質問紙法による実態調査を検討、実施する。
- (2) 実態調査の分析結果を分類、体系化した後、有識者らの専門的見地も踏まえながらBPSDの予防に有効な知見をとりまとめ、手引きの構成を検討し作成する。
- (3) 精神科病院、連携する医療機関や介護施設に報告書及び手引きを配付し、これを以ってBPSDの「予防」や地域との連携について、全国的な普及啓発を図ることとする。

— — 調査計画 — — — — —

(1) 調査対象

- ①調査対象地区 全国
- ②調査対象者等 全国の会員精神科病院
- ③悉皆・抽出の別 抽出
- ④調査方法
 - ◆有識者を含む検討委員会にて調査票を作成する。
 - ◆全国の会員精神科病院を対象に、メールによる調査を実施する。
 - ◆調査結果の分析を行う。調査にあたっては精神科病院に入院する患者全体のデータを収集し、分析の段階で認知症患者への影響を比較検討する。
 - ◆有効な取り組みを分析し、精神科病院や連携する医療機関、介護施設で活用可能な手引きを作成する。
 - ◆報告書に調査の分析結果、成果物である手引きの作成過程をまとめる。
- ⑤調査客体数 574 病院
「認知症疾患医療センターの指定」、「認知症疾患治療病棟あり」のいずれか（または両方）に該当する 574 病院

(2) 調査内容（調査項目）

A 施設調査

- 1 基本情報・体制について
 - 1-1 診療科目、1-2 病床数、1-3 認知症の診療・担当する専門職等の数、
 - 1-4 認知症疾患医療センター、1-5 介護サービス事業
- 2 入退院患者について
 - 2-1 2024年6～8月の認知症の「新規入院患者」の入院前所在地別の人数
 - 2-2 新規入院患者の入院時にみられたBPSD種類別の人数
 - 2-3 2024年6～8月の新規入院患者のうち、「既に退院している患者」の退院先別の人数
- 3 BPSD 予防・重度化防止等の対応について

B 対応実態調査

- ① 入院時の評価
 - 性別／年齢階級／診断名／入院の主な理由／入院前の所在／入院時のBPSDの状況／入院の契機・理由になった症状／入院前の生活における課題
- ② 入院期間中の取組・対応
 - 入院期間中に実施した取組・対応／最も有効であったと取組・対応／具体的な内容／概ね1ヵ月後の効果や変化
- ③ 退院時における助言等の対応
 - 入院期間／退院先／退院後の再燃に最も留意すべきBPSD／退院時に行った助言等／最も重点を置いた助言／具体的な内容

(3) 調査時期

令和6年6月12日から令和7年3月31日

(調査票配信 令和6年10月28日 回答期日 同年11月15日(延長12月6日))

(4)調査結果の主要集計・整理項目

- 新規入院患者の入院時にみられたBPSD種類別の人数
- BPSD予防・重度化防止等の対応について
- 入院の契機・理由になった症状(具体的な生活課題)
- 入院期間中に実施した最も有効であったと取組・対応(具体的な対応内容)
- 退院時に行った最も重点を置いた助言(具体的な助言内容)

(5)調査結果の活用法

本事業における実態調査を通じ、精神科病院で取り組まれて来た、認知症の人になるべく入院とならないような「予防」の手立て、入院となった場合においても長期入院にならないための手立て、また地域との連携について等を、全国的な実態調査によって明らかにすることができる。

また、この実態調査を踏まえた有効な取り組みを集約した手引きの普及啓発を図ることにより、地域の社会資源における精神科病院の持つ役割を広く周知し、認知症施策推進大綱の推進に貢献していく。

4 実施体制(検討委員会、事務局等の設置)

4-1 検討委員会 委員名簿

<敬称略、◎は委員長>

氏名	所属	役職
◎瀧野 勝弘	①日本精神科病院協会 ②医療法人社団瀧野会緑ヶ丘保養園	①常務理事 ②理事長
千葉 泰二	医療法人社団千寿会三愛病院	理事長・院長
吉永 陽子	公益財団法人三生会三生会病院	院長
武田 滋利	医療法人社団大和会西毛病院	理事長
土屋 直隆	医療法人社団扶老会扶老会病院	理事長・院長
高森 薫生	医療法人高森会阿蘇やまなみ病院	理事長・院長
數井 裕光	高知大学医学部神経精神科学講座	教授
釜江 和恵	公益財団法人総合病院浅香山病院 精神科・認知症疾患医療センター	センター長

(オブザーバー)

氏名	所属
江川 斉宏	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
吉松 直樹	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 認知症施策推進係主査

4-2 事務局

①事業担当者	事業部	保険業務課	課長	二戸 徹
	事業部	保険業務課	課員	平田 秀喜
②経理担当者	総務部	経理課	課長	松本 明子
	総務部	経理課	課員	成田 沙良郁
	総務部	経理課	課員	和田 渚

[調査実施協力] 合同会社 HAM人・社会研究所

5 検討委員会の実施状況と主な議事

検討委員会では、事業全体の進行に関する検討およびアンケート調査やヒアリング調査の進捗確認・内容検討等を行った。各回の日程、議題について以下の通り整理する。

第1回 検討委員会

日時:令和6年7月31日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)本事業について(事業実施計画等)

(2)調査票について(調査設計たたき台)

(3)今後の開催日程について

第2回 検討委員会

日時:令和6年8月28日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)調査票について

・【案】調査構成

・【案】調査票

・【参考】R3年度事業 調査票

第3回 検討委員会

日時:令和6年9月18日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)調査票について

・調査票概要 0918時点

・調査票 0918時点

第4回 検討委員会

日時:令和6年12月18日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)調査結果について

・集計結果

・調査票

第5回 検討委員会

日時: 令和7年1月15日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題: (1)集計結果について

(2)報告書案について

(3)手引き案について

第6回 検討委員会

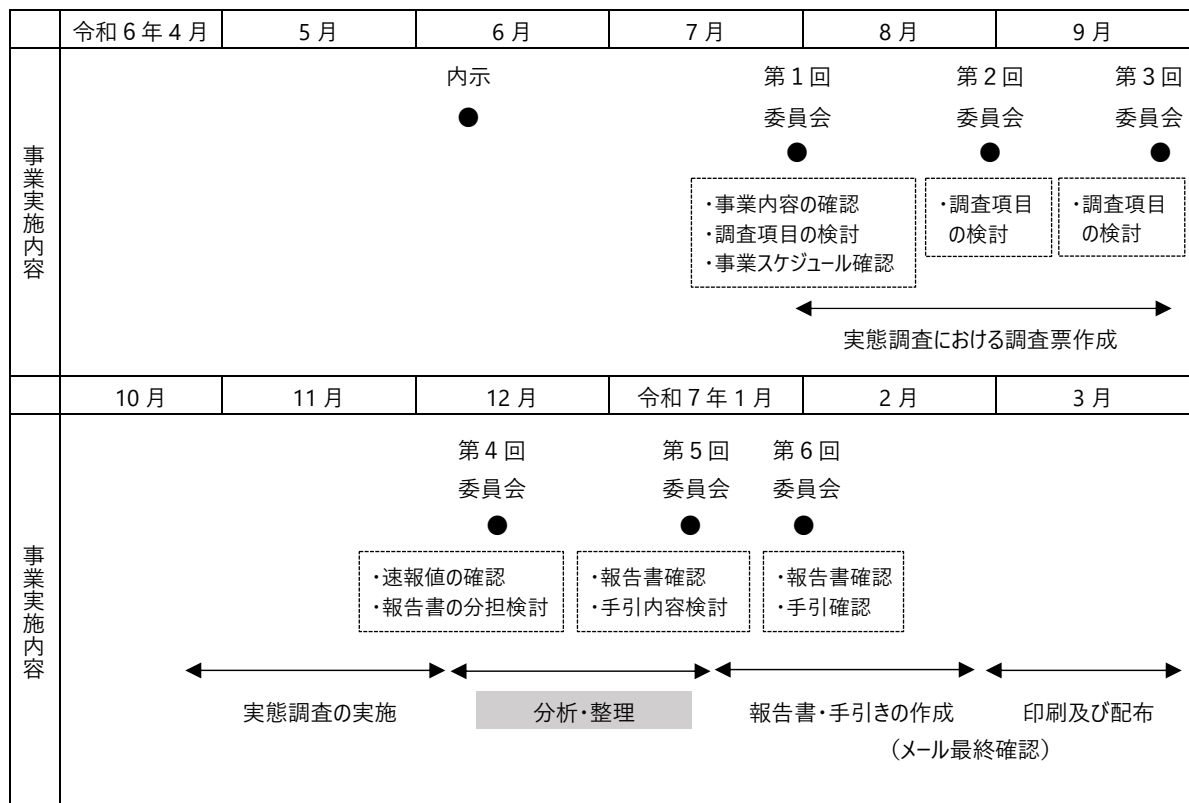
日時: 令和7年1月29日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題: (1)報告書案について(確認)

(2)手引き案について(確認)

6 事業実施期間(スケジュール)

令和6年6月12日(内示日)～ 令和7年3月31日



Ⅱ BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりに関するアンケート調査

1 調査概要

1.1 名称

BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりに関するアンケート調査

1.2 目的

○入院前後、入院期間中における精神科病院におけるBPSD予防や重度化防止に向けた取り組みを把握・整理の上、医療・介護現場、在宅療養等の幅広い場面で活用可能な、BPSDの予防と対応に効果的な知見を手引きにまとめる。

1.3 調査対象

○会員病院のうち、「認知症疾患医療センターの指定」、「認知症疾患治療病棟あり」のいずれか(または両方)に該当する 574 病院

1.4 調査方法

- (1) 調査基準日 令和6年10月1日現在
- (2) 回答期日 令和6年12月6日（当初期日11月15日）
- (3) 配布・回収 mail配信 mail回収

1.5 調査内容

A 施設調査

1 基本情報・体制について

- 1-1 診療科目
- 1-2 病床数
- 1-3 認知症の診療・担当する専門職等の数
- 1-4 認知症疾患医療センター
- 1-5 介護サービス事業

2 入退院患者について

- 2-1 2024年6～8月の認知症の「新規入院患者」の入院前所在地別の人数
- 2-2 新規入院患者の入院時にみられたBPSD種類別の人数
- 2-3 2024年6～8月の新規入院患者のうち、「既に退院している患者」の退院先別の人数

3 BPSD予防・重度化防止等の対応について

B 対応実態調査

①入院時の評価

性別／年齢階級／診断名／入院の主な理由／入院前の所在／入院時のBPSDの状況
／入院の契機・理由になった症状／入院前の生活における課題

②入院期間中の取組・対応

入院期間中に実施した取組・対応／最も有効であったと取組・対応／具体的な内容
／概ね1ヵ月後の効果や変化

③退院時における助言等の対応

入院期間／退院先／退院後の再燃に最も留意すべきBPSD／退院時に行った助言等
／最も重点を置いた助言／具体的な内容

1.6 回答状況

回答 108票

※対応実態調査(B)に回答があった患者数 492人

回答率 18.8%

2 調査結果

2.1 A 施設調査

2.1.1 基本情報・体制について

1-1 診療科目（図表1-1）

回答した108施設のうち、精神科が108(100%)で、次に内科66(61.1%)、心療内科55(50.9%)と続き、心療内科は全体の約半数であった。以下は脳神経内科10(9.3%)、脳神経外科3(2.8%)、その他32(29.6%)と続いた。

1-2 病床数（図表1-2）

精神病床は延べ病床数30,350床(93.7%)で1施設当たりの病床数平均値は281.0床、中央値261床であった。一般病床は延べ病床数883床(2.7%)で平均8.2床であった。療養病床は延べ病床数1,151床(3.6%)、平均10.7床であった。

精神病床について病床数階級別の分布をみると、「181～240床以下」が24施設と最も多く、以下、「241～300床以下」が21施設、「121～180床以下」が17施設の順であった。

1-3 認知症の診療・担当する専門職等の数（図表1-3）

認知症の診療を行う医師(常勤医師)は延べ819人(38.5%)、平均値7.6人、中央値6人であった。認知症の看護に関する認定を受けた看護師数は延べ166人(7.8%)で、平均値1.5人であった。作業療法士は延べ855人(40.2%)、平均値7.9人、中央値7人であった。心理職はのべ290人(13.6%)、平均値2.7人、中央値2人であった。

職種ごとの人数階級別の分布をみると、まず「認知症の診療を行う医師」は、「4～6人以下」が30施設と最も多く、「0～3人以下」が28施設、「7～9人以下」が18施設と続いた。他、「日本精神科医学会『認知症認定看護師』等」は、「0～3人以下」が100施設とほとんどを占め、「作業療法士」は、「0～3人以下」が33施設と最も多く、「心理士等」は、「0～3人以下」が73施設と最も多かった。

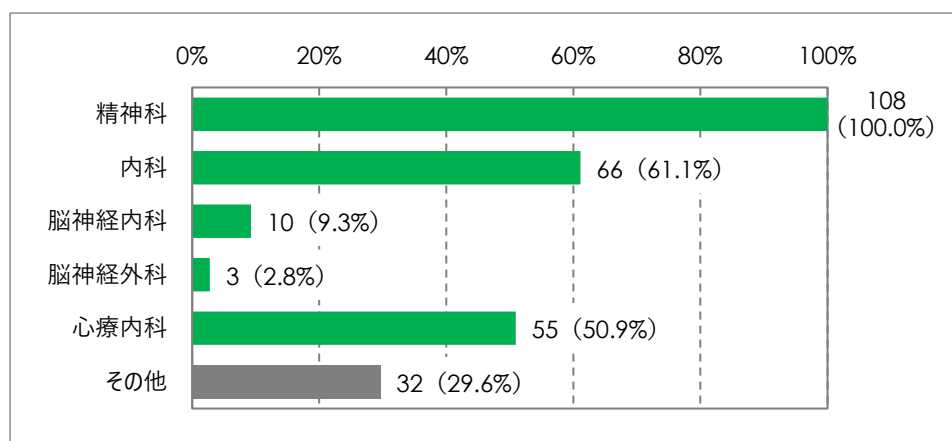
1-4 認知症疾患医療センター（図表1-4）

認知症疾患医療センターの指定を受けている施設は108施設中の50施設(46.3%)に対し、指定を受けていないのは58施設(53.7%)でほぼ同数であった。指定を受けている施設の種類の内訳は、基幹型2施設(4.0%)、地域型43施設(86.0%)、連携型6施設(12.0%)で地域型が最も多かった。

1-5 介護サービス事業（図表1-5）

各施設が指定を受けた介護サービス事業について、訪問看護が44施設(40.7%)と最も多く、次に介護老人保健施設35施設(32.4%)、通所系サービス31施設(28.7%)、短期入所療養介護(ショートステイ)22施設(20.4%)、認知症グループホーム16施設(14.8%)、その他16施設(14.8%)、介護医療院5施設(4.8%)と続いた。

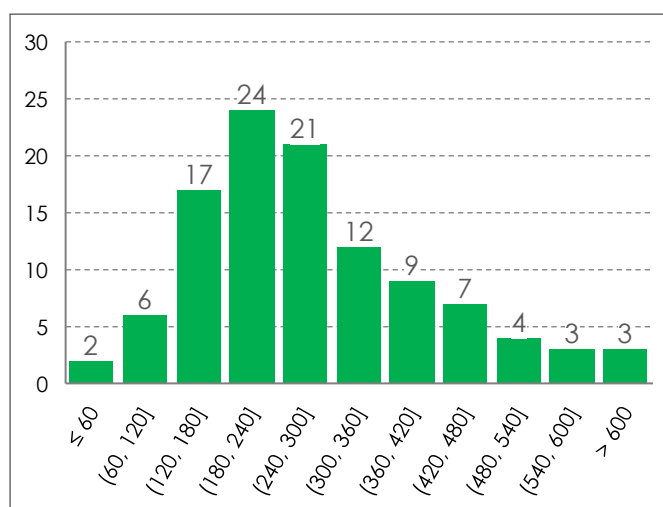
図表1-1 診療科目（複数回答）〈n108〉



図表1-2 病床数 〈n108〉

	延べ病床数	構成割合	平均値	中央値
精神病床	30,350	93.7%	281.0	261
一般病床	883	2.7%	8.2	0
療養病床	1,151	3.6%	10.7	0
合計	32,384			

【精神病床】 〈n108〉

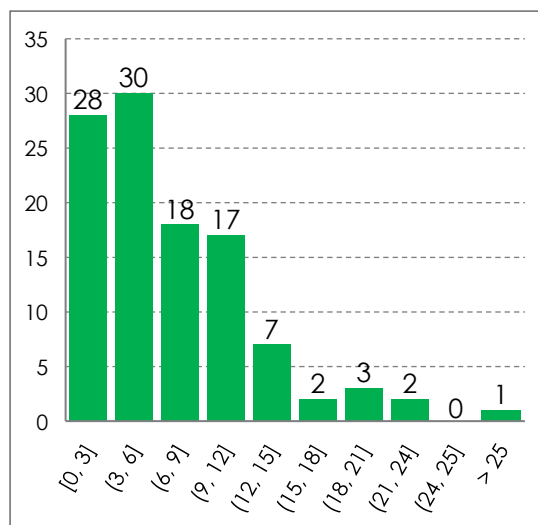


図表1-3 認知症の診療・担当する専門職の数 〈n108〉

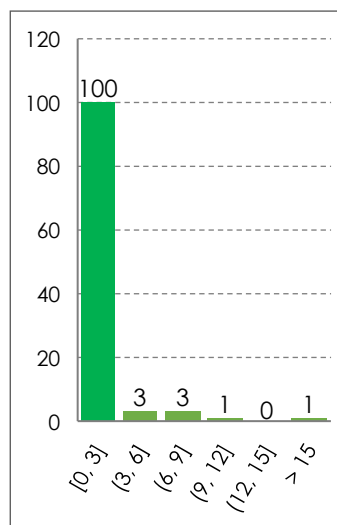
	延べ人数	構成割合	平均値	中央値
認知症の診療を行う医師	819	38.5%	7.6	6
認知症の看護に関する認定を受けた看護師	166	7.8%	1.5	0
作業療法士	855	40.2%	7.9	7
心理職	290	13.6%	2.7	2

合計 2,130

【医師】

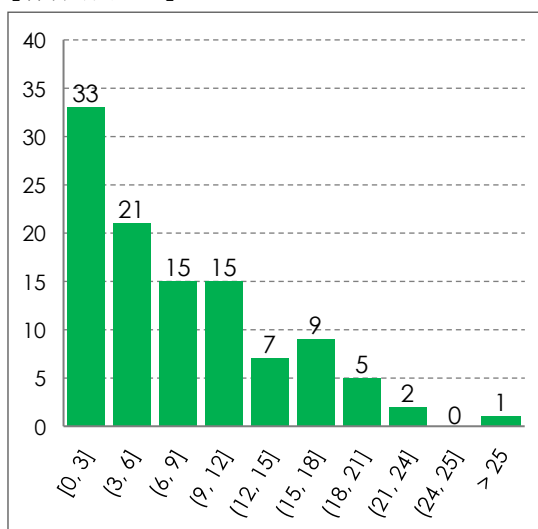


【認定看護師※】

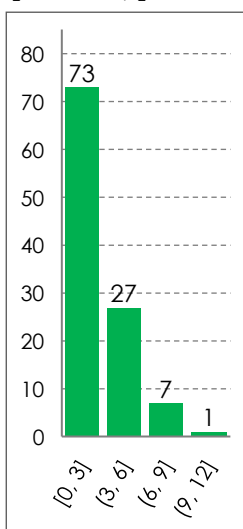


※日本精神科医学会「認知症認定看護師」、
日本看護協会「認知症看護認定看護師」など

【作業療法士】



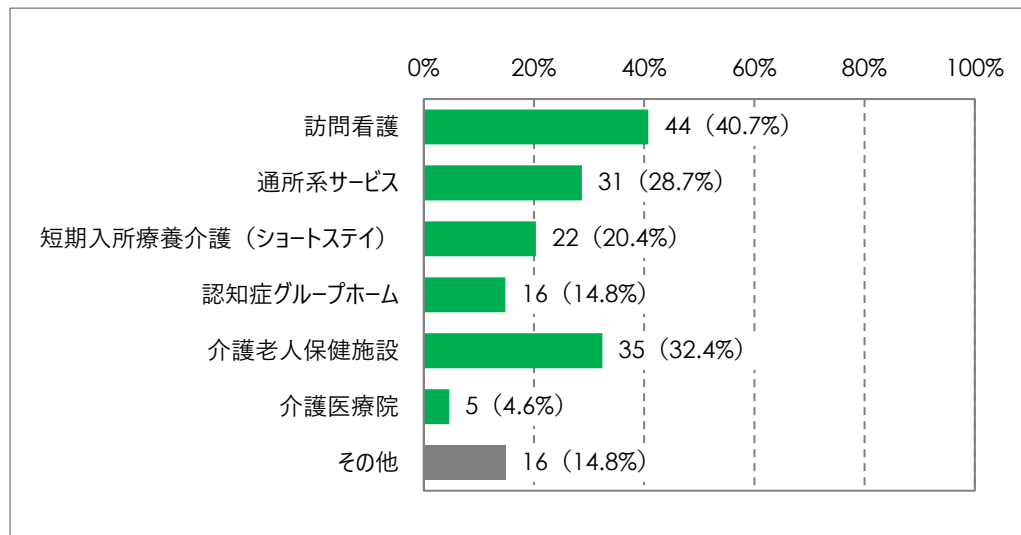
【心理士等】



図表1-4 認知症疾患医療センター 〈n108〉

指定を受けている				50	46.3%
	基幹型	2	4.0%		
	地域型	43	86.0%		
	連携型	5	10.0%		
指定を受けていない				58	53.7%

図表1-5 介護サービス事業（複数回答） 〈n108〉



2.1.2 入退院患者について

2-1 2024年6～8月の新規入院患者（図表2-1）

入院患者の紹介元は居宅と居宅以外（施設等）で大きな差はなかった。居宅以外の内訳では「医療機関」が最も多く45.4%を占めていた。次に「有料老人ホーム」が13.3%、「老健」が12.1%、「特養」が11.5%であった。

2-2 入院時にみられたBPSD症状別の人数（図表2-2）

BPSD症状別の人数を居宅と居宅以外に分けて集計した。

居宅においては、「易怒性」が20.7%と最も多く、「歩き回り・不穏」が17.9%、「妄想」が13.9%、「介護への抵抗」が10.2%の順であった。

居宅以外では「易怒性」が22.6%と最も多く、「歩き回り・不穏」が18.5%、「介護への抵抗」15.3%、「妄想」が10.8%の順であった。

実人数ベースで居宅と居宅以外を比較すると、双方ともに「易怒性」が最も多く、次に「歩き回り・不穏」の順番は変わらないが、「妄想」と「介護への抵抗」は居宅と居宅以外では順位が逆転していた。

2-3 2024年6～8月の退院患者（図表2-3）

居宅以外71.7%が居宅24.7%であり、居宅以外が居宅を大きく上回った。

居宅以外の中では「医療機関」が27.7%と最も多かった。次に「老健」が14.3%、「有料老人ホーム等」が13.7%、「特養」が13.4%、の順であった。

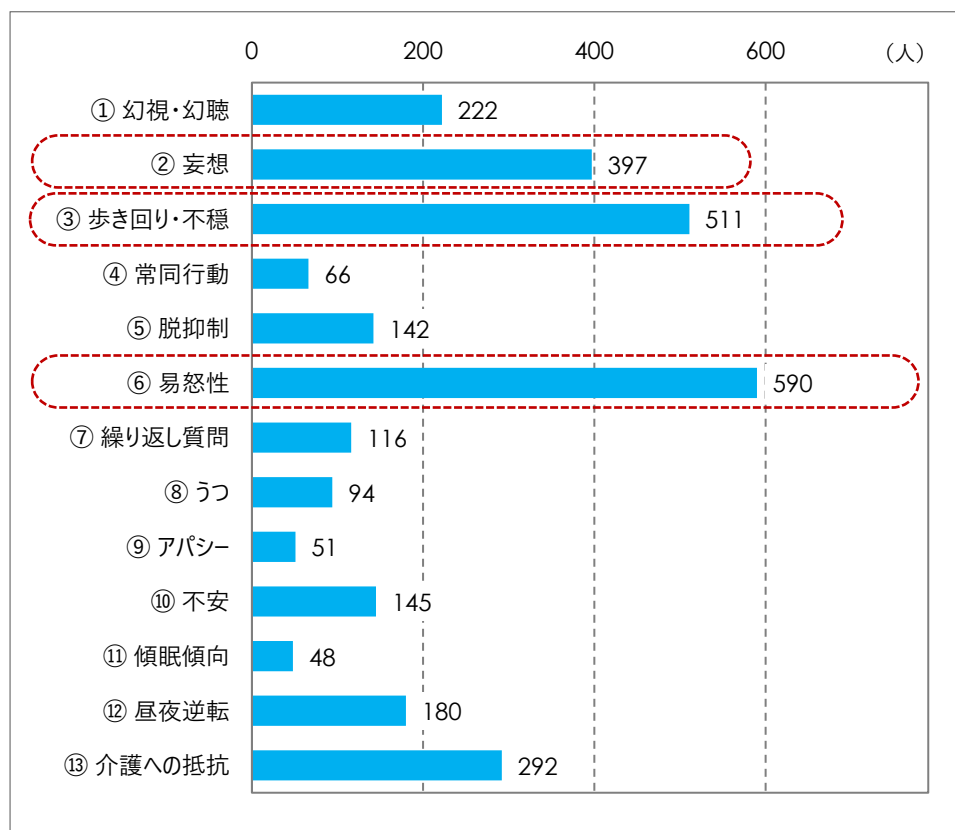
図表2-1 2024年6～8月の新規入院患者〈n108〉

	延べ人数	構成割合	平均値	中央値
認知症患者数	2,318	—	21.5	18
① 居宅	1,167	50.2%	10.8	9
② 居宅以外（施設等）	1,132	48.8%	10.5	8
i 医療機関	514	45.4%	4.8	5
ii 特養	130	11.5%	1.2	1
iii 老健	137	12.1%	1.3	1
iv 認知症グループホーム	80	7.1%	0.7	0
v 有料老人ホーム等	151	13.3%	1.4	1
vi サービス付高齢者住宅	58	5.1%	0.5	0
vii その他	75	6.6%	0.7	0

図表2-2 入院時にみられた BPSD 症状別の人数 〈n108〉

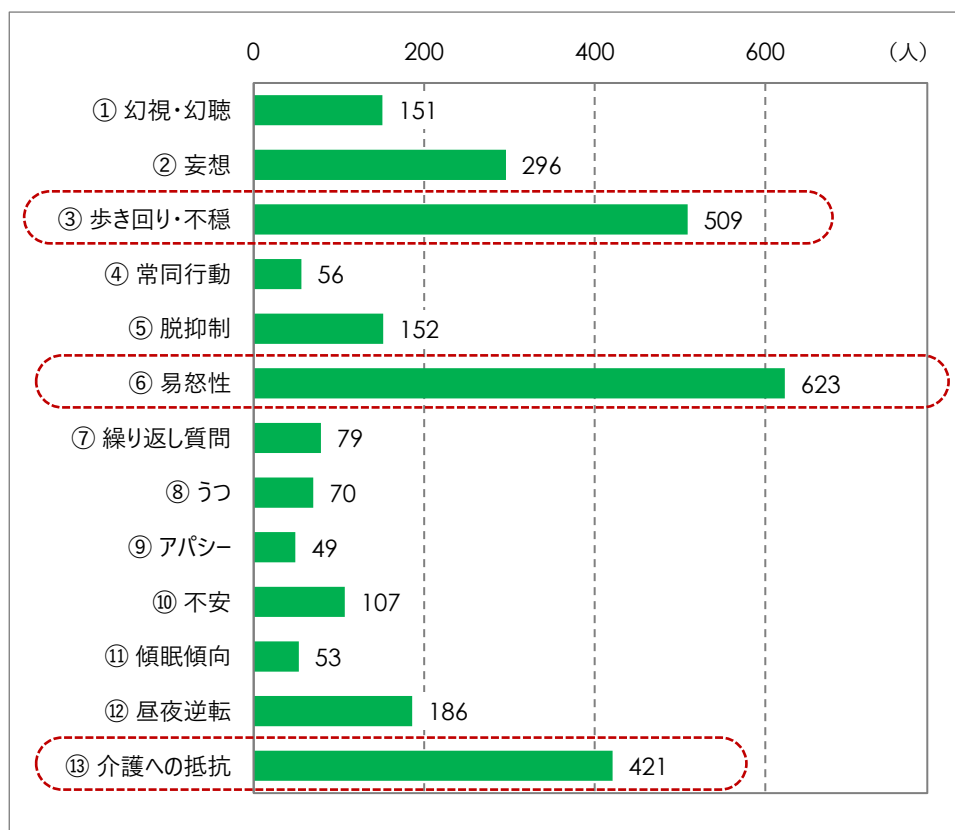
【居宅】

	延べ人数	(延べ人数の) 構成割合	平均値	中央値
① 幻視・幻聴	222	7.8%	2.1	2
② 妄想	397	13.9%	3.7	3
③ 歩き回り・不穏	511	17.9%	4.7	4
④ 常同行動	66	2.3%	0.6	0
⑤ 脱抑制	142	5.0%	1.3	0
⑥ 易怒性	590	20.7%	5.5	5
⑦ 繰り返し質問	116	4.1%	1.1	0
⑧ うつ	94	3.3%	0.9	0
⑨ アパシー	51	1.8%	0.5	0
⑩ 不安	145	5.1%	1.3	0
⑪ 傾眠傾向	48	1.7%	0.4	0
⑫ 昼夜逆転	180	6.3%	1.7	1
⑬ 介護への抵抗	292	10.2%	2.7	2
合計	2,854			



【居宅以外】

	延べ人数	(延べ人数の) 構成割合	平均値	中央値
① 幻視・幻聴	151	5.5%	1.4	1
② 妄想	296	10.8%	2.7	2
③ 歩き回り・不穏	509	18.5%	4.7	4
④ 常同行動	56	2.0%	0.5	0
⑤ 脱抑制	152	5.5%	1.4	0
⑥ 易怒性	623	22.6%	5.8	4
⑦ 繰り返し質問	79	2.9%	0.7	0
⑧ うつ	70	2.5%	0.6	0
⑨ アパシー	49	1.8%	0.5	0
⑩ 不安	107	3.9%	1.0	0
⑪ 傾眠傾向	53	1.9%	0.5	0
⑫ 昼夜逆転	186	6.8%	1.7	1
⑬ 介護への抵抗	421	15.3%	3.9	3
合計		2,752		



図表2-3 2024年6～8月の退院患者〈n108〉

	延べ人数	構成割合	平均値	中央値
認知症患者数	923		8.5	6
① 居宅	228	24.7%	2.1	1
② 居宅以外（施設等）	656	71.1%	6.1	4
i 医療機関	182	27.7%	1.7	1
ii 特養	88	13.4%	0.8	0
iii 老健	94	14.3%	0.9	0
iv 認知症グループホーム	52	7.9%	0.5	0
v 有料老人ホーム等	90	13.7%	0.8	0
vi サービス付高齢者住宅	23	3.5%	0.2	0
vii その他	151	23.0%	1.4	0

2.1.3 BPSD予防・重度化防止等の対応について（図表3-1）

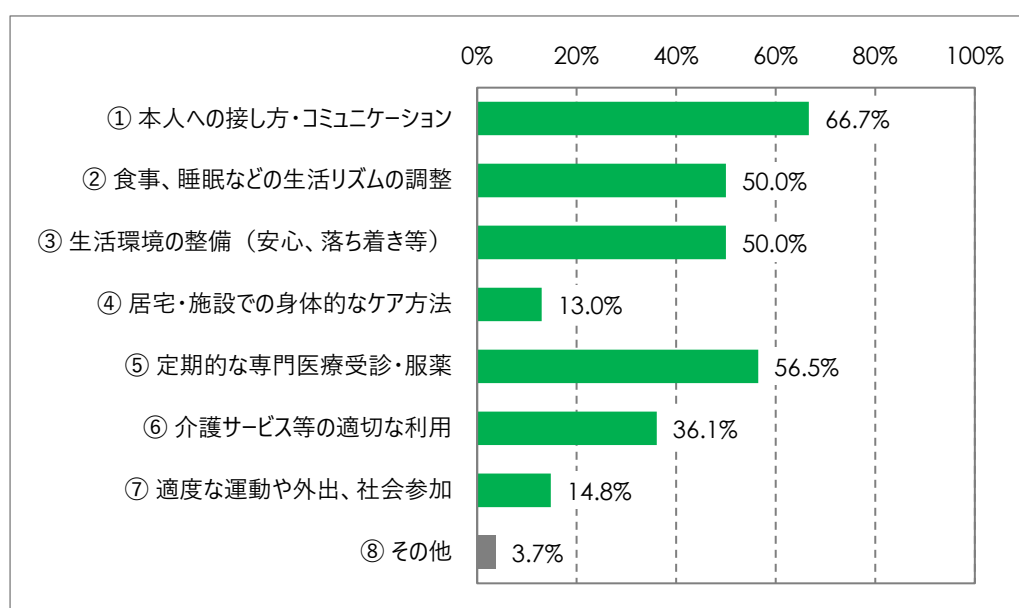
以下にBPSD予防・重度化防止等の対応について、①本人への接し方・コミュニケーション、②食事、睡眠などの生活リズムの調整、③生活環境の整備（安心、落ち着き等）、④居宅・施設での身体的なケア方法、⑤定期的な専門医療受診・服薬、⑥介護サービス等の適切な利用、⑦適度な運動や外出、社会参加、⑧その他8項目に分類して表にまとめ、それをグラフ化した。

回答のうち最も多かったには、①本人への接し方・コミュニケーション（66.7%）であり、次に、⑤定期的な専門医療受診・服薬（56.5%）、その次は②食事、睡眠などの生活リズムの調整、③生活環境の整備（安心、落ち着き等）であり、ともに50.0%であった。

それぞれの項目の具体的な内容については、後述する。

図表 3-1 BPSD予防・重度化防止等の対応について（複数回答）〈n108〉

	施設数	割合
① 本人への接し方・コミュニケーション	72	66.7%
② 食事、睡眠などの生活リズムの調整	54	50.0%
③ 生活環境の整備（安心、落ち着き等）	54	50.0%
④ 居宅・施設での身体的なケア方法	14	13.0%
⑤ 定期的な専門医療受診・服薬	61	56.5%
⑥ 介護サービス等の適切な利用	39	36.1%
⑦ 適度な運動や外出、社会参加	16	14.8%
⑧ その他	4	3.7%



① 本人への接し方・コミュニケーション に関する記述回答のまとめ

認知症患者の持つ背景は様々であり、ひとつとして同じものはない。そのため、患者の情報を得ることから始める。生活歴や職業歴、性格傾向や趣味、嗜好に関してなど、本人や家族などから情報収集する。知り得た情報を(患者が不信感を抱かないように)、患者との会話で利用することで、患者に親近感、安心感をもってもらうことで関係性を築くことに繋がることもある。患者に接する場合の表情は笑顔で視線を合わせて対応することが大切と思われる。患者が威圧的に感じたり、不安と感じないような方向あるいは距離からの声掛けや声の大きさも重要である。会話の内容は簡潔にわかりやすく、事前に得た情報(例えば職歴など)が患者より出た場合は、それに沿ってコミュニケーションを深めていく。但し、主役は患者であり、看護者は傾聴者としての役割に徹する。話の内容が情報と異なっていたり、妄想によるものであったとしても否定したりせず、体験している内容を肯定しねざらう。コミュニケーションがとれてきた段階での適度なスキンシップも重要である。

② 食事、睡眠などの生活リズムの調整 に関する記述回答のまとめ

生活リズムで各医療機関が最も重要視していることは、睡眠、食事、排せつであった。生活リズムといっても患者の個々の生活リズムに関しては様々であり、本人のペースと施設のペースは必ずしも一致しない。睡眠に関しても何時間睡眠がとれればよいのかは人によって異なる。施設で決まっている睡眠時間(例えば夜10時消灯、朝6時起床といった)からずれていても、身体的不調や精神的症状がみられず、他の患者に迷惑となる行動がなければ、ある程度は本人のペースとして許容されている。許容範囲をこえて身体的不調や精神症状などが出現する時には薬物治療を併用するケースが多かった。食事に関しても本人のペースや摂取量は様々であるが、なるべく本人のペースに合わせながらも3食摂取できるように工夫されている。排せつに関しても個人差が見られるため、個々に丁寧に観察しながら対応なされている。患者個々のペースに合わせた、睡眠・食事・排せつ状況を観察しながら、必要に応じて薬物治療が行われている。

③生活環境の整備(安心、落ち着き等) に関する記述回答のまとめ

認知症高齢者の場合、環境変化に伴い病状が悪化することがよく見られる。これは、リロケーションダメージといい「居心地の悪さ」「生活リズムの変化」「人間関係の変化」が原因と言われている。「生活リズムの変化」に関しては②の項目で記述されていたが、「居心地の悪さ」「人間関係の変化」に関して言うと、治療が必要なために入院するわけだが、居住環境だけでなく、人間関係も大きく変わる。本人が安心して安定した生活を送るための環境になるためには多少時間がかかるのは仕方がないが、少しでも早く環境に適応出来るように居室としては慣れるまでは個室対応にするとか、なじみの(使い慣れた)物品をそばに置くなどの工夫がなされている。人間関係の変化においては患者間だけでなく、スタッフも環境の一部と考え、認知症患者の接し方や対応の仕方の研修を受けるなどの努力がなされていた。

④居宅・施設での身体的なケア方法 に関する記述回答のまとめ

表面的なBPSDの症状だけをみて、身体症状の評価がおろそかになる傾向があることが記載されている。認知症の本人は体の不調を自ら訴えることができないため、丁寧な観察が求められる。特に、身体疾患その

ものよりも睡眠状況、食事摂取量に加えて、排便コントロールがせん妄などにつながりやすく、入院早期に身体症状を早期発見することが重要と考えている施設が多い。

⑤定期的な専門医療受診・服薬 に関する記述回答のまとめ

多くの施設の回答において、入院当初からの薬物調整の必要性に関する記載がある。具体的な内容としては、漫然とした多剤の処方、適切な薬物とその量の評価、状態像に応じた服薬対応の必要性が記載されている。また在宅はもちろん施設においても、認知症の本人の確実な服薬が管理されていることが処方する最低条件である。また、薬剤そのものがせん妄やBPSDを誘発していないか評価も重要である。BPSD予防において以上の事柄が定期的かつ継続的に、専門医によって評価されているかが重要である。

⑥介護サービス等の適切な利用 に関する記述回答のまとめ

超高齢化が進む中で、単身、老々介護が急増し、社会的孤立も増加している。多職種、地域を巻き込んだ医療や行政の包括的ななかかわりから適切な介護サービスの早期の利用をうながすことの重要性が多く記載されている。また介護者の負担軽減やレスパイト入院等、周囲の人への積極的な介入もBPSDの予防、重症化防止には重要である。

⑦適度な運動や外出、社会参加 に関する記述回答のまとめ

多くの先行する総レビューにおいて、認知症予防では最重要とされているが、BPSD予防・重症化防止に対しては、①本人への接し方・コミュニケーション、⑤定期的な専門医療受診・服薬など、他が優先される。適度な運動や外出、社会参加、デイケアやデイサービス等の重要性については、退院後のBPSDの再発においても重要な項目である。記述の中に、役割を見つけることでの存在意義、自尊心、孤独感や疎外感の減少、本人が活躍できる機会を提供、心の充実、脳への刺激、睡眠の質の向上などの効果が記述されている。

【まとめ】

本問の重要な成果物の一つとして、BPSD出現と悪化を予防し、認知症の本人と家族の心理的負担の大きい精神科病院への入院を可能であれば回避するためには何が必要であったかを集計結果より抽出した。また、やむを得ず精神科病院へ入院したとしても、精神医療は認知症の本人や家族にとって負担の無い環境作りに務め、多くの場合、早期のBPSDの改善と本人の社会復帰ができていた。本問記述回答より、精神科病院の現場の専門スタッフが、BPSDの妄想や易怒性等の症状そのものに対して否定をせずに、丁寧に寄り添い傾聴する態度や、認知症の本人の人生の横断面だけを考えるのではなく、長い生活史の中の縦断的な情報を丁寧に得たうえでの本人への接し方、コミュニケーションが重要なことが記載されている。身体管理や他の業務で多忙な一般科病院や介護施設、あるいは在宅で困難な対応が、精神科病院では専門のスタッフによって行われている。認知症医療においては、特にBPSDの対応のように、早期の精神科医療への連携の重要性と日常からの定期的な受診や服薬指導を含めた連携が求められる。

図表3-2 BPSD予防・重度化防止等の対応について（主な回答を抜粋）

- 表左の①～⑦は、複数選択回答の各選択肢を示している。
- 選択回答があったものについて「○」が付されている。
- 具体的内容には、選択された（○の付された）項目（選択肢）に関する内容が記述されているため、複数の内容に関する記述となっている場合がある。
（例：①②⑤に○が付されている場合、内容欄には、①②⑤に関して具体的内容が記述されている）

①本人への接し方・コミュニケーション

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	内容
○			○	○			介入時に患者本人のペースに合わせる事や不穏や興奮などの介入が困難な際には時間を空けて関わるなどが必要であること。服薬の継続性の説明。
○	○	○					認知症の症状だけを見るのではなく、その症状の裏側にある思いに寄り添って係る。これまでの生活背景を知った上で、生活リズムや本人の安心や落ち着きが得られるように生活環境を整える。
○		○		○			①不安や訴えを傾聴し、寄り添う姿勢を意識する。必要に応じて助言を行う。 ③ヘルパーやデイサービス等のサービスを調整し、1人で過ごす時間を軽減する。 ⑤怠薬や自己中断等による症状の再燃を防止する。
○	○					○	①相手に安心感を与える話し方、尊重した声のかけ方を行うことで、不穏になりづらくさせる。それに加え、人と話すことは脳に刺激を与え、認知症の進行を遅らせると考える。 ②空腹感や不眠の症状はイライラなどのストレスに繋がる。生活リズムを整えることで安定した生活を送ることができる。 ⑦適度な運動や外出は気持ちをリフレッシュさせるだけでなく、睡眠の質の向上にも最適と考える。社会参加では、自分の役割を見つけておくことで孤独感や疎外感が減少し、心の充実に繋がると考える。 ①②⑦に取り組むことで、BPSDが出現しにくいサイクルを作ることができ、認知症の悪化予防にも繋がる。
○	○	○					本人に合わせた接し方、否定せずにその場に合わせた安心させる話し方 生活リズムを整えるために日中は車椅子でホールに出て作業療法参加。夕食後は早めに臥床を促し、朝は6時に起床というリズムをつけている。
○	○	○					記憶障害や注意力の低下からの不安感を軽減する為、名前を呼び視界に入り簡単な言葉で話す。笑顔で接し、本人のペースに合わせて話をしたりケアをする。本人から訴えが来ないところを、観察をしっかりと行い行動からくみ取るようにする。
○	○					○	①接し方として自分がここにいても良いと感じられるような必要とされていると思えるような言葉かけやケアをすることで不安や不快は軽減される。 ②食事が摂れなかったり、睡眠不足になると体調不良を招く恐れがあり、それがBPSDに繋がることもあるため、食事や睡眠は重要。本人に合った睡眠環境を整える。本人の嗜好にあった食事を提供する。 ⑦適度な運動や外出、社会参加などで役割を持ってもらうことで自尊心を保てたり、脳への適度な刺激も与えられるため、認知機能低下予防にもなる。
○		○		○			本人の言動を否定せず、無理強いしない。時間を置く、人を代える、複数で対応するなど介護の工夫。適切な薬物治療。本人・家族だけではなく、時には介護スタッフからの情報提供ももらえると薬物調整の参考になる。効果、副作用など。
○		○					①不安や混乱を与えないような態度やコミュニケーションをとることが重要である。話に耳を傾け、相手を否定せずに寄り添い、簡潔な言葉で分かりやすく伝える。 ③見当識や残存機能が維持できるよう、その人らしく安心して過ごせるよう環境作りをしていく。

○				○	○	①本人の希望に沿うような対応をできるだけするように心掛け、敵対しないようにする。 ②介護者の負担が過度にならないように、介護サービスの利用を進める。 ③定期的な通院で適切な薬物治療を行う事で、落ち着いて家庭生活を送り、せん妄を起す事なく、睡眠や食事を充分にとれて、介護サービスによるデイサービス・デイケア・ホームヘルプ等により、住環境を整えたり、ストレスにならない程度の適当な外部からの刺激を受けて、廃用性障害にならないようにすることが大事。
○						話しかける時は、耳元で大きな声でゆっくりと語りかける、笑顔で接すること、熱心に伝えようとするあまり、高圧的な言葉や態度、早口になってしまうと、マイナス感情だけが残ってしまう。感情を刺激せずに短く分かりやすい言葉を選び、簡潔に話す工夫をする。趣味や興味のある話題に触れること等も効果的。
○	○	○				個々のペースに合わせたケアの実践を心掛け、早期に異常の発見が出来るようかわりを持つことが大切ではないかと思います。
○		○		○		対応により安心させてあげること、十分に話を聞いてあげることが認知症患者への対応として大事である。定期的な受診で状態を確認することも大切である。
○						本人の言動を出来るだけ否定せず寄り添う。
○				○	○	①不安に寄り添う対応。正面から目線を合わせお互いを認識したうえでゆっくり伝わりやすい声掛けをする。 ⑤認知症が疑われた段階、症状が出現した段階で、認知症外来を受診し、状態像に応じた服薬・指導等により、早期の段階で治療に結びつける。 ⑥デイサービス、デイケア等の介護サービスの利用により、居宅で孤立を防ぎ、他者と関わることで良い刺激を受ける。
○	○	○				本人の気持ちの尊重。本人のタイミングに合わせて声掛けに関わることで、関係性を築いていく。BPSDは食事、睡眠など日常生活の中で当たり前のことが崩れてきているところから予見できていくので、早期に気付いて改善していくことが必要。家族との環境調整を図りながら、本人にも家族にもいい加減を見つけていくことが大事です。
○	○	○				入院した患者は、多くの方が入院生活の中でBPSDが消失します。その大きな要因として、本人への接し方があげられると感じています。本人主体のもと、話を聞いてあげたり、食事や睡眠などの生活リズムを整えることで穏やかさを取り戻されます。服薬調整も大きな要因ですが、入院前の状況を伺うと、適切な接し方や介護ができていない場合が多くあると感じています。居宅においても施設等での生活においても感じる場合があります。
○		○		○		本人の不安感が増すことにより、易怒性やイライラなどBPSD出現の特有の言動で家族や病院、施設職員の対応が困難となる。回避対応とし以下を選択する。 ①本人の接し方では本人の情報を知る事から嗜好、性格。性格による傾向などを把握した上でコミュニケーションを図る事が大切と考える。 ③中核症状が表出すると不安や孤独、意欲低下やうつ傾向になると同時に、行動・心理症状が起きてくると考えられているので、音や光、人の声の大きさ等、安心できる、落ち着ける環境の整備も必要になってくだろうと考える。 ⑤専門医による病状の診断が必要であり症状に見合った薬物療法と定期的な受診も大切であると考え。
○	○		○			①その人を尊重する対応を行う。BPSDの原因は様々ではあるが、BPSD出現の前兆や言動など個別性をもって対応する方が予防になる。 ②認知症高齢者では、認知症の症状として睡眠障害が出やすい。特に自宅での夜間の不眠は、家族の疲弊に繋がり、施設でも夜間の職員の人数が少なく対応困難となり、特に夜間に眠れることは、重要視している。そのために日中の活動を促すなど生活リズムの獲得を目指す。 ④身体的な症状があるとせん妄などにも繋がりやすいため、身体症状の早期発見は重要であると考え。自覚症状がない場合でもあるが、自身で訴えることができない認知症高齢者も多いため、こちらの観察が重要。

②食事、睡眠などの生活リズムの調整

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	内容
○	○			○			陽性症状が著明な患者が入院してきた場合も、薬物調整により徐々に行動・心理症状は減少してくるが、食事・睡眠が平均して確保できるようになると、状態安定したと判断する材料となる。一旦安定しても状態悪化の可能性はあるが、日中の活動促しや午睡の予防を行い、しっかり夜間の睡眠がとれ、全量は無理でも毎食食事を摂取するという生活リズムの整った生活を継続することは、周辺症状再燃の予防に大きく影響すると思われる。また、精神科病院の職員すべてがコミュニケーション能力に優れているわけではなく、また、家族に対しては甘えもあり他者と比較すると易怒性が増強する場合もあるが、入院してきた患者のエピソードで「施設職員への暴言暴力・易怒性が著明」との情報があっても、入院すると問題行動認めず、再入所すると再び再入院というケースもある。してはいけなと注意する場面が多い、指示的な関りが多いと行動・心理症状が再燃する要因になる可能性は高いと思われる。
○	○			○			認知症の方へのスタッフの対応によっても、その方が穏やかに過ごせるかどうか左右されることもあると思う。夜間不眠が日中の傾眠傾向へつながるため、日中活動を通して身体活動を適宜行い生活リズムの確立が必要。生活リズムが整うことで、精神的な安定を図ることが出来る。また、精神症状の悪化が見られたとしても、専門医の診察を受けることで、適切な治療が行われ、症状の悪化を防ぐことが予想される。
○	○	○					①落ち着いてなじみの看護、ゆっくりと対応する。②環境に左右される場合が多く、服薬調整と楽しく食事できることで落ち着く場合がある。③明るいナースステーションの近くにベッド調整し、離床センサーを使用し絶えずかわりを持つことで安心できると考えられる。
	○	○		○			安定した生活を送るための生活環境を整え生活リズムを確立すること。病状が不安定な場合ははやめの専門医受診
	○					○	②概日リズム障害のある患者に対して新規の睡眠薬による睡眠の確保 ⑦デイケアやデイサービス参加による社会及び運動機能の温存
	○			○	○		幻視幻聴や妄想に対して、否定せず本人の目線で関わるのが重要と思います。また、家族や施設スタッフだけで抱えるのではなく、専門医や介護サービスの利用を組み合わせることで、包括的に関わるが必要と思われます。
	○				○		介護サービスの積極的な利用。施設入所者については睡眠など規則正しい生活が送れるよう施設職員に指導。状態悪化時は早めに受診するよう指導。
	○	○				○	認知症になったことにより体内時計の調整が上手くいかなくなり、不眠や昼夜逆転に繋がる。食事や睡眠の時間等を安定させることが重要。食事時間を安定させることで異変に気付いたり、症状の悪化を防げる場合も多い。不眠により精神症状が悪化するため、体内時計を整えるために朝日を浴びたり、活動量を増やして入眠しやすい状況を作ることが重要。 認知症の方にとっては生活環境の変化がストレスになりBPSDの悪化に繋がる危険性が高い。部屋の環境や生活リズムの変化でもストレスに繋がる可能性があるため、心理状態や気持ちに配慮した対応が必要。穏やかに過ごせる環境維持に努めることが安定した生活の維持につながる。 適度な運動は睡眠の安定、身体機能や健康の維持のために重要となる。また加齢に伴い、社会的な役割や自信の喪失が外出機会の減少に繋がっている可能性がある。外出や社会参加で自己実現や充実を感じることができる。心身両面での安定が穏やかな生活の継続に大切になる。
	○	○		○			生活リズムを整え、服薬管理などの環境も整備の為生活をトータルで支援するために、介護者や介護サービス・医療・重度認知症患者デイケアや訪問看護などの担当者と連携を図り速やかなサービス介入に努める。
○	○	○					夜間の睡眠を確保するため、必要に応じて薬物療法、個室での対応、身体拘束（行動制限）を行っている。

○			○	○	施設、居宅において基本的な生活リズムを整えるため、介護サービスの利用を促している。単身もしくは老々介護では生活パターンの変化に気付きにくくなるため、早期介入のためにも多職種の支援者が情報を共有することが大切。
○			○	○	食事、睡眠を中心に、定期的な受診と服薬管理が必要。また、本人のADLにあった介護サービスを利用し、ADLの維持をはかっていく。
○			○	○	定期的な専門医の受診の際、正確な状況を伝える必要があると思われる。生活リズムを整えることで、日常的に安定した精神症状を得られる効果も期待できる。本人に適した介護サービスの提供も必要であり、介護サービスを導入するマネジメントの役目を果たす居宅ケアマネジャーの能力向上も重要であると認識する。
○			○	○	食事、睡眠などの生活リズムの調整→食事や睡眠など生活に必要な不可欠なものに対するルーティーンは非常に重要。それ以外の日課も決まった時間や流れに沿うことで安心できる場だと認識して貰いやすくなる。 定期的な専門医療受診・服薬→早期発見、早期治療が重要。専門医による診断、投薬を早期に受けることが重症化防止につながると考えられる。服薬が治療の中心となるので、施設ならしっかりとした服薬管理、在宅なら訪問看護導入などが必要。 ・介護サービス等の適切な利用→認知症の方の置かれている状況、病状などは様々なのでパターン化はできない。日中の活動場所や刺激を受けるためのDS。家族のレスパイトのためのSS。相談し、コーディネートしてくれる包括やケアマネの役割が重要となる。
○	○		○		状態の観察をし、異常言動がある場合は、受診、内服等考慮する。また、生活リズムを整え環境を整える。
○			○	○	医療に繋がっていれば、内服調整、訪問看護、医師の診察が可能となる。介護サービスの利用についても医師との連携が重要となる。介護サービスを適切に利用することで支援者や本人のサポートが手厚くなり、症状悪化の予防が可能となる。食事、睡眠を整える為に、医療や介護の力が必要となる。
○	○	○	○		②規則正しい生活をする、身近なことからひとつずつやり終えるようにする ③事前の情報共有、家族及び施設関係者との密なやり取り ⑤服薬の自己中断が無い事、普段の違いや変化があれば早目の相談する事、情報共有のための連携
○	○	○			入院エピソードで多くを占める物に易怒性や対応困難というのがあげられますが、患者本人も困惑・混乱している状態で、結果として怒りという表出をしていることもあるため、まずは本人の思いを傾聴し寄り添うという基本的なスタンスでいることで、対応困難な事例は防げる可能性があると考えおります。 また生活リズムがご家族と同じだと援助を行う側の負担は少なくなり、よりゆとりをもった援助が可能となるため睡眠リズムは大切だと思います。 食事については食摂取不良で低栄養となり入院に至るケースも多いため、入院回避について重要だと考えております。 再度の生活環境の整備は、居心地の悪さなどから徘徊につながるケースもあり、歩き回りによる対応困難で入院に至るケースもあるため重要だと考えております。

③生活環境の整備(安心、落ち着き等)

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	内容
○	○	○					規則正しい生活リズムを確保することが基本と思われる。 生命的に危機的な状況や緊急事態を除いて、本人のペースを重視し、否定しないよう安心感や肯定感をもてるような関わりが大切と思われる。
○		○			○		安心できる環境で生活ができれば、医療が介入せずとも精神状態が落ち着くことが多いため、環境整備の重要性を実感している
		○			○	○	定期的なサービスの見直しを行う。日々の生活支援を丁寧に行っていく。不調時には速やかに関係機関と連携する
○	○	○					本人に合わせた接し方、否定せずにその場に合わせた安心させる話し方 生活リズムを整えるために日中は車椅子でホールに出て作業療法参加。夕食後は早めに臥床を促し、朝は6時に起床というリズムをつけている。
		○		○	○		早期のうちに専門医にかかることによって、BPSD等の症状に早期に対応すること。また、日常生活を送るなかで、困りごとがあると不安へつながり、症状の悪化や問題行動へとつながるため、介護サービスを利用することで安心を持たせることが予防につながると考える。
○		○		○			本人への対応の仕方次第でBPSDの出現に大きく影響する。 服薬と並行し認知症当事者への接し方コミュニケーションを学び実践していくことが重要。
○	○	○					記憶障害や注意力の低下からの不安感を軽減する為、名前を呼び視界に入り簡単な言葉で話す。笑顔で接し、本人のペースに合わせて話をしたりケアをする。本人から訴えが来ないところを、観察をしっかりと行い行動からくみ取るようにする。
○		○		○			本人が安心できるなじみの関係作り関わりが大切である、専門医につなぎ適切な内服コントロールを継続する事が必要である、高齢者は、内服により過鎮静も起こりやすく、身体症状の悪化にもつながることが多い、ADL面の低下・身体症状も悪化を起こさない管理をすることが必要である。
○		○				○	認知症の方と接する方々の対応方法に加えて、できない事を補う生活環境の工夫によってBPSDの出現を予防や抑制できると考えている。 認知症当事者の言葉でも、周囲の環境調整や活躍できる機会・場所の提供を要望する意見があがっていた。
		○		○	○		環境変化に伴い病状が変化することが多く、入院回避できる予防の一つには生活環境の整備と定期的な専門家への受診が必要と考える。また日常生活を整えていくなかで介護サービス等の社会資源の利用は有効であり、医療機関や行政機関へ早めに相談することで予防となる。
	○	○		○			BPSD が悪化すると自宅での対応が困難だけではなく、介護サービスが利用できない（断られる）こともあるため、早期の医療機関受診と適切な内服を開始することが必要と考えるため。また、医療機関とのつながりを持っておくことで昼夜逆転時などにも早めに対処できると思われ、生活リズムの確保に繋がると思うため。
		○		○		○	生活環境を整備するために寄り添いや傾聴を行う、精神的安定や症状悪化の予防、社会活動に参加することによって自分の存在意義
		○		○			③生活環境の整備（安心、落ち着き等）については、「安心」については医療だけでは対処しきれず、医療機関の職員として無力感を感じることが多い。 ④当院でBPSDのため入院、受診された方には、身体疾患のケアが見落とされてしまっている方が少なからずいらっしゃるため、表面的なBPSDの症状だけをみて精神科に行くしかないと言われてしまう現状は不幸であると思う。 ⑧在宅でも施設入所しても、介護者家族の支援は重要であり、家族が健康な状態を保つことが認知症の方の状態も左右してしまうと思われるため。
○		○			○		接する家族やスタッフへ対し疾患の理解とカンファラブルケアなど、認知症Ptへの接し方を伝達していく。PTが自分でできることは、継続して行えるよう環境を整えていく。在宅ENTの場合はFaの負担にならないようサービスの利用を検討していく。 尊重した関わりが大切であり、丁寧な対応と寄り添う姿勢が必要。

○	○	○				医療や介護保険サービスが適切につながっていることを前提として、「お一人お一人が今の環境でどう生き続けられるか」を基盤に支援を考えるといいと思う。ご本人の今の状態を正確に見極めることが予防・入院回避につながると考える。
						認知症になったことにより体内時計の調整が上手くいかなくなり、不眠や昼夜逆転に繋がる。食事や睡眠の時間等を安定させることが重要。食事時間を安定させることで異変に気付いたり、症状の悪化を防げる場合も多い。不眠により精神症状が悪化するため、体内時計を整えるために朝日を浴びたり、活動量を増やして入眠しやすい状況を作ることが重要。
		○	○		○	認知症の方にとっては生活環境の変化がストレスになりBPSDの悪化に繋がる危険性が高い。部屋の環境や生活リズムの変化でもストレスに繋がる可能性があるため、心理状態や気持ちに配慮した対応が必要。穏やかに過ごせる環境維持に努めることが安定した生活の維持につながる。
						適度な運動は睡眠の安定、身体機能や健康の維持のために重要となる。また加齢に伴い、社会的な役割や自信の喪失が外出機会の減少に繋がっている可能性がある。外出や社会参加で自己実現や充実を感じることができる。心身両面での安定が穏やかな生活の継続に大切になる。
		○	○		○	生活リズムを整え、服薬管理などの環境も整備の為生活をトータルで支援するために、介護者や介護サービス・医療・重度認知症患者デイケアや訪問看護などの担当者と連携を図り速やかなサービス介入に努める。
○	○	○				ベースには専門的な治療は必要ですが、療養生活の中では生活環境の変化による不安・焦燥感があり、専門的な用語や一方的に決めつけるようなことはせず、ゆっくり話を聞くことや環境を整えたりすることが重要です。
○	○	○				・嫌がることをしない、させない、怒らない。笑顔で対応する。 ・日中楽しめる活動の提供。適度な休憩は必要。 ・本人に合った居室、フロアの選択。職員も環境の一部と考え、不快な感情を与えない。
		○	○		○	②規則正しい生活をする、身近なことからひとつずつやり終えるようにする ③事前の情報共有 家族及び施設関係者との密なやり取り ⑤服薬の自己中断が無い事 普段の違いや変化があれば早目の相談する事、情報共有のための連携
○		○			○	・環境変化に伴い症状が増悪する場合があるため留意すること。 ・嫌がる時は強要せずに時間を変えたり対応する人を変えたりして工夫する。
		○	○	○		BPSDは身体的不具合に起因することもあるので、退院後は落ち着いた環境で身体的なケアを行いつつ、専門医医療を継続することが大切である。
○		○			○	認知症患者の理解不足により適切な介護や看護が受けられず不穏や易怒性が強くなっていることがある。患者の理解を深め適切な介護ができる環境下であれば入院を回避できる場合もあると思われる
○		○			○	本人の不安の原因と考えられるものを探し、各々対応していく。

④居宅・施設での身体的なケア方法

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	内容
○			○	○			介入時に患者本人のペースに合わせる事や不穏や興奮などの介入が困難な際には時間を空けて関わるなどが必要であること。服薬の継続性の説明。
			○	○	○		外来通院や内服継続などを勧める。 介護サービスの利用の提案。
○			○	○			急薬すると妄想やせん妄が再発する可能性あり服薬順守、車椅子からの転倒のリスクあり注意、人とのふれあいにより症状が軽快する様子もある
○	○	○	○	○	○	○	認知症対応において、専門知識を有することや本人の性格傾向、嗜好などを考慮した上でのこことしての関わりを通して、BPSDの軽減が可能と考えられます。また、通院機関との治療についての共有や必要時の連絡体制があることで、悪化へ移行する前の対応や対策、サービスの見直しについて、多職種かつ地域を巻き込んだ（サービス事業所や行政など）対応を検討することが可能と考えます。
			○	○			①～⑧まで全て重要と思っているが、特に③、④、⑧（介護者支援）の支援が不十分だと、①、②、⑤、⑥、⑦の支援が活かされない。 ③生活環境の整備（安心、落ち着き等）については、「安心」については医療だけでは対処しきれず、医療機関の職員として無力感を感じるが多い。 ④当院でBPSDのため入院、受診された方には、身体疾患のケアが見落とされてしまっている方が少なからずいらっしゃるため、表面的なBPSDの症状だけをみて精神科に行くしかないと言われてしまう現状は不幸であると思う。 ⑧在宅でも施設入所しても、介護者家族の支援は重要であり、家族が健康な状態を保つことが認知症の方の状態も左右してしまうと思われるため。
○			○		○		BPSDの出現の要因として不適切な対応、孤独や不安、身体状態の悪化が主にあげられると考える。⑥介護サービス等の適切な利用により②③⑦につながると考え選択した。 また、介護者の負担軽減により適切な対応につながるとも考える。 ④身体的なケアには、身体疾患のコントロールも含め選択した。便秘などでもBPSDにつながることもあり、身体状態の観察や対応も重要と考える。
			○	○			認知症の方で、病状がかなり悪化・進行してから初診に来られるケースが多い。孤立した認知症患者であれば、介護サービス等の利用があれば、早期に医療につながったのでは、と思うケースもよくある。サービス介入がある場合でも、適切な医療機関受診のタイミングは大切であると考え。
○			○		○		尊厳を意識した対応、ADL向上により、意欲向上につながり生活の質へつながる、声かけ方、介護サービスの質は本人の尊厳を守ることにつながる
		○	○	○			BPSDは身体的不具合に起因すること多いので、退院後は落ち着いた環境で身体的なケアを行いつつ、専門医医療を継続することが大切である。
○	○		○				①基本的なことであるが、その人を尊重する対応を行う。BPSDの原因は様々ではあるが、BPSD出現の前兆や言動など個別性をもって対応する方が予防になる。 ②認知症高齢者では、認知症の症状として睡眠障害が出やすい。特に自宅での夜間の不眠は、家族の疲弊に繋がり、施設でも夜間の職員の人数が少なく対応困難となり、特に夜間に眠れることは、重要視している。そのために日中の活動を促すなど生活リズムの獲得を目指す。 ④身体的な症状があるとせん妄などにも繋がりやすいため、身体症状の早期発見は重要であると考え。自覚症状がない場合でもあるが、自身で訴えることができない認知症高齢者も多いため、こちらの観察が重要。

⑤定期的な専門医療受診・服薬

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	内容
○	○			○			陽性症状が著明な患者が入院してきた場合も、薬物調整により徐々に周辺症状は減少してくるが、食事・睡眠が平均して確保できるようになると、状態安定したと判断する材料となる。一旦安定しても状態悪化の可能性はあるが、日中の活動促しや午睡の予防を行い、しっかり夜間の睡眠がとれ、全量は無理でも毎食食事を摂取するという生活リズムの整った生活を継続することは、周辺症状再燃の予防に多さく影響すると思われる。また、精神科病院の職員すべてがコミュニケーション能力に優れているわけではなく、また、家族に対しては甘えもあり他者と比較すると易怒性が增強する場合もあるが、入院してきた患者のエピソードで「施設職員への暴言暴力・易怒性が著明」との情報があっても、入院すると問題行動認めず、再入所すると再び再入院というケースもある。してはいけないと注意する場面が多い、指示的な関りが多いと周辺症状が再燃する要因になる可能性は高いと思われる。
○				○	○		・入院中に調整した服薬を適切な管理の下、継続する事。 ・どんな関わり方で安定して過ごされていたかを施設等の関係者へ伝える事。
○			○	○			急薬すると妄想やせん妄が再発する可能性あり服薬順守、車椅子からの転倒のリスクあり注意、人とのふれあいにより症状が軽快する様子もある
○		○		○			本人が安心できるなじみの関係作り関わりが大切である、専門医につなぎ適切な内服コントロールを継続する事が必要である、高齢者は、内服により過鎮静も起こりやすく、身体症状の悪化にもつながることが多い。身体症状も悪化を起こさない管理をすることが必要である。
○				○	○		第一には本人への接し方がBPSD出現を左右することが多いが、そのためには適切な専門医療受診、介護サービスの利用により、本人の状況の説明を受け適切な対応へと結びつけていく必要性が高いと思われる。
○		○		○			本人の言動を否定せず、無理強いしない。時間を置く、人を代える、複数で対応するなどの介護の工夫 適切な薬物治療。本人・家族だけではなく、時には介護スタッフからの情報提供ももらえると薬物調整の参考になる。効果、副作用など。
	○	○		○			BPSDが悪化すると自宅での対応が困難だけではなく、介護サービスが利用できない（断られる）こともあるため、早期の医療機関受診と適切な内服を開始することが必要と考えるため。また、医療機関とのつながりを持っておくことで昼夜逆転時などにも早めに対処できると思われ、生活リズムの確保に繋がると思うため。
	○	○		○			安定した生活を送るための生活環境を整え生活リズムを確立すること。病状が不安定な場合ははやめの専門医受診
○	○	○	○	○	○	○	認知症対応において、専門知識を有することや本人の性格傾向、嗜好などを考慮した上でのこことしての関わりを通して、BPSDの軽減が可能と考えられます。また、通院機関との治療についての共有や必要時の連絡体制があることで、悪化へ移行する前の対応や対策、サービスの見直しについて、多職種かつ地域を巻き込んだ（サービス事業所や行政など）対応を検討することが可能と考えます。
				○	○		家族の協力や適切な介護サービス等を利用し、患者を見守り専門医の指示のもと正しい服薬を行うこと。
	○			○	○		幻視幻聴や妄想に対して、否定せず本人の目線で関わるのが重要と思います。また、家族や施設スタッフだけで抱えるのではなく、専門医や介護サービスの利用を組み合わせることで、包括的に関わるが必要と思われる。
			○	○			認知症の方で、病状がかなり悪化・進行してから初診に来られるケースが多い。孤立した認知症患者であれば、介護サービス等の利用があれば、早期に医療につながったのでは、と思うケースもよくある。サービス介入がある場合でも、適切な医療機関受診のタイミングは大切であると考えます。

	○	○	○		専門医による薬剤調整をベースに、日々の睡眠状況や食事摂取量、排便コントロール等も含めた日常生活全般の把握を行い、本人が安心して過ごせる環境づくり（ハード面だけでなくソフト面も含まれる）がBPSD悪化予防につながると思われる。
○		○	○		対応により安心してあげること、十分に話を聞いてあげることが認知症患者への対応として大事である。定期的な受診で状態を確認することも大切である。
○			○	○	①不安に寄り添う対応。正面から目線を合わせお互いを認識したうえでゆっくり伝わりやすい声掛けをする。 ⑤認知症が疑われた段階、症状が出現した段階で、認知症外来を受診し、状態像に応じた服薬・指導等により、早期の段階で治療に結びつける。 ⑥デイサービス、デイケア等の介護サービスの利用により、居宅で孤立を防ぎ、他者と関わることで良い刺激を受ける。
	○		○	○	食事、睡眠を中心に、定期的な受診と服薬管理が必要。また、本人のADLにあった介護サービスを利用し、ADLの維持をはかっていく。
			○	○	退院後本人の状態にすぐ気が付ける様に定期受診や介護保険サービスを利用することで早期治療につながる
	○		○	○	定期的な専門医の受診の際、正確な状況を伝える必要があると思われる。生活リズムを整えることで、日常的に安定した精神症状を得られる効果も期待できる。本人に適した介護サービスの提供も必要であり、介護サービスを導入するマネジメントの役目を果たす居宅ケアマネジャーの能力向上も重要であると認識する。
○	○		○		状態の観察をし、異常言動がある場合は、受診、内服等考慮する。また、生活リズムを整え環境を整える。
	○		○	○	医療に繋がっていれば、内服調整、訪問看護、医師の診察が可能となる。介護サービスの利用についても医師との連携が重要となる。介護サービスを適切に利用することで支援者や本人のサポートが手厚くなり、症状悪化の予防が可能となる。食事、睡眠を整える為に、医療や介護の力が必要となる。
○			○	○	診断に基づいて必要な治療を受けること。症状を理解しながら患者が安心できる関わりをすること。患者の健康な部分を維持し、また介護者の負担を軽減できるようサービスを利用すること。
○		○	○		まず専門医による診察により認知症の進行の程度やBPSDの詳しい内容をチェックすること。患者への接し方の指導は大切である。薬物治療はBPSDの改善には必要である。
○		○	○		本人の不安感が増すことにより、易怒性やイライラなどBPSD出現の特有の言動で家族や病院、施設職員の対応が困難となる。回避対応とし以下を選択する。 ①本人の接し方では本人の情報を知る事から、嗜好、性格。性格による傾向などを把握した上でコミュニケーションを図る事が大切と考える。 ③中核症状が表出すると不安や孤独、意欲低下やうつ傾向になると同時に、行動・心理症状が起きてくると考えられているので、音や光、人の声の大きさ等、安心できる、落ち着ける環境の整備も必要になってくだろうと考える。 ⑤専門医による病状の診断が必要であり症状に見合った薬物療法と定期的な受診も大切であると考え。
	○	○	○		②規則正しい生活をする事、身近なことからひとつずつやり終えるようにする ③事前の情報共有 家族及び施設関係者との密なやり取り ⑤服薬の自己中断が無い事 普段の違いや変化があれば早目の相談する事、情報共有のための連携
		○	○	○	BPSDは身体的不具合に起因することも多いので、退院後は落ち着いた環境で身体的なケアを行いつつ、専門医医療を継続することが大切である。

⑥介護サービス等の適切な利用

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	内容
		○			○	○	定期的なサービスの見直しを行う。日々の生活支援を丁寧に行っていく。不調時には速やかに関係機関と連携する
		○		○	○		早期のうちに専門医にかかることによって、BPSD等の症状に早期に対応すること。また、日常生活を送るなかで、困りごとがあると不安へつながり、症状の悪化や問題行動へつながるため、介護サービスを利用することで安心を持たせることが予防につながると考える。
		○		○	○		環境変化に伴い病状が変化することが多く、入院回避できる予防の一つには生活環境の整備と定期的な専門家への受診が必要と考える。また日常生活を整えていくなかで介護サービス等の社会資源の利用は有効であり、医療機関や行政機関へ早めに相談することで予防となる。
○				○	○		第一には本人への接し方がBPSD出現を左右することが多いが、そのためには適切な専門医療受診、介護サービスの利用により、本人の状況の説明を受け適切な対応へと結びつけていく必要性が高いと思われる。
○	○	○	○	○	○	○	認知症対応において、専門知識を有することや本人の性格傾向、嗜好などを考慮した上でのこことしての関わりを通して、BPSDの軽減が可能と考えられます。また、通院機関との治療についての共有や必要時の連絡体制があることで、悪化へ移行する前の対応や対策、サービスの見直しについて、多職種かつ地域を巻き込んだ（サービス事業所や行政など）対応を検討することが可能と考えます。
				○	○		家族の協力や適切な介護サービス等を利用し、患者を見守り専門医の指示のもと正しい服薬を行うこと。
○				○	○		家族等に接し方のアドバイスをした。介護サービスの説明をし、必要に応じて利用。
	○			○	○		幻視幻聴や妄想に対して、否定せず本人の目線で関わるのが重要と思います。また、家族や施設スタッフだけで抱えるのではなく、専門医や介護サービスの利用を組み合わせることで、包括的に関わるが必要と思われます。
○		○			○		接する家族やスタッフへ対し疾患の理解とカンファドブルケアなど、認知症Ptへの接し方を伝達していく。PTが自分でできることは、継続して行えるよう環境を整えていく。在宅ENTの場合はFaの負担にならないようサービスの利用を検討していく。尊重した関わりが大切であり、丁寧な対応と寄り添う姿勢が必要。
○			○		○		BPSDの出現の要因として不適切な対応、孤独や不安、身体状態の悪化が主にあげられると考える。⑥介護サービス等の適切な利用により②③⑦につながると考え選択した。また、介護者の負担軽減により適切な対応につながるとも考える。 ④身体的なケアには、身体疾患のコントロールも含め選択した。便秘などでもBPSDにつながることもあり、身体状態の観察や対応も重要と考える。
	○				○		介護サービスの積極的な利用。施設入所者については睡眠など規則正しい生活が送れるよう施設職員に指導。状態悪化時は早めに受診するよう指導。
					○		入院中からケアマネジャーと情報を共有し、ヘルパーや訪問看護の導入を検討する。
○				○	○		①不安に寄り添う対応。正面から目線を合わせお互いを認識したうえでゆっくり伝わりやすい声掛けをする。 ⑤認知症が疑われた段階、症状が出現した段階で、認知症外来を受診し、状態像に応じた服薬・指導等により、早期の段階で治療に結びつける。 ⑥デイサービス、デイケア等の介護サービスの利用により、居家で孤立を防ぎ、他者と関わることで良い刺激を受ける。
				○	○	○	他者とのコミュニケーションや社会参加が、認知機能低下を抑制することの最も大切なもののひとつと考えます。またそれにより孤立しない状況を維持する事も大きな目的になると思います。個人的な社会参加だけでなく、通所などの介護サービス利用も効果を得られる方法だと思っています。

	○			○	○	施設、居宅において基本的な生活リズムを整えるため、介護サービスの利用を促している。単身もしくは老々介護では生活パターンの変化に気付きにくくなるため、早期介入のためにも多職種の支援者が情報を共有することが大切。
	○			○	○	食事、睡眠を中心に、定期的な受診と服薬管理が必要。また、本人のADLにあった介護サービスを利用し、ADLの維持をはかっていく。
				○	○	退院後本人の状態にすぐ気が付ける様に定期受診や介護保険サービスを利用することで早期治療につながる
	○			○	○	定期的な専門医の受診の際、正確な状況を伝える必要があると思われる。生活リズムを整えることで、日常的に安定した精神症状を得られる効果も期待できる。本人に適した介護サービスの提供も必要であり、介護サービスを導入するマネジメントの役目を果たす居宅ケアマネジャーの能力向上も重要であると認識する。
	○			○	○	医療に繋がっていれば、内服調整、訪問看護、医師の診察が可能となる。介護サービスの利用についても医師との連携が重要となる。介護サービスを適切に利用することで支援者や本人のサポートが手厚くなり、症状悪化の予防が可能となる。食事、睡眠を整える為に、医療や介護の力が必要となる。
○			○		○	尊厳を意識した対応、ADL向上により、意欲向上につながり生活の質へつながる、声かけ方、介護サービスの質は本人の尊厳を守ることにつながる
○				○	○	診断に基づいて必要な治療を受けること。症状を理解しながら患者が安心できる関りをする。患者の健康な部分を維持し、また介護者の負担を軽減できるようサービスを利用すること。
○		○			○	認知症患者の理解不足により適切な介護や看護が受けられず不穏や易怒性が強くなっていることがある。患者の理解を深め適切な介護ができる環境下であれば入院を回避できる場合もあると思われる

⑦適度な運動や外出、社会参加

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	内容
○	○					○	①相手に安心感を与える話し方、尊重した声のかけ方を行うことで、不穏になりづらくさせる。それに加え、人と話すことは脳に刺激を与え、認知症の進行を遅らせると考える。 ②空腹感や不眠の症状はイライラなどのストレスに繋がる。生活リズムを整えることで安定した生活を送ることができる。 ⑦適度な運動や外出は気持ちをリフレッシュさせるだけでなく、睡眠の質の向上にも最適と考える。社会参加では、自分の役割を見つけることで孤独感や疎外感が減少し、心の充実に繋がると考える。 ①②⑦に取り組むことで、BPSDが出現しにくいサイクルを作ることができ、認知症の悪化予防にも繋がる。
○		○				○	認知症の方と接する方々の対応方法に加えて、できない事を補う生活環境の工夫によってBPSDの出現を予防や抑制できると考えている。 認知症当事者の言葉でも、周囲の環境調整や活躍できる機会・場所の提供を要望する意見があがっていた。
○	○					○	①接し方として自分がここにいっても良いと感じられるような必要とされていると思えるような言葉かけやケアをすることで不安や不快は軽減される。 ②食事が摂れなかったり、睡眠不足になると体調不良を招く恐れがあり、それがBPSDに繋がることもあるため、食事や睡眠は重要。本人に合った睡眠環境を整える。本人の嗜好にあった食事を提供する。 ⑦適度な運動や外出、社会参加などで役割を持ってもらうことで自尊心を保てたり、脳への適度な刺激も与えられるため、認知機能低下予防にもなる。
	○					○	②概日リズム障害のある患者に対して新規の睡眠薬による睡眠の確保 ⑦デイケアやデイサービス参加による社会及び運動機能の温存
○	○	○	○	○	○	○	認知症対応において、専門知識を有することや本人の性格傾向、嗜好などを考慮した上でのこととしての関わりを通して、BPSDの軽減が可能と考えられます。また、通院機関との治療についての共有や必要時の連絡体制があることで、悪化へ移行する前の対応や対策、サービスの見直しについて、多職種かつ地域を巻き込んだ（サービス事業所や行政など）対応を検討することが可能と考えます。
		○		○		○	生活環境を整備するために寄り添いや傾聴を行う、精神的安定や症状悪化の予防、社会活動に参加することによって自分の存在意義
				○	○	○	他者とのコミュニケーションや社会参加が、認知機能低下を抑制することの最も大切な事のひとつと考えます。またそれにより孤立しない状況を維持する事も大きな目的になります。個人的な社会参加だけでなく、通所などの介護サービス利用も効果を得られる方法だと思います。
○		○				○	①もの忘れや同じ質問を繰り返されることを叱らない。 ②特に独居や老々世帯では食事や入浴等のサービス利用が有用。 ⑦デイサービスの利用など、これが残された能力の活性化になる。

2.2 対応実態調査

〈調査結果についての留意事項〉

・対応実態調査では、調査趣旨※に照らし、回答対象の患者について、「2024年6～8月に新規入院した認知症患者のうち、調査基準日（10月1日）までに退院した患者（入院日が早い方から最大5人）」としている。

※退院時における精神科病院としてのBPSD再燃・再入院の予防についての助言等を調査項目とするため

・集計対象が上記要件に該当する患者であることに伴い、「入院の主な理由」、「入院期間」、「退院先」等の調査結果において、他の先行調査等の結果と異なる傾向を示している場合がある。

2.2.1 ①入院時の評価

性別・年齢階級（図表4-1・2）

男女ほぼ半数で、年齢階級は、「75～84歳」208人（42.3%）、「85～94歳」200人（40.7%）が多かった。

認知症診断名（図表4-3）

「アルツハイマー型認知症」が349人（70.9%）と一番多く、次に「血管性認知症」、「レビー小体型認知症」、「前頭側頭型認知症」、「アルコール関連性認知症」の順であった。

入院の主な理由（図表4-4）

「BPSDの対応」が266人（54.1%）、「認知症の治療」102人（20.7%）、「薬剤調整や管理」37人（7.5%）の順であった。

入院前の所在（図表4-5）

「在宅（居宅）」が、240人（48.8%）、「医療機関（入院）」104人（21.1%）、「介護老人福祉施設（特養）」、「介護老人保健施設（老健）」の順であったが、施設からの入院は全体の25.9%と少なく、在宅・医療機関（入院）が全体の約7割を占めていた。

入院時のBPSDの状況／入院の契機・理由になった症状（図表4-6）

「易怒性」292人（59.3%）、「歩き回り・不穏」275人（55.9%）、「介護への抵抗」224人（45.5%）が多く、次に「妄想」、「昼夜逆転」、「不安」、「幻視・幻聴」、「脱抑制」の順であった（複数回答）。

入院前の生活の課題（図表4-7）

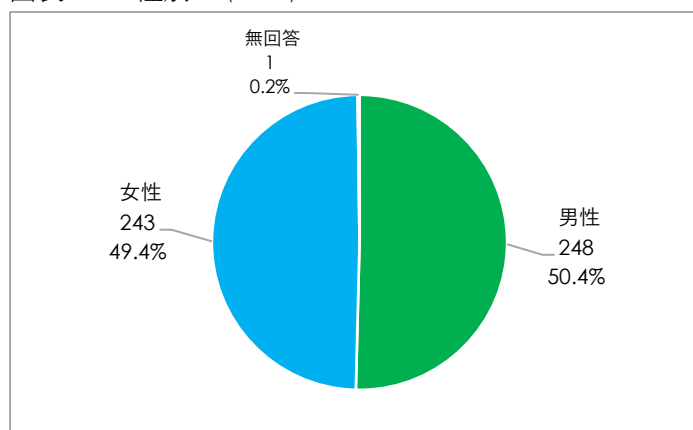
自宅での生活の中で、「亡くなった夫が呼んでいる」という幻聴や、「殺される」という被害妄想、息子やホームヘルパーから「お金を盗られた」というもの盗られ妄想、妻（夫）への嫉妬妄想などから、易怒性興奮やせん妄（昼夜逆転）が強くなり暴言・暴力行為が生じることが多い。「死にたい」という希死念慮、首を吊ろうとする自殺企図、不安焦燥感や抑うつからの自傷行為、食事量低下による脱水、防虫剤や漂白剤を飲んだりする異食、隣家の庭に石を投げつけるなどの迷惑行為、歩き回って他人の家に入り警察に保護される行動もあり、家族の見守りが厳しく自宅での対応が困難になり入院となっている。

また、病院（施設）では、「火事が起きている」となどの幻視、「職員に狙われている」という被害妄想、「毒が入っている」という被毒妄想による拒飲食、自分の首を絞めたり、ベランダから飛び降りようとする自殺行為、ベッドのポリマーを食べる異食、放尿・弄便、大声・独語、他者やスタッフへの暴言・暴力行為などの易怒性・

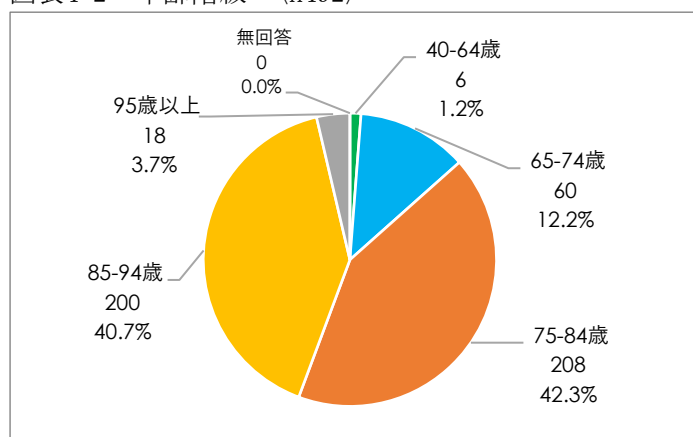
介護抵抗、女性スタッフに抱き着く性的逸脱行為、頻回な歩き回り・帰宅欲求など、病院(施設)での対応が困難となり入院となっている。

主に易怒性、歩き回り・不穏、介護抵抗など複数のBPSDが増悪して、在宅や病院(施設)での対応が困難となり入院治療になっている。BPSDの初期段階で、精神科病院(認知症疾患医療センターも含め)と連携し、早期に介入するシステムが確立できれば、入院治療に至らないケースもあったかとする。また、誤嚥性肺炎や尿路感染症などの身体合併症治療や、配偶者の入院に伴うレスパイト入院として利用されるケースもあった。

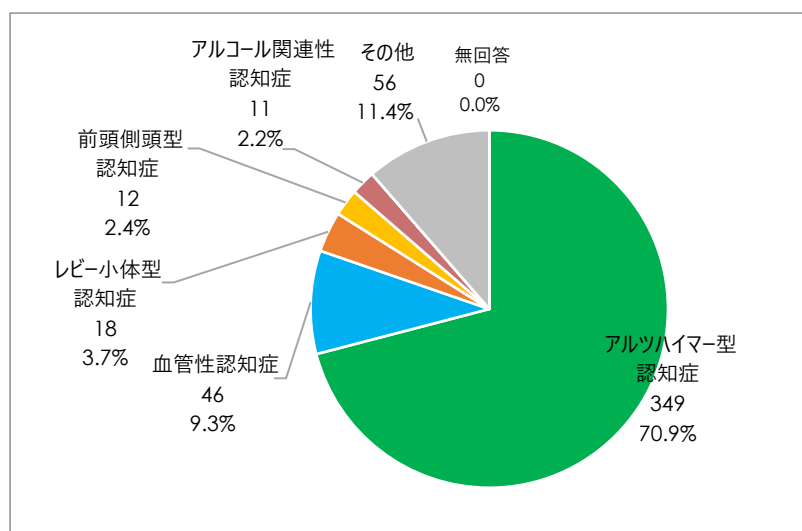
図表4-1 性別 〈n492〉



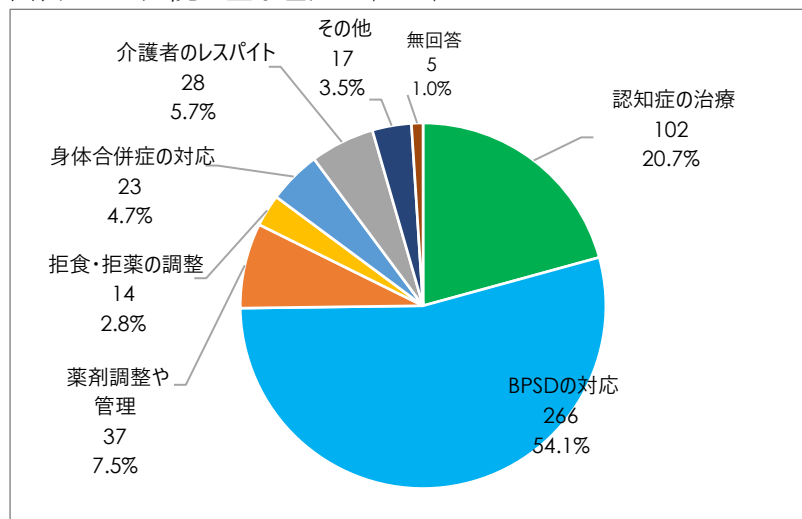
図表4-2 年齢階級 〈n492〉



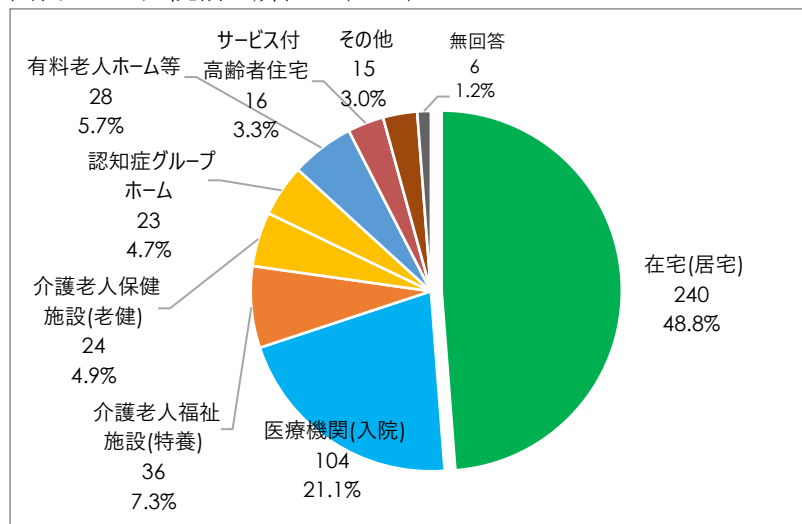
図表 4-3 認知症診断名 〈n492〉



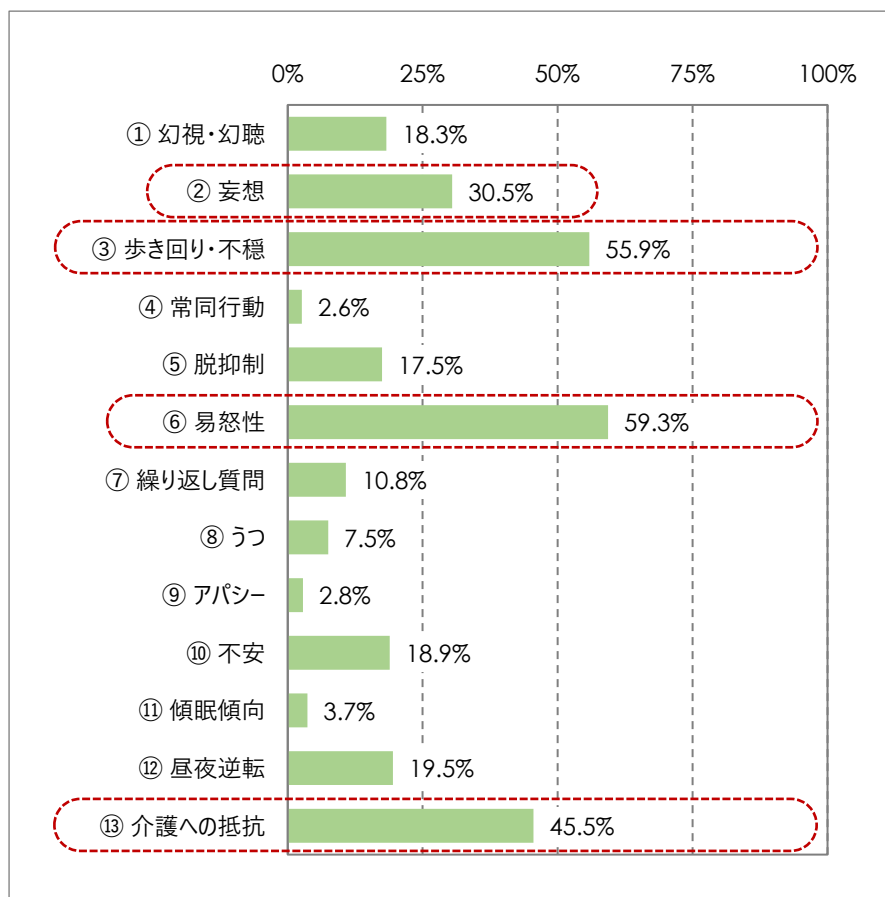
図表 4-4 入院の主な理由 〈n492〉



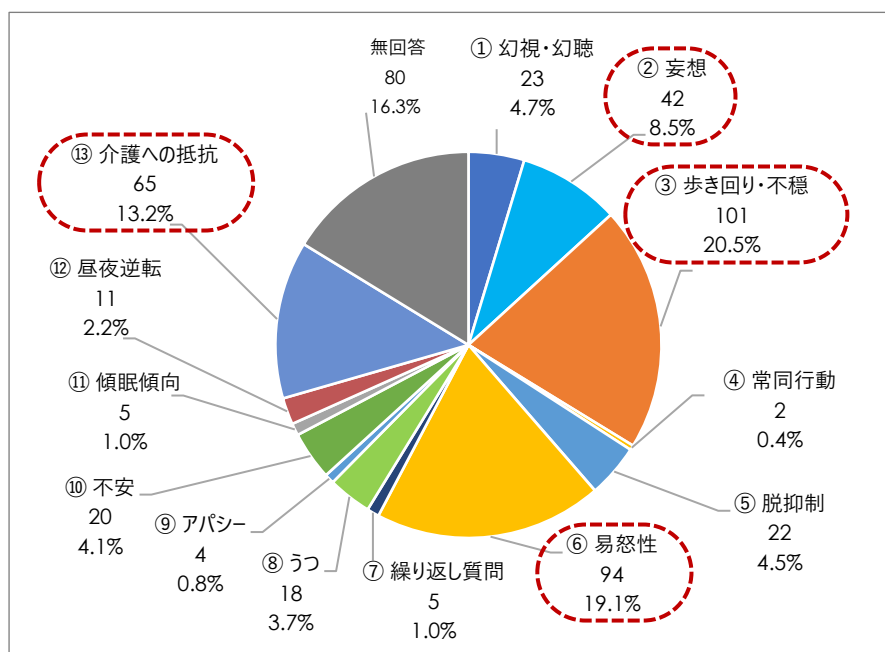
図表 4-5 入院前の所在 〈n492〉



図表4-6 入院時のBPSDの状況(複数回答:最大5つ) 〈n492〉



(入院の契機・理由となった症状 (択一回答))



図表 4-7 入院前の生活における課題（入院の契機になった主な症状別に抜粋）

①幻視・幻聴

入院の契機になった症状	入院前の生活課題
①幻視・幻聴	自宅での生活をしていたが、幻視、歩き回り著明で、家族の見守り厳しく、自宅対応が難しくなった。
	被害妄想があり1日に何度も電話をかける。同じ道を何度も繰り返し歩く。昼夜逆転し不眠傾向。ヤクザが家に来ると訴えもあり混乱状態。
	アルコール多飲を繰り返している方で、脱水で意識レベル低下し台所で倒れていた。
	幻視体験、記憶障害、認知機能の日内変動、気分障害が重なり、日常生活が困難。
	普段いない家族や、すでに亡くなっている兄弟が自宅にいるなど人物像を中心とした幻視。
	「亡くなった夫が呼んでいる」など幻聴が悪化したことで、介入に対して拒否が強くなっている。
	特養入所中に幻覚妄想状態に伴う自殺企図、危険行為で施設対応困難となった。
	幻覚妄想に左右された言動
	幻覚妄想状態に支配された滅裂状態にあり、病状及び入院治療の必要性が全く理解できない
	「女の人がいる」と言って2階から飛び降りようとした。幻視や不穏により、トイレ以外の場所で放尿したり便器を壊そうとしたりしていた。
	誤嚥性肺炎にて内科病棟へ入院。治療後、身体的には落ち着いてきたが、大声、独語、子供がいるといった幻視、帰宅要求が著明となり内科での対応が困難となった。
	壁をアリが這っている、火事が起きているなど幻視が顕著となる。過活動で夜間眠れず施設での対応が困難となる。
	被害妄想があり拒飲食・暴言・暴力。「熊・猿がいる」との幻視、警察が来てくれるとの根拠のない訴えで落ち着かない。
	幻聴が原因か突然大声を出す、独語、他者への暴力行為

②妄想

入院の契機に なった症状	入院前の生活課題
	特定の近隣住民に対する妄想からの嫌がらせを繰り返し通報された。 幻覚妄想・夜間せん妄、徘徊が顕著であり、施設乳著へ向けた調整が必要であった。 在宅にて生活していたが、ヘルパー等の支援者への物盗られ妄想が顕著であり在宅での対応が困難であった。 幻視や歩き回りに基づき、夜中に車を運転して徘徊する行為がみられていた。まとまりのない言動や、「能登半島へ復興支援に行かなければ」「以前は車を四時間運転して能登に通っていた」など、非現実的な発言あり。 救急要請や警察を呼ぶなど繰り返していた。 記銘障害、見当識障害、健忘、「金を息子に盗られた」等のもの盗られ妄想、また易怒性を認め、入院加療が必要である 抗パーキンソン薬が原因による幻覚・妄想が疑われ薬剤調整を実施しても症状は改善しないため 物盗られ妄想、被害妄想、失見当識、食事接種不良により自宅生活が困難になった 幻視妄想活発化。隣人宅の物を持ちだす事や、同じ調味料を何年も使い続けたり食思低下もあり独居生活困難な為 悪いことをしたので警察が捕まえに来る、と妄想的言動を繰り返す。食思不振で食事や薬を拒否する態度あり。 脱衣、清潔が保持できない（失禁、排せつが自立していない）、健忘があり日常生活を維持できない 夜間に数十回トイレに起きる。場所を選ばず放尿する。泌尿器科・心療内科の外来受診するも改善しなかった。
②妄想	幻覚妄想が顕著で、同居の家族も対応困難となったため。 せん妄状態に有り、暴言・迷惑行為を伴ったため入院。 介護者に対する妄想が増悪し、易怒的かつ暴力が見られた。 妄想・浪費など脱抑制による迷惑行為 被害妄想「お金を多く取られた」「燃料会社にお金を支払ったかわからない」と区長宅に何度も押しかけた。「携帯や財布が無く誰かに取られた」と何度も被害妄想を述べる。自宅では畳は腐敗し、入浴や更衣をした形跡もなく、不衛生状態であった。 易怒性が高まり暴言・暴力が激しさを増していった。認知機能低下で日常生活が成り立たない。 自ら銀行からおろしたお金を失くしてしまい、それを家族が隠したという被害妄想を抱き、家族介入を拒否してしまい、生活が難しくなった。 同居の家族に対し被害妄想や被毒妄想があり、内服を拒否したり易怒的となってしまった。また、デイサービスやショートステイなどでも物盗られ妄想があり、利用者とのトラブルになったり職員へ易怒的となり、サービス利用ができなくなった。 夫と二人暮らし。物とられ妄想あり。薬物調整するが夜中に起きて夫への暴力、興奮あり。 前院入院中ひとりで立ち上がり転棟することや異食行為あり。 もともと独居生活していたが、認知機能の低下にてゴミ屋敷、暖房使用せず、食事も取っていなかったため家族と同居開始。しかし認知機能の低下により家族が疲弊となりレスパイト目的で入院となる。 自宅にて妻と同居。夜間騒ぎ出し妻を蹴り飛ばす。自宅内を歩き回り。日中は5分置きに外に出ては戻ってくるなどを繰り返すなど対応困難となり入院に至る。 認知症グループホームへ入所中。もの盗られ妄想が出現しホーム内で首を絞める行為があり施設から当院を紹介され入院となった

③歩き回り・不穏

入院の契機に なった症状	入院前の生活課題
③歩き回り・ 不穏	元々散歩が好きであったが、認知機能の低下から散歩に行つては無賃乗車をしたり、場違いな場所に切符を買いに訪問して通報されたり、防災無線で搜索されたこともあった。
	徘徊して他人に家に入ったり、介護抵抗が強く手が出得ることもあった
	家族に対して、血のつながっていないと話し出し、介入を拒否し興奮することが増え、自宅療養困難にて保健所へ相談
	施設のベランダの窓を開け、物を投げるなどの行動があり、制止した職員に対して興奮激しく対応できないため
	妻に対して嫉妬妄想から暴力行為あり、妻が保護されるが、他の家族に対しても暴力的となり自宅での療養が困難となり救急窓口へ相談
	不穏状態がひどく、暴言・暴力のため施設が対応困難になった。
	入院以前は食欲旺盛で、昼間に何かと口にしており、加えて夜中にも起き出して何かを食していた。夜中に家を出ようとする行為もあり、家族は夜間歩き回りを心配しなければならなかった。
	貴重品の管理が難しく、易怒的になり妻に当たることが増えた。黙って外へ出ていき、警察に保護されることも度々あった。徘徊が頻繁に認められ、家族が本人から目を離せない状態となり介護負担が大きくなった。
	歩き回りの頻度が増え鍵を自分で開けて出て行くようになった為。
	老人ホームに入所中、発熱があったが歩き回りが顕著な上、易怒性の亢進や介護拒否等も見られ、老人ホームでの療養および治療が困難となり当院へ入院することになった。
	幻覚妄想に左右された言動、夜間歩き回りがあり、常時見守りが必要。
	酒を求め迷惑行為、エスケープ、他室侵入、粗暴行為重なり、施設生活が困難。
	幻視の悪化、意欲低下、食事摂取量の低下、会話が噛み合わない様子がみられ、自宅前で迷子になり連日警察保護されることとなった。
	他院入院中、認知機能の低下から自室が分からなくなり他室侵入をしたり、歩き回りする様子あり。加えて、歩行が不安定で転倒も多いことから他医療機関での対応が困難となった。
	記憶が会社員時代で止まっており、会社にいこうとし、制止を振り切り外出し、駅へ向かってしまい、道中の道路の横断では車の往来を確認せずわたるなど安全確保困難、家族対応困難であった。
	右内包膝部出血治療後、リハビリ目的にて他院にて治療を行っていた。その際に認知機能低下の影響あり。加えて、夜間不眠やせん妄も見られ始め、頻回なコールとコール対応時の易怒性あり。リハビリ対応困難となった。
	車椅子上で立ち上りあり、特に夕にかけて易怒性、拒否があり不穏が強い。
	疎通性不良で落ち着かず、易怒性もあり不穏が強い。
	施設にて、急な立ち上がり、大声、制止に対して手が出るなど不穏な状態を認めた
	リハビリ病院に入院中であつたが、夜間の立ち上がりや大声がみられるようになり、その後日中にも叫んだり卓上のものを投げたりするようになった。クエチアピン増量で流涎が増加したため不穏のコントロールが困難となり、精神科病院への転院調整となった
	易怒的で興奮して暴言暴力など不穏を認め、またパーキンソン症状による転倒もあり施設でマンツーマン対応が必要になった。
	頻回に奇声を発し、大きな音をたてて手や机をたたき、他入居者・他者に対して攻撃的となっていた。
	自宅で数十回にわたり救急要請をする。歩き回り、大声、介護抵抗。
	アルツハイマー型認知症に伴うもの盗られ妄想、被害妄想あり。隣人に対する他害行為（車のタイヤパンク、「家に火をつける」「殺してやる」との言動から警察関与。
	焦燥感が強く食事中に何度もトイレに行き落ち着きなし。夜間不眠や不潔行為（便器内の水を飲む）を認めた。また、昼夜問わず歯磨きを繰り返す行為を認めた。

③歩き回り・ 不穏	言動、行動がまとまりなく、外出し警察に保護される。易怒的で、落ち着きなく、「赤い車が盗まれた」と事実ではないことを警察へ通報する。家族対応困難になる。
	老健ショートステイを利用。夜になると不穏になり、夫を探す、帰宅要求、職員へ手を上げる等があり、施設対応困難となる。
	妄想に左右され歩き回り保護される状態。クーラーも付けずに自宅に居る。独居生活は、もう限界と判断された。
	同居していた主介護者である夫が自身の病気で入院治療をすることとなった。本人は認知症により1人で過ごすことは難しく、さらには介護サービスや施設入所の利用は拒否して、入院治療には納得して同意した。
	自宅から出て行き行方不明となり警察に連れられて帰宅したりと目が離せず安全確保できず、日常生活に支障あり
	食事量の減少や、母親が生きているという妄想、外に出て行こうとするような問題行動あり
	夜間に動物や人が見え、歩き回るので家族が疲弊
	せん妄状態を呈し、不穏、暴力、暴言がみられた。
	重度の認知症で言葉の会話がほとんど成立せず質問に対して質問を振るが答えがあいまい。車いすから突然立ち上がろうとして衝動的に動く。意思疎通をとることが極めて難しい。
	妻と二人暮らし。認知症により着替えが一人で行えず鍵を持たずに歩き回りインターホンを鳴らし迷惑行為があった。夜間の歩き回りもあり妻が対応困難となって入院となった
	施設入所中に歩き回り、他室入室、介護抵抗が出現した。

⑥易怒性

入院の契機に なった症状	入院前の生活課題
	「顔を見たらいつも嫌がらせをする。」との被害妄想から他患者に車椅子をぶつけたり、棒で叩いたり の行為があった。
	歩き回り、不眠があり、職員がつきっきり。易怒的で職員に対して興奮が見られる。
	総合病院に入院し、身体的治療は終了しているが、せん妄症あり、スタッフに対して暴力行為や危険 行為あり。
	認知機能低下、嫉妬妄想により、帰宅要求が強く、大声で叫び、施設利用や日常生活に支障を来し ている。入院治療を要する状態。
	家族への暴言や易怒性が顕著であり、在宅での生活継続が困難であった。
	介護への抵抗、スタッフへの暴言、拒食・拒薬、時に興奮みられ介護困難となった
	一般病院において身体疾患治療中、職員への暴言、暴力がひどかった為。
	易怒性、粗暴性がみられ、介護サービスでも対応に苦慮され、介護者の骨折もあり、自宅生活が困 難。身体的な状況が急に悪化。
	特定のスタッフに対し著しい付きまとい、興奮、介護抵抗
	妄想、幻視出現。ドアを叩き迷惑行為、大声、カーテンが燃えていると引っ張り破壊するなどみられ、長 女疲弊の為
	老健で盗食や他室訪問、施設職員への暴言が頻回となり対応困難となっていた。
	ショートステイ先で希死念慮発言と利用者への迷惑行為が頻回で対応困難となった。
	家人への攻撃性がひどく介護を受け入れられない状態
	腎後性腎不全と糖尿病による脱水で、身体科病院へ搬送。カテーテルを自己抜去、看護師に暴言、 大声で院内を歩き回る行動が見られたため。
	介護スタッフを叩いたり、壁を蹴ったりと興奮
⑥易怒性	帰宅要求、施設職員への暴言・暴力あり、施設対応困難
	不穏、興奮、粗暴、言動、易怒性がみられ、周囲に対し暴言、暴力、介護ケアやりハビリ拒否が出現 し、家族同意による医療保護入院となった。
	施設入所中、帰宅要求強く、離設したりされ、易怒性高く、職員の声かけに立腹し拒否。対応困難の 為入院となった。いずれ長男在住の所へ、施設入所方向となっている。
	包丁を所持して暴れるなどの他害行為にて在宅生活が困難となった。緊急措置入院。
	誤嚥性肺炎の疑いで救急病院へ搬送されるが、先のような状況があり同院では対応困難のため、精神 科への転院となった。安静が保てず点滴対応時も身体拘束が必要であった。
	入所施設にて、暴れる状態がひどくなり、意味不明の言動があり、救急要請となった
	傾眠と突然の易怒性、興奮を繰り返した事。
	自身の体調不良が脱水である事を理解できずに病院受診を頻回に要求する事、家族の対応に易怒的 となり興奮する事。
	転倒にて骨折後、他医療機関に入院中歩き回り、妄想に基づく発言等あり。退院後、家の外で叫ぶ、 柱にしがみつく等行為あり。その後も乗用車を叩いて傷つける、隣家の庭に石を投げる、制止した家族に 対して傷害を加える行為あり。
	長年独語があった。長男夫婦と同居することになったが、興奮・易怒性・歩き回りも認められ、清潔も保 てない状況。
	夜間不眠や、自身の要望がすぐに叶わなければ暴言、暴力が見られるようになった。その都度薬剤調整 されるも、不穏、昼夜逆転、大声が続いたため、グループホームでの対応が困難となった。
	朝方から飲酒し、家族と口論に発展。次第に興奮見られ、家族の自家用車に石を投げつけた。制止し ようとした家族に対し、暴言、暴力を振るうため、警察が介入し、当院入院となった。
	精神運動興奮状態、せん妄状態、認知症状態にあり、暴言・暴力を伴ったため入院。

⑥易怒性	自宅と施設での生活を繰り返していたが、幻聴や被害妄想により暴力的となった。年齢に比べて腕力があり、家族も疲弊して対応困難となったため、入院治療を行うこととなった。
	アルコール多飲による精神障害や身体合併症の他、生活が荒廃した。自宅は便失禁などゴミ屋敷状態のため、入院に至る。
	妻への暴言、暴力、易怒性の亢進あり薬剤調整のための入院となる。
	昼夜逆転・せん妄により家族対応困難。心不全の状態も波があり医療機関での管理が適切と考えられた。
	アルツハイマー病による認知症で、易刺激性、興奮、暴言・暴行、浪費、不眠、感情失禁、器物破損などを認める。草むしり中に急にイライラ感抑えられず親戚の車のフロントガラスを破壊。警察関与の措置入院。
	易怒性強く職員への暴言、暴力行為が継続していた。レビー小体型認知症により、幻視・嫉妬妄想に伴う介護抵抗
	職員への暴言、声出し（歌を歌う）、食事や内服の拒否
	デイサービス内で突発的な易怒性、それに伴う暴力行為あり、自宅での継続生活不可なため、入院となった。
	施設にて興奮。帰宅願望強く、施設から出ていこうとする行動あり。対応困難。
	脳塞栓症の為総合病院脳外科入院。リハビリ目的で療養病院へ転院するが、急に歩き出す、指示入らない、介護抵抗、大声の暴言あり、対応が難しくなった。
	せん妄状態を呈し、不穏、大声、攻撃的な言動がみられた。
	脳腫瘍術後、感情の起伏が激しくなり、暴言がみられるようになった。一般科病院入院中易怒性、自殺行為あり、精神科病院への入院となった。
	同居していた妻に対する暴言暴力、被害妄想を認めるなど介護抵抗が増悪し、自宅対応困難となった。

⑬介護への抵抗

入院の契機に なった症状	入院前の生活課題
⑬介護への 抵抗	自宅でもショートステイでも介護抵抗が強く、介護者の負担が増大していた
	肺炎にて他院入院していたがADL低下が顕著であった。リハビリ実施し施設入所が検討されたが、介護抵抗顕著であり入所困難であった。
	肺炎の治療終了後、当院に戻って再入院。歩行障害。
	介護抵抗、逸脱言動、歩き回り、転倒、薬物治療による錐体外路症状の悪化あり。
	腰痛・疼痛による活動量・食事量の低下、ケア時の暴言・暴行
	他患者への暴言、スタッフへの暴行、ホールでの放尿、消火器を投げようとするなど、脱抑性
	施設職員へ対する暴力や介護抵抗、大声を出したり暴れる事があった
	入院前より入浴の拒否（通所での）があっていたが入院当初は食事時、お腹いっぱい拒食また拒薬もあり。ベッドにての離床を促すと手でたたいたり足蹴り等の暴力行為もあり。
	下血をしながら歩き回る等、身体面での問題行動が多数あり。自宅での対応困難、また一般科での対応も困難となっていた。
	食事をとらない
	転倒後、骨折し、総合病院へ入院。介護抵抗、リハビリ拒否、暴力があり、加えて家族が亡くなったと事実と違う発言もあり、リハビリ継続困難。そのため当院へ入院となった。
	介護への抵抗、拒食が目立った。
	特養入所後、殆ど食事摂取が出来ず経過した。また、周囲に対しての暴言・暴力が見られ、特養での対応が困難となった。
	暴力行為に至ること増え、意に沿わないと殴る、叩くなどあり。薬剤調整するも効果なく施設対応困難にて当院入院依頼となる
	施設入所後、食事に毒が入っていると食事・飲水の拒否があり、介護抵抗から暴力も見られた為。
	幻覚妄想状態による、介護抵抗、大声、暴力が見られた。
	他院に身体的な目的で入院。治療への抵抗が強く、易怒性あり。
	認知機能低下が著名で会話もかみ合わず、不安焦燥著名で、近くに誰もいないと大声で叫ぶ。また、危険行為（安全ベルトを「外して」と興奮し車椅子からの立ち上がり）も頻回で、職員が声掛けや制止をすると暴力（叩く・強く掴む）あり。
	高齢者施設に入所していたが、蜂窩織炎で高熱、食欲も低下もあり、抗生剤の点滴も杖を振り回して拒否する等、介護抵抗が著しくなる。
	自宅での介護が初めてであり、本人の抵抗が強いため、介護の限界があり、入院希望する
	施設入所中であったが、介護への抵抗、暴力、暴言がひどく施設対応が困難で入院となった
	自宅で生活をしていたが、介護への抵抗を強く、家族も疲弊した
	様々なことに対し拒否や抵抗があり、拒食、拒薬、介護抵抗、暴力、暴言がみられた。
	左大腿骨転子部骨折受傷し、他院整形外科にて手術、リハビリ適応だったが、リハビリ対応可能な病院が満床で自宅対応が困難であったため、同院が空くまで当院にて受け入れた。
	ADL低下のため、多くの場面でケアを要するが、介護への抵抗あり。
	疼痛、せん妄、不穏状態で介護抵抗が強いこと。
	他院入院中に、暴言、暴力、介護抵抗が出現し、対応困難となった。
	同居していた長男に対する暴言暴力、拒食、拒薬を認めるなど介護抵抗が増悪し、自宅対応困難となった。

2.2.2 ②入院期間中の取組・対応

BPSD軽減や増悪防止の対応／最も有効であった取組・対応（図表5-1）

「薬剤の調整」が352人(71.5%)、「薬物療法」336人(68.3%)、「生活リズムの調整」307人(62.4%)、「入院環境の調整」274人(55.7%)と多く、次に「認知刺激療法等」、「食事の調整」であった(複数回答)。

入院1ヵ月の効果・変化（図表5-2）

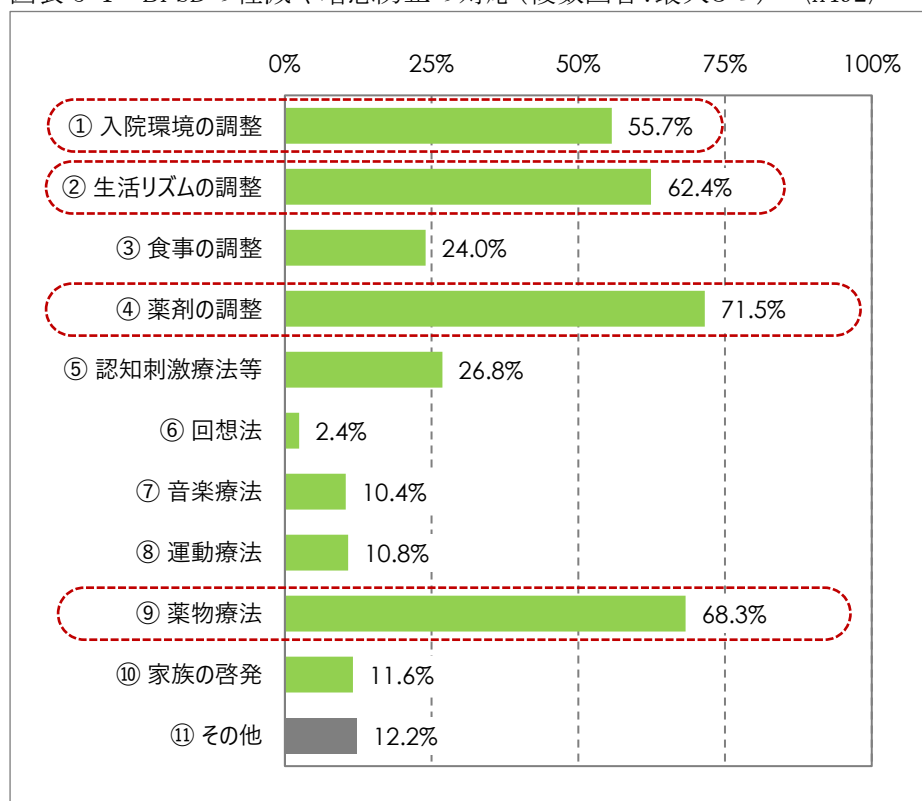
「改善」351人(71.3%)、「変化なし」116人(23.6%)、「悪化」11人(2.2%)と、短期間で多くが改善された。

最も有効であった取組の具体的な内容、具体的な効果・変化、その理由など（図表5-3）

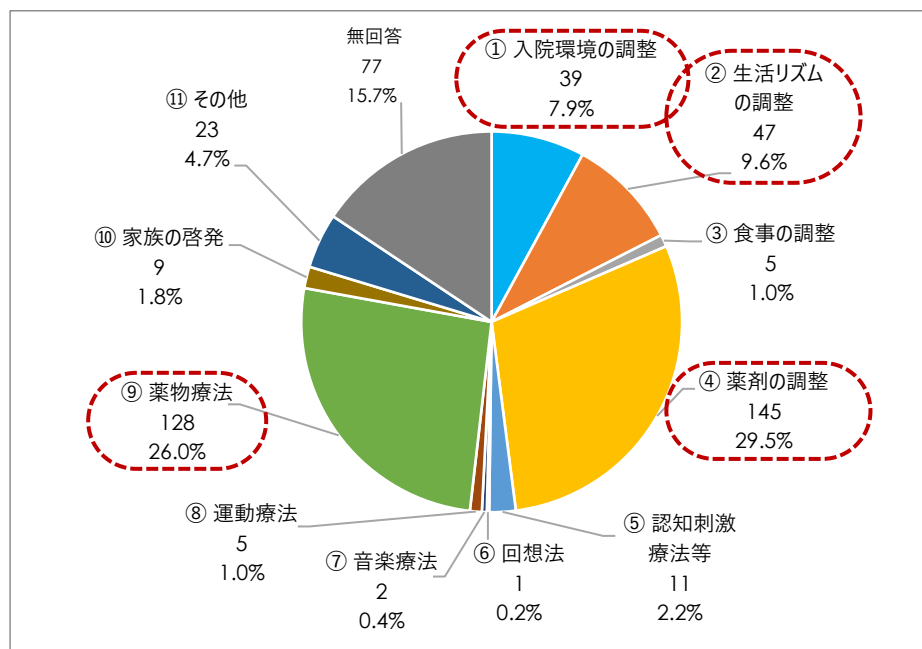
幻覚・妄想、歩き回り、易怒性、介護抵抗には、抗認知症薬・抗精神病薬・睡眠導入剤・気分安定薬・漢方薬による薬物の種類や量の調整(薬物療法)にて対応し、精神療法や作業療法を併用することが効果的であった。また、認知症疾患治療病棟へ入院し、個室(又は隔離室など安心できる場所の提供や、パーソン・センタード・ケアを基盤とした関わり方など看護スタッフによる傾聴や声掛けや、週1回の外出・外泊訓練なども併用することで、概ね改善した。歩き回りには転倒骨折の恐れがあり、車椅子の安全ベルトの着用や、止むを得ず身体拘束を行うケースもあった。生活リズムの調整のために、起床・食事・入浴・就寝、生活機能回復訓練(作業療法)、身体的リハビリ(理学療法)へ参加させ、概ね決まった時間に声掛けし誘導することで改善されるケースもあった。また、不安焦燥感やうつにより希死念慮を訴えるケースには、薬物療法・作業療法の他、生活リズムを調整することも有効であった(複数回答)。

以上により、入院1ヵ月で71.3%が改善されたことから、薬物の調整(薬物療法)を併用しながら、医療スタッフが、本人にとって、いかに安心して安全な療養環境を提供できるかが、BPSDの早期改善に繋がるかと思われた。

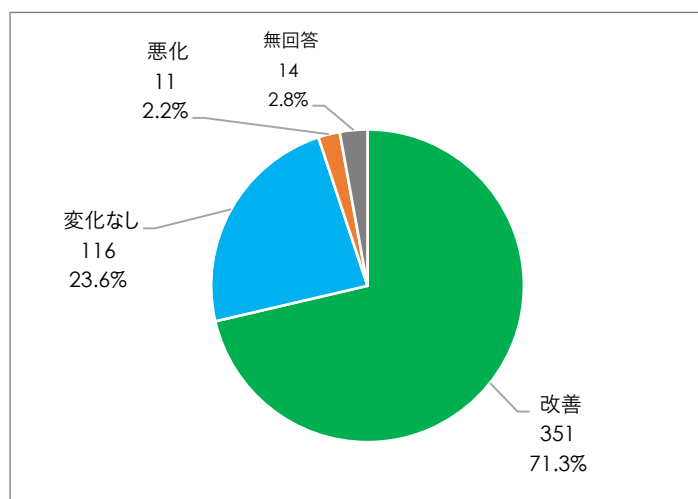
図表 5-1 BPSDの軽減や増悪防止の対応(複数回答:最大5つ) 〈n492〉



(最も有効であった取組・対応(択一回答))



図表 5-2 入院1ヵ月後の効果・変化 〈n492〉



図表 5-3 入院期間中に有効であった取組（入院の契機になった主な症状別に抜粋）

①幻視・幻聴

入院の契機になった症状	入院期間中、最も有効であった対応	取組の具体的な内容
①幻視・幻聴	①入院環境の調整	自室が判る様に目印を表示
	②生活リズムの調整	薬剤調整とともに病棟内での生活に慣れていったことで落ち着くようになった。本人の尊厳を敬い、接し方や対応に留意したことも落ち着いた要因となった。
	④薬剤の調整	生活リズムを整える為環境調整。主に医師による、薬剤調整。自宅外泊などを繰り返す。
	④薬剤の調整	症状に応じて薬剤調整を行った
	④薬剤の調整	薬の作用、副作用の場ランスを考え処方。
	④薬剤の調整	服薬の促しと内服管理を行った。
	④薬剤の調整	療養中に腸穿孔疑い、大腿骨頸部骨折の手術により2度の入退院を繰り返す
	④薬剤の調整	非定型抗精神病薬、眠剤の調整
	④薬剤の調整	薬物療法を実施。
	④薬剤の調整	認知症の診療を行う医師による薬剤調整により幻覚妄想が落ち着く。
	④薬剤の調整	抗精神病薬、睡眠薬の投与
	⑨薬物療法	夜間不眠で昼夜逆転だったが、薬の調整にて夜間眠れるようになった。
	⑨薬物療法	薬物療法を中心に、家族の困りごとを確認しながら社会資源の相談調整を実施。
	⑨薬物療法	夜間せん妄に対しての薬物療法として、転倒リスクの高いリスパリドンを避け、コントミンとトラゾドンを使用した。
	⑨薬物療法	おむつを外したり脱水が続くなど、焦燥感が強く過活動気味となっていたため、抗精神病薬を調整する。
	⑨薬物療法	幻視に伴う不穏、興奮に対して、メマンチン、ラメルテオンにて安定
	⑨薬物療法	抑肝散による幻視の消退に伴い、情動も安定した。
	⑪その他	アルコール依存症、脱水にて入院。点滴治療で改善した。

②妄想

入院の契機になった症状	入院期間中、最も有効であった対応	取組の具体的な内容
②妄想	①入院環境の調整	閉鎖病棟への入院により徘徊による事故のリスクを回避した。
	①入院環境の調整	静かな環境の提供、OT、PT
	①入院環境の調整	自宅からグループホームへ本人の希望で入所されたが、思っていた状況と違うのか本人が出ていきたいと訴えた。こんなところにいられないと首を絞めた。病院へ入院したことで本人は治療することに納得され安心感を持ち医師との診察で受動も安定。
	②生活リズムの調整	生活リズムを調整するために20時ごろに就薬を服用し、声かけ・誘導を行う。5～6時まで入眠できており、精神症状も安定している。
	②生活リズムの調整	入院当初は帰宅願望強く、徘徊目立ち出口探す事多く、会話しながら入院生活に慣れるよう対応。理解力の低下があり分かりやすく説明した。
	②生活リズムの調整	入院後一時的に帰宅要求あるが、徐々に落ち着き帰宅要求無く経過する。
	②生活リズムの調整	日中作業療法活動に参加し、精神症状の安定をはかった。
	②生活リズムの調整	自室内ベッド上で過ごすことが多く昼夜逆転のリスクが高かったため、声掛けにより離床を促し日中の活動を増やした。
	④薬剤の調整	腎機能に配慮しつつ、不穏傾向時には薬剤増量するなどの対応
	④薬剤の調整	薬剤の調整にて妄想言動は落ち着くも拒食はあり。
	④薬剤の調整	弟に対する被害妄想あり、他にも思い通りにならないと易怒性発現。薬剤調整に対応。
	④薬剤の調整	環境調整として、多床室ではなく個室対応し被害妄想の対象者を作らないようにした。それに加え、薬物療法にて、症状の改善をはかった。
	④薬剤の調整	薬物調整により、不眠、概日リズムの補正を実施
	④薬剤の調整	状況やADLに応じた服薬方法、量の調整を主治医が看護と連携して対応
	④薬剤の調整	入院後、抗うつ薬、抗精神病薬を中心に加療を行う。抑うつ状態や新規妄想は改善し、穏やかに経過した。
	④薬剤の調整	薬剤の調整として、クエチアピン、トラゾドン、デビゴを処方した。徐々に易怒的な状態は落ち着きがみられるようになった。
	④薬剤の調整	入院に伴い変薬となり眠前薬が開始となった。ベッドからの転落あり。拒薬はないため確実に服用が出来るよう確認を行った。また家族の外泊の受け入れも可能だったため訪問看護で服薬確認や生活状況の確認を行った。
	⑨薬物療法	アルツハイマー型認知症と診断されたことはあるが単身生活でもあり未治療であった為、日頃の状態観察と主治医の診察時の状態から、短期間単位での内服調整変更を行った。
	⑨薬物療法	他患への暴言・過干渉が顕著なため、向精神薬の調整と本人への助言を行った。
	⑨薬物療法	時に拒薬もあったが、与薬援助により、継続内服可能となった
	⑨薬物療法	抗精神病薬の少量処方にて、SEなく、消失。
	⑨薬物療法	入院後物取られ妄想から不穏、大声、粗暴行為、迷惑行為を来したため、隔離を開始しチアプリド服用を開始。当初は拒薬を認めていたが、徐々に受け入れが良好となり、服薬は安定するにつれて情動も安定したため、隔離解除。その後他者と問題なく交流しながら経過。
	⑨薬物療法	時折、興奮見られるがリスペリドン内服にて落ち着かれる
	⑨薬物療法	薬物調整により妄想や多動は改善傾向。過鎮静にならないように観察。本人の意にそぐわないと興奮状態になりやすいため本人のペースをみつつ介入。

③歩き回り・不穏

入院の契機になった症状	入院期間中、最も有効であった対応	取組の具体的な内容
③歩き回り・不穏	①入院環境の調整	扉等に名前を表示した。作業療法への参加。
	①入院環境の調整	声掛け、経過観察
	①入院環境の調整	認知症症状について特性を理解しているスタッフの対応
	①入院環境の調整	歩行器から車椅子への変更
	①入院環境の調整	①部屋の壁に大きな文字で名前を掲示し、自室が分かりやすいように工夫した。 ②洗濯することを忘れることが多かったため、適宜声掛けを行い、自身でできることを維持した。
	①入院環境の調整	看護スタッフによる傾聴、助言、見守りで患者が安心できる環境を調整した
	②生活リズムの調整	個室での対応としたが他室訪問しての脱衣著明であり制止すると易怒性出現するため、対応困難で保護室にて隔離対応となってしまった。問題行動は止められるが、患者の症状改善への工夫とは言えない。
	②生活リズムの調整	起床、食事、入浴、就寝など概ね決まった時間に声かけや誘導を行った。
	②生活リズムの調整	歩行不安定で転倒ばかりしていた様子だが、車椅子で安全ベルトを使用して日中は過ごす。夕食後より落ち着かないこともあるがほぼ安定している。
	②生活リズムの調整	入院前は急薬・食事摂取が不十分で体調を壊し再入院になったため、入院期間中はきちんと食事摂れ、急薬がないように調整し、自宅同居退院の為、家族面談を重ね、家族への啓発が最も重要になった。
	②生活リズムの調整	入浴は「昨日は入ったから」と拒否されることもあったが、概ね食事、睡眠また作業療法へ参加等で生活リズムを整えた。
	②生活リズムの調整	スタッフの声掛けや、生活機能訓練への参加を促した
	②生活リズムの調整	夜間睡眠がとれるように日中の活動を増やす。リハビリにて音楽鑑賞やラジオ体操、ぬりえなど取り入れ活動時間の確保に努めた。夜間のずり這いに関しては転落防止のため低床ベッドやたたみにて対応。
	④薬剤の調整	薬物療法にて徐々に介入できる時間が増えた
	④薬剤の調整	薬物治療を開始し、少量処方にて興奮は消失した
	④薬剤の調整	自宅に帰ると要求時には興奮し暴力があったが、薬物治療にて徐々に穏やかになってきている。
	④薬剤の調整	薬剤の調整を行い、夜間に十分な睡眠がとれるようにする。就寝時には部屋に誘導、声かけを行い、入眠を促す。
	④薬剤の調整	薬剤の調整により、夜間は睡眠を十分にとれるようになった。就寝時には、声かけ・誘導にて部屋へ案内し、入眠を促す。
	④薬剤の調整	症状に合わせた薬剤を調整した。
	④薬剤の調整	薬剤量の調整を行っている。
	④薬剤の調整	認知症の周辺症状を増悪する薬剤を中止した。
	④薬剤の調整	薬剤の調整、不穏時の頓服薬の使用により易怒性が落ち着いてきた。不眠もあり、眠前も開始になった。
	④薬剤の調整	薬剤の調整により、少しずつ会話ができるようになり、介護抵抗も減少した全介助であったため、食事更衣等かわる時間が多く、本人の思いも話すことがあった。
	④薬剤の調整	クエチアピンを12.5mgから37.5mgまで徐々に増量し、これ以上の増量は転倒のリスクがあるため経過をみていた。夜間にトイレで覚醒し脱衣行為がみられることもあったが、他患トラブルはなく、特養入所に至った。
	④薬剤の調整	認知症治療薬から非定型抗精神病薬、睡眠導入剤の調整に移行

③歩き回り・不穏	④薬剤の調整	セルトラリン、フロセミド、ラフチジンを中止しメマンチンの使用、増量
	④薬剤の調整	抗認知症薬の追加、精神科薬の変更
	④薬剤の調整	精神運動興奮やせん妄を抑制するために軽度の鎮静をかえるように処方を調整。
	④薬剤の調整	正しい服薬、集団OT
	④薬剤の調整	せん妄が続いており内服調整中。
	④薬剤の調整	薬物調整により、不眠、概日リズムの補正を実施
	④薬剤の調整	④眠剤をプロチゾラム（ベンゾジアゼピン系）からラメルテオン、レンボレキサントに変更。元々処方されていたリスペリドン0.5mgから1mgに増量した。
	④薬剤の調整	状況やADLに応じた服薬方法、量の調整を主治医が看護と連携して対応
	④薬剤の調整	認知症の診療を行う医師による薬剤調整
	④薬剤の調整	入院時の薬剤が多量であった為、整理・減薬等を行った。
	④薬剤の調整	易怒性、興奮が治まるように状態に合わせて調整してもらった。
	④薬剤の調整	薬剤の調整が最も有効だった。元々服用していたクエチアピンを増量した。
	④薬剤の調整	不眠、不穏に対する薬剤調整をおこない生活リズムの改善をはかる
	④薬剤の調整	眠剤の調整
	⑤認知刺激療法等	生活機能回復訓練
	⑤認知刺激療法等	食事、排せつ、整容などの日常生活動作のサポートと訓練
	⑤認知刺激療法等	難聴であり、ジャスチャーでコミュニケーションを図り、関係性を構築。病棟内を焦燥感から徘徊を繰り返していたが、制止などせず経過観察を行う。作業療法では、塗り絵や音楽療法を導入し、焦燥感の改善を得ていく。これらによる療養環境の調整により病状が概ね改善した。
	⑤認知刺激療法等	早期に認知症療養病棟等に転棟し、生活機能回復訓練を実施することで、歯磨きなども自分で行い、穏やかに経過する。
	⑤認知刺激療法等	足腰の筋力が落ちないように、身体的リハビリを行った。看護職員によりコミュニケーションをとることで穏やかにすごしていた。「⑪その他」については、Swより介護保険サービスの利用について説明し同意を得たこと。
	⑤認知刺激療法等	入院後部屋が分からず混乱。放尿も頻回となりオムツを着用。日中の作業療法の体操や個別の認知症リハビリテーションの導入で作業をすることが多く情動も安定。他患者との交流も増え認知機能も維持できた
	⑨薬物療法	徘徊著明で他室訪問と転倒を繰り返し対応困難にて車椅子・安全ベルトも使用しており、状態に合わせて少しずつ薬物増量調整を行った。
	⑨薬物療法	睡眠薬等の追加・調整を行いつつ、起床、食事、入浴、就寝など概ね決まった時間に声かけや誘導を行った。
	⑨薬物療法	適切な向精神薬を選択し、調整した。
	⑨薬物療法	部屋の環境と生活リズムを整えることで落ち着いて生活できるようになった。
	⑨薬物療法	複数の薬剤を組み合わせた
	⑨薬物療法	不穏時薬の対応
	⑨薬物療法	薬物の効果がみられた。支持的精神療法で安心を得られた。
	⑨薬物療法	精神薬を新たに追加
	⑨薬物療法	アリピプラゾール及びメネシットを新たに追加した事。
	⑨薬物療法	頓服として処方していたリスペリドンの効果がみられたため、定期薬として処方した。

③歩き回り・ 不穏	⑨薬物療法	多剤併用を避けて、処方ハシンプルなものとした。
	⑨薬物療法	不眠への対処として、眠前薬の増量、認知症治療薬を導入
	⑨薬物療法	前医より処方されていた認知症治療薬の内服方法を変更し、作業療法に参加できるよう促す。
	⑨薬物療法	拒薬に対して湿布薬を処方
	⑨薬物療法	薬物治療にて易怒性や離脱行為が減った。
	⑨薬物療法	薬物治療にて興奮、不眠が改善した。
	⑨薬物療法	前医からリスパリドン 2 mg 開始されていたが、幻視や妄想が落ち着いてこられたため減量した。その後も穏やかに生活されていたため施設入所となった
	⑨薬物療法	夜間眠れない際の追加薬
	⑨薬物療法	抗認知症薬を使い認知症状の進行を抑えている。
	⑨薬物療法	徘徊行動への薬剤調整を行った。
	⑩家族の啓発	地域での見守り体制について、また、本人への対応法について説明。
	⑩家族の啓発	家人へ声掛けのコツなどを伝える。

⑥易怒性

入院の契機になった症状	入院期間中、最も有効であった対応	取組の具体的な内容
⑥易怒性	①入院環境の調整	入院初期は保護使用。症状軽減により、一般病室へ
	①入院環境の調整	個室で対応し一日一日の生活リズムの調整を行った。退院希望が強く傾聴しながら対応した。
	①入院環境の調整	本人の状態によって、タイミングを見て声掛けを行っている。
	①入院環境の調整	夜間もスタッフがいるという安心感が最も改善に寄与したと思われる
	①入院環境の調整	日中はデイルームで過ごし、作業療法をしたり、職員の見守りや介入で本人の訴えを受け止め、トラブル回避した。
	①入院環境の調整	夫から離れることで穏やかに過ごすことができる。
	①入院環境の調整	・パーソンセンタードケアを基盤とした関り（ユマニチュード、バリデーション） ・家族の写真を飾る ・下肢筋力低下あり、体格も大きいためリクライニングチェアの使用で安楽な体位の調整 ・嚥下状況に合わせた食形態（全粥・野菜刻み） ・幻視に対し肯定も否定もせず受け止めた
	①入院環境の調整	・音楽が好きでよく歌を唄っていたため音楽鑑賞等のOTに参加していただいた。・食事量が一見すると多く見え、見ただけで「お腹いっぱい」と言い摂取が進まないため、全体量を1/2にして高カロリーゼリーを付けて食べて頂いた。・パーソンセンタードケアを基盤とした関り
	①入院環境の調整	「ダメ」という言葉に強く反応するため、特にパーソンセンタードケアを基盤とした関り方に重点を置いたケアを心掛けた ・音楽が好きなことから、音楽鑑賞等のOTに参加して貰った ・見当識障害、失禁、失語に対し、行動の観察でトイレ誘導などを行った。リアリティオリエンテーションを取り入れた関わりを行った
	①入院環境の調整	入院前に息子に対し暴言が見られていたそうだが、入院してからは息子との距離を置かれているため落ち着いて過ごされている。
	①入院環境の調整	精神状態に合わせた居室の選択、本人が安心できる場所の提供
	①入院環境の調整	本人の精神状態に合わせた居室の選択、不快感を与えない対応の工夫、職員の対応の統一
	②生活リズムの調整	薬物調整も実施したが、入院当初より不穏・興奮認めなかったこともあり、離床に拒否的な面はあったが、食事は車椅子移乗して共有ホールで摂取すること、作業療法の参加を毎日声掛けした。
	②生活リズムの調整	本人希望を重視して持ち込み食を利用し、自己摂取によるADL低下防止、また日中ホールへ離床して過ごし昼夜逆転を防止
	②生活リズムの調整	生活リズムの安定を目指した薬物療法及び精神療法
	②生活リズムの調整	一日の生活の流れを体感。午後お休みになられる時間は高齢にて確保必要ながら、夜間良眠につなげる意識で対応。日中の声掛けも有効。
	③食事の調整	本人のペースに合わせて、食べられそうな食形態をいくつか試し、少しずつ食事を摂れるようになってきていた
	④薬剤の調整	主に医師による薬剤調整（追加等も含めて）
	④薬剤の調整	生活リズムを整える為環境調整。主に医師による、薬剤調整。
	④薬剤の調整	眠剤の使用で夜間不眠を改善、昼夜逆転傾向の改善
	④薬剤の調整	チアプリドを増量し、バルプロ酸は継続し盗難、盗食は散見するが暴言、暴力、易怒性は改善した。

⑥易怒性	④薬剤の調整	衝動制御を目指しバルプロ酸400mgとクエチアピン50mgで治療開始した。入院2ヵ月後にクエチアピン100mgに増量し、精神運動興奮は速やかに軽快し一定の病識をもつようになった。
	④薬剤の調整	認知症薬、漢方薬の投薬調整
	④薬剤の調整	入院後より薬の見直しをし、薬物調整を開始。
	④薬剤の調整	抗精神病薬での過鎮静や内服拒否があったため、入院時より内服は中止した。
	④薬剤の調整	抗精神病薬が多種類処方されており、薬物調整を行った。
	④薬剤の調整	てんかん既往あり。苛々感、衝動性、焦燥性について薬剤調整を行う
	④薬剤の調整	入院後、デパケンR 計200mgから処方され、後、計300mgまで増量。拒薬なく服用された。
	④薬剤の調整	チアプリドとロナセンテープを主剤で薬剤調整を行った。
	④薬剤の調整	精神科は初めてであるため、精神科の薬を調整した。
	④薬剤の調整	10日から1ヶ月位で薬調整のためか易怒性少なくなり、大声も少なくなる。退院近くになると、大きな声は出すが説明すると小さくなったり理解する。
	④薬剤の調整	薬物療法により作業療法に参加したり、穏やかに過ごすことができている。ベッド上での生活が長く、ADLの低下がみられるため、安全に生活できるよう配慮が必要
	④薬剤の調整	薬物調整により症状の改善みられ、施設調整中。
	④薬剤の調整	認知症の診療を行う医師による薬剤調整
	④薬剤の調整	抗精神病薬、睡眠薬の投与
	④薬剤の調整	クエチアピン、トラゾドンなどの精神病薬を処方し、グーフイス、アムロジピンなどの内科の薬を止めるなど薬剤調整を行った。
	④薬剤の調整	薬剤性パーキンソニズムを疑い薬剤調整した。
	④薬剤の調整	カルバマゼピンとメマンチンの調整で穏やかとなった。
	④薬剤の調整	易怒性・暴言があり精神薬を調整。調整中に低ナトリウム血症・高マグネシウム血症を発症し薬剤調整を再度行った。精神症状は安定したが、身体的フォローをしつつADLも低下したためリハビリを行った
	④薬剤の調整	薬剤調整（バルプロ酸600mgから800mg）を行い経過観察
	⑧運動療法	運動療法に積極的に参加している。なじみの仲間との交流を通して心の安定を図る。体を動かすことによって気分転換や認知機能の向上が見込まれる。
	⑧運動療法	院内の作業療法で個別のプログラムに参加。
	⑨薬物療法	主治医による内服調整。病棟内での作業療法活動。
	⑨薬物療法	易怒性に対しリスペリドンを中心に処方・調整を行った。
	⑨薬物療法	薬物療法及び精神療法、入院作業療法等
	⑨薬物療法	薬物療法及び精神療法、ケア抵抗に対しては身体拘束、拒薬に対しては内服薬をつぶし、食事と一緒に内服。
	⑨薬物療法	BPSDに適応のある抗精神病薬であるレキサルティの導入
	⑨薬物療法	抗精神病薬少量を追加した。
	⑨薬物療法	向精神薬による感情のコントロール。
	⑨薬物療法	躁状態で易怒性高い為、入院後デパケンR（200mg）1錠、夕食後処方。内服に拒否的な時もあったが、少し時間をおいたり、他のスタッフに交代し、声かけ確実に服用。
	⑨薬物療法	入院中にせん妄状態を呈し、薬物治療で不眠改善し、せん妄も改善傾向を示した。

⑥易怒性	⑨薬物療法	昼夜逆転にならないよう規則正しい生活の場を提供し、薬物療法により、活動意欲の回復を目指し、援助。清潔保持ができるよう日常生活の援助をした。
	⑨薬物療法	薬物療法により、生活活動の意欲の回復を目指し、規則正しい生活を送ることを提供。精神科作業療法への参加を促して生活の安定を図る。
	⑨薬物療法	入院後職員と易努目立たず話しをする、OTに参加するなど問題ない。
	⑨薬物療法	薬剤調整・入院環境・生活リズムの調整。
	⑨薬物療法	夜間の不穏に対し、抗精神病薬や認知症治療薬を導入
	⑨薬物療法	入院後、易怒性に対してメマンチンを中心とする薬物療法を行ったが、易怒性は残存し、パルプロ酸を追加し加療。
	⑨薬物療法	薬物療法を中心に、アルコール治療プログラムへの導入
	⑨薬物療法	薬物治療にて夜間よく眠れるようになり落ち着いた。
	⑨薬物療法	薬物治療にて夜間不眠やせん妄が改善した。
	⑨薬物療法	抗認知症薬、抗精神病薬を使い併せて生活のリズムを整えるため作業療法を取り入れる。
	⑨薬物療法	精神興奮運動に対し抗精神病薬を使い経過観察とした。
	⑩家族の啓発	家族との電話連絡で関係を保ってもらった。
	⑩家族の啓発	在宅介護を強く望まれる御家族であった為、病識のない患者様に代わり、息子氏へのサポートを手厚いものとなるよう支援した。福祉用具の利用のみの状態から訪問看護の導入と追加の福祉サービスの情報提供を行い、外来通院継続。
	⑩家族の啓発	高齢の妻がキーパーソンであり、相談できる親族もおらず、妻が高血圧もあり、相談全般の対応も病院スタッフが行った。
	⑩家族の啓発	搬送された救急病院では、手術は難しいという判断。家族より今後の治療について希望を確認。
	⑩家族の啓発	抗認知症薬および、適応外使用ではあるが、気分安定薬を使用した。

⑬介護への抵抗

入院の契機になった症状	入院期間中、最も有効であった対応	取組の具体的な内容
⑬介護への抵抗	②生活リズムの調整	起床、食事、入浴、就寝など概ね決まった時間に声かけや誘導を行った。
	②生活リズムの調整	本人が摂取しやすい形態の食事の摂取を促す
	②生活リズムの調整	作業療法やリハビリの提供
	②生活リズムの調整	作業療法、生活機能回復訓練
	③食事の調整	食事と血糖の調整。
	③食事の調整	食事摂取量の低下に伴い食形態を調整
	④薬剤の調整	薬物調整を行い、易怒性や介護抵抗の改善に努める
	④薬剤の調整	薬剤の調整による落ち着きと、食事も自力で摂取できるようになった。大声に関しては継続、夜間 21:00 更衣させ、ベッドセンサー使用、常時側にいることを話した。
	④薬剤の調整	薬剤の調整にて拒否や易怒性は落ち着いてきた。拒否はなく食しても途中で中断するため、都度促している。
	④薬剤の調整	向精神薬の投与にて不安軽減をはかる
	④薬剤の調整	薬物療法を中心に作業療法も併用し、次第に状態は改善した。
	④薬剤の調整	メマンチンやリスペリドンを減量し、内服調整を行った。
	④薬剤の調整	以前から、入退院を繰り返しており、再度の服薬調整となった。
	④薬剤の調整	もともと使用されていたテトラミド中止。ドネペジル使用したが効果なし。リバスチグミンにて対応。
	④薬剤の調整	易怒性、興奮が治まるように状態に合わせて調整してもらった。
	④薬剤の調整	介護時の易怒性が治まるように調整してもらった
	④薬剤の調整	易怒性は持続しており、水分や食事を拒否が続く為、点滴やサポートゼリーを補給していた。
	④薬剤の調整	疼痛に対する薬剤調整
	④薬剤の調整	夜間の不眠は薬物調整により改善された。生活リズムが整い認知症リハビリテーションにも参加され活動性が上がった。所情動の安定もみられ特養への退院となった
	④薬剤の調整	入院後、誤嚥性肺炎再発。
	⑤認知刺激療法等	運動療法や音楽療法を本人の状態に合わせて行った。
	⑧運動療法	院内の作業療法で個別のプログラムに参加。
	⑧運動療法	作業療法にて、生活リズムの改善、失われた下肢筋力強化を行なった。
	⑨薬物療法	夜間せん妄、介護抵抗に対し抗精神病薬の調整を行った。
	⑨薬物療法	多剤併用を避けて、処方シンプルなものとした。
	⑨薬物療法	薬物療法作業療法を実施。
	⑨薬物療法	入院時よりせん妄が疑われ、薬物療法が最も有効であった。
	⑨薬物療法	せん妄、自傷行為、易怒性に対しペロスピロンにて安定
	⑨薬物療法	リスペリドン、テアプリドによる薬物療法で興奮等は軽減
	⑨薬物療法	リスペリドンの投与を開始し、不穏は殆ど来さず経過できた。
	⑨薬物療法	入院後、不穏状態となり、一時拘束指示があり施行する。抗生剤の点滴により、発熱も徐々に治まり、炎症反応も低下した。

⑬介護への抵抗	⑨薬物療法	抗認知症薬の多剤併用。鎮静効果がある抗認知症薬の追加
	⑨薬物療法	薬剤の調整、生活機能回復訓練
	⑨薬物療法	薬物療法を中心に、精神療法、作業療法を行った
	⑨薬物療法	薬物治療にて興奮や拒絶行為が改善した。
	⑨薬物療法	抗認知症薬、抗精神病薬を使い経過観察している。服薬管理も看護師が行っている。
	⑨薬物療法	日中の刺激を促し、不穏への薬剤調整を行った。
	⑨薬物療法	介護抵抗への薬剤調整をおこなった。
	⑨薬物療法	拒薬のため、適応外使用ではあるが、抗精神病薬の貼付剤を使用した。
	⑪その他	身体症状悪化のため、ベッド上安静、家族の希望による転院
	⑪その他	患者のペースに合わせた介護、拒薬時には無理強いせず経過をみる等の対応を続けた。
	⑪その他	看護介入に拒否あり、薬剤調整中心の対応。身体疾患あり、家族の希望にて転院となる。
	⑪その他	身体評価を行う予定となっていたが、身体の拘縮が強く、精神症状もあり、指示も受け入れられない状態。
	⑪その他	作業療法による工作をととした脳機能訓練。

2.2.3 ③退院時における助言等の対応

入院期間（図表6-1）

今回の調査では72.2%の患者が3ヵ月以内に退院していたため、入院中に急性期のBPSDに対して多職種で集中的な治療・ケアが行われていたことが推測される。そのため、次の生活・療養の場で同等のケアの継続は困難でも、要点を押さえた申し送りや助言を行うことが、BPSDの再燃、精神科への再入院を防ぐために重要であると考ええる。

退院先（図表6-2）

今回の調査では25%は自宅へ退院している。これらの患者は退院後必ず何らかの介護保険サービスを利用していると思われる。そのため、家族介護者だけでなく、退院後利用する予定の介護保険サービスの担当者に入院時に有効であったケアの方法を伝えることが必要である。通常は転院や施設入所の場合に作成し申し送られる看護サマリを、在宅の介護保険サービス担当者の方々にも参照していただくのが有効と考える。退院時における助言や申し送りを有効に行うには、退院前に退院後に関わる支援者（自宅退院であれば、家族介護者やケアマネジャーだけでなく、実際にケアにあたるデイサービスの職員や訪問看護師、ヘルパー等、施設退院であれば施設職員）を交えた退院時カンファレンスが行われるのが理想である。多忙で全ての支援者が参加するのは困難が予測されるが、昨今であればオンライン会議システムなども活用できよう。どうしてもそれが困難な場合にはより退院時の看護サマリによる申し送りが重要になる。

退院後の生活において再燃に最も留意すべきBPSD（図表6-3）

今回の調査で退院後の生活において再燃に最も留意すべきBPSDとして、「易怒性」、「歩き回り・不穏」、「介護への抵抗」が挙げられた。これらは先行研究で報告されている精神科入院が検討されるアジテーションに分類されるBPSDである。そのため看護サマリには、「易怒性」、「歩き回り・不穏」、「介護への抵抗」などのアジテーションに対してそれを緩和するためにどのようなケアを入院中に行ってきたか、どのような場面でどのような対応が効果的であったかを具体的に記載する必要がある。退院後の生活において再燃に最も留意すべきBPSDの中でアパシーや傾眠傾向はその割合は低いが、これらは睡眠覚醒リズムの乱れにつながり、夜間せん妄などを起こす危険性がある。そうなれば易怒性、歩き回り・不穏、介護への抵抗が出現することになる。そのため、頻度は低いもののアパシーや傾眠傾向がある患者には、退院直後からデイサービスの頻回の利用をすすめるなどの助言が必要である。

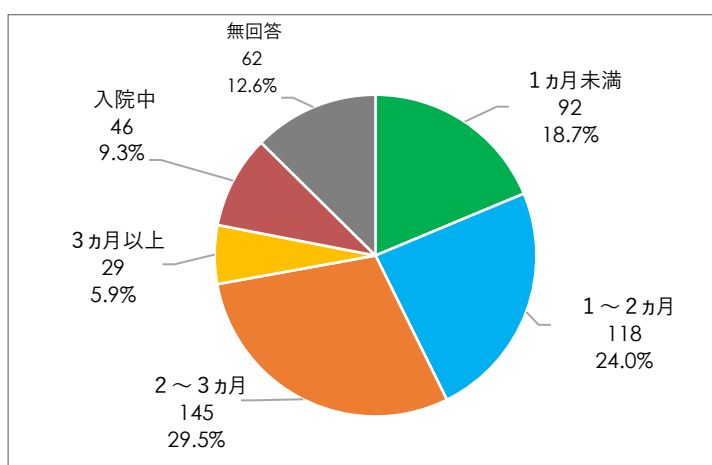
再入院を防ぐための助言や生活上のヒント/最も重点を置いた助言（図表6-4・5）

再入院を防ぐための助言や生活上のヒント/最も重点を置いた助言では、一番に「接し方やコミュニケーション」が挙げられている。これはユマニチュード的な関わりを推奨するということであろうと推測される。居宅（施設）や居宅の環境の助言では、レビー小体型認知症患者であれば、錯視や幻視を誘発しないように、カーテンやカーペットを無地のものにしたり、影がしやすい物を整理整頓したり、レム睡眠行動障害に備えてベッド周りに物を置かないこと、易転倒性に備えて床に物を置かないなどの具体的な助言が有用と考える。また、

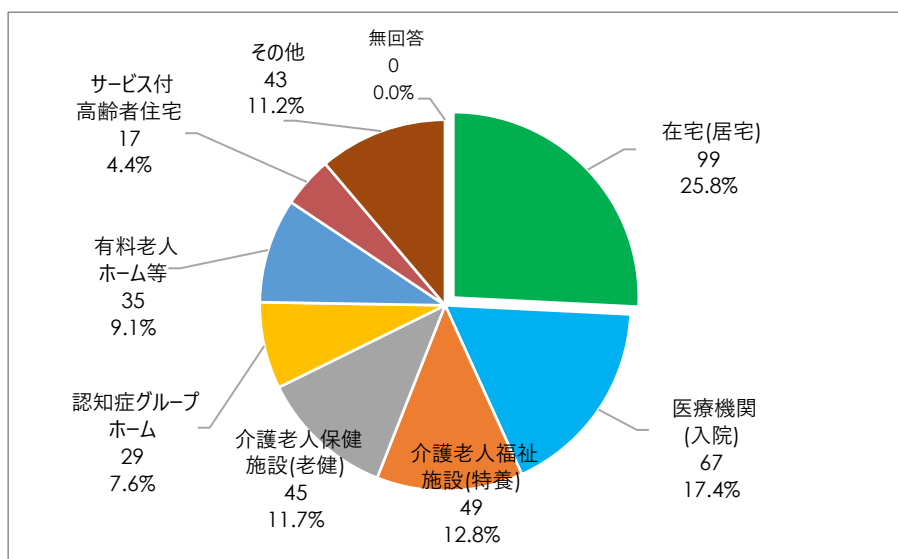
介護サービスの利用では退院後に開始を検討するのではなく、特に自宅に退院する場合には入院中に介護保険サービスを整え、退院翌日から利用できるようにするのが望ましい。訪問看護師との顔合わせや、デイサービスの体験利用なども入院中に退院支援として行えるのが理想であろう。

精神科病棟で入院中に一般的に行われているBPSDに対する多職種での治療やケアは介護保険サービス現場ではまだまだ知られていないことが多いため、退院時の申し送りの機会を通じて積極的に発信していく必要があると考える。

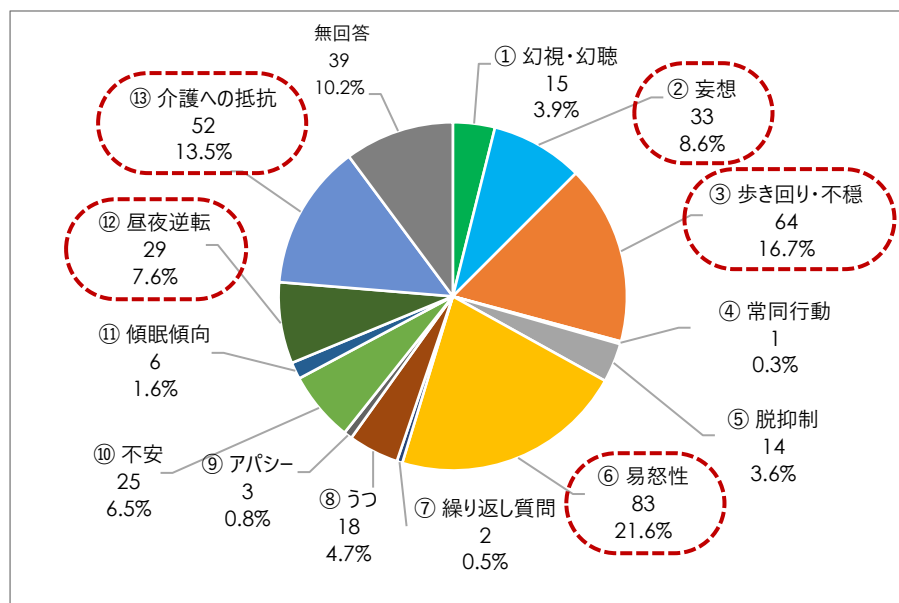
図表 6-1 入院期間 〈n492〉



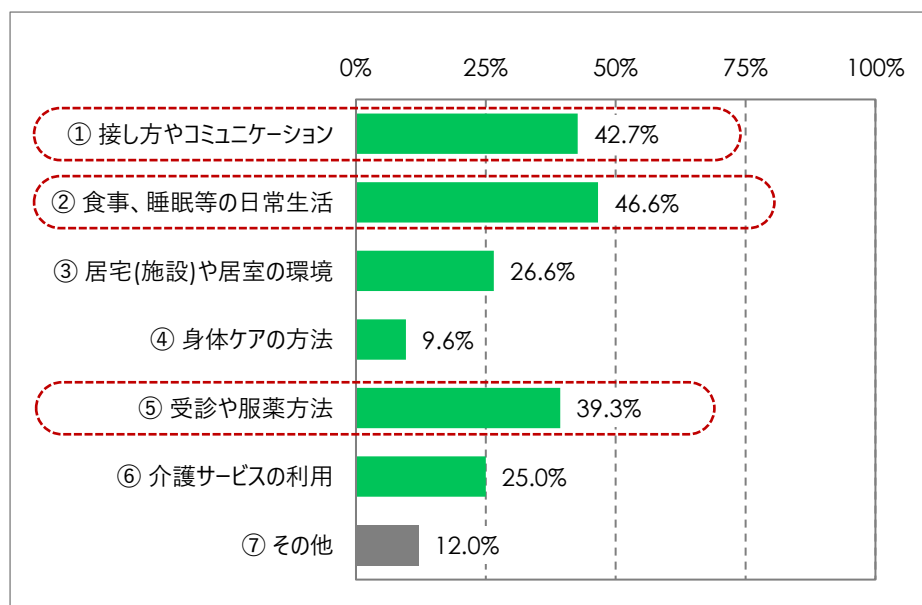
図表 6-2 退院先 〈n384(入院期間設問の「入院中」、「無回答」を除く)〉



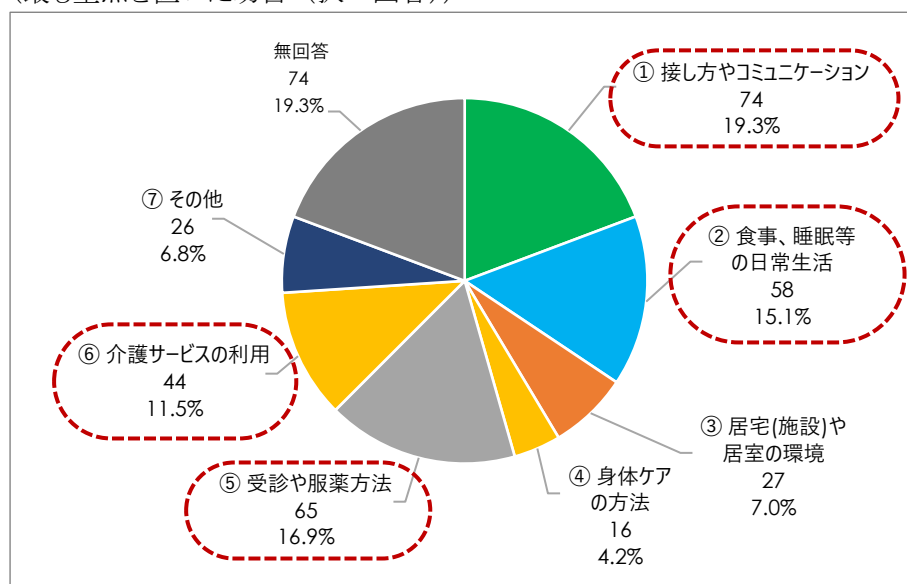
図表 6-3 退院後の生活において再燃に最も留意すべきBPSD 〈n384〉



図表 6-4 再入院を防ぐための助言や生活上のヒント(複数回答:最大3つ) 〈n384〉



(最も重点を置いた助言 (択一回答))



図表 6-5 再入院を防ぐための助言や生活上のヒント（再燃に最も留意すべき主なBPSD別に抜粋）

②妄想

再燃に最も留意すべき BPSD	退院時に最も重点をおいた助言	助言の具体的な内容
②妄想	①接し方やコミュニケーション	自尊心が強い、極端な丁寧語でコミュニケーションを図ることや、服薬を無理に促さず、本人のタイミングで服用してもらうことなどを支援者と共有した。
	①接し方やコミュニケーション	本人の自尊心を傷つけないような対応を家族に依頼した
	①接し方やコミュニケーション	ご本人はキーパーソンの長男に対しての依存が強く自宅で介護してほしいという気持ちがある。長男夫婦が自分の思い通りにならないと被害的になり希死念慮も強くなるためご本人の気持ちを受け入れなるべく面会の回数を多く接していく事を説明している
	②食事、睡眠等の日常生活	家族へ介護認定取得を勧め、当院にて申請しケアマネジャーをつけた。ケアマネジャーより認知症DS、DC利用の手配をしてもらった。退院後の通院についても持続性の必要を説明し、紹介状を準備した。
	②食事、睡眠等の日常生活	施設による食事やケアの提供、訪問診療による治療継続
	③居宅(施設)や居室の環境	情動の高まりは一過性であったものの、今後も不安定になる可能性がある為、状態の観察をして生活リズムの調整を伝えた。
	③居宅(施設)や居室の環境	施設入所に拒否的であった本人・家族に対し、自宅への外泊を通し現状を把握いただいた。
	③居宅(施設)や居室の環境	環境適応までに時間を要する傾向がある。また、整容・保清などは声かけが必要。訪問診療などで手助け。
	③居宅(施設)や居室の環境	家人に対し施設等の提案を行った。家人はケアマネジャーに相談したり、高齢者住宅の斡旋業者を利用されていた。
	③居宅(施設)や居室の環境	看護サマリを作成し施設に提供、PSWによる情報共有
	⑤受診や服薬方法	入所施設へ、怠薬すると妄想やせん妄が再発する可能性があるため、服薬順守をお願いした
	⑤受診や服薬方法	入所施設へ、拒薬ある時は適宜タイミングをずらす
	⑤受診や服薬方法	施設職員に対し、規則正しい服薬と当院への通院を提案した。
	⑤受診や服薬方法	当院外来での主治医による定期的な診察の継続を提案した。
	⑤受診や服薬方法	施設相談員に対し、施設入所中の服薬管理方法を伝え、拒薬が認められた際の対処法を伝えた。その際の接し方や話し方についての留意点を伝えた。
	⑤受診や服薬方法	キーパーソンに対し、服薬管理は家族が必ず行うこと、通院は定期的に当院に受診していただき、生活のリズムを整える目的も含め、精神科デイケアの利用調整を行った。
	⑥介護サービスの利用	生活リズムを整えるため、デイサービスに参加
	⑥介護サービスの利用	施設の訪問診療医や職員に対し、処方内容や院内での対応を対面や書面にて伝える。
	⑥介護サービスの利用	夫・娘、ケアマネジャーと確認する。夫と二人暮らしでもあり物とられ妄想や口論などもある。日中、デイケアなどを使用しサービスを利用していくことで自宅での安定した生活を目指す。
	⑦その他	本人から精神科デイケアの利用希望あり、息子へ協力求める
	⑦その他	元来、利用していた訪問看護に再度訪問依頼を行った。
	⑦その他	夫が本人に対して恐怖心を抱いており、家族関係の調整が必要である。

③歩き回り・不穏

再燃に最も留意すべき BPSD	退院時に最も重点をおいた助言	助言の具体的な内容
③歩き回り・不穏	①接し方やコミュニケーション	結果として他院入院（後死亡）となったが、入院から 10 日後妻と面談を行い、退院となった際の本人への接し方・好みの食形態についてアドバイスした
	①接し方やコミュニケーション	入所施設職員へ→歩き回り時の声掛けや対応。
	①接し方やコミュニケーション	入所施設の職員へ→易怒的な時の声掛けや対応。
	①接し方やコミュニケーション	入所施設へ、本人は家族が電話に出てくれないことに対して悲しみを感じているが、人との触れ合いにより軽快する様子あり
	①接し方やコミュニケーション	家族に対しての疾患教育、地域資源の活用など。
	①接し方やコミュニケーション	入院の 3 ～ 4 ヶ月前までは民生委員やヘルパー等の仕事をしていた為、患者様の生活背景に配慮した接し方をアドバイスした。
	①接し方やコミュニケーション	回想療法を用いることにより、精神的に安定して生活できると考えられる。
	①接し方やコミュニケーション	特養生活相談員に対し、難聴のため、ジェスチャーを含む非言語的コミュニケーション方法を伝え、コミュニケーションから得る信頼関係の構築を助言。焦燥感からの徘徊時の接し方や、転棟リスクがあるため注意事項の助言を行う。
	①接し方やコミュニケーション	生活リズムの調整
	①接し方やコミュニケーション	受傷し転院となったため、病棟での対応をお伝えした
	②食事、睡眠等の日常生活	施設職員に当院での入院治療について説明した。
	②食事、睡眠等の日常生活	入院前は食欲旺盛であったが、入院数日後より食事摂取量が減少。栄養補給ゼリーは好んで食すため 1 パック/日とアイソトニックゼリーを 1 本飲用してもらい、そのほかは本人が好んで食べるものを摂取してもらう（果物など）。
	②食事、睡眠等の日常生活	身体的脆弱はかかえているが、妻と同じ施設へ行く為、接し方、食事量のチェックなども含め説明した。
	②食事、睡眠等の日常生活	適切な服薬の継続、症状とうまく付き合う
	②食事、睡眠等の日常生活	基礎疾患として糖尿病・腎不全がある為、栄養士・看護師より食事上の注意点等をお伝えし、体調管理の為に介護サービスも利用していくように助言。
	②食事、睡眠等の日常生活	施設の職員に睡眠など規則的な日常生活を送れるよう援助するよう助言。
	②食事、睡眠等の日常生活	・食思に沿った食事をしていただく ・本人の気持ち、想いに寄り添ったケアを行う
	②食事、睡眠等の日常生活	介護ヘルパーや訪問看護など社会資源を導入し、きちんと食事を摂ることと内服できる環境を整えるようにする内容。
	②食事、睡眠等の日常生活	家族、地域包括支援センター担当者と面談を行い、退院後のサービスの調整を行う。
	②食事、睡眠等の日常生活	病棟内 1 日のスケジュールが決められており生活リズムが整っていた。日中は体操や歩行練習などのリハビリを積極的に取り組み認知機能も維持されていた。日中の過ごし方に関心やレクリエーションなどの導入が望ましいと助言
	②食事、睡眠等の日常生活	生活環境を整え、穏やかに過ごすように
	③居宅(施設)や居室の環境	家族へ本人の行動をある程度制御できるような環境調整について助言した。
	③居宅(施設)や居室の環境	入院中からの本人の周囲の環境調整。現在の内服継続で、施設嘱託医で対応して頂く。
	⑤受診や服薬方法	施設職員に不穏時の服薬について助言した。
	⑤受診や服薬方法	外来通院、内服継続。介護サービスの利用など
	⑤受診や服薬方法	身体面の治療優先のため一般科に転院。精神面で変化等あれば、すぐに相談するよう家族に説明。

③歩き回り・ 不穏	⑤受診や服薬方法	ご家族様から受診時に通院先や服薬に関してのご相談あり。症状悪化時のサインとして、歩き回りや幻視訴えが挙げられることをお伝えし、認知症状悪化時には当院にご連絡するように勧めた。
	⑤受診や服薬方法	施設に対して薬剤指導を行った。
	⑤受診や服薬方法	入院前のかかりつけ医の処方した薬を、主たる介護者である妻の判断で勝手に中止することが頻回にあったため、今回は絶対に処方を守って頂けるよう、訪問看護の導入や自己中止のリスクを説明するなどして対応した。
	⑤受診や服薬方法	家族とケアマネジャーに対し、定期的な通院・服薬の継続を促した。
	⑤受診や服薬方法	かかりつけ医での定期的な診察の継続を提案。状態悪化においては精神科受診を相談とした。
	⑤受診や服薬方法	施設職員に対して、服薬調整についての説明や尿意を訴えた際など話題を変えるなどの接し方についてのアドバイスを行った。外来通院を継続することはもちろんですが、何かあれば電話連絡でも問題ないので密な連携をとれるように伝えた。
	⑥介護サービスの利用	認知症対応型デイサービスの利用をケアマネジャーとともにすすめる。
	⑥介護サービスの利用	小規模多機能事業所スタッフと情報共有を行い、サービスの調整を行った。
	⑥介護サービスの利用	介護サービスの積極的な利用により、一人で歩き回りする時間を極力減らす事を指導。
	⑥介護サービスの利用	介護・医療サービスの拡充、新規導入を行うことで、在宅生活を継続できるようにケアマネや訪問看護と連携して調整した。
	⑥介護サービスの利用	施設の訪問診療医や職員に対し、処方内容や院内での対応を対面や書面にて伝える。
	⑥介護サービスの利用	症状が残存しているため、施設入所とした。施設にて症状に対する対応・方法等を指導。
	⑥介護サービスの利用	夫のみの介護には限界があるため、サービスの利用や今回のようなレスパイト入院の必要性を伝えた
	⑥介護サービスの利用	同居の夫、ケアマネジャーに、介護保険サービスの利用について、本人への説明した内容など助言した。
	⑥介護サービスの利用	家族へ介護保険サービスの利用について説明し、地域包括支援センターへ介入を依頼した
	⑥介護サービスの利用	家族へ介護保険サービスの利用と継続通院の必要性について説明した
	⑥介護サービスの利用	デイサービス及び訪問看護導入に際して、ケアマネジャー・訪問看護管理者へ対応方法を情報共有
	⑦その他	不穏になる前の前兆となるサインや介入方法を支援者に助言した。
	⑦その他	施設では金銭での浪費は考えにくい。うつ状態時の食事や不眠等があり、確実な服薬管理が大切であることを本人、施設職員へ伝えた。
	⑦その他	施設嘱託医に向けて、薬剤調整について副作用などをお伝えした。

⑥易怒性

再燃に最も留意すべき BPSD	退院時に最も重点をおいた助言	助言の具体的な内容
	①接し方やコミュニケーション	受容し安心感を与える。状況に合った説明や対応にて穏やかに日常生活が送れるよう支援する。
	①接し方やコミュニケーション	本人のニーズに対して予測を立て、先読み行動をすることで怒ることなく穏やかな生活ができる。
	①接し方やコミュニケーション	主治医が本人に日中活動に参加するよう声掛け
	①接し方やコミュニケーション	家族への病状説明を定期的に行い、病棟での対応方法を施設へ伝達した。易怒性が高まったときの対応が難しいが、病棟で表現を変えて伝達することを試行し対応できたため、施設へ情報共有を行った。
	①接し方やコミュニケーション	本人と話すときに言葉のニュアンスに注意して「○○してください」という表現で伝えるようにすることで周知した。本人の性格、キャラクターを支援者たちに具体的に伝えることで理解を得た。
	①接し方やコミュニケーション	高圧的態度をとらないこと
	①接し方やコミュニケーション	敬意を持って接すると指示が入りやすい。
	①接し方やコミュニケーション	精神面の安定は図れていないため、個別でのかかわりが必要。
	①接し方やコミュニケーション	何か要求があると希望が通るまで訴え続ける感じあり、傾聴対応が必要
	①接し方やコミュニケーション	・見当識に働きかけるケア（リアリティオリエンテーション）を行う ・本人の気持ち、想いに寄り添ったケアを行う
	①接し方やコミュニケーション	易怒性に対して薬物療法を中心とした加療を行っていたが、転倒し硬膜下血腫を認め他院に転院した。硬膜下血腫の治療を優先とし、易怒性に対する加療経過を、転院先の主治医及び看護師等に情報提供を行った。
⑥易怒性	①接し方やコミュニケーション	訴えは傾聴し、積極的なコミュニケーションをとること。楽しいと思えるような場にしていくこと。
	①接し方やコミュニケーション	薬物療法により情動は安定されているため内服を継続していくこと。以前のような易怒性はないが、飲酒欲求が出現された場合は身体的な治療もあるため難しいと説明すると納得されている。
	②食事、睡眠等の日常生活	在宅でも規則正しい生活を送るように本人と家族に指導した
	②食事、睡眠等の日常生活	悪化時は不眠傾向にあるため、睡眠状況の確認を施設スタッフへ助言した。
	②食事、睡眠等の日常生活	適切な服薬の継続、症状とうまく付き合う
	②食事、睡眠等の日常生活	施設入所前に一旦近くの精神科病院に転院が決まり、転院先へ。介助時に立腹されることがあった為、現時点での食事・入浴・排せつなどの状況を具体的に看護要約に記載し、自尊心を傷つけない接し方の工夫などの内容もお伝えした。
	②食事、睡眠等の日常生活	本人が好むものを用意して、できるだけ食事量を増やすこと
	②食事、睡眠等の日常生活	入所施設に対して、看護サマリを用いて情報提供を行った。またできる限り入院中に会いに来てもらうような工夫を行った。
	②食事、睡眠等の日常生活	入院直後よりスムーズに落ち着き、家族の受け入れもよかったので、すぐに退院となった
	③居宅(施設)や居室の環境	夫婦別部屋で生活することの方が穏やかに過ごせることを提案するも家族の強い希望で退院
	③居宅(施設)や居室の環境	入院前は排せつ自立であったが入院してからは紙パンツ着用。時々失禁あり。夫は排せつ介助に不安あり。入所施設対応のほうがよいと思われることを家族、ケアマネジャーとともに共有する。

⑥易怒性	③居宅(施設)や居室の環境	以前より同居家族との関係が悪く、認知症になったことから在宅で介護する余裕がない状況。施設入所で適切な介護を受けたほうが本人、家族の安心感につながるのではないかと助言。
	③居宅(施設)や居室の環境	施設職員へ、居室に放置するのではなく、デイルームで目配りしてもらえるよう、伝えた。
	④身体ケアの方法	転院先のNSに対し、食事量低下による対応や身体の発赤部位のケアについて。
	④身体ケアの方法	周囲からの影響を受けやすいため、日常生活の環境調整を行う。介護抵抗に関しては本人のタイミングに合わせて行う
	④身体ケアの方法	口腔内痛みについての薬物調整内容対応について助言を行った。
	⑤受診や服薬方法	介入を拒否されることが多く、興奮する可能性があるため、複数名対応や時間を変更したり可能な限り対象のペースで介入を実施すること。また必要に応じて頓服薬の使用なども検討するように説明。
	⑤受診や服薬方法	環境変化に弱く不安から症状が再燃する可能性もあり、不安に寄り添って頂く対応を説明。不安増大による混乱を避けるために必要時には頓服薬の使用も検討することを説明。
	⑤受診や服薬方法	家族に対し、定期的な受診（服薬）を促した。
	⑤受診や服薬方法	治療により落ち着いたが再燃の懸念はある。外来で情報を得ながらまた再燃するようであれば受け入れも検討。車椅子であるため転倒にも注意。
	⑤受診や服薬方法	家族に対し、規則正しい服薬と日中の活動を提案した。
	⑤受診や服薬方法	家族、友人、地域のサポートを適切に受け療養を行う
	⑤受診や服薬方法	服薬指導を行ったが、ADLの低下には注意するように指導した。
	⑤受診や服薬方法	状態変化に留意し、当院外来での定期的な診察継続を提案。
	⑤受診や服薬方法	暫くは当院への通院で様子を見ていくようにする。服薬は施設でしっかり整理してもらおう。困った事などあれば早めに受診を。
	⑤受診や服薬方法	小規模多機能施設を頻回に利用することで、妻の負担軽減を図るように進言した。
	⑥介護サービスの利用	妻の認知機能が低下して本人の介護が不十分である状況を他の家族に何度も説明をするが妻の受診には至っていない。デイサービスを毎日導入するよう調整を行った。
	⑥介護サービスの利用	落ち着いた、規則的な生活環境の中で服薬を続ける。
	⑥介護サービスの利用	妻は高齢。主な介護者である次男へ、薬を継続することの必要性を伝えた。在宅介護の負担を少しでも軽くするための情報提供や抱え込み過ぎないことがより長い在宅介護を継続するものに繋がることをアドバイスした。
	⑥介護サービスの利用	転院先の病院と連絡を取り、入院中の経過を踏まえ、施設での夫との距離の取り方を検討する必要があることを伝える。
	⑥介護サービスの利用	施設の訪問診療医や職員に対し、処方内容や院内での対応を対面や書面にて伝える。
	⑥介護サービスの利用	家族、施設に本人への対応について病棟の経験を伝えた
	⑥介護サービスの利用	本人、家族、ケアマネジャーと在宅生活に必要な医療・介護サービスについて、カンファレンスを開催し調整を行った。
	⑦その他	家族との面談、転院先での治療方針と家族の希望と一致しないことも前提で転院することを了解された。もし、積極的な治療が難しいと判断された場合、当院再入院となることにも了解された。
	⑦その他	外来通院再開するが退院後せん妄状態が再燃すれば早めに受診するよう指導を行った。

⑩不安

再燃に最も留意すべき BPSD	退院時に最も重点をおいた助言	助言の具体的な内容
⑩不安	①接し方やコミュニケーション	環境変化や介護スタッフの言動に敏感であり、不安から易怒的となると考えられ、ゆっくりで丁寧な対応を施設へお願いした。
	①接し方やコミュニケーション	食事の促した、その他介入する際のタイミングや、ポイントについて支援者と共有した。
	①接し方やコミュニケーション	家族と面談を行い対応について助言を行った。
	①接し方やコミュニケーション	本人が不安を感じた際に大声を出してしまうため、大声を出してしまう原因となる他の利用者との距離を取るなど、施設での本人への接し方やコミュニケーションの取り方について助言した。
	①接し方やコミュニケーション	本人は家に帰りたい気持ちが強い様子。現在の環境が身体科の病気により引き続き必要な療養であることを伝えたと了解を得られる。否定や訂正を主としない配慮が必要。
	②食事、睡眠等の日常生活	規則正しい生活を心がけること、通院と服薬を欠かさず継続すること。
	②食事、睡眠等の日常生活	血糖コントロールの状態把握の為、定期的に外来受診する様、本人・家人に説明。また、低血糖症状あれば早期に家人に相談する様、説明した。
	②食事、睡眠等の日常生活	施設による食事やケアの提供、訪問診療による治療継続
	③居宅(施設)や居室の環境	介護保険の結果、要介護1となり、サービスで自宅の改修工事で手すりをつけることとなった事を機に、その後のサービス等につなげるため、家族に包括支援センターへの情報共有の許可をとった。3年前までは独居で生活できていた患者でもあり、自宅でも自分でできることが1つでも多く継続できるよう、今後の状態に合わせたサービス提供を包括支援センターに依頼した。
	③居宅(施設)や居室の環境	医療的に介入できる点は限界がある。環境調整が必要である。自宅以外にもGHなども視野に入れていく必要性がある。
	④身体ケアの方法	精神症状が、安定すれば、本人（尿失禁）の困りごとや対人不振も緩和できたのではないかと考える。被害妄想も他者との関りも要因のひとつだったとすれば、スタッフの関りが、他者への信頼感、コミュニケーションを図れたのと、身体の清潔を保つことで、本人に安心感も与えられたのではないかと考える。
	⑤受診や服薬方法	家族に症状悪化時のサインと受診方法について助言した。
	⑤受診や服薬方法	負担に感じたらかかりつけ医に相談する。
	⑤受診や服薬方法	薬は家族管理のため、服薬時間等説明、当院系列のGH利用中だったためサマリ活用
	⑤受診や服薬方法	不安増強時の対応方法や頓服薬と薬時のタイミングについて支援者と情報共有を行った。
	⑦その他	筋損傷と脱水や動作緩慢など認め、向精神薬も中止。 食事摂取量が少なく、介助や声かけするも、奇声を発して拒否し、栄養状態が不良となっている事。本人の状況に似あった食事形態に変更した事と点滴を行うが、衰弱のため家族と話し合い、家族の希望で自宅に退院となったケースである。

⑫昼夜逆転

再燃に最も留意すべき BPSD	退院時に最も重点をおいた助言	助言の具体的な内容
⑫昼夜逆転	①接し方やコミュニケーション	難聴があるため「ラクラクホン」等を活用した。指示的コミュニケーションを嫌がるため、退院先の支援者と情報共有した。
	①接し方やコミュニケーション	特養ケアマネを退院支援委員会に招き、本人にも会っていただいた。また、主治医や看護師より日常の状況報告を行ったり、コミュニケーションに関する留意点等についても細かくお伝えした。
	①接し方やコミュニケーション	内服をできるだけ途切れないように、妻へ説明。
	②食事、睡眠等の日常生活	薬物療法の作用でもあるが、日中も刺激がないとウトウトしていることもあるため、日中の活動を促し午睡を防止することを施設職員に説明した。
	②食事、睡眠等の日常生活	在宅でも規則正しい生活を送るように本人と家族に指導した、服薬を継続するように指導した
	②食事、睡眠等の日常生活	尿路感染を起こしやすい方なので、身体ケアの方法に気をつけてもらう。生活のリズムを整え夜間眠れるようにする。
	②食事、睡眠等の日常生活	昼夜逆転にならないように生活のリズムを整えたこと、服薬により妄想や幻聴に左右されずに安心して生活を送ること
	②食事、睡眠等の日常生活	入院中に特養のスタッフに面会に来てもらい日常生活の様子を説明して評価していただき、退院後に昼夜逆転の生活とならないよう予防と対応について確認した。
	②食事、睡眠等の日常生活	概日リズムが壊れないように、活動と休息をバランスよくする。その生活を継続できるよう施設職員に指導した。
	②食事、睡眠等の日常生活	入院時に昼夜逆転している状況だったので、服薬の継続と定期受診、生活リズムを整えるなどを継続してもらうようお願いした。
	②食事、睡眠等の日常生活	生活リズムを整え、お酒を飲まずに生活できるような状況を作る。
	②食事、睡眠等の日常生活	薬剤調整も行ったが、睡眠の確保など生活リズムが乱れない様にする。転倒リスクや身体面も注意するよう伝えた。
	②食事、睡眠等の日常生活	本人へ日中はできるだけ離床するよう説明。
	②食事、睡眠等の日常生活	病棟内1日のスケジュールが決められており生活リズムが整っていた。日中の過ごし方にレクリエーションなどの導入が望ましいとお伝えした
	③居宅(施設)や居室の環境	円背が顕著にあるため、安楽に過ごせる体位を整えられる寝具や介護用品が必要と考えられる。
	④身体ケアの方法	入所施設へ、車いす、カテーテル留置中だが、見当識が低下しており、転倒、カテーテル抜去のリスクあり
	⑤受診や服薬方法	施設職員へ薬剤の内容について伝えた。
	⑤受診や服薬方法	家族に対し、定期的な受診（服薬）を促した。
	⑤受診や服薬方法	ケアマネジャーへ介護サービスの調整、家族に対して受診への助言など

⑬介護への抵抗

再燃に最も留意すべき BPSD	退院時に最も重点をおいた助言	助言の具体的な内容
⑬介護への抵抗	①接し方やコミュニケーション	もの忘れはあり自室が分からなくなったり、失禁していてもそのままいたりするが、プライドが高く、指示誘導されることが嫌いで紙パンツの確認や更衣、入浴に拒否があった。多少易怒的に拒否することもあるため、無理せず時間を置いたり人をかえたり、時には入浴は中止したりして対応していた事を施設職員に説明。
	①接し方やコミュニケーション	家族や退院先の老健職員へ内服声かけの工夫や他者へ大声が出た時の介入の仕方を説明した。
	①接し方やコミュニケーション	・本人の病状の日内変動を理解し、病状に合ったケアを行う ・本人の気持ち、想いに寄り添ったケアを行う
	①接し方やコミュニケーション	入所施設に対して、看護サマリを用いて情報提供を行った。またできる限り入院中に会いに来てもらうような工夫を行った。
	①接し方やコミュニケーション	老健施設ケアマネジャーに対し、入院中に取り組んでいたコミュニケーションの方法の助言や、暴力が再燃しないような、声のかけ方などを助言した。
	①接し方やコミュニケーション	介入時に本人が嫌がる場合は一旦介入をやめる。無理に介入しない。嫌な気分させない。
	①接し方やコミュニケーション	家族が胃瘻増設を希望したため、他院に転院となった。ただ、転院直前にはわずかながら経口摂取を行うようになっていた。病棟職員による声掛けの工夫が有効であった。
	②食事、睡眠等の日常生活	家族、ケアマネジャーに対し、退院後はかかりつけ医への通院を行い、状態が悪化した際には専門医受診をするよう説明。
	②食事、睡眠等の日常生活	昼夜逆転時は睡眠等の援助方法や頓服の使用
	②食事、睡眠等の日常生活	栄養指導
	②食事、睡眠等の日常生活	施設職員へ易怒的や介護抵抗等があれば早期受診して頂くことを伝えた。
	②食事、睡眠等の日常生活	家族や施設側に、胃瘻における注意点などを助言した。
	④身体ケアの方法	身体に接触する時に恐怖からか抵抗する場合があるため、声掛けやジェスチャーで伝えようと身体介護を行うよう施設へ助言した。
	④身体ケアの方法	介護抵抗には必ず複数人で対応すること、できる限り本人のタイミングに合わせてかわること
	④身体ケアの方法	誤嚥など身体的ケア。
	⑤受診や服薬方法	易怒性ある場合は頓服の使用を適宜行う
	⑤受診や服薬方法	主治医・病棟看護師から、退院後の定期的な通院についての勧奨と、規則正しい生活を促す声かけを行った。
	⑤受診や服薬方法	再度BPSD、せん妄等が悪化した際は、早めの受診促しと薬物調整
	⑤受診や服薬方法	入所施設へ診療情報提供書およびサマリなどの情報を提供した
	⑥介護サービスの利用	精神・身体ストレスに起因した衝動性が増加する可能性がある。減薬により精神症状が悪化する可能性があるため注意すること。
	⑥介護サービスの利用	合併症にて転院となった。病院に対し環境調整を促すなどの助言を行った。
	⑦その他	収集癖に対して見守り。個別に対応を工夫
	⑦その他	精神科訪問看護を導入し、訪問看護スタッフへの今後の関わりなどを重点的に行った
	⑦その他	リハビリ対応病院への転院ではあるが、同院は内科治療にも力を入れており、同院主治医に内科的な相談をするように家族に助言した。

Ⅲ 居宅や介護施設での生活支援に役立つ

「BPSDの予防のための対応と生活上のヒント集」の作成

1 目的・構成等

(目的)

精神科病院を対象としたアンケート調査において得られた知見を元に、精神科病院が培ってきたBPSD予防に対する知見を地域の医療・介護資源と共有し合うことが、認知症の人の地域での暮らしを支える上で大きな役割を果たすとの観点から、医療・介護現場、在宅療養と幅広い場面で活用可能な、BPSDの予防と対応に効果的な知見を整理し、事業において設置した検討委員会による検討により、「居宅や介護施設での生活支援に役立つ『BPSDの予防のための対応と生活上のヒント集』(手引き)を作成した。

BPSDの増悪時、要入院対応時のみならず、予防を中心とした地域における日常生活の伴走者である精神科病院の立場から、認知症の本人・家族、介護・生活支援を担う方々の有益なヒント・手引きとして、全国的な普及啓発を図る。

(構成等)

手引きは、手に取りやすく、また、BPSDの予防のためのヒントやコツ等の要点を簡潔に整理するため、A4版8ページ(表紙・裏表紙を含む)構成とした。(次ページ以降、「2 手引きの紹介」を参照)

事業の成果物は、調査協力をいただいた精神科病院のほか、広く、地方自治体、地域の社会資源・関係機関等を対象に広く配布した。

居宅や介護施設での生活支援に役立つ

BPSDの予防のための対応と 生活上のヒント集

易怒性



歩き回り・不穏



介護への抵抗



幻視・幻聴



(もの盗られ) 妄想



公益社団法人 日本精神科病院協会

BPSDの概要

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

認知症の進行に従い、脳の萎縮と機能低下が現れ、記憶・見当識・実行機能などが低下することを中核症状と呼びます。これに性格・心理状態や生活環境、持病などの身体的要因が影響することで、二次的に精神面や行動面の異常が現れるのが認知症の行動・心理症状(BPSD)と呼ばれるものです。

BPSDには、易怒性、歩き回り、不穏、幻覚・妄想、不安、うつ、無為・無関心などがあり、BPSDがあると日々の暮らしや健康への悪影響が強くなり、介護者の負担も大きくなります。

日常の課題と予防のポイント

① 本人への接し方 ・コミュニケーション

本人を尊重する態度と、安心感を与える話し方で寄り添うように接しましょう。生活歴や職業・性格・趣味・生活習慣などの情報を得たうえで会話すると、親近感が湧き関係性を築くうえで役に立ちます。指示的になったり叱ったりせず、本人の自尊心を傷つけないような配慮を心掛けましょう。



② 定期的な 専門医療受診・服薬

認知症の診断・治療を専門医で受け、継続的にフォローアップを受けましょう。普段からかかっていることで、状態悪化時の対応もスムーズになります。日々の確実な服薬管理も大切です。



③ 生活リズムの調整

睡眠・食事・排せつが重要な要素です。生活リズムには個人差があり、施設の生活スケジュール(起床や消灯時間など)と個人の生活リズムは必ずしも一致しませんが、ある程度本人のペースを許容しつつ、大きく崩れないようにしましょう。睡眠不足は昼夜逆転を引き起こしたり、せん妄など様々な精神症状の原因になります。

④ 生活環境の整備

環境変化による認知症症状の悪化をリロケーションダメージといい、「居心地の悪さ」「生活リズムの変化」「人間関係の変化」が原因と言われています。新しい環境に慣れるまでは個室対応にしたり、馴染みの品を手元に置くなどの工夫で安心して生活できる環境を整えましょう。

1 《易怒性》

在宅・施設でよくみられる症状と生活の課題

- ◎些細なことで激しく怒りだす
- ◎頻繁に大声をあげたり暴力を振るう

易怒性

課題への対処

- 介護者自身がまず冷静になり、決して感情的にならないようにしましょう。それから本人の話を傾聴します。本人の考えを即座に否定したり説得するのではなく、まずは興奮を和らげ落ち着きを取り戻すことを優先します。困りごとをめぐって本人と介護者が対立するのではなく、「〇〇が心配なのですね」と共感し、課題解決に協力する立場として接するようにします。ユマニチュード等を基本とした接し方で、認知症の方の尊厳を守り「大切に思っています」とのメッセージを発信し続け、良好な関係性を形成していくことが重要です。
- 本人が興味を持ち集中できることに関心を向けるよう働きかけることは有効です。
- 一定の時間と距離を置くことも必要です。



- 本人に陰性感情をもたらす「言葉」、「行為」、「人」をリストアップしましょう。怒りの原因への気づきになるうえ、事前に対処法をまとめておくことで落ち着いた対応ができます。
- 刃物などの危険物は片付けておきトラブルを未然に防ぎます。
- 危険や迷惑がエスカレートするようなら医療機関に相談します。



歩き回り・不穏

介護への抵抗

(もの盗られ)妄想

幻視・幻聴

● 専門的医療の立場からのメッセージ ● 「易怒性」の背景

孤立感や、空腹、疼痛、苦痛など、本人が明確に意識していない感情や不快感が易怒性の一因となることがあります。表面的な BPSD にとらわれて身体症状の評価がおろそかになることもあるので、本人の生活環境や健康状態をあらためて見直し、原因を考えてみましょう。

2 《歩き回り・不穩》

在宅・施設でよくみられる症状と生活の課題

- ◎家からふらりと出かけたまま帰ってこない
- ◎買い物や病院に行ったきり忽然と姿を消してしまった

課題への対処



- 普段から規則正しい生活リズムを維持しましょう。そして孤立感や退屈を感じないよう趣味などをもって、活気ある日常生活を送るようにしましょう。
- しばらく気が済むまで家や施設の周り、長い廊下などを一緒に散歩します。
- 一緒に外出できない場合は、本人が興味を持ち没頭できることに気持ちを向ける方策を考えましょう。
- トイレ等の場所がわからなくなって、探すために歩き回っていることもあります。

普段からの準備としては

- ・万一来ててご近所や地域ネットワークに歩き回る高齢者の情報連携をする
- ・名前や連絡先電話番号を衣服等に記載する
- ・GPS など位置情報デバイスの利用
- ・捜索が必要な場合に備えて、本人の顔写真を用意する



● 専門的医療の立場からのメッセージ ● 「歩き回り・不穩」の背景

アルツハイマー型認知症では記憶障害や見当識障害などにより、なぜここに居るのが分からなくなったり、あるいは現在自宅にいるにもかかわらず、自分の家であることが理解できずに混乱し、家を探しに行く行動に出たりします。そして出かけたまま迷子になってしまうことがあります。

また、前頭側頭型認知症では同じルートを常同的に歩き回ることがあり、その際に何度も万引きをするなどのトラブルが起こることがあります。付き添って安全に散歩するか、不安感や混乱を和らげ、他のことに興味・注意が行くように接すると良いでしょう。

3 《介護への抵抗》

在宅・施設でよくみられる症状と生活の課題

- ◎お風呂に入るのを拒否する
- ◎介護で身体に触れられることを拒否する

課題への対処

- 介護をする時には、本人の正面から声掛けをして好意的な態度で徐々に近づき、どのような介護をするのか本人に説明をしてから始めます。突然手を掴んだり、服を脱がしたりしないように心がけましょう。拒絶的な反応がみられた時には、一方的に説得しようとせず、まずご本人の気持ちをよく聞きます。気持ち良さや楽しさをアピールして誘うようにしましょう。
- 単なる説得や命令は逆効果です。時間を変えて再度チャレンジしてみましょう。完璧な清潔衛生状態を目指すよりも、本人の意思を尊重しながら、場合によっては最低限のケアを継続しましょう。



● 専門的医療の立場からのメッセージ ● 「介護への抵抗」の背景

認知症のために身だしなみや衛生状態が気にならなくなってしまうことがあります。また本人には羞恥心や自信喪失、人に頼って迷惑を掛けたくない等の思いがある可能性があります。或いは介護ケアであることが本人に理解されていない可能性があります。丁寧に説明し、本人の意思も尊重しながらケアを進めましょう。

易怒性

歩き回り・不穏

介護への抵抗

(もの盗られ)妄想

幻視・幻聴

4 《(もの盗られ)妄想》

在宅・施設でよくみられる症状と生活の課題

- ◎『財布がなくなった』と介護者やサービス担当者を疑う
- ◎『家族にお金を盗られた』と言いふらす

課題への対処

- 本人の話を傾聴し、不安や猜疑心といった感情を和らげましょう。理屈で正論を述べても効果は期待できません。身近な介護者に疑いの目が向きやすいので、困りごとを解決する味方として「お財布が無くなってお困りですね。一緒に探してみましょう」と寄り添う姿勢で対応します。
- 普段から荷物の整理整頓をしておき、通帳や印鑑などの貴重品の置き場所を介護者と一緒に決めておくことは大切です。



● 専門的医療の立場からのメッセージ ● 「(もの盗られ)妄想」の背景

記憶障害により置き場所を忘れたことから、「無くなった」と思い込み、不安感が高まって、「盗られたのかも」という猜疑心が最も身近な人(＝介護者)に向けられることがあります。介護者に対して、認知症が進行するとお金等を盗ったと疑われる可能性があることをあらかじめ伝えておくと、介護者のストレスが軽減されるでしょう。

5 《幻視・幻聴》

在宅・施設でよくみられる症状と生活の課題

- ◎「子供たちがそこで遊んでいる」「虫がちょろちょろでてくる」と何もないところに見えているかのように話す。
- ◎「近所の人が悪口を言っている」と信じ込んでいる。
- ◎「(亡くなった)家族が現れた」と話す。

課題への対処

- 本人の訴えをいきなり否定せず、よく聞き受け止めたうえで、本人の不安感に寄り添いましょう。不安が強ければ、「もう帰ったようです」「見えても悪さはしないから大丈夫」



などと安心できるように声かけしましょう。幻視や錯視は薄暗いところに見えやすいので、明るくしたり、見間違いの元になるような複雑な模様や色彩のカーテン、壁紙、床をシンプルなインテリアに変えてみましょう。家具の配置を変えたり、布をかぶせたりすることでも代用できます。

- 生活リズムや生活環境を整え、しっかりと睡眠をとり昼夜逆転を予防することも大切です。



● 専門的医療の立場からのメッセージ ● 「幻視・幻聴」の背景

レビー小体型認知症では幻視（現実にはない物が見えること）や錯視（何か見えたものを他の物に見間違えること）が起こります。子供や小人、亡くなった人、動物などが色彩鮮やかに“ありありと見える”ことが特徴です。せん妄では虫や小動物などの幻視がみられることが多いと言われています。強い興奮や恐怖・不安感を伴う場合は医療機関に相談して下さい。

易怒性

歩き回り・不穏

介護への抵抗

（もの盗られ）妄想

幻視・幻聴

むすび 専門的医療の支援



認知症は基本的にゆっくりと進行していく病気ですが、BPSD（認知症の行動・心理症状）が現れると、急に日常生活が困難になってしまうことが少なくありません。自宅や施設で普段から気を付けておくことで予防できることもあります。激しい症状のために対応が困難なときには認知症専門の医療機関に相談してみましょう。

精神症状がかなり悪化するまで受診を控えると、かえって対応を難しくしたり、ご家族や介護者と本人の関係性を損ねてしまうこともあります。早めの相談・受診が望まれます。

本人の診断・治療はもとより、介護者の関わり方についてのアドバイスを受けることも大切です。



令和6年度 老人保健健康増進等事業

居宅や介護施設での生活支援に役立つ BPSDの予防のための対応と生活上のヒント集

公益社団法人 日本精神科病院協会

令和7年3月

IV 総括

認知症治療の専門医療機関(認知症疾患治療病棟あるいは認知症疾患医療センターを有する精神科病院)に対し、BPSD(Behavioral and psychological symptoms of Dementia:認知症の行動・心理症状)による入院への対応、治療へのアンケート調査を行った。その結果、早期にBPSDは軽減あるいは改善され、多くの認知症の人は在宅へ退院することができていた。長年培ってきた精神医療の専門知識や知見を、地域の医療や介護資源と共有することができれば、認知症の人の地域での暮らしを支える上で大きな役割を果たすことができる。

- 1) BPSDによる精神科病院への入院の50.3%は居宅からであり、居宅以外では一般医療機関からが多かった。逆に老健施設や特別養護老人施設からは少なかった。BPSDの強い認知症の人は施設入所を断られるケースが多く、入所後のBPSD出現時には、かかりつけ医等による薬物療法を行い、専門医療機関への受診が遅れる傾向にある。早期からの専門医療機関の受診をすすめる。
- 2) 入院時に見られたBPSDで多かったのは①易怒性、②歩き回り・不穏、③妄想、④介護への抵抗、⑤昼夜逆転等であった。
- 3) BPSDの軽減や増悪防止の対応で最も有効であった取り組みや対応は①薬剤の調整、②薬物療法、③生活リズムの調整、④入院環境の調整の順であった。このような対応を行うことで、入院1ヵ月後には71.3%の人にBPSDの改善がみられていた。

<具体的な対応>

- ・本人の生活背景を知ることが重要である。生活環境を整え安心感を与える話し方、尊厳を持った話し方を心掛ける。
- ・はっきりとした声で名前を呼び、簡単な言葉と笑顔で会話する。作業療法等を取り入れる。
- ・睡眠の質を上げるため、適度な運動や可能であれば外出等を行う。
- ・その人に合った食事形態を工夫し、栄養を十分に摂ってもらう。楽しく食事をしてもらう。
- ・顔の表情、発する言葉、態度より本人の気持ちを汲み取る接し方が有効である。
- ・本人に合った役割や活躍できる機会や場所を提供する。
- ・必要とされていると思えるような言葉掛けは不安の軽減につながる。
- ・認知症のレベルに合った対応を行う。残存機能を確認めながらコミュニケーションを取る。
- ・孤独や不安にさせない。身体状況(便秘・排尿・発熱等)を常にチェックし、本人に寄り添うユマニチュード的関わりの姿勢が重要である。

4) BPSDに対する入院期間は3ヵ月以内で退院する割合が高かった(約72%)。退院先は居宅が25.8%と減り、介護施設等に入所した割合は45.6%であった。精神科病院からの退院においては、介護施設への助言は再入院を防ぐためにも有効である。

<具体的な助言>

- ・退院後に関わる家族介護者やデイサービスや訪問看護師等の職員を交えたカンファレンスを入院中から行うことが大切である。
- ・再燃に最も留意すべきBPSDとして易怒性、歩き回り・不穏、介護への抵抗等があり、入院中にどのような対応をして緩和したのかについても情報を伝えることが必要である。

5) 家族介護者や介護職員等への認知症に対する心理教育を行い、病態や多職種による治療・ケアの実際を学ぶことは大切である。

6) BPSDによる入院では多剤大量投与の症例が多い。薬剤を整理し、必要最小限の薬物療法を行うことができるのは精神科医である。

7) 個室対応、ベッド周りや床に物を置かない等の環境の調整は重要であり、食事や睡眠等の生活リズムを整えることでBPSDの軽減につながる。

8) BPSDの再燃予防、経過観察には専門医療機関への通院は重要である。生活指導や問題解決の助言等、精神療法は有効である。

認知症疾患治療病棟や認知症疾患医療センターを併設している精神科病院では、認知症治療の専門医をはじめ、精神保健福祉士、専門看護師、管理栄養士、公認心理師、作業療法士等、多数の認知症治療の専門職員を有している。BPSDを伴う認知症の人に対し、看護目標、作業療法計画、栄養指導、退院支援委員会を行い、合同カンファレンスを行っている。専門的薬物療法、精神療法等を組み合わせ、症状の安定化を図り安心して入院生活を送れるよう対応している。専門の精神科医療を提供することでBPSDの早期軽減や改善が可能となっていた。早期退院後には在宅や介護施設等へのケアの助言を欠かさず、専門的医療の継続により再入院しない対応が重要である。

V 資料編

◎ 「BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりに関するアンケート調査」 調査票

◎ 令和6年度 老人保健健康増進等事業 交付申請書抜粋(事業概要等部分)

【老健事業83】BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりに関するアンケート調査

回答施設の情報

会員番号		(ハイフンを除く4桁、日精協会員のみ)	
病院名			
回答ご担当者名		部署名	
連絡先	電話	メール	

A 施設調査

(調査基準日 10月1日)

1 基本情報・体制について

1-1) 診療科目

- ☐ 精神科
 ☐ 内科
 ☐ 脳神経内科
 ☐ 脳神経外科
☐ 心療内科
 ☐ その他

1-2) 病床数

- ① 精神病床 床
 ② 一般病床 床
 ③ 療養病床 床

1-3) 認知症の診療・担当する専門職等の数

- ① 認知症の診療を行う医師（常勤医師） 人
 ② 認知症の看護に関する認定を受けた看護師※ 人
 ※日本精神科医学会の「認知症認定看護師」、
 日本看護協会の「認知症看護認定看護師」など
 ③ 作業療法士 人
 ④ 心理職（公認心理師、臨床心理士） 人

1-4) 認知症疾患医療センター

- ☐ 指定を受けている
 ☐ 指定を受けていない

- ➡ 指定ある場合
 ☐ 基幹型
 ☐ 地域型
 ☐ 連携型

1-5) 介護サービス事業

- ☐ 訪問看護
 ☐ 通所系サービス
 ☐ 短期入所療養介護（ショートステイ）
☐ 認知症グループホーム
 ☐ 介護老人保健施設
 ☐ 介護医療院
☐ その他

2 入退院患者について

2-1) 2024年6～8月の認知症の「新規入院患者」の入院前所在地別の人数

6～8月に新規入院した
認知症患者数（実数）

① 居宅

② 居宅以外（施設等）

i 医療機関

iii 老健

v 有料老人ホーム等

vii その他

ii 特養

iv 認知症グループホーム

vi サービス付高齢者住宅

2-2) 上記の「新規入院患者」の入院時（入院前を含む）にみられたBPSD症状別の人数

※1 1人の患者が複数の症状に当てはまる場合はそれぞれにカウントしてください

※2 入院以降はみられなくても、入院時・入院前にみられた（聞き取った）症状を含めて考えてください

居宅

0

（自動）

居宅以外

0

（自動）

① 幻視・幻聴

② 妄想

③ 歩き回り・不穏

④ 常同行動

⑤ 脱抑制

⑥ 易怒性

⑦ 繰り返し質問

⑧ うつ

⑨ アパシー

⑩ 不安

⑪ 傾眠傾向

⑫ 昼夜逆転

⑬ 介護への抵抗

2-3) 2024年6～8月の認知症の新規入院患者数のうち、「既に退院している患者」の退院先別の人数

10月1日現在退院している 認知症患者数（実数）		人	
①居宅		人	
②居宅以外（施設等）		人	
{ i 医療機関 iii 老健 v 有料老人ホーム等 vii その他	 	人 人 人 人	
	ii 特養 iv 認知症グループホーム vi サービス付高齢者住宅	 	人 人 人

3 BPSD予防・重度化防止等の対応について

認知症の患者が居宅や施設等における療養生活の中で、BPSDの出現や悪化を予防・入院回避のための対応としてポイントと考えるものを下記から選び（最大3つまで）、その内容や補足を右欄に具体的にご記入ください。

➡ 選択したポイントの具体的な内容や補足

- ☐ ①本人への接し方・コミュニケーション
- ☐ ②食事、睡眠などの生活リズムの調整
- ☐ ③生活環境の整備（安心、落ち着き等）
- ☐ ④居宅・施設での身体的なケア方法
- ☐ ⑤定期的な専門医療受診・服薬
- ☐ ⑥介護サービス等の適切な利用
- ☐ ⑦適度な運動や外出、社会参加
- ☐ ⑧その他

【A 施設調査】はここまでです。続いて、【B 対応実態調査】（2シート目）にお進みください。

【対象となる患者の考え方】

- ① 2024年6～8月に新規入院した認知症患者のうち、調査基準日（10月1日）までに退院した患者（入院日が早い方から最大5人）を対象としてください
② 5人に満たない場合、退院していない患者（入院が早い方から）を含めて5人としてください → 未退院患者は「③退院時における助言等の対応」の回答は不要です。

①入院時の評価																		
性別	年齢 階級	認知症 診断名	入院の 主な理由	入院前の所在	入院時のBPSDの状況													
					① 幻視・ 幻聴	② 妄想	③ 歩き回 り・不穏	④ 常同 行動	⑤ 脱抑制	⑥ 易怒性	⑦ 繰り返 し質問	⑧ うつ	⑨ アパシー	⑩ 不安	⑪ 傾眠 傾向	⑫ 昼夜 逆転	⑬ 介護へ の抵抗	入院の 契機・ 理由にな った症 状
選 択 肢 ・ 説 明	1 男性 2 女性 3 65-74歳 4 75-84歳 5 85-94歳 6 95歳以上 7 その他	1 アルツハイマー型認知症 2 血管性認知症 3 レビ-小体型認知症 4 前頭側頭型認知症 5 アルコール関連性認知症 6 正常圧水頭症 7 その他	1 認知症の治療 2 BPSDの対応 3 薬利調整や管理 4 拒食・拒薬の調整 5 身体合併症の対応 6 介護者のレスパイト 7 その他	1 在宅(居宅) 2 医療機関(入院) 3 介護老人福祉施設(特養) 4 介護老人保健施設(老健) 5 認知症グループホーム 6 有料老人ホーム等 7 サービス付き高齢者住宅 8 その他	① まず、入院時のBPSDの症状としてあてはまるもの全てに✓を入れてください（複数回答） ○ 入院時のアセスメント等において確認できた症状としてあてはまるもの全てに✓を入れてください。 ○ 入院時にみられなくても、入院前の状況として聞き取った症状も含まれます。 ○ 症状が多岐にわたる場合、主なるものを <u>最大5つまで</u> ✓を入れてください。 ② 複数の症状にあてはまる（2つ以上に✓）場合、✓を入れた症状の中から、入院の契機（理由）となったものについて <u>ドロップダウンリストから番号1つ選択</u> してください。													
1					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
2					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
3					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
4					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
5					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

②入院期間中の取組・対応												③概ね1ヵ月後の効果や変化				
④BPSDの軽減や増悪防止の対応												改善	変化 なし	悪化	(実施した取組・対応の) 具体的な効果・変化や評価の理由など	
① 入院環境 の調整	② 生活リズム の調整	③ 食事の 調整	④ 薬剤の 調整	⑤ 認知刺激 療法等	⑥ 回想法	⑦ 音楽 療法	⑧ 運動 療法	⑨ 薬物 療法	⑩ 家族の 啓発	⑪ その他	(選択した取組についての) 具体的な内容					
① まず、入院期間中に実施した取組・対応としてあてはまるもの全てに✓を入れてください (複数回答) ○ ①「入院環境の調整」は、院内 (廊下や扉等) の表示、居室内の配置等の調整を広くします。 ○ ②「薬剤の調整」は、薬剤の種類・量その他、服薬方法等の調整を含みます。⑤「薬物療法」は、入院後、新たに追加された身体科・精神科薬を含みます。 ○ ③「認知刺激療法等」は、認知機能訓練、認知リハビリテーション等を含みます。 ○ 対応が多岐にわたる場合は、主な対応を 最大5つまで ✓を入れてください。 ② 複数の対応を実施した (2つ以上に✓) 場合、✓を入れた対応の中から、最も有効であったと考えるものについて ドロップダウンリストから 番号を1つ選択 してください。												最も 有効で あった 取組・ 対応	※最も有効であったもの (②) について、 取組の具体的な内容、工夫などを記入 してください	入院時のBPSDの状況のうち、「入院の契機・理由となったもの」として選択した症状の変化について、 評価してください		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	

③退院時における助言等の対応										
入院期間	退院先	退院後の生活において 再燃に最も留意すべき BPSD	BPSDの再燃・症状悪化に伴う再入院を防ぐための助言や生活上のヒント等							(選択した助言・ヒントについての) 具体的な内容
			① 接し方やコミュ ニケーション	② 食事、睡眠等 の日常生活	③ 居宅(施設)や 居室の環境	④ 身体ケアの 方法	⑤ 受診や 服薬方法	⑥ 介護サビス の利用	⑦ その他	
1 1ヵ月未満 2 1～2ヵ月 3 2～3ヵ月 4 3ヵ月以上 5 入院中	1 在宅(居宅) 2 医療機関(入院) 3 介護老人福祉施設(特養) 4 介護老人保健施設(老健) 5 認知症グループホーム 6 有料老人ホーム等 7 サービス付高齢者住宅 8 その他	1 幻聴・幻聴 2 妄想 3 歩き回り・不穏 4 常同行動 5 脱抑制 6 易怒性 7 繰り返し質問 8 うつ 9 アバシー 10 不安 11 傾眠傾向 12 昼夜逆転 13 介護への抵抗	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ① 退院時に行った助言等としてあてはまるもの全てに✓を入れてください(複数回答) ○ 退院時カンファレンスのほか、事前の家族面会時などで行った助言も含みます。 ○ 助言が多岐にわたる場合は、ポイントとした最大3つまで✓を入れてください。 ② 複数の助言等をした(2つ以上に✓) 場合、✓を入れた助言等の中から、 最も重点を置いたものを ドロップダウンリストから番号を1つ選択 してください。 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦							① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ※最も重点を置いたもの(②)について、助言等を行った相手方(本人、家族、ケアマネジャーなど)や具体的な内容を記入してください
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

アンケート調査は こちらで終了です。回答ファイルを添付してメールで送信してください。

(日精協会員病院 各位)

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學
老人保健事業検討委員会
常務理事 湊 野 勝 弘
(公 印 省 略)

令和 6 年度厚生労働省老人保健事業
BPSD 予防の見地からの専門的医療のかかわりに関する
アンケート調査のご協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当協会の諸事業に対しご理解とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、このたび当協会では令和6年度老人保健健康増進等事業において「BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりに関する調査研究」に応募し、採択されました。

本事業は昨年度厚生労働省老人保健事業「認知症の人や家族のための入退院等に際した精神・心理的支援の調査研究」の結果を踏まえ、精神科病院が培ってきたBPSD予防に対する有効な取り組み等を、手引きにまとめ作成すべく実施するものとなっております。

作成した手引き、報告書につきましては年度内に会員病院様宛にお送りさせて頂く予定としております。

各位におかれましては、業務繁忙の折りとは存じますが、当該趣旨をご理解賜り、何卒、格別のご協力をお願い申し上げます。

謹白

記

【回答方法】別添の調査票エクセルファイルにご回答頂き、
下記アドレス宛メールへお送りください。
調査票受付アドレス：c_koukai@nisseikyo.or.jp

【回答期限】令和 6 年 11 月 15 日(金)

以上

※ご回答いただいたデータは本調査実施目的のみに使用し、
個別のご回答の情報が外部に漏れることは決してございません。

本件連絡先：公益社団法人日本精神科病院協会
担当事務局：平田・(二戸)

※ご質問につきましては、
上記の調査票受付アドレスにお寄せください。

令和6年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
事業実施計画書及び所要額内訳書

都道府県名、市町村名又は法人名
公益社団法人 日本精神科病院協会

1. 事業実施計画書

テーマ番号	83
-------	----

① 事業名	BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりについての調査研究
② 事業実施目的	令和4年度「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業」および令和5年度「認知症の人や家族のための入退院等に際した精神・心理的支援の調査研究」では、精神科病院に関する様々な実態を調査してきた。 令和4年度調査研究では精神科病院の精神保健福祉士や看護師らが窓口となり、地域の医療・介護資源と結びつきを深め入院治療やBPSD増悪時の緊急対応、在宅復帰患者への通院治療、重度認知症患者デイケア等を通じて、認知症の人・家族を支える地域の一員として精神科病院の地域連携の取り組みが示された。 また令和5年度調査研究においては、令和2年1月からの新型コロナウイルス感染拡大下において、やむを得ず行動制限を実施せざるを得ない中、また認知機能の増悪やADLの低下が懸念される中、特に認知症の人や家族等への精神・心理的支援や対応、家族に対する心理的サポートについて調査した。この結果からは感染防止対策マニュアルを作成しておくことの重要性、精神科病院も地域の感染ネットワークに参加し、クラスター発生時には他の連携医療機関から指導や助言を受けること等、精神科病院として日頃からの備えの重要性について再確認された。 認知症施策推進大綱においては「予防」と「共生」を両輪として施策が推進されており、BPSDの「予防」や適切な対応が重要とされている。過去2カ年の調査でも精神科病院の治療が入院ベースから外来ベースに徐々に移行しつつある実態、あるいは患者の地域連携のより一層の進展が明らかとなっており、同大綱の流れを支持する結果が得られている。こうした中であって精神科病院が培ってきたBPSD予防に対する知見を地域の医療・介護資源と共有し合うことが、認知症の人の地域での暮らしを支える上で大きな役割を果たすこととなる。本事業によって医療・介護現場、在宅療養と幅広い場面で活用可能な、BPSDの予防と対応に効果的な知見を手引きとしてまとめ周知する。
② 事業概要	有識者、医療関係者らで構成される検討委員会を設置の上、以下のような手順により事業を遂行する。 (1) 検討委員会にて会員精神科病院(1,182病院)を対象とした質問紙法による実態調査を検討、実施する。 (2) 実態調査の分析結果を分類、体系化した後、有識者らの専門的見地も踏まえながらBPSDの予防に有効な知見をとりまとめ、手引きの構成を検討する。 (3) 精神科病院、連携する医療機関や介護施設に報告書及び手引きを配付し、これを以ってBPSDの「予防」や地域との連携について、全国的な普及啓発を図ることとする。

③ 国庫補助所要額	千円
④ 事業実施予定期間	令和6年6月12日 から 令和6年3月31日
⑥ 事業実施予定場所	日精協会館・協力施設(精神科病床を有する病院)
⑦ 事業の効果及び活用方法	本事業における実態調査を通じ、精神科病院で取り組まれて来た、認知症の人のなるべく入院とならないような「予防」の手立て、入院となった場合においても長期入院にならないための手立て、また地域との連携について等を、全国的な実態調査によって明らかにすることができる。 また、この実態調査を踏まえた有効な取り組みを集約した手引きの普及啓発を図ることにより、地域の社会資源における精神科病院の持つ役割を広く周知し、認知症施策推進大綱の推進に貢献していく。
⑧ 事業担当者	公益社団法人 日本精神科病院協会 常務理事・委員長 瀏野 勝弘 担当者①事業部 企画調整課 課長 二戸 徹 担当者②事業部 企画調整課 課員 平田 秀喜
⑨ 経理担当者	公益社団法人 日本精神科病院協会 担当者①総務部 経理課 課長 松本 明子 担当者②総務部 経理課 課員 成田 沙良郁 担当者③総務部 経理課 課員 和田 渚

(注) 1. 事業ごとに別葉とすること。

2. ②は、実施する事業の目的を詳細に記入すること。

3. ③は、実施する事業の具体的な計画(事業項目、客体、事業の実施方法等)を記入すること。なお、調査事業(事業の中でアンケート等の調査を行うもの)に関する事業の場合は、どのような趣旨、位置づけで行うかが分かるよう調査概要のみを本項目で記載し、調査の詳細については様式3-2別添「調査事業計画書」に記載して添付すること。また、事業の実施に当たって参考となる資料があれば添付すること。

4. ⑦は、実施する事業の効果と活用方法を具体的に記入すること。

調 査 事 業 計 画 書

調 査 名		BPSD予防の見地からの専門的医療のかかわりについての調査研究
調 査 対 象	調 査 対 象 地 区	全国
	調 査 対 象 者 等	全国の会員精神科病院
	悉 皆・抽出の別	悉皆
	調 査 方 法	①検討委員会を設置し、関連文献や先行研究を収集、分析する。 ②有識者を含む検討委員会にて調査票を作成する。 ③全国の会員精神科病院を対象に、メールによる調査を実施する。 ④調査結果の分析を行う。調査にあたっては精神科病院に入院する患者全体のデータを収集し、分析の段階で認知症患者への影響を比較検討する。 ⑤有効な取り組みを分析し、精神科病院や連携する医療機関、介護施設で活用可能な手引きを作成する。 ⑥報告書に調査の分析結果、成果物である手引きの作成過程をまとめる。
	調 査 客 体 数	会員精神科病院1,182施設(令和6年3月15日現在)。
調 査 内 容		・質問紙調査 施設概要、患者の入退院件数、認知症の人の情報(年齢、認知症の病型、認知症高齢者の日常生活自立度)、認知症の人への自院の取り組み、地域との連携内容(有効事例、もしくは課題)など。
調 査 時 期		令和6年6月12日から令和7年3月31日
調 査 結 果 の 主 要 集 計 項 目		・施設調査票 病院の診療科目、病床数、認知症を診療する医師の在籍状況、調査期間中の患者の入退院件数、地域連携の状況や連携のための体制・人員配置、主な連携先、地域連携の仕組みやネットワーク等への参加と協力状況等 ・実態調査票 認知症予防の取り組みと課題、入院となった場合の長期入院にならないための取り組みと課題、認知症の人に対しての早期発見・早期対応の取り組みと課題、地域連携の仕組みと課題など。
調 査 結 果 の 活 用 法		本事業における実態調査を通じ、精神科病院で取り組まれて来た、認知症の人がなるべく入院とならないような「予防」の手立て、入院となった場合においても長期入院にならないための手立て、また地域との連携について等を、全国的な実態調査によって明らかにすることができる。 また、この実態調査を踏まえた有効な取り組みを集約した手引きの普及啓発を図ることにより、地域の社会資源における精神科病院の持つ役割を広く周知し、認知症施策推進大綱の推進に貢献していく。
そ の 他 参 考 事 項		なし

(注)1つの事業で複数の調査事業を行う場合は、調査事業毎に別葉として作成すること。

役職名	常務理事
氏名	渚野 勝弘

役職名 事業部 ①企画調整課 課長
②企画調整課 課員
氏 名 ①二戸 徹、②平田 秀喜

- ・ 検討委員会の出欠確認等連絡調整、開催手配
- ・ 検討委員会の議事録等作成
- ・ 調査票発送、回収等調整手配
- ・ 調査実施に伴う質問等対応

役職名 医療法人社団千寿会 三愛病院 理事長・院長
氏 名 千葉 泰二

役職名 公益財団法人三生会 三生会病院 院長
氏 名 吉永 陽子

役職名 医療法人社団大和会 西毛病院 理事長
氏 名 武田 滋利

役職名 医療法人扶老会 扶老会病院 理事長・院長
氏 名 土屋 直隆

役職名 医療法人高森会 阿蘇やまなみ病院 理事長・院長
氏 名 高森 薫生

役職名 高知大学医学部神経精神科学講座 教授
氏 名 数井 裕光

役職名 公益財団法人総合病院浅香山病院
精神科・認知症疾患医療センター センター長
氏 名 釜江 和恵

- ・ 関連する先行研究、文献収集
- ・ 調査票等作成
- ・ 報告書の作成

役職名 総務部 経理課 ①課長、②課員 ③課員
氏 名 ①松本 明子、②成田 沙良郁 ③和田 渚

なし

事業実施年間スケジュール表

法人名 公益社団法人日本精神科病院協会
事業名 BPSD 予防の見地からの専門的医療のかかわりについての調査研究

	令和6年4月	5月	6月	7月	8月	9月
事業実施内容	●第1回委員会の開催 ・事業内容の確認 ・調査項目の検討 ・事業スケジュール確認 ●第2回委員会の開催 ・調査項目の検討 実態調査における調査票作成					
	10月	11月	12月	令和7年1月	2月	3月
事業実施内容	●第3回委員会の開催 ・速報値の確認 ・集計・分析方法の確認 ・手引き掲載内容の検討 ●第4回委員会の開催 ・集計結果の確認 ・事例整理方法の確認 ・手引き掲載事例の検討 ●第5回委員会の開催 ・調査結果分析 ・事例分析 ・報告書、手引きの作成 ●第6回委員会の開催 ・報告書内容の確認 ・報告書、手引きの発行部数、及び配布先の検討 実態調査の実施、速報値の確認 集計と分析、事例の精査 報告書・手引きの作成 報告書・手引きの印刷及び配布					

令和6年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

**BPSD予防の見地からの専門的医療の
かかわりについての調査研究**

報告書

発行日 令和7年3月
発 行 公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

☎: 03-5232-3311 📠: 03-5232-3309

URL : <http://www.nisseikyo.or.jp/>