

令和7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8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7年度の老人保健健康増進等事業(テーマ番号追加9)、「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。これまで当協会を受託してきた「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)、「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年度)の結果を踏まえ受託できたものである。特に令和7年度の調査テーマは、令和6年度と同様のものである。

令和6年度の研究では、多職種連携による入院治療でBPSDが早期に軽減・改善され、在宅生活への移行が促進されていた。令和7年度では、認知症の人が地域の中でより質の高い生活が送れるように、入院中からの退院計画のあり方に焦点を当て検討を行った。BPSD対応の専門的医療の知識を、退院後にも家族や施設等の職員に共有するためにはどのようなことが必要なのか精神科病院にアンケート調査を行った。BPSDを単に症状と考えるのではなく、日常生活、環境調整等、またこれまでどのようなかかわりをしてきたのか、仮にかかりつけ医からの内服等が出ていても定期的に服薬をしていたのか、食事や睡眠において等、認知症の人を取り巻く要因について調べた。

認知症の専門医療機関(精神科病院等)にBPSDの増悪により入院を余儀なくされた場合も、早期退院が進められており、病院が持つ知見を退院後も在宅や施設等で継承できるかが求められている。退院後の定期的な受診、継続的な内服や薬剤調整、家族やケアマネジャーへの助言や連携、相談対応、さらにレスパイト入院等、療養生活を支える精神科医療の果たす役割は大きなものがあると考えられる。今回の調査研究では、退院後の療養生活におけるBPSD予防と生活支援のための手引きも作成されている。

激しいBPSDの発現をいかに予防し、精神科病院等への再入院を極力抑制するために精神科医療の知識・知見を家族や介護施設の職員と情報共有し、伴走的支援を行うことが重要である。

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 退院計画および退院後の関わりに着目した BPSD予防の見地からの取組に関するアンケート調査	7
1 調査概要	7
2 調査結果	9
2.1 施設調査	9
2.1.1 病院の基本情報	9
2.1.2 入退院患者の状況	11
2.1.3 認知症の退院患者に対する取組	13
2.2 退院患者個別調査	31
2.2.1 基本情報 (年齢階級、認知症診断、入院前所在地、入院期間)	31
2.2.2 入院時 (入院前の生活上の困りごと、要因となった主なBPSD など)	33
2.2.3 入院中(治療・調整) (生活上の困りごとに対する入院中の主な対応 など)	35
2.2.4 入院中(退院に向けて) (予想されるBPSD、訪問看護・地域包括との事前連携 など)	36
2.2.5 退院後(1ヵ月程度経過後の状況) (再診・再入院等の有無、本人・家族等からの相談 など)	41
III 退院計画および退院後の関わりに着目した BPSD予防の見地からの取組に関するヒアリング調査	45
1 目的と背景	45
2 調査対象等	45
3 調査結果(ヒアリング・書面回答記録)	46
4 ヒアリング調査考察	61
IV ご家族と介護スタッフのための「認知症の人の退院後の暮らしを守る手引き」 — BPSDの再発防止と早期発見のポイント — の作成	63
1 目的・構成等	63
2 手引きの紹介	64
V 総括(提言)	72
VI 資料編 (調査票等)	74

I 事業概要

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

本事業は、認知症の方々が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、精神科専門医療の知見を最大限に活用し、BPSD(行動・心理症状)の予防と適切な対応を推進することを目的とする。

令和5年度の「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、精神科病院が地域連携ネットワークの一角として、他機関からの指導・助言を受けることの重要性、ひいては日頃からの多職種連携・地域連携の備えが重要であることが明らかになった。これは、認知症の方々が適切な精神・心理的支援を受けながら円滑に入退院できるよう、医療機関が地域全体で連携する基盤が不可欠であることを示唆している。

また、令和6年度の「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」の結果からは、精神科専門医療の知識や知見を地域の医療・介護資源と共有することで、BPSDの予防や改善に繋がり、多くの認知症の方々が在宅へ退院できていることが確認された。これは、入院治療によってBPSDが早期に軽減・改善され、在宅生活への移行が促進される可能性を示しており、精神科専門医療が地域において果たすべき役割の重要性を裏付けている。

これらの調査結果を踏まえ、令和7年度は、認知症患者の退院計画のあり方に焦点を当て、さらなる検討を行う。入院時から退院後まで一貫してBPSDを予防し、認知症の方々が質の高い生活を送れるよう、医療・介護現場のみならず在宅療養においても、精神科専門医療がどのように関わらべきであるかについて、具体的な手引き等として取りまとめ、広く周知することで、地域全体で認知症の方々を支える体制の強化に貢献する。

3 事業の内容

本事業では、認知症の方々のBPSD(行動・心理症状)予防に資する退院支援のあり方を探るため、有識者と医療関係者で構成する検討委員会を設置し、以下の手順で事業を遂行する。

- (1) 実態調査の実施 : 日本精神科病院協会に加盟する全国577病院を対象に、質問紙調査を実施する。この調査で、現状の退院支援の取り組みや、BPSD予防における課題、有効な実践事例などを把握する。
- (2) 有効な知見の取りまとめ : 質問紙調査の結果を詳細に分析・分類し、BPSDの予防に特に有効と考えられる専門的な知見や介入方法を体系的に整理し、取りまとめる。

(3) 先進事例のヒアリング調査と検討：退院支援においてBPSD予防に効果的な活動を行っている医療機関を特定し、詳細なヒアリング調査を実施する。その実践内容や成功要因を深く掘り下げ、手引きに盛り込むべき具体例として検討する。

(4) 報告書・手引き等の作成と配布：上記の調査結果と検討内容を踏まえ、精神科専門医療の観点からBPSD予防に資する退院計画のあり方や、具体的な関わり方を示した報告書および実践的な手引きを作成する。これらを精神科病院、連携する医療機関、介護施設、地方自治体、地域包括支援センターなど、認知症ケアに関わる多岐にわたる関係機関へ広く配布し、活用を促す。

(5) 早期からの退院支援計画の実践促進：作成した手引きを通じて、入院早期からのBPSD予防を見据えた退院支援計画を地域の関係機関とともに作成し、医療・介護の現場だけでなく、在宅療養においてもBPSDの発生を抑制し、認知症の方々がより質の高い生活を送れるよう支援する。

— — 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
 - ◆検討委員会において、全国の精神科病院における退院支援の実態、BPSD予防に関する取り組み、課題などを網羅的に把握できる調査票を作成する。
 - ◆日本精神科病院協会の会員精神科病院を対象に、作成した調査票を用いたメールによる実態調査を実施する。(精神科病院に入院する患者全体のデータを収集し、その中で認知症患者に特化したデータ抽出および分析を行うことで、認知症患者への影響を詳細に比較検討できるように設計)
 - ◆調査票のデータを統計的に分析し、BPSDの早期軽減・改善に有効な退院支援の要素や、精神科専門医療と地域資源の連携における効果的な関わり方を明らかにする。
 - ◆調査結果の分析に基づき、BPSD予防に有効な取り組みを集約し、精神科病院、連携する医療機関、介護施設、地域包括支援センター等、多職種・多機関で活用可能な実践的な手引きを作成する。
- ⑤調査客体数 577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 577 病院

(2) 調査内容（調査項目）

A 施設調査

- 1 病院の基本情報
- 2 入退院患者の状況
- 3 認知症の退院患者に対する取組について
 - (1) 退院計画策定に関する取組
 - (2) 退院後の退院患者の在宅生活への関わり(退院後概ね1ヵ月間について)

B 対応実態調査

- 1 基本情報
- 2 入院時
- 3 入院中(治療・調整)
- 4 入院中(退院に向けて)
- 5 退院後(1ヵ月程度経過後の状況)

(3) 調査時期

令和7年9月8日から令和8年3月31日

(調査票配信 令和7年11月4日 回答期日 同年11月28日)

(4) 調査結果の主要集計・整理項目

- BPSDを伴う認知症患者の入退院の状況
- 退院後を見据えた入院期間中におけるBPSD予防の取組の状況
- BPSD予防(再燃・再入院予防)のための退院計画策定のプロセス、計画の実践等の状況
- 退院後一定期間における在宅療養生活への関わり等の状況
- 在宅支援に関する訪問看護・地域包括支援センターとの事前連携の有無と内容
- 退院後1か月以内の再診率および再入院発生件数とその要因

(5) 調査結果の活用法

認知症患者の退院支援計画の具体的なあり方について、調査で得られた知見を基に詳細に検討する。特に、精神科専門医療が地域の医療・介護資源とどのように連携し、BPSDの早期軽減や改善に貢献できるかについて、具体的な関わり方や成功事例を抽出する。これらの分析結果を基に、実践的な手引き等を作成し、認知症ケアに関わる全ての関係者に向けて広く周知する。

4 実施体制(検討委員会、事務局等の設置)

(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	①日本精神科病院協会 ②医療法人社団千寿会三愛病院	①理事 ②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

(2) ヒアリング調査協力施設

施設名	
医療法人群栄会 田中病院 (群馬県吉岡町)	ヒアリングおよび 書面調査
医療法人長尾会 ねや川サナトリウム (大阪府寝屋川市)	
医療法人南風会 精神科病院 万葉クリニック (奈良県橿原市)	
医療法人南和会 千鳥ヶ丘病院 (山口県岩国市)	
医療法人五風会 さっぽろ香雪病院 (北海道札幌市)	書面調査
医療法人青仁会 青南病院 (青森県八戸市)	
医療法人回生会 秋田回生会病院 (秋田県秋田市)	
特定医療法人大慈会 三原病院 (広島県三原市)	
医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院 (佐賀県嬉野市)	

(3) 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	和田 渚
	総務部	経理課	課員	伊藤 優那

[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7年10月1日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)本事業について(調査事業概観整理、調査票案)

(2)今後の開催日程について

第2回 検討委員会

日時: 令和7年10月29日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)調査票について

・調査票案

(2)今後の開催日程について

〈 ヒアリング調査 〉

日時: 令和7年12月24日 13:00～15:00 (WEB会議)

協力施設 ㊶ 万葉クリニック(奈良県橿原市)

㊷ 田中病院(群馬県吉岡町)

㊸ ねや川サナトリウム(大阪府寝屋川市)

㊹ 千鳥ヶ丘病院(山口県岩国市)

(書面参加) ㊺ 医療法人五風会 さっぽろ香雪病院(北海道札幌市)

㊻ 医療法人青仁会 青南病院(青森県八戸市)

㊼ 医療法人回生会 秋田回生会病院(秋田県秋田市)

㊽ 特定医療法人大慈会 三原病院(広島県三原市)

㊾ 医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院(佐賀県嬉野市)

資料 ○ヒアリング共通質問

○ヒアリング調査ご回答(事前提供)

○追加調査ご回答(書面回答のみ施設)

第3回 検討委員会

日時: 令和7年12月24日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)調査票について

・調査票案 0918時点

(2)手引きについて

(3)原稿のご担当について

(4)今後の開催日程について

第4回 検討委員会

日時: 令和8年1月20日 15:00～17:00 (WEB会議)

- 議題:(1)報告書案について
(2)手引き案について

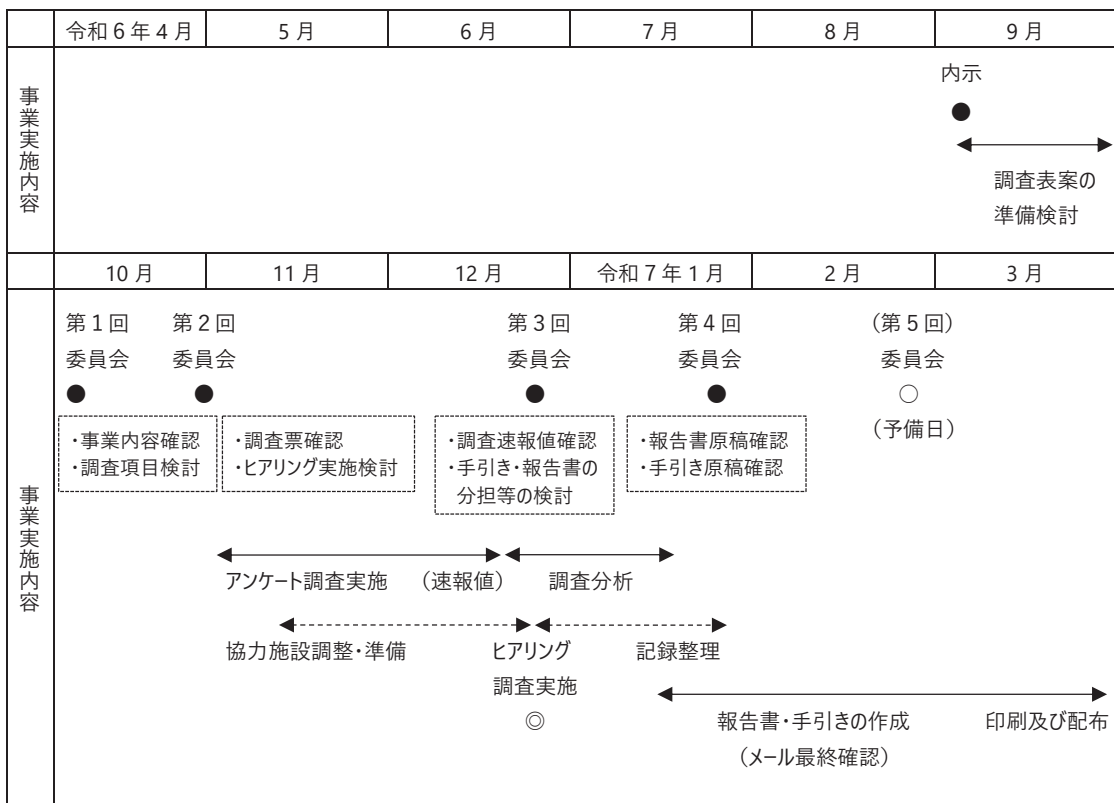
第5回 検討委員会(予備日)

日時: 令和8年2月17日 16:00～17:00 (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7年9月8日(追加協議内示日)～ 令和8年3月31日



II 退院計画および退院後の関わりに着目した BPSD 予防の見地からの取組に関する アンケート調査

Ⅱ 退院計画および退院後の関わりに着目したBPSD予防の見地からの取組に関するアンケート調査

1 調査概要

1.1 名称

退院計画および退院後の関わりに着目したBPSD予防の見地からの取組に関するアンケート調査

1.2 目的

○入院期間を通じて、特に退院計画策定から退院後概ね1ヵ月に着目した認知症の退院患者への関わり等の取組実態や現場の課題等を把握・整理する。その上で、医療・介護の現場だけでなく、在宅療養においてもBPSDの発生を抑制(再燃等防止を含む)し、認知症の方々がより質の高い生活を送れるよう、現場支援の手引きとしてまとめる。

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 577病院

1.4 調査方法

- (1) 調査基準日 令和7年10月1日現在
- (2) 調査期間 令和7年11月4日 ～ 令和7年11月28日(回答期日)
- (3) 配布・回収 mail配信 mail回収

1.5 調査内容

A 施設調査

1 病院の基本情報

- (1) 診療科目、(2) 許可病床数、(3) 専門職配置(医師、看護師、精神保健福祉士等)

2 入退院患者の状況

- (1) 2025年10月1日現在の入院患者の状況

- ①10月1日現在の入院患者数、②認知症患者数、③入院期間別の患者数、
④認知症の入院患者の入院前にみられた「日常生活上の困りごと」別の人数

- (2) 2025年4月から9月末までの退院患者の状況

- ①4～9月の退院患者数、②退院先所在地別の人数

3 認知症の退院患者に対する取組について

- (1) 退院計画策定に関する取組

- ①退院計画策定期間について

- ②退院支援でのBPSD予防に関して重要と考えている・重点をおいていること(記述)
- ③退院支援でのBPSD予防に関して難しいと思う・課題と感じていること(記述)
- (2) 退院後の退院患者の在宅生活への関わり(退院後概ね1ヵ月間について)
 - ①認知症患者の退院後概ね1ヵ月間における関わりの有無(その主な内容)
 - ②関わりがなかった場合の主な理由・原因(記述)
 - ③退院患者の退院後生活に関わりについて課題と感じていること(記述)

B 対応実態調査

1 基本情報

年齢階級／認知症診断名／入院前所在地／入院期間

2 入院時

入院の主な理由／入院前の生活上の困りごと／困りごとの要因となった主なBPSD

3 入院中(治療・調整)

生活上の困りごとに対する入院中の主な対応(具体的な対応内容)／困りごとの変化

4 入院中(退院に向けて)

退院計画策定の時期／退院後生活で予想されるBPSD／再入院の可能性

／訪問看護・地域包括支援センターとの事前連携／課題に感じたこと(記述)

5 退院後(1ヵ月程度経過後の状況)

自院再診／継続投薬／本人・家族からの相談／ケアマネジャーからの相談／自院再入院

／退院後の関わりについて課題に感じたこと(記述)

1.6 回答状況

回答 75票

※退院患者個別調査に回答があった患者数 351人

回答率 13.0%

2 調査結果

2.1 施設調査

2.1.1 病院の基本情報

診療科目（図表1-1）

診療科目は、「精神科」が100.0%の他、「内科」が48.0%、「心療内科」が36.0%、「脳神経内科」が12.0%、「脳神経外科」が2.7%、「その他」が22.7%という状況であった。

病床数（図表1-2）

許可病床数の平均は301.4床（中央値260床）であり、病床種別では、「精神病床」が平均272.3床（中央値240床）で全体の90.3%を占めた。次いで、「一般病床」が平均17.7床で同5.9%、「療養病床」が平均11.3床で同3.8%となった。

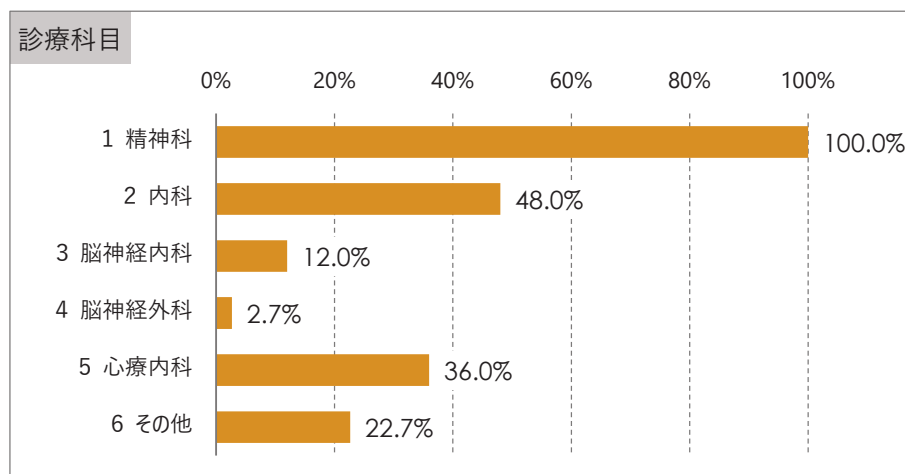
精神病床の病床規模の分布では、「100～200床未満」が23施設（30.7%）で最も多く、次いで、「200～300床未満」が21施設（28.0%）、「300～400床未満」が15施設（20.0%）の順であった。

認知症の診療・担当する専門職等の数（図表1-3）

まず、認知症の診療を担当する医師は、平均6.9人（中央値6人）、認知症の看護に関する認定^{*}を受けた看護師（^{*}日本精神科医学会の「認知症認定看護師」等）は、平均1.7人、精神保健福祉士が平均6.9人（中央値6人）、心理職（公認心理師、臨床心理士）が平均2.6人（中央値2人）であった。

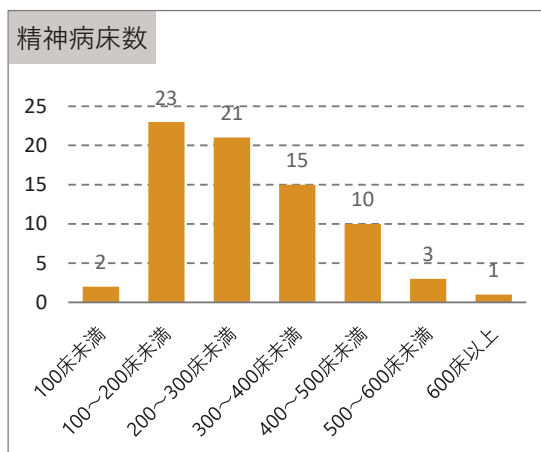
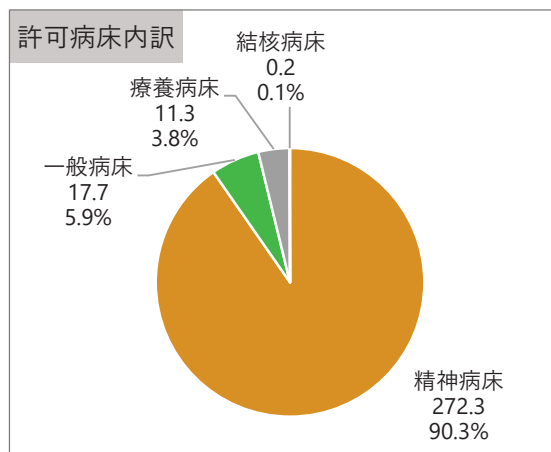
同医師の人数規模の分布では、「3人以下」が24施設（32.0%）と最も多く、次いで、「4～6人」が19施設（25.3%）、「7～9人」が15施設（20.0%）の順であった。精神保健福祉士では、「3人以下」、「4～6人以下」、「7～9人以下」とも、概ね20施設（26.7%）で同数であった。

図表1-1 診療科目（複数回答）（n75）



図表1-2 病床数 (n75)

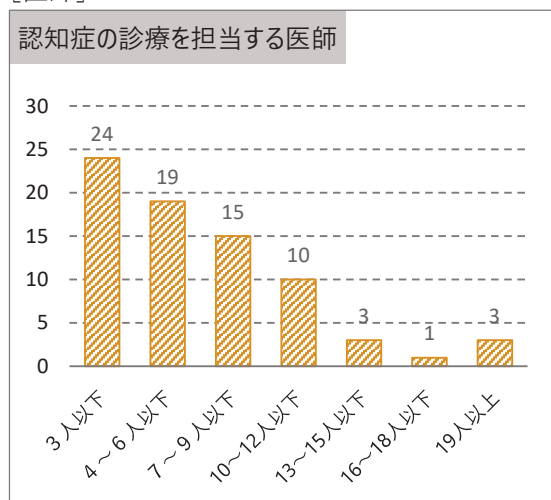
	平均値	中央値
精神病床	272.3	240
一般病床	17.7	0
療養病床	11.3	0
結核病床	0.2	0



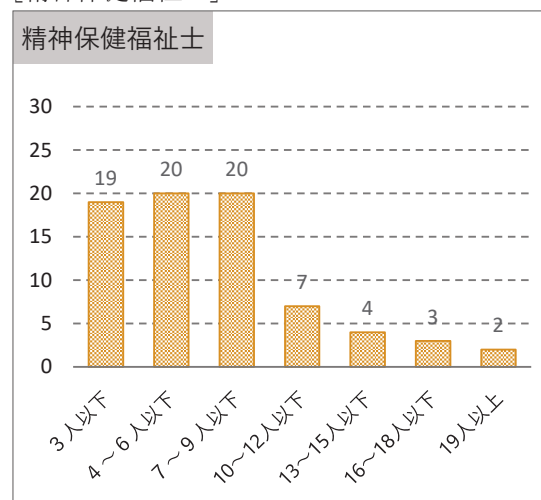
図表1-3 認知症の診療・担当する専門職の数 (n75)

	平均値	中央値
認知症の診療を担当する医師	6.9	6
認知症の看護に関する認定を受けた看護師	1.7	0
精神保健福祉士	6.9	6
心理職 (公認心理師・臨床心理士)	2.6	2

[医師]



[精神保健福祉士]



2.1.2 入退院患者の状況

(2025年10月1日現在の入院患者)

認知症患者の入院期間別の人数 (図表1-4)

2025年10月1日現在の入院患者は平均241.6人、うち、認知症の入院患者は79.7人(33.0%)であった。

入院期間別では、「1年以上」が46.0%と最も多く、次いで、「6ヵ月未満」が36.3%、「6ヵ月～1年未満」が17.7%であった。

入院前にみられた「日常生活上の困りごと」別の人数 (図表1-5)

認知症の入院患者について、入院前にみられた「日常生活上の困りごと」(複数の困りごとにあてはまる場合はそれぞれにカウント)の状況を見ると、「落ち着きがなくなり大声を出す・家から出ていこうとする」が41.0%(認知症患者に占める該当者の割合)と最も多く、次いで、「突然怒ったり・悪態をついたりする、叩いたり・つねったりする」が38.7%、「同じことを何度も聞く、同じ行動を繰り返す」が36.7%の順であった。

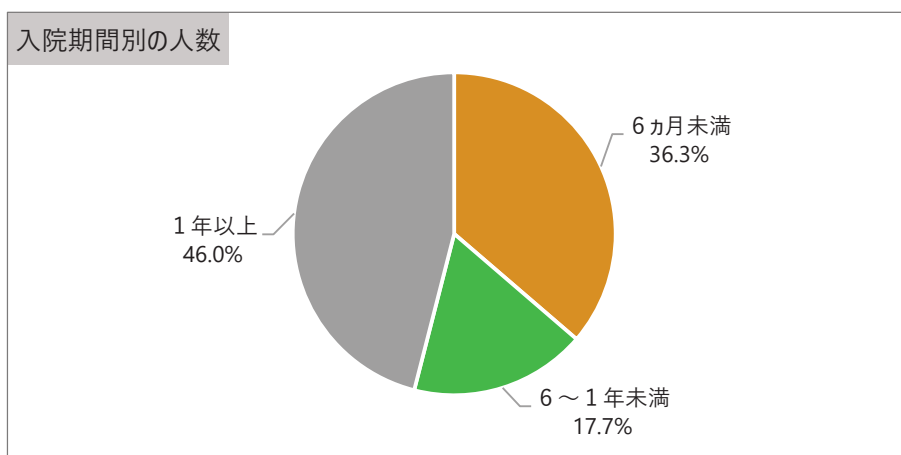
(2025年4～9月までの退院患者)

退院先所在地別の人数 (図表1-6)

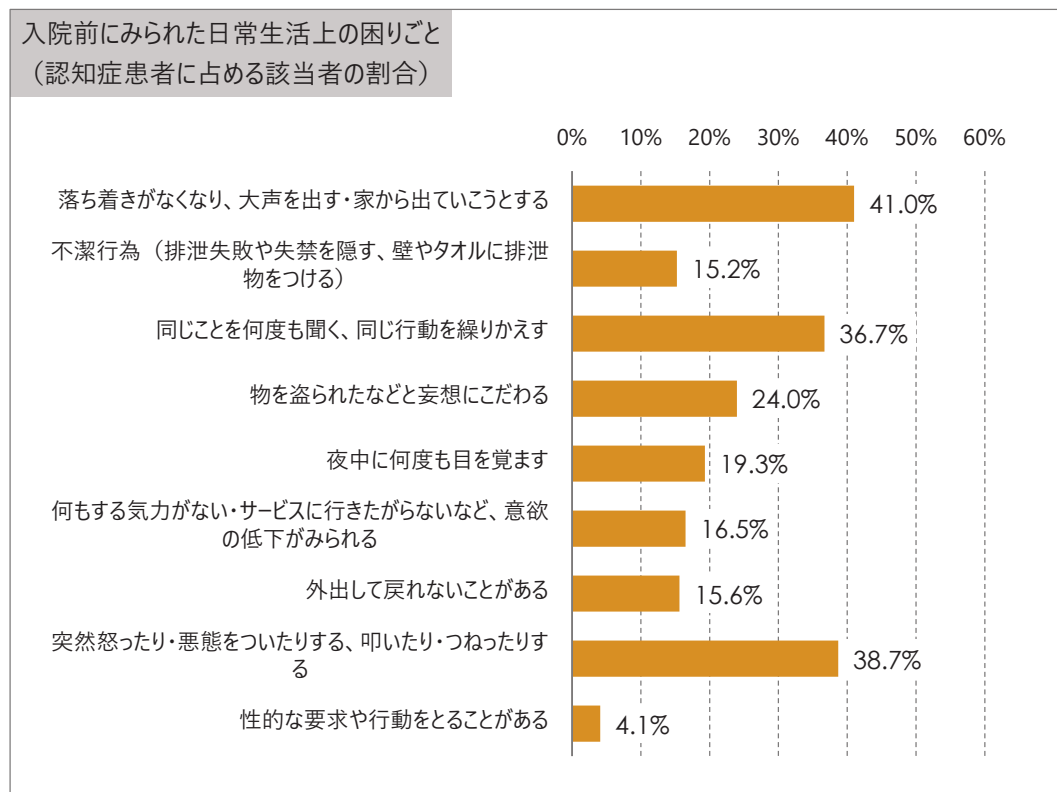
2025年4～9月までの退院患者は平均48.7人、うち、「自宅」に退院した患者は平均5.1人(10.9%)、「自宅以外」の退院は平均41.7人(89.1%)であった。

自宅以外への退院患者の退院先所在地では、「介護保険施設(特養、老健、介護医療院)」が43.2%と最も多く、次いで、「医療機関・介護保険施設以外」が28.7%、「医療機関(転院の場合)」が28.1%であった。

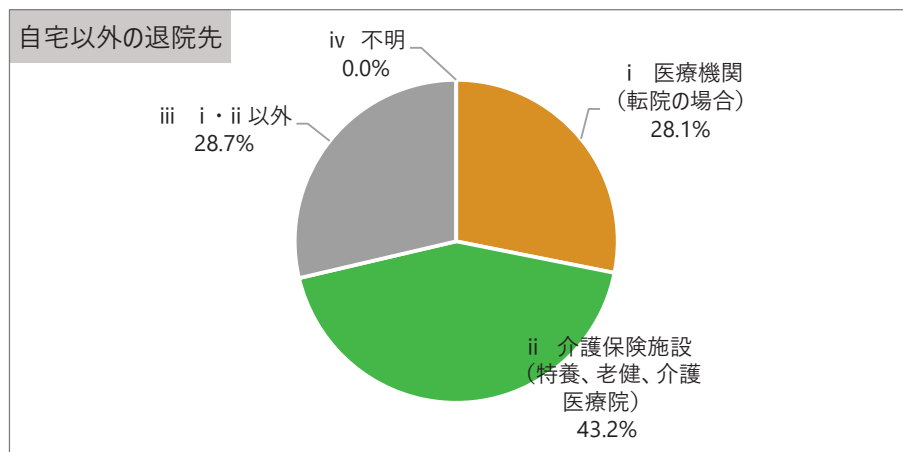
図表1-4 入院期間別の人数 (n75の認知症の入院患者数計)



図表1-5 入院前にみられた日常生活上の困りごと（n75の認知症の入院患者数計）



図表1-6 退院先所在地別の人数（n75の認知症の自宅以外の退院患者数計）



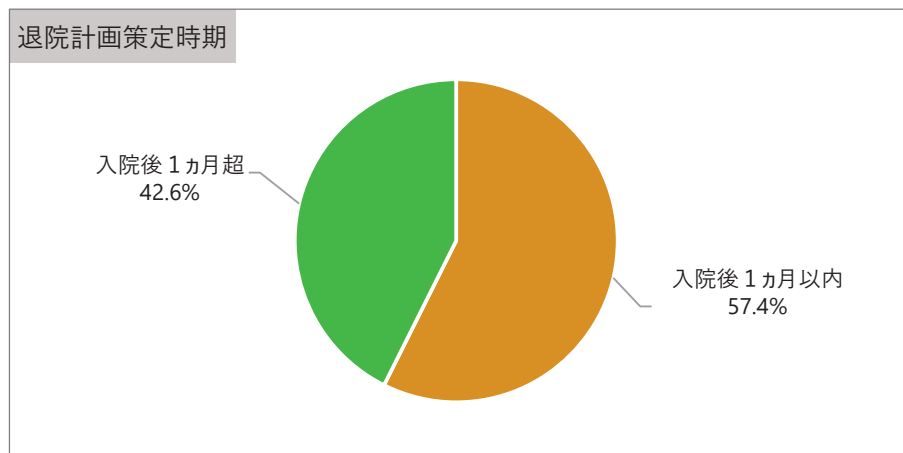
2.1.3 認知症の退院患者に対する取組

(1) 退院計画策定に関する取組

退院計画策定時期 (図表1-7)

退院計画策定時期について、「1ヶ月以内」は57.4%であり、「1ヶ月超」42.6%より多かった。

[図表1-7]



退院計画策定・退院支援においてBPSD予防について重要と考えること・重点をおいていること（図表1-8）

記述回答を以下の項目に分類した。

- a. 退院後の生活支援: 概日リズムの乱れがBPSDを起こす原因となることから、生活リズム(睡眠と覚醒のバランスをとる)をととのえること。そのためにはデイサービスを利用する、適度な運動、知的活動、適切な食事摂取など日中の過ごし方を工夫すること
- b. 受診に関すること: 定期的受診が必要性の理解。服薬継続のために服薬管理の担い手を決めること
- c. 家族支援: 社会資源を活用し様々介護サービスを受けることができるように手配する。入院中の様子を家族・支援者に伝える。家族の関わり方が当事者の状態に影響を及ぼすことがあることについて理解を求める。対応の仕方、接し方を伝える
- d. 当事者の意思(意志)の尊重: 個別性を考慮し自分らしい生活をおくることができるよう配慮する

退院計画策定、退院支援においてBPSD予防を行うために重要と考えること・重点をおくこととして上記の項目が指摘された。

入院前に導入されていなかった家族支援、介護サービスなどが入院をきっかけに導入される流れがみえてきている。これには精神科病院ならではの多職種カンファレンスの開催が大きく関与し、それが退院後の地域生活にも重要であると思われた。

[図表 1-8 主な記述回答を抜粋]

1	精神的に安定な環境となるよう十分な社会的資源を投入すること。内服、受診が遵守できるようなサポート体制を整えること。
2	退院後の定期受診、正しい服薬、家族の協力
3	様々なサービスを活用し、生活リズムを整え、規則正しい生活を継続していくこと。
4	家族、支援者がどのように本人と関わっていくかが重要である。
5	介護サービスを利用し再入院予防を重点として考えていた。
6	生活支援の導入
7	生活環境の整備、チームケア、生活リズムの調整
8	理想としては、入院中にBPSDの要因を徹底分析し、個別化された対応策を明確化し、危機時の具体的な対応計画（クライシスプラン）を策定し本人及び家族、支援者と共有すること。
9	家族の介護負担軽減、服薬の継続や薬剤調整、福祉サービスの活用
10	本人の意思を尊重しつつ、個々の能力や必要な支援を把握し、家族の状況や不安を理解しサポート体制を整えることが重要と考える
11	在宅生活では、介護サービスだけでなく、家族の本人への関わり方によって、本人の状態が変わる事もあり、家族支援の介入も重要となる。家族が余裕をもてるような体制。地域援助者との連携。
12	生活リズムを確立するために、日中の活動や見守りを導入する事。
13	通院治療の継続
14	ご本人への家族の対応方法や、ご本人に関わる支援者（ケアマネジャー、ヘルパー等）の接し方
15	入院前の環境やサービス利用状況の確認、自宅環境のアセスメント・リハビリスタッフと退院前訪問を行い、病院での状態の共有とリハビリの目標を家族、支援者と共有している

16	自分らしい生活を送れるように家族や地域と連携し退院後のサービス調整を行う
17	重要と考えること：生活リズムの維持（睡眠と覚醒のバランス）、正確な服薬管理、適度な運動や知的活動、適切な食事、他者との交流（コミュニケーション）、当事者周囲での病識理解や症状の早期発見 重点をおいていること：権利擁護（アドボカシー）と相互尊重（パーソンセンター）、個別性での関わり（当事者のバックグラウンドを意識した関わり）
18	環境調整と薬剤調整。高齢者のため使用する薬剤の量、療養環境などについて多職種的な視点でカンファレンスを行う。
19	認知症の疾病理解、対応方法、サービス含む環境調整
20	服薬管理、定期受診、介護者（家族）と入院時の対応方法などを情報共有し在宅介護サービスを整えること。
21	服薬管理を誰が行うか、通院の支援は誰が行うか等、退院後の介護者の状況は重要と考える。また、入院中からケアマネとの連携も重要と考える。元の環境に戻った際にBPSDが再燃しないかの評価も含め、家族へ退院前に外出、外泊を提案するようにしている。
22	患者、家族の相談窓口を明確にし、早期に介入できる支援体制を作ること。状態の把握を多職種で行い、ご家族や関係機関と共有すること。
23	カンファレンスなどで医療・施設・家族間で密な連携をはかり、情報共有や支援の方向性の確認を行うこと、柔軟な退院・環境調整、生活リズムの確認、退院後の見守り体制の構築重要。
24	薬で対応するのではなく、生活環境や介護サービスの調整での対応を重視している。
25	認知症患者の退院支援では、精神症状の安定とBPSD再燃予防のため、生活環境の整備や薬物療法の調整が重要である。MHSWが中心となり、家族への教育や支援を通じて家族力を高める非薬物療法を計画・実施するとともに、退院前の多職種カンファレンスで具体的な予防策を共有し、退院後も継続的に症状や生活状況をフォローすることに重点を置いている。
26	早期で適量の薬剤調整と共に看護や介護ケア、安心頂ける環境や関わりを大切にしている。
27	本人、家族の意向を確認。家族の病状理解、対応方法の理解を得ること。退院後のサービス調整、関係機関との連携。
28	デイサービスの利用など地域支援サービスの利用。訪問看護の導入。ケアマネジャーとの連携。家族の支援状況。
29	指示通りの服薬管理、定期的な通院
30	退院後の支援しっかりと確保、確認し、ご本人が安心して日常生活を送ることができるよう準備する。
31	対応の仕方などの環境調整
32	内服管理が確実に継続できる体制の構築と、家族が認知症の症状や関わり方を理解し、対応できるよう支援することを重視している。
33	継続した内服管理。退院後のフォロー体制（訪問看護、デイケアの利用等）
34	適切な服薬管理。介護・疾病教育。適切な介護サービスの調整。家族の介護負担軽減のため、傾聴やケアのアドバイス、要介護者との適切な距離感についての助言。
35	生活リズムの維持、住環境の整備、服薬の管理、健康管理、症状の早期発見 介護サービスを利用していない場合は申請や利用
36	入院中になるべくADLが低下しないように、作業療法や生活期の回復訓練などを行っている。
37	睡眠、覚醒リズムの確立。環境調整（日中の過ごし方など）
38	患者それぞれの行動や性格などを考慮した接し方に心掛けている。退院後の生活を考え、できるだけ近づけるような支援を行う。
39	退院後の定期的な通院の促し
40	病棟での本人の様子、作業療法参加の様子、本人との関わり方について家族、ケアマネジャーなどとの共有をはかり、家族の関わり方、介護サービスの選定などに役立てる。

41	ご本人の状態や状況を適切に評価し、状況に応じた薬剤調整を行ない、身体機能や認知機能の維持を行なっていくこと。ご本人やご家族が安心して過ごすことができる環境やサービスの調整を行っていくこと。
42	普段合わない家族との面会等、本人にとっての良い刺激となることの持続や、反対に落ち着いて過ごせる環境の構築と調整。家族のみに負担が集中することなく、本人をバックアップできるサービスや支援者が多くいること。
43	介護保険サービス、訪問診療や訪問看護等の地域サービスの導入し、見守り体制を構築する
44	服薬の継続と支援者（家族を含む）のサポート体制
45	環境の変化により再燃するおそれあり。生活環境の整えや精神的安定の為、寄り添い、存在意義の確率をはかる
46	食事摂取、不眠改善、規則正しい生活。家族の認知症への理解。生活の安定。内服管理。体調管理。本人と家族が孤立しないような支援の継続。合併症の治療。誤嚥性肺炎の予防。誤嚥性肺炎後のせん妄治療。嚥下機能回復が重要。環境調整。配偶者が精神疾患に罹患しているので、配偶者の精神状態の安定が重要。在宅生活支援の継続。外来通院の継続。
47	入院中の様子を家族、地域支援者に詳しく伝えること。（各職種でどのようなアプローチしていくかも詳しく伝えること）
48	退院先の環境に合わせて投薬や身体能力の評価及び介護者への負担を軽減できることを重要に考えている
49	居住（治療）環境、関わり方・接し方について共有。不安やストレスをできる限り感じないように生活できること

退院計画策定・退院支援においてBPSD予防について難しいと思うこと・課題と感じていること（図表1-9）

記述回答では以下の点が指摘された。

- a.退院後の生活環境変化への対応:入院中の環境と退院後の環境は大きくことなるため、一貫したケアを行う事が困難。環境が大きく異なることからどのようなようになるのか予測困難である。
- b.退院後独居生活である場合は支援者の確保が困難
- c.家族・介護者も高齢者である場合は、生活支援、通院継続、服薬管理などへの配慮が必要
- d.家族が当事者に陰性感情を抱いているなども含め、病気の理解、対応への理解を得ることが困難
- e.当事者、家族が介護サービスの受け入れを拒否する

以上より、入院によって症状が軽減したとしてもBPSD再燃の懸念となる課題が山積していることが判明した。BPSDについての情報、理解が家族のみならず支援者にも浸透していない現状が浮き彫りとなった。

[図表 1-9 主な記述回答を抜粋]

1	ご家族の協力の有無、同居人の有無によって行えるサポートが大きく変わってしまう。また、認知症病棟の環境だから落ち着いている人もいるため退院後に課題が出てくることもある。
2	生活環境が整わないことによる症状の再燃
3	家族の病気に対する理解や患者自身との関わり
4	家族の理解、介護者も高齢であることが多い
5	退院患者自身は病識がなくて、理解できないことが多いため、介護サービスの導入するにあたり課題が多い。
6	病院から在宅などによる環境の変化で病状が変動すること
7	一貫したケア
8	病院環境での情報だけでは自宅でのBPSD予測は困難。加えて、地域での介護者の負担やスキルを把握しきれず、退院調整にかけられる人員・時間も限られているため、質の高い切れ目のない連携構築が難しい。
9	家族の介護疲弊が強く、一旦入院すると自宅退院に消極的になる。入院後にADLが低下し更に自宅介護が難しくなる。
10	本人中心のケアと、多職種でのチームケアでの連携と推進
11	病院と自宅での生活環境が大きく異なることから、予測がつかない面があり、どこまでの支援内容の調整が必要なのかの検討を慎重に行う必要性を感じる。
12	サービスとサービスの間や夜間の見守りが手薄になる事。
13	通院治療の継続及び家族の介護等への不安
14	入院前の病状イメージが強いため入院後の状態を常に家族と共有している。病院と違う環境に戻るため家族の不安も強い。
15	ご本人とご家族間の適切な距離感や、感情のコントロール
16	入院中では、BPSDが現状していたが（常に人がいるため）、環境の状態により再燃してしまうこともある。外泊や外出を行っていきが、長期的な対応や頻回な対応が難しい為、再燃に対して不安であった事例もある
17	独居で支援者がいない・受診の拒否・家族の理解不足などで受診につながらず医療の介入が遅れる
18	自宅退院になるケースは少なく仮に、退院しても病状悪化により再入院となるケースが多い。

19	在宅退院での家族支援、介護福祉と医療での認識格差やパワーバランスでの対応困難さが難しく感じる。今後の課題としては非薬物療法での関わりでいかに地域生活の安定を考えるか。薬物治療へ頼らざる得ない場合もあるが、薬剤治療に頼りすぎるとQOL・ADLなども落ちてしまう時があり結果再入院となる可能性が高い。
20	家庭生活に戻った際の状態変化の予測がつかないこと、介護サービスを調整したが退院後のサービス利用継続が本人の拒否等で継続できない場合がある
21	自宅退院であっても施設入所でも環境変化により入院中にはなかった認知症状やBPSDの悪化で再入院になってしまうことが多々あるため、そこに難しさを感じている。
22	症状が再燃したときにタイムリーに診察や相談ができる体制がとりきりれていないところ
23	入院中は退院後のサービス利用や受診・内服継続へ同意を示すものの、退院後は拒否を示し継続的な支援が困難となることがある。社会資源量の地域格差から本人の認知機能やBPSDに見合うサービス量や住環境の確保が難しい場合がある。
24	家族の協力が得られにくい場合や、家族が退院に消極的になるケースがある。医療・介護連携というが、ケアマネジャー等が、今後の事は全て病院任せとなることがあり、退院支援に難渋する。
25	BPSDの要因が様々であり退院後の悪化リスクの予想が困難と感じる。 家族の負担が増え、負担軽減を支援にどう組み込むかが課題。
26	生活環境を、本人の希望や状態に合わせることができないこと。
27	家庭環境や家族の支援力の差、症状の個人差により、薬物・非薬物療法の効果が一定でないことが難しい。また、地域資源や訪問支援体制の不足により、退院後の継続的支援や家族サポートが十分に行えず、BPSD再燃や再入院予防の課題と感じている。
28	本人、家族の意向が異なることや、医療機関が考える困難感の理解を得ることに時間を要することがある。
29	高齢家族の場合の自宅療養と通院の継続。服薬治療の継続。
30	家族の支援力・居宅担当ケアマネの力量・地域の支援力（地域包括支援センターも含む）
31	家族の理解が乏しい。施設入所すると、全てを介護サービスで補い適切な対応ができにくい場合がある
32	家族による適切な介護ができるよう、家族教育が継続できるような体制を整えることが課題と考えている。
33	家族負担が多い（介護的な部分なども含めて）のと、家族も高齢な場合もあり、疾病理解などができず、訪問看護を拒否や内服管理の継続が困難なこともり再燃に繋がるケースが課題となる。
34	介護力の差異。これまでの家族関係により、介護関係が影響を受ける。家族会などの利用もオープンにしたいくない家族もいるためつながりにくい。介護者が抱え込みがちになるが、踏み込めない時もある。介護者の孤立
35	計画が本当にその人に合ったものになっているのかを意識し、経過に応じて個別に多職種カンファレンスを行うなどしている。
36	家族の協力・理解（家族などの病気への理解も含め、介護者側の知識、技術、対応）が得られているか、介護支援専門員の関わり継続、症状の早期発見ができるか
37	転倒転落などが起こってしまうと計画された退院先に行けなかったり、入院が長期化したりする。転倒を防ぐために車いすに座らせて安心ベルトを装着するなどするとADLが低下してしまう。
38	デイサービス利用日は良いが、それ以外の日に家で刺激のない生活となり、日中に眠るなど睡眠リズムが崩れる
39	家族が本人に対して陰性感情を抱いていることが多い、介護者が高齢である場合もあるため、退院後の適切なケアが継続できるかが課題となる。
40	ご本人やご家族の希望や意向を伺い、治療方針のすり合わせを行うこと。精神科単科病院における機能維持の困難さ。
41	本人が独居であるため、見守りが大変であること。自宅や家族といった環境面を大きく変えることは難しく、退院後、再燃しやすい環境へ戻ってしまう懸念がある。

42	患者や家族がサービス導入を拒否しているケースの場合、見守り体制が築けない。フォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルな関係を築いていく必要がある
43	退院後のフォローには病棟は積極的に介入できないこと。医療と福祉分野の連携が課題
44	病棟での状態が安定していても、退院先（自宅）での環境、関わる支援者（家族含む）の接し方などによって状態が変わる（悪化する）ことがある。
45	入院中と同じ様に生活する事が難しく、退院後の同じリズムで生活ができ、社会活動に参加し意義を見つける事
46	家族の協力が困難な点。配偶者が精神疾患で症状不安定。誤嚥対策が困難。肺炎疑いの時の早期受診。合併症の進行。配偶者による老々介護になっていて、配偶者との昔からの関係性は変わらないこと。
47	家族や地域支援者の理解が不十分なことが多い。BPSD予防について理解してもらうにはどうしたら良いかが課題。
48	入院、在宅、施設で環境が大きく異なるため、胆隠語に症状が再燃しやすい。退院後の支援者への引継。

(2) 退院後の退院患者の在宅生活への関わり(記述回答部分)

①退院後概ね1ヵ月間における関わりの有無 (図表1-10)

退院後概ね1ヵ月間の退院患者の在宅生活への関わりとして、最も多かったのは「再診(緊急含む)」59施設(78.7%)、次いで「投薬の継続」55施設(73.3%)、「家族からの相談」40施設(53.3%)、「ケアマネジャー等からの相談」35施設(46.7%)、「再入院」31施設(41.3%)、「その他」16施設(21.3%)の順であった(複数回答)。

「①再診(緊急含む)」(図表1-11.1)

定期的外来受診とした関わり方で、病状確認を行っていることが多い。退院後も薬物療法の継続が必要な場合がほとんどであり、外来受診の中で服薬に関する助言・指導を行う他、在宅生活における症状の変化を確認の上、必要に応じて薬剤調整を行っている。緊急的な対応は、施設入所後、BPSDの再燃があり急遽受診となったケースや、自宅退院後に拒薬や不眠が続き相談があったケースなどがあり、病状や生活上の変化に対して、再診という伴走的な支援が必要かと考えられる。

「②投薬の継続」(図表1-11.2)

ほとんどの場合で投薬の継続が必要であり、投薬内容、投薬時間、飲み忘れや怠薬、副作用の確認など、症状の変化に応じて薬剤調整を行っている。自宅退院で、家族による薬剤管理が必要となった場合、副作用や頓服薬の使用方法についての問い合わせなどもあり、その都度対応していた。また、本人や家族による服薬管理が難しい場合は、訪問看護の導入も行われていた。

「③家族からの相談」(図表1-11.3)

本人の関わりから生じる不安・疲弊感に対するケアの方法、不眠・暴言など精神症状の対応、ADL低下など日常生活状況の情報共有やケアの方法、介護サービスの利用状況についての相談が多かった。本人の精神・身体状態や家族の介護状況を考慮の上、デイサービス(又はデイケア)など介護サービスの導入や継続の調整などで対応していた。また、かかりつけ医を受診していたが、急変し家族から相談があったケースでは、他医療機関への受診を紹介することもあった。

「④ケアマネジャーからの相談」(図表1-11.4)

ケアマネジャーの視点からみた、本人の在宅生活に関する状況、家族介護や介護サービス(デイサービス・訪問看護など)の利用状況の報告が行われていた。実際に在宅生活を開始したが、想定外に介護を要する状態となったため、ADLを再評価し介護保険の区分変更を行う場合も見受けられた。また、退院後に精神症状が悪化し、直接ケアマネジャーから受診や再入院の相談もあった。

(続き)

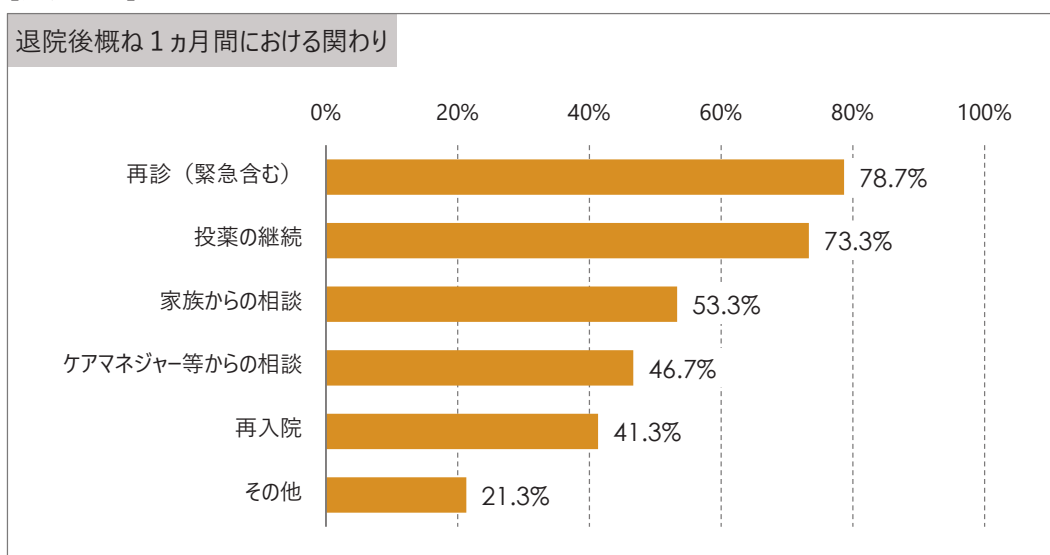
「⑤再入院」(図表1-11.5)

暴言、暴力、不眠、歩き回りなどBPSDの再燃によって施設や在宅での対応が困難となり、再入院となる場合も少なからず認められた。また、認知症状態の悪化に伴い、体力やADLが低下し、介護負担が増加し再入院になることもあった。身体疾患にて入院治療後、在宅復帰は困難となり再入院するケースや、家族の都合や疲弊によるレスパイト入院もあった。

「その他」の関わり

家族や訪問看護ステーションから、訪問看護指示書や主治医意見書(介護保険)の作成や、成年後見制度の相談などもあった。

[図表1-10]



[図表 1-11.1 ①再診]

1	再診時に状態の確認をした。
2	受診日などの調整
3	施設入所までのフォロー
4	療養生活、服薬に関する助言、指導など
5	定期的な受診で病状観察、必要時に薬物調整
6	定期的な病状確認が必要なため
7	再診前に家族や担当ケアマネジャーから本人の様子を聞き、診察前に主治医へ報告を行った。
8	在宅生活の状況確認やサービス利用状況の確認
9	経過確認、投薬フォロー
10	外来・病棟担当の相談員を分けているが、来院された際は、病棟の相談員も声掛けを行っており、退院された情報は外来相談員とも共有している
11	定期の外来受診、認知症デイケア定期利用
12	退院後概ね2週間程度での初回外来通院を設定している。
13	在宅ではないが施設入所後、BPSD出現による緊急受診相談を受けた。
14	傾眠が続くのか、食事摂取がすすまず、受診をさせて欲しいとの相談
15	投薬治療継続のための外来通院を継続している。
16	家庭での問題行動に対する服薬調整
17	診察に同席し、本人の精神状態及び家族の疲弊状況を把握する。在宅生活における家族負担の有無、対応上の困難、昼夜逆転・暴言・暴力などの症状悪化の有無を確認し、必要に応じてサービス内容や薬剤の再調整を検討している。
18	病状の揺らぎから、早めの再診についての相談があった。
19	退院1週間後に予定の受診あり。
20	状態の変化、薬剤調整の申し出
21	退院後の初回診察・臨時受診
22	退院後の定期受診。
23	退院後支援で使いたいサービスの問い合わせ。次回受診までの間まで待たずに受診希望
24	外来通院や主治医意見書作成など
25	診察前に、退院後の生活について、困り事についてなどお話を聴き、主治医に情報共有し、今後の支援につなげる。
26	退院後の定期受診
27	通院継続、かかりつけ医に返した場合でも緊急性があれば受診対応を行った。
28	定期的な外来通院、精神科デイケアの導入
29	退院後も投薬が必要な場合がほとんどである。施設への退院後は当院への通院あるいは嘱託医へ診療を依頼することが多い。
30	定期受診。通常の再診。配偶者が付き添って受診し、本人は何も話せず。薬物治療で配偶者へ支持的な対応。
31	療養生活継続支援加算の面談があるため。
32	自宅に退院したが、拒薬や不眠が続き再受診になる場合がある

[図表 1-11.2 ②継続投薬]

1	貼付薬継続使用
2	薬の副作用の相談
3	訪問看護スタッフに薬剤管理について確認
4	施設入所までのフォロー
5	訪問看護の導入で服薬管理
6	投薬継続が必要なため
7	退院後の生活環境に、入院中調整された薬が合っているのか確認。
8	定期処方を継続
9	当院外来への定期受診の際に面談。担当ケアマネと情報共有。
10	病棟の相談員より、退院後のサービスや環境状況について、全体で共有する会議をひらき共有している
11	定期外来通院による処方、内科かかりつけ医と連携をとり処方
12	抗認知症薬等の処方を継続した。
13	不眠が継続しており、眠前薬と頓服の不眠時の間隔について問い合わせあり、服薬方法について返答した。
14	服薬管理が上手にできない。訪問看護等介護保険サービスは利用料が高いため、利用しにくいとの相談。
15	家族管理のため、投薬時間の相談。
16	かかりつけ医でも処方が可能だと思われるが、退院後、一定期間、家族や ケアマネジャーが定期通院を希望
17	頓服服用に関する問い合わせがあった。
18	飲み忘れや怠薬、副作用の確認
19	定期的に内服するよう家族に促した
20	歩行がやや不安定で活動性が低下した様子があり内服調整を行う。
21	頓服薬の使用法・使用間隔、処方薬の不足
22	定期通院による投薬の継続
23	処方継続、薬剤調整。
24	排便コントロールにて下剤の変更があったと関係者で情報共有した。
25	当院通院患者であれば投薬の継続、症状悪化時などの投薬調整を行った。
26	退院時の処方を継続
27	退院後も投薬が必要な場合がほとんどである。施設への退院後は当院への通院あるいは嘱託医へ診療を依頼することが多い。
28	精神科訪問看護指導料にて看護師とともに服薬指導を行う
29	自宅へ退院した場合は当院で外来通院していただきフォローしていることが多い

[図表 1-11.3 ③家族からの相談]

1	自宅での様子、薬剤調整の依頼
2	再入院依頼
3	飲酒問題に関する相談
4	精神症状や日常生活状況の情報共有、介護サービスの利用紹介、サービス事業所への不満対応
5	本人への関わり方や介護の不安、疲弊等、日頃の思いの傾聴。
6	ご本人との適切な距離の取り方
7	退院後も困ったことがあった際は、相談を受けている
8	ADL低下の相談がありデイサービスなどの日中活動を行うよう説明
9	退院後の状態変化について、予定を早めての受診相談があった。
10	身体的に不調来し、当院への再入院の相談あるが、状況的にまずは内科への受診を依頼した。
11	自宅で身体状態が急変し、かかりつけ医の当院に受診相談。
12	退院後不眠・暴言等の相談が多い。
13	家庭での適応困難
14	入院前後でのADLの変化への対応に苦慮する相談あり。本人の状態と家族の介護状況を考慮し、介護サービスの再調整を検討した。
15	精神障害者手帳の申請に関する相談があった。
16	利用サービスの相談
17	自宅退院後、家族の介護負担あり電話相談対応。外来にてサービス導入調整。
18	状態変化時のサービス調整等
19	状態悪化の報告や入院相談
20	介助者のケア方法（起き上がらせ方等）、不安や身体状態の相談
21	本人の対応方法についての相談
22	不穏の情報共有があった。
23	通院の相談、かかりつけ内科の処方薬の相談、介護サービスの内容変更や状況報告など
24	在宅での生活について、状態の報告
25	退院後も電話相談などでかわりを持つ機会あり。
26	本人状態悪化時の相談にのり、対応方法のアドバイス、主治医と相談の上受診に繋げることがあった。
27	本人の状態や対応方法について助言を行う
28	退院後、家族付添のもと、受診される場合には、家族から施設での様子などを伺うことがある。
29	本人デイケアに行きたくないとの意向
30	デイケアの利用相談
31	転院や利用している施設での生活についてや、再診に付き添った配偶者から、自宅での生活の相談等があった。家族から肺炎の再発についての相談もあった。
32	介護サービスが利用できず、生活リズムが崩れている。本人との関わりについても相談が入る

[図表 1-11.4 ④ケアマネジャーからの相談]

1	生活環境の報告
2	退院後 1 か月のカンファレンスを実施
3	精神症状や日常生活状況の情報共有、家族関係の調整
4	ケアマネジャーからみた家族・本人の様子から、受診や入院のタイミングの調整。
5	サービス利用時の配慮やご本人の特性
6	退院後、3 か月間は地域で定着できるよう、定期的に連絡を行っている
7	退院時の処方内容と服薬管理についての問い合わせについて回答。
8	在宅での介助量が増加し、家族対応が困難となっているという報告あり、対応について相談した。
9	在宅サービスについて主治医の意見を聞きたい。入院中、本人の病状は安定していたが、自宅退院した途端、易怒的となる。再入院希望相談。
10	新規サービス(デイサービス等)の報告を受けた。
11	家庭や利用サービスでの適応困難
12	実際に在宅生活を開始し、想定外に介護を要する場面が発生することがあった。本人のADL再評価、介護サービスの利用状況をふまえ、介護保険の再認定等の検討を行った。
13	訪問看護師からの情報提供や相談があった。
14	退院後の状態報告
15	介護保険の申請や区分変更、入院調整の依頼
16	家庭状況の報告、服薬管理状況の報告
17	受診日の変更、指示の確認（かかり方など）
18	在宅生活に戻ってからの様子についての報告や相談
19	ケアマネジャーから書類の依頼。地域包括支援センターとの情報共有。
20	デイケアの利用に際して情報共有。ケアプランの情報共有
21	些細なことでも相談できるような関係づくりに心掛けている。
22	包括支援センターより、下着姿で自宅周辺を徘徊しているところを地域の方に保護されたと情報提供があった。
23	入院前より利用していた訪問看護、デイサービス等の再調整
24	退院後の施設での様子などの連絡を頂いた。
25	本人デイケアに行きたくないとの意向
26	在宅での生活に関する状況報告
27	退院後に症状が悪化し、受診、入院相談が入る。
28	介護サービスへの利用ができていない

[図表 1-11.5 ⑤再入院]

1	BPSD再燃で救急搬送された
2	BPSD再燃による
3	家族の疲弊状況から、予定よりも早期の入院対応の調整を主治医と相談して行った。
4	再入院の依頼がすぐにあり、対応を行った。
5	レスパイト入院。
6	症状再燃した際は、入院対応を行い、可能な限り同一の相談員が対応するように調整を行っている。（安心感につなげるため）
7	退院後間も無く身体状態の悪化があり、状態安定のため再入院を受け入れたケースがある。
8	施設入所後、認知症状悪化にて施設適応できず再入院相談を受けた。
9	老健や特養等の介護保険施設から、本人の様子が落ち着かないので再入院希望相談。徘徊は面倒見られない。
10	暴言・暴力あった際の相談がある。
11	家庭、利用施設での適応困難
12	高齢者夫婦の生活において、配偶者への暴力や徘徊などのBPSDが再燃し再入院となった。入院後は在宅ではなく介護施設への入所を提案し、入所に至った。
13	3か月を超えた時期に不安増大、焦燥感など、自宅やショートステイ等での生活が困難となり再入院相談に至る。
14	状態悪化のため、関係機関との連携、入院対応
15	施設への退院となるが、本人が不穏で適応困難ということですぐに再入院に至った。
16	患者の急性増悪時のケアマネジャーや家族間での情報共有
17	近所トラブルに発展
18	退院後2週間で再入院の依頼・調整
19	不穏状態で再入院を希望
20	身体疾患治療後の医療機関からの再入院
21	状態悪化にて再入院の調整
22	認知症の進行に伴い、体力、ADLの低下、介護負担の増加
23	在宅生活が困難になった場合に緊急で再入院対応を行った。
24	他院へ転院し、身体的な治療を終えたら当院へ再入院となるケースがほとんどである。
25	自宅での生活が困難
26	家族の都合でレスパイト入院をされた
27	肺炎治療の為、再入院。
28	在宅では生活リズムの崩れや不眠徘徊、施設入所の場合は環境変化への対応ができず不穏になり再入院されることが多い

②退院後の在宅生活に、関わりをもたなかった主な理由・原因（図表1-12）

全回答75施設のうち、11施設（14.6%）で、退院後の在宅生活に関わりを持たなかったと回答があった。

関わりを持たなかった主な理由・原因として、「大きな症状の再燃がなく、施設内や在宅生活で対応が可能であったため」、「他医療機関へ紹介したため」、「ほぼ終末期であり、身体的治療のため転医・転院となったため」、「退院後、紹介元（かかりつけ医）へ通院となったため」、「居住地が遠方なため」などであった。

[図表 1-12 関わりがなかった場合の理由・原因]

1	異常連絡のない場合、当方から連絡を入れて安否確認を行うことはしていない。
2	在宅へ退院された方がいなかった。
3	再診日の調整、必要な情報を関係者に提供しているため。
4	当院入院時の紹介元（かかりつけ医）にて退院後は通院
5	自宅への退院がおらず在宅でのかかわりがなかったため
6	大きな症状の再燃がなかった
7	家族・支援者で対応が可能であった
8	ほぼ終末期、身体的治療が主のため、転医、転院など
9	他医療機関への紹介
10	居住地が遠方な為。家族の希望。
11	施設入所をされ精神的にも安定して生活できている場合は相談がありません

③退院後の在宅生活に関わっていくことについて課題と感ずること（図表1-13）

退院後の在宅生活に関わっていくことについて課題に感じていることは、全回答75施設のうち、46施設（61.3%）から具体的な回答があった。

半数の医療機関が、『退院後の本人を取り巻く病院と地域支援者（ケアマネジャー・訪問看護事業所・介護サービス事業所など）との役割分担などの連携体制の構築』を課題として挙げていた。様々な地域支援者が介入する場合、情報共有が難しく、在宅生活に関する正確な情報収集が出来なくなるとのことであり、地域支援者同士の連携の仕組みの統一化や、情報共有のツールが必要ではないかと思われる。

また、退院後に施設へ入居した際には、本人への対応方法を話し合う機会がほとんど無く、施設職員では対応困難で症状が再燃することもあり、入院中から医療機関の職員と入居する施設職員との連携が必要である。

また、家族や在宅の支援者が、介護サービスの必要性を十分理解できないことで適切な支援が提供できていないケースや、家族の認知症への理解不足から自宅退院を拒否されるケースなど、家族の協力が得られないこともあった。在宅で継続した生活を送るためには、入院期間中からの家族面談で、本人の認知症状態や日常生活の状況について、家族へ詳しく説明することが必要かと思われる。

[図表 1-13 関わっていくこと(支援の取組)について課題と感ずていること]

1	介護によるサポートが重要だが、介護度が認知症のレベルではなく自律度が重視され決定されている印象があり、十分な介護の提供ができていないこと。
2	病院機能や対象患者層から老人ホーム等に支援することも多い。入所先の施設スタッフの対応次第で本人の状況に影響を及ぼすこともあるが、相談がない限り関わりを持つことは難しい。
3	他の医療機関へ退院後のサポート依頼したケースについて、ひきつづきどのような支援を行う必要があるのかを検証する必要あり。地域の医療機関との連携を強化し、お互いに情報を共有するツールがあると良いが情報の拡散にならないような配慮も必要。
4	ご家族が過剰に本人に期待してしまう。サービス導入できない。
5	定期的な受診と支援者の密な関わり
6	退院後、本人の意向が変わった際（治療受けたくない等）の介入継続の難しさ。支援者が限定されてしまい、支援者の負担増に繋がることがある。
7	再入院のリスク、自宅での生活維持、介護者の負担、状況共有の難しさを感じている
8	退院後の期間が長ければ長くなるほど担当ケアマネジャーや家族との関りが少なくなってしまう。業務的にも全ての退院者と定期的に関ることが難しく適切な介入が早期に出来るよう継続的にどのように関わっていくのが課題。
9	ケアマネジャーにたくすことになるが、支援の詳細が把握し辛い。
10	在宅診療、通院加療の継続。家族、介護サービス等との連携。自宅退院に反対するケアマネがいて、支援に支障がある。
11	在宅は介護保険がメインとなるため連携を図っていくことが課題。
12	身寄りがない場合の支援について
13	本人の思い描く生活に近づけるため、フォーマルサービスだけではなくインフォーマルサービスの情報を都度収集し提案していくこと

14	家族の介護負担や認知症に対する知識不足
15	治療継続ではなく、身体合併症のかかりつけ医との連携を行う。地域の関係機関との連携をとり必要なサービスに繋げ家族の介護負担軽減も図る
16	本人からは病状を聴取することが困難であるため、家族の協力が得られない場合は対応が困難さを感じる。自宅退院が難しいケースが多く、退院支援は施設入所調整が主になっているのが現状。
17	地域、施設職員と病院の間での患者様の見立ての違いで「こんなはずではなかった」と思われてしまうことがある。各立場の視点の違いをもう少し補い合えたら良いと思う。
18	介護者（家族）が、頑張りすぎて、疲弊してしまう。また、関わりすぎて、患者と関係性が悪化してしまう。
19	外来受診予約は医事課や地域医療連携室の外来部門が担うため、退院後の生活状況が把握しにくい。
20	入院前の在宅介護に疲弊している家族が多く、BPSDは改善しても自宅退院を拒否するケースが多い。施設の介護力が弱く、受入施設を探すのに難渋する。活用できる社会資源に地域差があり、選択肢が少ない場合がある。
21	様々な支援機関が介入するが、情報共有の方法や連携の仕組みの統一化が困難であり継続的な支援体制を確保しにくい。人員体制等に限界があり、退院後のフォローに十分な時間を割くことが難しい。
22	家庭や利用サービス、施設の対応力の問題で、再入院となること。一度入院すると、ケアマネジャーが、入院を問題解決の第一手段としてしまうケースが多いこと。
23	入院前後のADL変化や予想外の介護負担、BPSDの再燃などにより、家族だけでは在宅生活を維持できず、介護サービスの再調整や再入院・施設入所が必要となる場合がある。
24	退院後に当院通院となる患者や家族には、医師や看護師、精神保健福祉士など外来部門の多職種が関わりや相談体制をとっているが、マンパワー不足が一番の課題。
25	自宅での生活が見えず、正確な情報収集が難しい部分もある。本人を取り巻く関係機関と連携をとり支援をしていくことが必要と感じている。
26	居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーの力量不足。身体合併症の患者様のフォロー受診などの総合的に診察・判断が出来る医療機関の対応。
27	その時点で困っていなければ、治療の必要性が患者も家族も薄れていくことが多い。介護保険のサービスによって、専門科での治療継続が難しくなっていくケースがある。
28	安心・安全に生活できるよう地域住民の協力体制の確立が必要だと考えている。
29	病棟との話し合いが十分できていないまま退院されるケースの場合病棟での経過が十分把握できず外来で対応しなければならぬこともあり、連携に課題がある。
30	地域と本人の関係性。介護力や経済的にも無理がある場合の家族への関わり。家族・支援者間の虐待に関する温度差。急性期の入院期間内で行うサービス調整における時間的な困難さ
31	病院と地域支援者（ケアマネジャー、訪問看護事業所、サービス提供事業所等）との顔の見える関係が大切、それを踏まえお互いの役割分担など連携体制を整える必要がある。
32	家族が介護サービスの利用を拒否すること。介護力のない家族が自らの介護力を過信していたり、本人の病状を理解できないことや困りを伝えてくれない。入院させたい時だけ介護関係者（ケアマネ含む）が連絡をしてくる。早期の相談が余りない。
33	安定した在宅生活を送るためには受診、通所サービス、訪問看護、介護サービスなどが過不足なく調整されることが必要だと感じている。本人や家族の受け入れがよくなかったり、必要性を感じないと導入ができない。
34	退院後に施設入所することが多くなると転院する患者様が多いため、退院後のかわりを持つことが難しく、症状悪化時に再来院されても経過がわかりにくいことがある。
35	本人意向確認が困難な事例が多い事
36	症状悪化時は病院へ受診に連れて行くことが困難な場合が多い。訪問診療などの体制の充実が望まれる。退院してから本人の対応等についての相談場所の院内整備が求められると思われる。

37	退院後生活先の状況などをきちんと把握できず、適切な助言や支援ができないことがある。支援者などとの連携が切れてしまい、任せっきりになってしまうことがある。
38	外来での限られた時間での対応で、困りごとを確認することの難しさ
39	患者住所が病院の近くではない場合、退院後の生活についての支援が難しい
40	施設退院後は、施設の嘱託医が主治医となり、当院での診療は終了となるケースがみられる。そのため、転医後の経過を把握できなくなるため、入院の見込みなど予測することが難しい。
41	入院から在宅への生活について、多職種との相互共有が課題（時間の制限もあり一度の面談で終わることが多い）
42	家族や周囲の介護力。家族の負担軽減のための環境調整、訪問や通所サービス利用時の本人の受け入れと理解が難しい時がある。
43	徘徊や怒りっぽい症状があっても病棟で対応可能だが、施設では対応しきれないことが多い。認知症者の対応の仕方を病院、施設で深く話し合う必要がある。
44	入院環境と退院先の環境は異なります。お互いに施設環境を理解した上で情報共有を行うことが必要と感じております。入所前に施設職員とご本人面談を行いスタッフ同士が直接情報交換できた場合は再入院が少ないと感じております。
45	精神科への入院歴があると施設入所が難しい。受け入れる施設が限られる。
46	ご家族の陰性感情。本人やご家族がサービス利用に消極的な場合、生活の安定が図りにくい。

2.2 退院患者個別調査

2.2.1 基本情報

年齢階級 (n351) (図表2-1)

75-84歳(40.2%)、85-94歳(40.7%)で多く、この2つの年齢層で約80%を占め、次いで65-74歳が11.7%であった。

認知症診断 (n351) (図表2-2)

「アルツハイマー型認知症」が67.2%(236人)と最も多く、次いで「血管性認知症」が7.1%(25人)、「レビー小体型認知症」が6.3%(22人)、「前頭側頭型認知症」が2.6%(9人)であった。また、「その他」も15.4%(54人)であった。

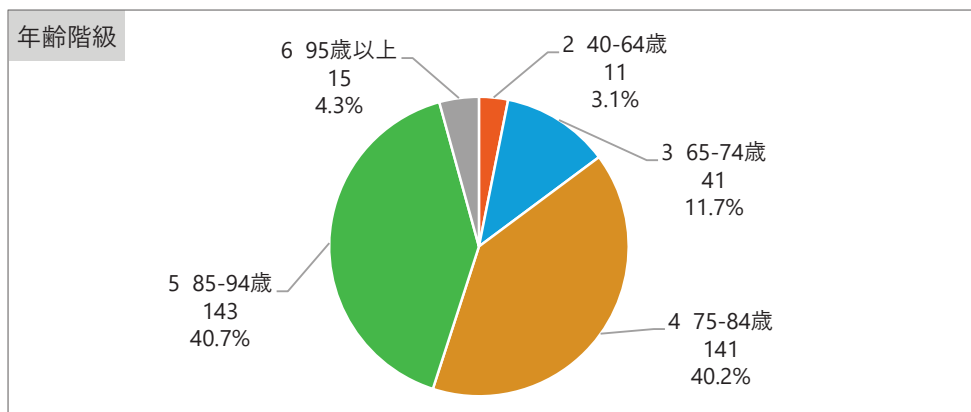
入院前所在地 (n351) (図表2-3)

「自宅」が78.9%(277人)と最も多く、次いで「医療機関(入院)」9.7%(34人)と「介護保険施設」9.1%(32人)であった。

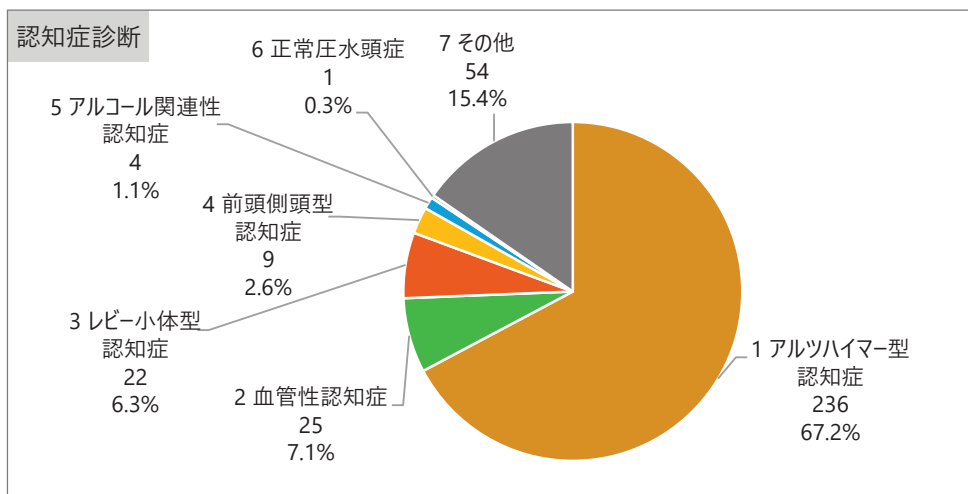
入院期間 (n351) (図表2-4)

調査時の入院期間は、「6か月未満」が80.3%(282人)と最も多く、次いで「1年未満」が10.5%、「1年以上」が9.1%であった。

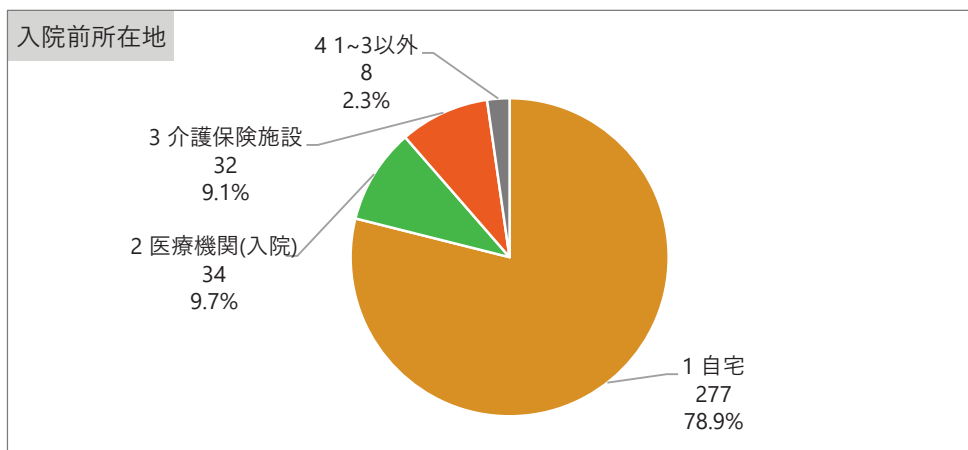
[図表2-1]



[図表2-2]



[図表2-3]



[図表2-4]

	人数	(割合)
6ヵ月未満	282	80.3%
6ヵ月以上1年未満	37	10.5%
1年以上	32	9.1%

2.2.2 入院時

入院の主な理由 (n351) (図表2-5)

「BPSDの対応」が42.7%(150人)で最も多く、次いで「認知症の治療」が21.9%(77人)、次いで「薬剤調整や管理」「介護者のレスパイト」がそれぞれ11.1%、10.8%であった。

入院前の生活上の困りごと (n351) (図表2-6)

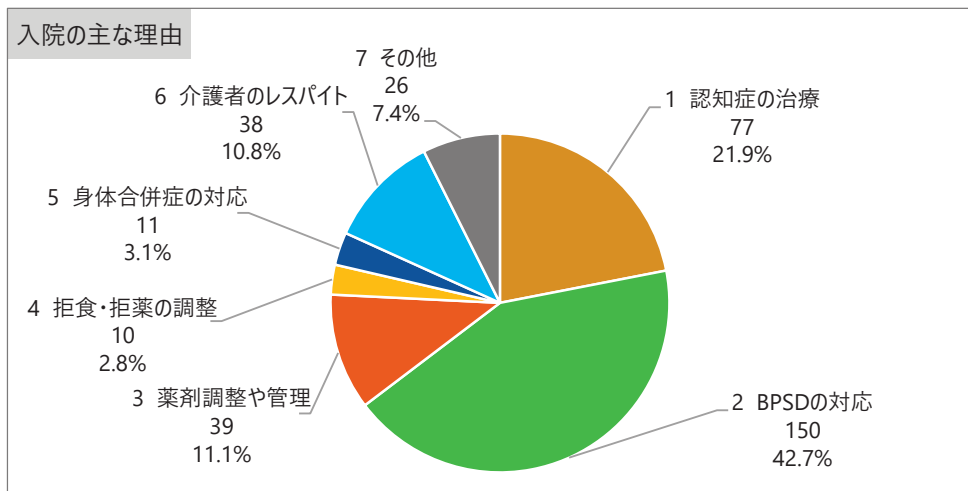
最も多かったのは、「突然怒ったり・悪態をついたりする、たたいたり・つねったりする」で26.2%、次いで「落ち着きがなくなり、大声を出す・家から出ていこうとする」(22.5%)、「物を盗られたなどと妄想にこだわる」(14.2%)であった。

困りごとの要因となった主なBPSD (n348) (図表2-7)

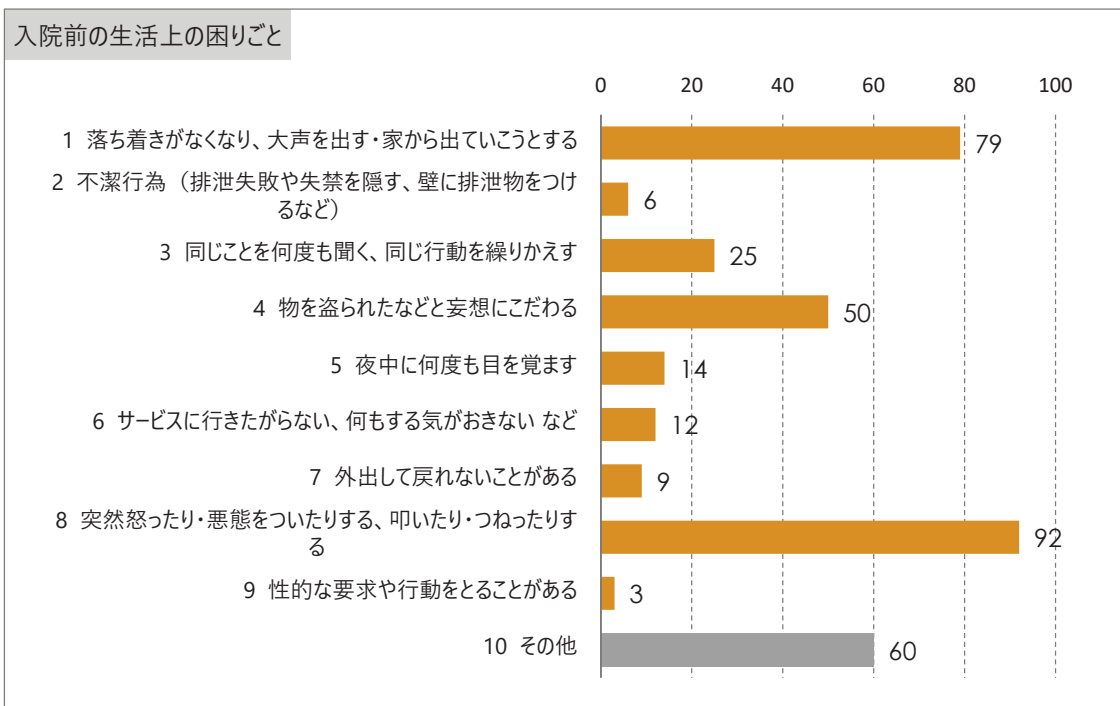
最も多かったのは「易怒性」(23.9%)、次いで「妄想」(21.3%)「歩き回り・不穏」(17.0%)であった。

また、数は少ないが、「うつ」「アパシー」「傾眠傾向」などの行動が低下するBPSDも困りごととして挙げられていた。

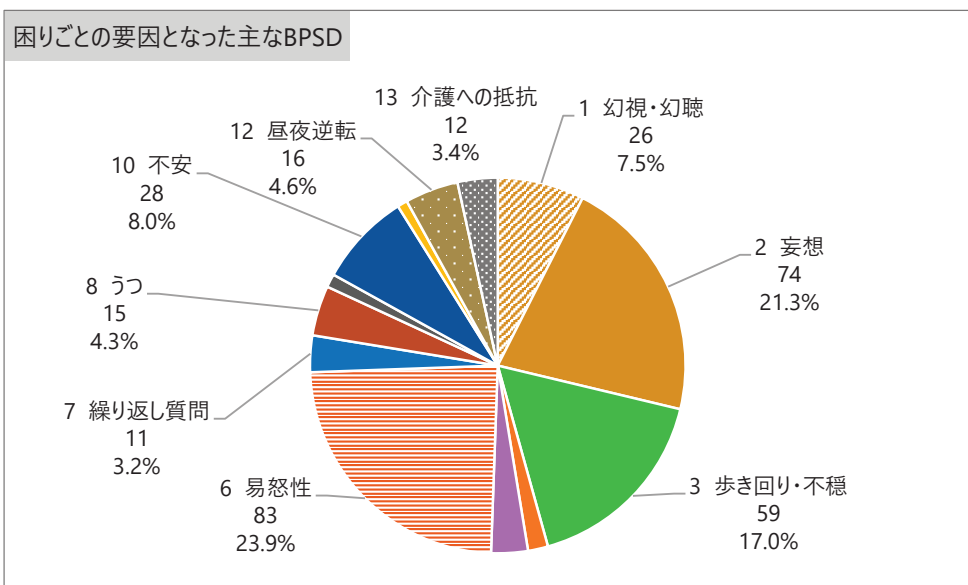
[図表2-5]



[図表2-6]



[図表2-7]



2.2.3 入院中(治療・調整)

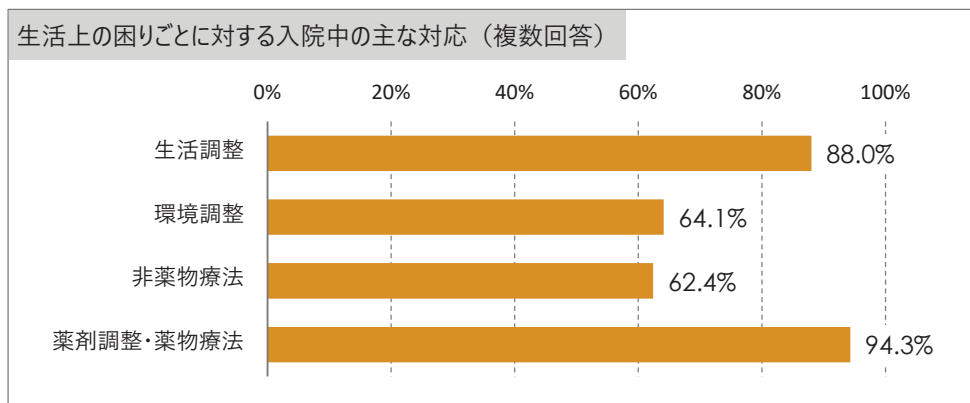
生活上の困りごとに対する入院中の主な対応 (n351、複数回答) (図表2-8)

「薬剤調整・薬物療法」が94.3%(331人)と最も多かったが、「生活調整」が88.0%(309人)「環境調整」64.1%(225人)、「非薬物療法」62.4%(219人)と、いずれも高率に取り入れられており、多職種によるチーム医療によって対応されている。

困りごとについての変化 (n331) (図表2-9)

「改善」(44.4%)および「やや改善」(34.7%)で約8割を占めたが、一方で「不変」も20.2%の割合で認められた。

[図表2-8]



[図表2-9]

	人数	(割合)
改善	147	44.4%
やや改善	115	34.7%
不変	67	20.2%
やや悪化	2	0.6%
悪化	0	0.0%

2.2.4 入院中(退院に向けて)

退院計画策定の時期 (n336) (図表2-10)

「入院後1カ月以内」が336名中211名(62.8%)であった。

計画策定の主担当スタッフの職種 (n325) (図表2-11)

325名中、「精神保健福祉士」210名(64.6%)、「看護師」100名(30.8%)が多く、計95.4%を占めた。

退院後生活で予想されるBPSD (n710) (図表2-12)

多い順に「易怒性」137名(19.3%)、「歩き回り・不穏」102名(14.4%)、「妄想」97名(13.7%)であった(複数回答)。一方、入院時に困りごとの要因となった主なBPSD (n348)は多い順に、「易怒性」23.9%、「妄想」21.3%、「歩き回り・不穏」17.0%であり、入院時の症状と同症状の再燃が危惧されている。

再入院の可能性 (n336) (図表2-13)

「とてもある」21名(6.3%)と、「ややある」115名(34.2%)を合わせて40.5%、「おそらくない」46名(13.7%)と、「全くない」15名(4.5%)を合わせて18.2%、「どちらともいえない」が139名(41.4%)であった。現場では再入院の可能性が少なくないと判断されている。

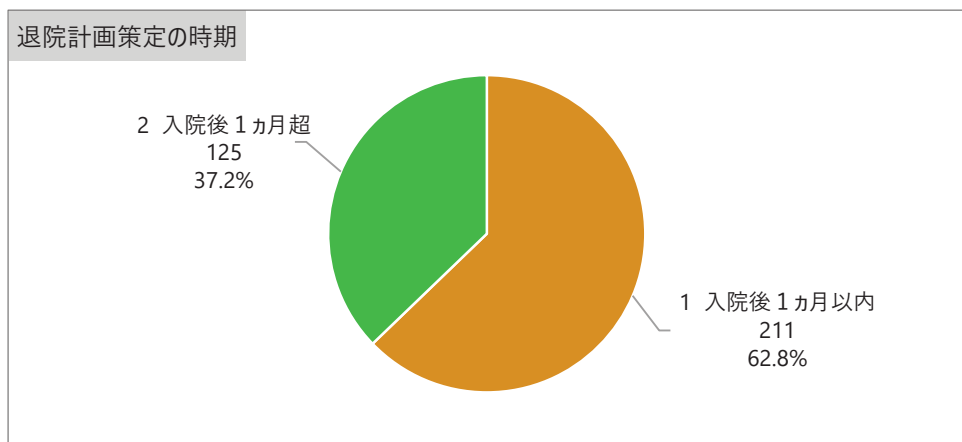
訪問看護との事前連携 (n336) (図表2-14)

事前連携が「あった」67名(19.9%)、「なかった」100名(29.8%)、「利用予定なし」156名(46.4%)で、事前連携があった67例に対し複数回答で連携の内容を伺った。連携の内容として、多い順に「経過観察」62名(92.5%)、「服薬管理」56名(83.6%)、「生活調整」43名(64.2%)であった。

地域包括支援センターとの事前連携 (n329) (図表2-15)

事前連携が「あった」74名(22.5%)、「なかった」165名(50.2%)、「利用予定なし」89名(27.1%)で、事前連携があった74例に対し複数回答で連携の内容を伺った。「生活調整」54名(73.0%)、「経過観察」50名(67.6%)、「受診について」33名(44.6%)、「服薬管理」18名(24.3%)であった。

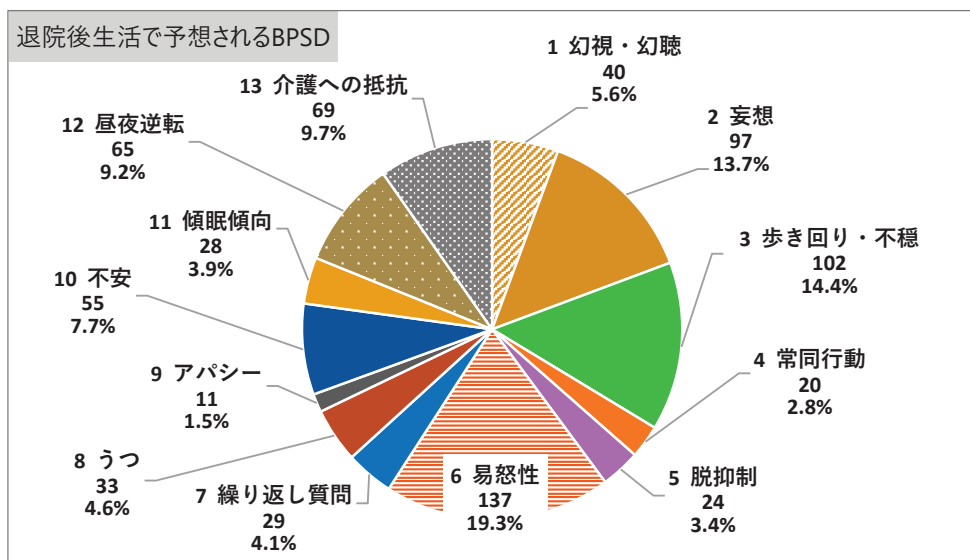
[図表 2-10]



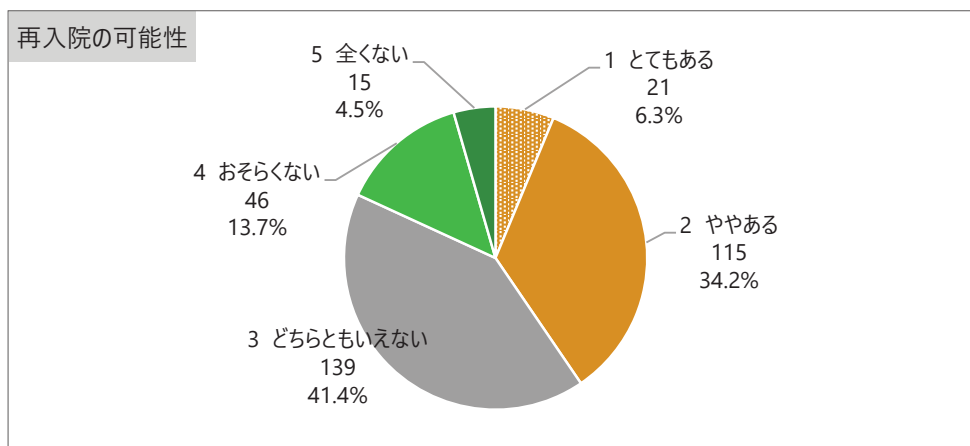
[図表2-11]

	人数	(割合)
精神保健福祉士	210	64.6%
看護師	100	30.8%
作業療法士等	4	1.2%
社会福祉士	10	3.1%
その他	1	0.3%

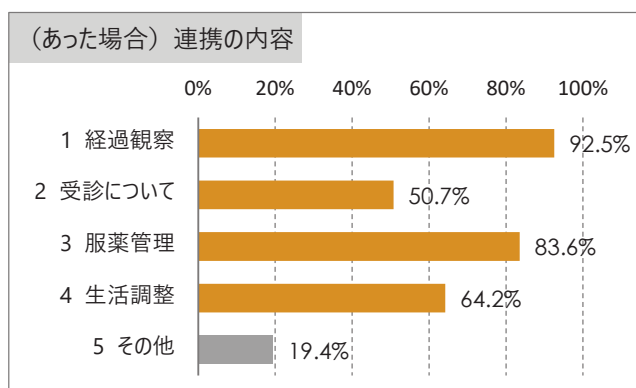
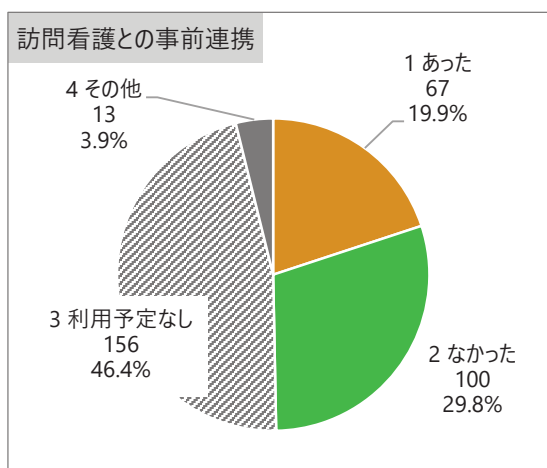
[図表 2-12]



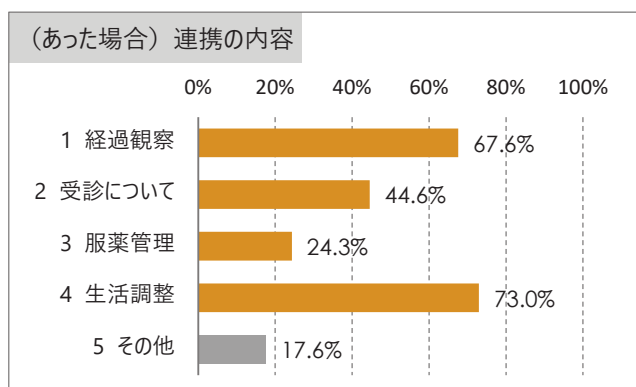
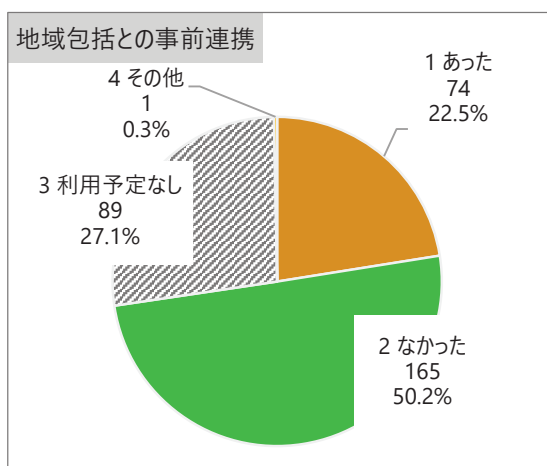
[図表 2-13]



[図表 2-14]



[図表 2-15]



退院計画策定におけるBPSD予防についての課題（図表2-16）

351事例から134事例の記述を得た。1;家族、介護者 2;介護サービス、介護力 3;環境変化、調整 4;連携(医療、介護、地域)などのテーマがみられた。入院中は適切な薬物治療や病棟の環境(構造、専門的な職員の対応)等により落ち着いているものの、退院後の自宅や施設での受け入れや環境の変化に関する課題が多くみられた。特に家族(介護者)に関する記載が多く、家族の負担や疲弊、疾病、介護力や理解の低さなどが挙げられていた。また老々介護や独居、家族が遠方など、近年の家族事情の影響が見受けられた。徐々に家庭環境の変化により自宅への退院が困難になってきている。また介護サービスの利用が初めてである、サービス利用の拒否など、退院後の介護サービス利用に関する記述も多く、ケアマネジャー等との連携の重要性も示された。

[図表 2-16 主な記述回答を抜粋]

1	病棟の整った環境による BPSD の減少も考えられるため、環境の変化に不安あり。
2	ケアマネジャーと連携しながら退院後の支援体制を検討した。外来通院も他院となるため地域の支援者に任せることとなる。
3	入院中に薬物療法等で落ち着いた。施設スタッフに安心できる対応法などは伝えたが、その後それが活かされるかは不明。
4	独居で家族が遠方なこと
5	家族の介護力や理解が低い
6	家族が入院対応に不満
7	家族が病気、遠方のため単身生活になる
8	本人の歩き回りに介護者、サービスがどこまで対応が可能なのか
9	同居家族の精神状況により、疲弊状況が変動する事から、本人にも影響あり。早期介入できるよう家族支援が必要
10	妻に易怒性に対する対応のレクチャー
11	同居家族の疲弊状況によって、本人の生活状況が変化しやすく、家族への定期的な支援が必要
12	同居家族に精神疾患があることから、内服のタイミングが守れるかどうかで再燃する可能性あり
13	介護抵抗が改善されない
14	環境変化により起こる不穏
15	ご本人への対応方法に関する、サービス事業所への説明
16	他患との認知機能の差により本人が不安感を抱き、別の行動化が出現する可能性もあり、慎重な観察が必要だった
17	食事時の離席が目立ち、他患とのトラブルに発展しそうなことがあり、注意して観察が必要であった
18	歩き回り・常同行動から他患トラブルになりかけたり、入院中の不安感の増悪がみられた
19	退院後の外部利用サービス拒否があり、なかなかサービス調整ができなかった
20	病状に対する知識と理解
21	昼夜逆転をしないようにデイケア等の日中活動継続、空腹時の不穏があるため補食を利用
22	臥床傾向にならないようにデイケア等の日中活動継続、身体症状の経過観察
23	介護サービス利用拒否があるため、関係機関と連携を取り介護サービス利用に繋げる

24	脱抑制行動があり、複数の介護事業所からの受入制限があるため、ケアマネジャーとの連携
25	妄想の対象となる家族のいる環境に戻る事への懸念があった。
26	介護者（妻）が高齢で一人のため、夜間対応が可能か。
27	内服管理（独居のため）。
28	病棟内では落ち着いているが、環境の変化で症状が再燃する可能性があり、退院後の予測が困難。
29	歩き回り、ふらつきやすさあり、転倒リスクが高い。
30	家族間の意見の相違
31	家族が遠方の為、すぐに協力が得られない
32	逸脱行為に対する対応の統一
33	施設入所後の医療・介護の密な連携が必要だが、転医された場合の状況把握が困難。
34	退院後の家族負担増大、地域との連携を適切に行えるかが課題と感じた。
35	声かけに対して無反応で、本人の意思確認が困難である。
36	語彙の減少など、中核症状中心の認知症状態。
37	家族が遠方で独居生活だが、要支援しかつかないので介護サービスだけでは限界がある。
38	退院後も長男と2人暮らしであり、デイサービス利用時以外の見守りについて
39	生活保護受給者で身寄りがなく、福祉事務所の介入があるが、本人の病識は極めてない。
40	身体状態悪化、自宅での看取り対応のため、BPSD に対する課題はなかった
41	BPSD に関して、家族や支援者が適切に対応できるよう、本人の状態に合わせて情報提供していくことが必要。
42	拒食からの活動性低下
43	妄想に左右されないよう日常生活の維持
44	家族の受け入れ体制や地域の対応力不足
45	妄想対象が家族になってしまい、家族が疲弊してしまうこと
46	家族に対する妄想が強く、家族関係がくずれていること
47	独居で娘達が支援しているため、施設等の常に刺激のある環境が必要。
48	生活上の本人の要求が聞き入れられないときに抵抗があったり、対応する長女の心理的負担感の増大が予想される点
49	本人が介入拒否
50	自宅での生活環境の変化に伴う精神的身体的ストレスの出現
51	近隣住民とのトラブルの可能性もあるため、定期的に試験外泊を行い、状態の観察と本人の認識の確認を行った。
52	家族の理解不足や家族の介護負担軽減のために、通所サービス事業所とサポート体制の共有を行った。
53	家族との感情的トラブルの可能性があり、退院にあたって家族の認識を再確認し、距離を開けるために通所サービスを導入。
54	家族の介護負担の増大と、自宅での介護の限界もあったため、ケアマネと連携し、入所先の提案も行った。
55	易怒性が高いため、サービス提供事業者と本人の対応について満に情報共有を行った。
56	在宅でショートステイが利用できるよう集団生活に慣れるようにしていく
57	妄想から拒薬する傾向が強いため要注意

2.2.5 退院後(1ヵ月程度経過後)の状況

退院後(1ヵ月程度経過後)の状況 (図表2-17)

自院再診の有無(n337)

「あり」が188名(55.8%)、「なし」が149名(44.2%)。ありの場合は185名(98.4%)が「予定(定期)受診」だった。今回の351事例中、半数以上は退院後も自院で再診されていた。

継続投薬の有無(n330)

「自院であり」が183名(55.5%)、「地域医であり」が118名(35.8%)。

本人・家族からの相談(n333) (図表2-18.1)

「あり」が87名(26.1%)、「なし」が246名(73.9%)。ありの場合の相談内容は、「日常生活の維持」55名(63.2%)、「身体状態の悪化」27名(31.0%)、「BPSDの再燃」22名(25.3%)の順に多かった(複数回答)。

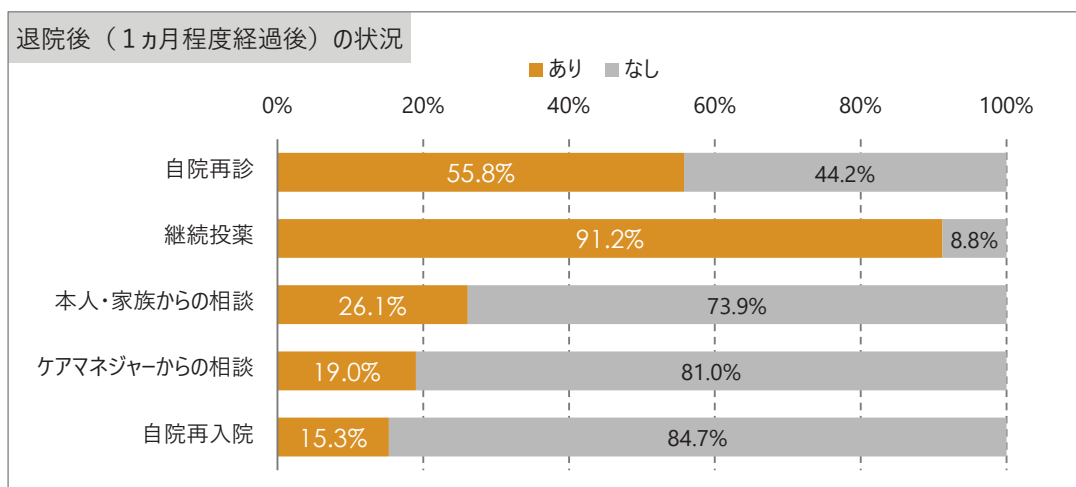
ケアマネジャーからの相談(n321) (図表2-18.2)

「あり」が61名(19.0%)、「なし」が260名(81.0%)で、なしの割合が多かった。ありの場合の相談内容は、「日常生活の維持」が29名(47.5%)、「BPSDの再燃」21名(34.4%)、「身体状態の悪化」が14名(23.0%)だった(複数回答)。本人・家族からとケアマネからの相談内容は、上位3位が同じものだった。

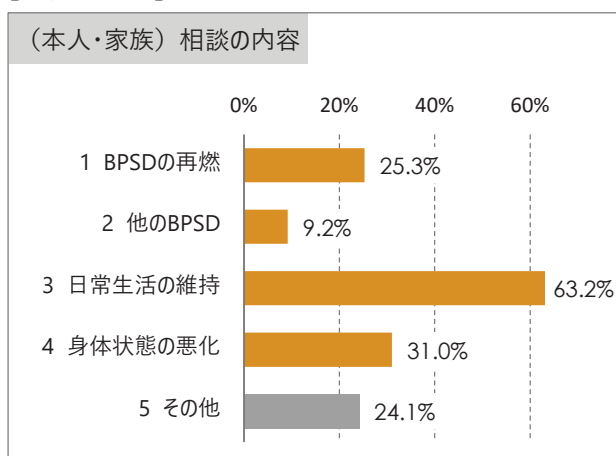
自院再入院の有無(n334) (図表2-19)

「あり」が51名(15.3%)、「なし」が283名(84.7%)で、なしの割合が多かった。ありの場合は「その他」18名(35.3%)、「BPSDの再燃」が14名(27.5%)、「日常生活の困難」が12名(23.5%)、「身体状態の悪化」6名(11.8%)の順に多かった。(複数回答)

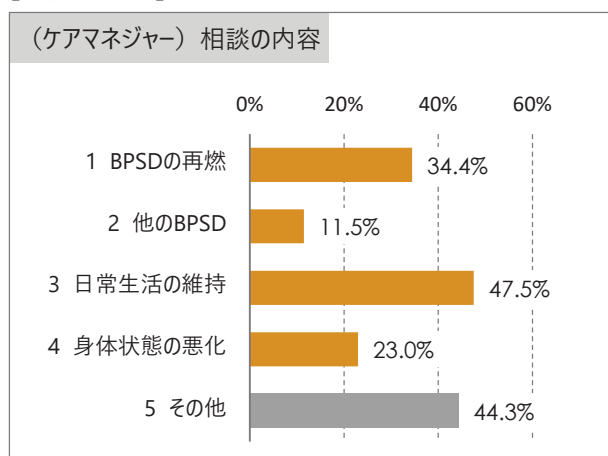
[図表 2-17]



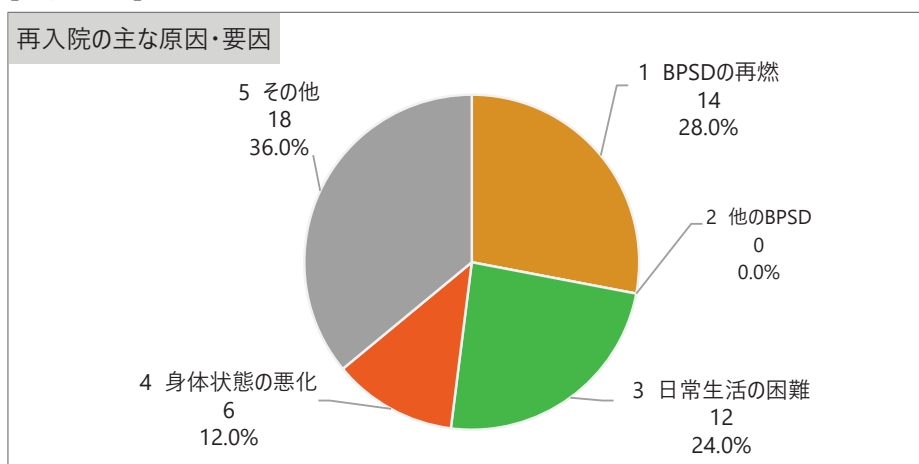
[図表 2-18.1]



[図表 2-18.2]



[図表 2-19]



【精神科病院における退院後の関わりについての課題】

精神科病院における退院後の関わりについての課題（図表2-20）

記述回答からは家族と地域連携に関する課題が多くみられた。入院前所在地（個別調査n351）によると、277名（78.9%）が自宅からの入院であるが、退院先所在地（施設調査n75）は、自宅が5.12名（10.9%）、自宅以外が41.72名（89.1%）であった。今回の調査では、家族の高齢化や介護力の低下、経済問題等、時間の経過とともに自宅での受け入れが困難な事例が増加していることが示唆される。

地域連携に関する課題では、他院や地域医への転医、往診医の利用等により関わりが途絶え、退院後の状況把握が困難との回答が見られた。一方、同法人施設への入所や、自院への通院が継続しているケースでは特に問題なく安定しているとの回答もあり、退院後の連携が重要な課題であることがわかる。

BPSD再発防止のためには、継続した服薬や受診、家族の関わり方、環境調整などさまざまな要素が必要であるが、家族自身も高齢化や理解不足、介護力や経済力の脆弱性など諸問題を抱えており、認知症の進行、身体状態の悪化もあるなか、家族の介護負担はより大きくなる。

BPSDによる精神科病院への再入院や緊急避難的入院を防ぐためには、退院前から準備し、退院後も継続的で密な連携を維持することが不可欠である。主たる介護者（家族、介護スタッフ、施設職員等）への知識共有を行い、家庭で介護が困難になった場合には速やかにケアマネジャーや地域包括支援センターと連携し、適切な早期介入を図ることが重要である。さらに、生活環境の整備、介護者への配慮、治療薬の定期的評価など、多職種による持続的な支援が求められる。

[図表 2-20 主な記述回答を抜粋]

1	自宅退院数が非常に少ないため課題が多すぎて整理に困った。本人が安定しているのは安心材料である。
2	安定した服薬が困難
3	本人が病院への関わりを拒否している
4	退院後すぐに再入院
5	自院に通院する患者に関しては継続した関わりが可能だが、他院へ通院の場合の継続した関わりが今後の課題。必要なケースには退院後も地域との情報共有などが必要と思われる。
6	家族や担当のケアマネジャーから、本人の様子を確認し、情報共有を行った。また家族の疲弊状況の確認。
7	易怒性、他患とのトラブルが多く、本人の自立が全くないこと。妻の疲弊。
8	家族や担当ケアマネジャーから本人の様子を確認し、早期入院対応の必要性について主治医と相談し、調整を行った。
9	担当ケアマネジャーにデイサービスでの様子を確認し、再診前に主治医に情報提供を行った。再診時の様子をケアマネジャーに報告し、情報共有を行った。
10	いつでも相談して頂ける体制作りは必須
11	担当ケアマネジャーと退院後の様子についての情報共有
12	退院後のケアマネジャーの状態確認が不足している
13	症状悪化時に医療介入の遅れ
14	自宅退院後に施設入所を予定している

15	家族の介護疲れへの介入
16	家族（特に高齢家族）の介護負担
17	精神症状再燃の確認、家族・関わる支援者で症状悪化時の対応を共有、家族の負担軽減
18	紹介元のかかりつけ医、地域包括支援センターとの連携
19	本人からは病状を聴取することが困難であるため、家族の協力が得られない場合は対応が困難さを感じる。
20	気軽な相談体制が構築できない
21	他院精神科や、地域医へ転医となる場合は特に、入院中からの地域の支援者との情報共有は必須であると考ええる。
22	病院の評価と家族の思いに相違があり、継続した治療につながらなかった。
23	家族も介護が必要な為、支援者間の密な連携が必要
24	退院後に転医するとその後の状況が確認できないため、状況把握が難しい。
25	家族へ退院後の関わりについての助言。
26	法人内の施設に入所となったため、連携も図りやすく退院後の課題は無い。
27	若年であるため、本人だけでなく家族への経済的支援も必要。
28	金銭的な負担を理由として、環境調整が不十分な一面がみられた。
29	介護を必要とする高齢の精神障害者への対応や多様なニーズへの対応が課題となっている。
30	認知症状の治療と併行し、身体合併症の治療がメインとなった。
31	自院につながっており今のところ課題なし
32	地域連携にて情報提供やカンファレンスの機会について
33	本人拒否的になって、協力的な家族もない場合
34	症状再燃し、デイサービスも利用できていない様子、服薬治療の継続が課題
35	居宅担当ケアマネの力量
36	家族の対応力の脆弱性
37	日頃から家族やケアマネジャーと情報共有を行い、BPSDの悪化時など、早めに対応できるような体制作りが必要。
38	家族の病気に対する理解が困難。
39	家族、本人ともに困り感を抱え込みやすく、自覚にも乏しい面があるため、生活の負担についての発信が少ないこと。こちらから外来受診時等にて声掛けを行う必要がある。
40	往診医が入り、退院後当院での関りは途絶えている
41	サービスの提案をするも本人の拒否が強く、利用が困難となり、家族の負担増大がみられた。
42	同居家族の理解と介護負担軽減のために、医療以外で生活面のサポートをできる相談窓口を設ける必要がある。
43	家族が近所の人の評価を気にしたり、経済的な問題があり必要なサービスの導入が難しかった。
44	認知症状の進行により、家族の介護負担が増大し、施設入所も視野に家族の受け入れをサポートする必要がある。
45	本人の易怒性により、支援できるサービス事業所が限定的になってきている。

Ⅲ 退院計画および退院後の関わりに着目した BPSD 予防の見地からの取組に関する ヒアリング調査

Ⅲ 退院計画および退院後の関わりに着目したBPSD予防の見地からの取組に関するヒアリング調査

1 目的と背景

認知症治療病棟等から退院した患者が、住み慣れた地域や介護施設において安定した生活を継続するためには、BPSD(行動・心理症状)の再燃防止が極めて重要である。BPSDの悪化は、介護者の疲弊や施設の受け入れ困難を招き、結果として短期的な再入院を繰り返す要因となる。

本調査研究のアンケート調査に回答をいただいた病院のうち、非常に積極的な活動をしている病院にヒアリング調査を行った。4病院にはweb面談形式で、5病院には書面でのヒアリング調査を行った。

以下では、ヒアリング調査をもとに退院後に頻発するBPSDの実態、再入院に至るプロセス、および専門的医療機関が果たすべき伴走的支援の課題を整理し、今後の施策に向けた提言をまとめる。

2 調査対象等

(1) 調査対象

	医療機関名(所在地)
ヒアリング実施	㊶ 医療法人群栄会 田中病院 (群馬県吉岡町)
	㊷ 医療法人長尾会 ねや川サナトリウム (大阪府寝屋川市)
	㊸ 医療法人南風会 精神科病院 万葉クリニック (奈良県橿原市)
	㊹ 医療法人南和会 千鳥ヶ丘病院 (山口県岩国市)
書面参加	㊺ 医療法人五風会 さっぽろ香雪病院 (北海道札幌市)
	㊻ 医療法人青仁会 青南病院 (青森県八戸市)
	㊼ 医療法人回生会 秋田回生会病院 (秋田県秋田市)
	㊽ 特定医療法人大慈会 三原病院 (広島県三原市)
	㊾ 医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院 (佐賀県嬉野市)

(2) 調査方法

- ①調査日(ヒアリング会) : 令和7年12月24日 13:00~15:00
- ②共通質問 :
 - ㉑ 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)
 - ㉒ 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)
 - ㉓ 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容
 - ㉔ 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)
 - ㉕ BPSD 予防のための伴走的支援のポイント
 - ㉖ 退院後生活への関わりの難しい点や課題(施策的な要望も)

3 調査結果(ヒアリング・書面回答記録)

各対象施設からの事前提供書面の内容、および、ヒアリング当日の追加質疑(主な内容)を以下の通り整理した。

【ヒアリング+書面回答】

3.1 ① 医療法人群栄会 田中病院 (群馬県吉岡町)

㉔認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)	興奮、易怒性亢進、暴言、介護抵抗、歩き回り等の頻度が高いと思われる。また意欲低下等の介護負担にならないことは、大きな問題にならないような印象がある。
㉕再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)	【有】再燃・再入院はある。可能であればまずは外来で薬剤調整を行っている。もし外来では対応しきれない場合は再入院で対応する。
㉖再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容	興奮等に対しては薬物療法以外の方法は難しいと考える。そのため興奮等が強い等の再燃が生じた場合には、当院に限らず医療機関に相談するように伝えている。
㉗自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)	【無】入院する段階で症状が重めの方が多く、自宅退院される方はいない。併設の施設かどこかに退院するケースがほとんどである。
㉘BPSD予防のための伴走的支援のポイント	規則正しい生活が予防のポイントと考える。
㉙退院後生活への関わりの難しい点や課題	家族が患者本人を怖がってしまい、退院できないケースが多い。

(ヒアリングの主な記録)

委員①	(認知症の退院患者は)3か月程度で出るということだが、自院の関連の施設への退院となるのか。退院後のフォローについては難しい面があるだろうか。
田中病院	併設の老健か、あとは、入院したときに入っていた施設にそのまま帰ってもらうケースがほとんどである。 ケースによって変わるが、入院前に(施設と)密に連絡を取ったとしても、入院後に関しては薄れてしまうケースが多い。落ち着いているときは連絡が特にないので、退院した後は割とフォローが薄れていって、また悪くなってくると連絡が来て、そこでまた連絡を取り合うという感じになっている。
委員①	退院するとき、退院計画書みたいなものを書くことはあるか。単なる紹介状などだろうか。

田中病院	一応「退院療養計画書」というものがあるので、それは退院時に渡しているが、具体的にどう利用されているか、確かにあまり追ってみた感じがしない。
委員②	自宅退院される方は少ないとあったが、少ない中でも自宅に帰るにあたって特に気をつけていることや、帰る方だからこそうふうにしているということがあれば教えていただきたい。
田中病院	ご家族には、何かあったらすぐに連絡してもいいということをお伝えするのと、無理はしないでほしいとは伝えている。
委員②	サービス調整とかもされると思うが、その辺りの在宅のサービスへの引継ぎや申し送りのところで工夫していることがあれば教えてほしい。
田中病院	入院してくるときにサービスを使っていないケースが多いので、訪問看護を入れることが多くある。もちろん介護申請をしなければならず、ケアマネジャーがつけば事前にワーカーを通して在宅での生活のポイントみたいなものはちょっとお話している。
委員②	自宅に退院される方で訪問看護を利用する場合に、訪問看護師に病院側から特に期待していることがあれば教えてほしい。
田中病院	やはり服薬だろうか。再入院の一番大きな原因である配薬という部分を先生から指示されるケースが多い。 加えて、日常生活で困っていることがあれば、そういった話を聞いて、担当する者が対応するという感じになっている。
委員③	認知症の方で、半分ぐらいは関連ではない施設に退院していかれるという話だったと思うが、その施設のかかりつけの精神科医ではない医師が退院時の処方を継続してフォローして、悪化したときには改めてお願いするのか。
田中病院	そうである。
委員③	暴言・暴力がある人というのは、家族との関係性が悪くて、もう帰ってきてくれるなという感じの方が結構多いと思う。その中でも、何とか暴力は出なくなった、でも大声が続くというときに、施設も共同生活だから大声だけの人でもなかなか受け入れがたいという場合が多いと思うが、そういうケースはどんな対応をされているか。
田中病院	施設職員に何度か病院を訪問してもらって、本人の様子を見ていたり、実際に看護師に確認していただいたりということを何度か繰り返しているので、そこで帰れるかどうか判断をしているかと思う。

3.2 ㊤ 医療法人長尾会 ねや川サナトリウム（大阪府寝屋川市）

<p>㉔ 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)</p>	<p>暴言、暴力、大声、歩き回り等様々。施設退院した方で特に多いのは暴言、暴力の再燃。自宅退院して服薬できておらず再燃する場合もあれば、施設で確実に服薬していても再燃する場合もある。</p>
<p>㉕ 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)</p>	<p>再燃・再入院はある。 医師の判断にはなるが、変薬なしでの入院になる時もある。施設等で対応が困難なら普段の看護師の対応を見に来てもらったりすることもある。それでも対応困難なら新たな施設を探していくことになる。</p>
<p>㉖ 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容</p>	<p>服薬遵守が必須。家族の協力や訪問看護を利用するなど。 24時間365日相談可能。 診察はできるだけ長い間隔を空けずに、本人同伴での来院が望ましい。</p>
<p>㉗ 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)</p>	<p>入院病棟の担当なので退院後に継続して関わることはない。 自宅退院の方はケアマネジャーに対応を依頼する。 退院前のケア会議なども依頼があれば開催する。</p>
<p>㉘ BPSD予防のための伴走的支援のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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ものに対するルーティンは非常に重要。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もらいやすくなる。 ・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デイサービス。家族のレスパイトのためのショートステイ。相談し、コーディネートしてくれる包括やケアマネジャーの役割が重要となる。
<p>㉙ 退院後生活への関わりの難しい点や課題</p>	<p>入院病棟の担当なので退院後に継続して関わることは病院としてのシステム上できない。継続して関わるよりも生活状況に適した職種が関わるのが望ましいと考える。 在宅に退院される方は少なく、施設に退院される方がほとんどなので、(施設の関連で全て完結するため)継続的な関わりができなくなる。</p>

(ヒアリングの主な記録)

委員②	退院前のケア会議なども依頼があれば開催するとあるが、病院側から積極的に必ず退院前のカンファレンスをするという形にはしていないということだろうか。
ねや川サナトリウム	あまりしていない。
委員②	中でも、逆にこういう方は要望がなくても、病院のほうからケア会議なり退院前のカンファレンスをしましょうと注意しているような、こういう方については極力病院側から提案するようにしているという方がいらっしゃったら教えていただきたい。
ねや川サナトリウム	精神の方みたいにいろいろな機関がすごく関わっているということがあまりないので、ひとまずケアマネジャーに退院したということと看護サマリーを送って在宅サービスをお願いする。 あとは、施設退院の方は、カンファレンスではないが、施設が本人の状態を見に来るので、そのときに、日常生活をどうしているかとか、あとは診療情報と看護サマリーを渡して、受入れ可能かどうかを判断していただくという形にしている。具体的に話し合いというのはあまりない。
委員①	施設からの外来受診は多いのだろうか。
ねや川サナトリウム	在宅に戻った人は、大体来てもらえる。施設は、どこかと往診の契約をしていることがほとんどなので、あまり来ない。
委員①	貴院が訪問看護で認知症の方のところに行くことはあるか。
ねや川サナトリウム	ゼロではないが少ない。やはり施設に入ったら、そこも契約している訪問看護で、中でやるので。
委員③	BPSDの再燃防止で、24時間365日相談可能というのは、夜間・休日も結構相談はあるのか。
ねや川サナトリウム	スーパー救急をやっているもので、依頼があれば、対応できる者は一応その時間帯にいる。日中の9時から17時の間であれば、医師もたくさんいるし、ワーカーも看護師もいるので、いろいろ調整はできる。夜間でも事務当直に師長や主任クラスが入っているので、病棟の調整もできるし、一人だけが夜勤帯で勤務している医師もいる。電話をかけてもらったら看護師に最初につながって、医師と相談して、そのときに入院になることもあれば、外来だけのこともあるし、相談だけということもある。
委員③	そうすると、もともとある救急対応の体制を利用して、入院が必要な場合には相談にすぐ乗って対応できるということか。
ねや川サナトリウム	そうである。
委員①	認知症の方の外来受診の際、施設はもうちょっと親身にやってくれないかとか、薬もきちんと継続しているのかとか、そういう話はないか。
ねや川サナトリウム	病棟からは、看護職が弱いのではないかと、これぐらいでまた入院させるのかというのはよく聞く。

3.3 ④ 医療法人南風会 精神科病院 万葉クリニック（奈良県橿原市）

㉔認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)	暴言・暴力を伴う介護抵抗・易怒性
㉕再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)	【有】再受診や再入院
㉖再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容	退院時に、患者本人の理解や、BPSDに関する対応方法
㉗自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)	【有】退院後の通院時に、患者本人の状況確認や、困りごと等の聴取
㉘BPSD予防のための伴走的支援のポイント	患者の対応に関して、家族の困りごとの整理が出来ていないことが多く見受けられるため、困りごとのポイントの整理を家族から詳しく聴取し、整理する必要があると思われる。
㉙退院後生活への関わりや課題	全体的に、居宅ケアマネジャーの身体的、精神的を含め、総合的に医療的知識や対応の向上や、患者や家族とのコミュニケーション能力の向上が必要であるかと考える。

(ヒアリングの主な記録)

委員②	たくさんの取組の中で、先ほど診察前に困りごとを家族から聴取されて、主治医に伝えるとあったが、実際に聴き取りを行う職種は、看護師か、相談員か。また、あらかじめシートを渡しているのかというところを教えてください。
万葉クリニック	基本的には精神保健福祉士が聴き取りをして、主治医に伝えるようにしている。シートの活用はあまりない。外来の看護師も軽く聞くことはあるが、基本的には精神保健福祉士が確認して主治医に伝えている。
委員②	(聴取は)受診に来たときか、事前の電話か。受診に来た際に、待っている時間に待合で聞くということか、事前に電話で聴取するのか。
万葉クリニック	2パターンあるが、こちらから電話をすることはあまりない。受診の日に、例えば9時半予約であれば9時頃に来院してもらい聴取するパターンと、受診前に、こういうことがあるので次に医師にご相談しようと思う、と家族からの連絡があって、そこでその電話のときに聴取することもある。大きくこの2つのパターンである。
委員②	診察のときに、聴取したソーシャルワーカーも同席するのか、あるいは、医師に伝えて、同席はしないのか。どちらが多いか教えていただきたい。

万葉クリニック	事前に医師に伝えるケースが非常に多い。同席することはまれである。再入院の必要があるかもしれないというときは、同席するようにはしている。
委員④	予診ではないがPSWが話を聞いてということだが、連絡があってから受診までの時間はどうか。BPSDが多いだろうから、突然お願いされることが多いと思うが、すぐ診てもらえるのか。どうやって対応されているのか、どのくらい待機時間があるのか、教えていただきたい。
万葉クリニック	何パターンかあるが、基本的に認知症の方が自宅に退院されるときは、退院日から起算して1週間後か2週間後にうちに診察をする。例えばBPSDがひどくなってそれまで待てないというときは、主治医の診療のときに来てもらえるように調整するときと、主治医の診療が待てない状況のときは、他の医師に頼んで代診で対応するパターンがある。
委員④	退院後の受診というよりも、入院していた患者が、またBPSDが出たりということで、ある一定の期間で急にまた診てくれないかという場合は、すぐ診られる状況にあるのか。
万葉クリニック	日祝はなかなか難しいが、それ以外の状況であれば、できる限り早急に対応する体制は整えている。
委員④	自宅に帰る人は少なく、どちらかという関連の介護施設に退院していくパターンが多いということだが、そうであれば、その後のフォローはかなり濃くできると思う。その方たちは、老健とかであれば、その後はどうなるのか。また、関連施設に入られる方のパーセンテージはどのくらいなのか。
万葉クリニック	<p>認知症の方は要介護1以上の方が多いので、それだけに絞ると、6.5割ほどは関連施設に退院している。残りは、法人外施設の特別養護老人ホームや住宅型有料などに退院する。</p> <p>老健施設に行った後、繰り返し入院される方は、BPSDがある程度収まっても、数か月たつともう一度BPSDが再燃して再入院される方もいる。その割合は大体2割ぐらいではないか。こちらは感覚的なデータで申し訳ないが、3か月を超えての再入院は2～3割ぐらいではないかと思っている。</p>

3.4 ④ 医療法人南和会 千鳥ヶ丘病院（山口県岩国市）

②認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬の中断による病状の悪化 ・歩き回り徘徊、妄想、暴言、暴力、介護拒否、不潔行為 ・認知症が進行して、不穏や暴力等のBPSDが消褪し、特養等の施設退院となる事が多く、その際、施設入所での環境変化からか、再び不穏等が顕著となり再入院するケースがあった。頻度はさほど高くない。
③再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)	【有】再入院。対応内容としては、薬物調整。
④再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容	<ul style="list-style-type: none"> ・通院、服薬を続けること。それができるように環境作りをする。 ・デイサービス利用。
⑤自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)	<ul style="list-style-type: none"> ・デイケア、訪問看護の利用 ・病院としては特になく、地域のケアマネジャー等をお願いすることになると思う。
⑥BPSD予防のための伴走的支援のポイント	・訪問看護の利用、家族支援
⑦退院後生活への関わりの難しい点や課題	・老々介護

(ヒアリングの主な記録)

委員②	長年入院していても、落ち着いて、施設へ退院する方はいると思う。そのときの引継ぎ、申し送りで工夫している点があれば教えてほしい。退院サマリーなどだが。
千鳥ヶ丘病院	必ず施設の方が患者に会いに来るので、そのときにご本人の状態をしっかりと口頭で伝えている。それに加えて、直近の状況等を看護サマリーでお知らせしている。
委員②	退院のときには、必ずどの患者も看護師がサマリーを書かれるが、特に認知症の方に特化したようなサマリーがあったり、他の疾患と違って、施設に退院する方に向けて何かサマリーを工夫しているところはあるか。
千鳥ヶ丘病院	全病棟同じサマリーを使っている。
委員①	地域のケアマネジャーや施設との連携というのはどうだろうか。多いほうだろうか、あまりないか。
千鳥ヶ丘病院	割とコミュニケーションは取っているのではないかと思う。法人にも老健施設が2つあるのと、介護医療院もあるので、その中で相談部会というもの

	も定期的で開催しているし、他の病院が開催する研修会などにも参加していて、ケアマネジャーや他の施設の相談員とも交流を持つようにはしている。そこで情報交換をしている。
委員①	ケアマネジャーや施設ケアマネジャーなどいろいろいるが、病院に来ることはないか。
千鳥ヶ丘病院	もちろんある。地域のケアマネジャーや包括の方が患者の受診に同行してくることもある。
委員①	退院をするときに、施設の人や家族に退院計画を詳しく書いて、在宅の人でも使える手引書みたいなものをつくろうかと思うが、在宅に退院する人は少ないというところが多いが。
千鳥ヶ丘病院	在宅はほぼいない。精神科の病棟であれば自宅に帰られる方はいるが、認知症の方が自宅に帰ることはなかなかない。家族が自分が大変だったことを覚えているので、これ以上は対応できませんと言われて、施設を希望される方が結構多い。

【書面回答のみ】

3.5 ㊦ 医療法人五風会 さっぽろ香雪病院（北海道札幌市）

<p>㉑ 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)</p>	<p>施設などに退院して環境や人の変化で、日常ケアに対する易怒性や不潔行為(排泄が分からなく)などが多い。また、自宅退院では不眠により夜の徘徊で自宅から出ていくことがある。</p> <p>再入院すると、症状が軽減しているケースも多いので、環境や人の変化の影響も大きい場合もあるのでは。</p> <p>内服管理について、自宅に戻っても高齢同士で内服管理が難しく、訪問看護やデイケアなどのサポートシステムを提案するも、家族(高齢の夫や妻)が拒否をし、継続した内服ができず症状が悪化しているケースもある。</p>
<p>㉒ 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)</p>	<p>【有】 上記の状況が多く、早目に外来受診をしていただき、頓服処方や内服調整。看不られるときは、再入院を調整。また、24時間電話対応ができるようにしており、症状が悪化し朝まで看ることが困難な時は、夜間帯も当直医で診察できるようになっている。また、家族が自宅で頑張りすぎて疲労の場合もあるので、再入院後退院時にサポート体制を提案している。</p> <p>入院中に退院前カンファレンスを行い、他部署や外来、サポート箇所(訪問看護やデイケア)も入り、退院後の再燃・再入院のリスクを考え予防できるように実施している。</p>
<p>㉓ 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・定期通院の促しや、入院後、症状が安定し精神科ではなく訪問診療など身体科のみでフォローを受けるようになった患者には、患者家族や施設職員に病状悪化時には受け入れするため早期相談を案内している。 ・外来看護師が(退院後の初回受診前に限るが)、体調変化がないか確認の連絡をとっている。
<p>㉔ 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)</p>	<p>自宅退院前に、看護師、精神保健福祉士等で本人と自宅に訪問し、退院に向けて自宅の整理や清掃、退院後の生活に必要な物品の確認など行っている。また症状の増悪などにより失われた家族との信頼関係の修正や、家族の不安を取り除くためICやカンファレンス、本人、家族への疾病教育を行っている。介護保険申請にあたり、ケアマネジャーの紹介や退院後も担当ケアマネジャーと退院後の生活状況について確認を行い、本人を支援している訪問看護などと情報共有を図っている。相談についても病院では365日24時間相談に応じることが出来る体制を敷いている。</p>
<p>㉕ BPSD 予防のための伴走的支援のポイント</p>	<p>本人の変化に早期に気づけるよう、本人以外にも関係者や家族からのアセスメントを行う。また、情報提供があった際には些細と思われることでも、身体的な変化も含め医師との情報共有をしていくこと。</p>

①退院後生活への関わりの難しい点や課題	施設に入居してしまうと、訪問診療などが入り症状が見えにくい。病院の位置する土地柄として、核家族が多く家族内で何とかサポートを続け、限界になってから相談が来るため、早期の介入に課題を感じている。また、本人のみならず家族内、もしくはキーとなる家族が精神疾患を抱えているなど、世帯で複合的な課題を抱えていることもあり、家族との関係性作りや家族を支援に繋げる場面で苦労することがある。
---------------------	--

3.6 ④ 医療法人青仁会 青南病院（青森県八戸市）

<p>㉔ 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)</p>	<p>不穏、興奮、歩き回り、拒否・拒絶</p>
<p>㉕ 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)</p>	<p>【有】 外来受診日の再調整、再入院調整等</p>
<p>㉖ 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容</p>	<p>服薬治療の継続、規則的な生活の維持、地域支援サービスの活用</p>
<p>㉗ 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)</p>	<p>【有】 退院前訪問指導、ケア会議、介護保険サービス調整</p>
<p>㉘ BPSD 予防のための伴走的支援のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬、対応方法含めた疾病教育 ・家族会や認知症カフェなどの情報提供
<p>㉙ 退院後生活への関わりの難しい点や課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回随時対応型訪問介護・看護などの24時間対応型サービス事業所が少なく、結果入院が増える ・入所施設の受け入れも少なく、費用も高い

3.7 ① 医療法人回生会 秋田回生会病院（秋田県秋田市）

<p>㊤ 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・暴言、暴力 ・介護抵抗 ・大声を出す ・家から出ていこうとする
<p>㊦ 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)</p>	<p>【有】 家族やケアマネジャーからの相談を受け、医師に相談し、受診につなげる。</p>
<p>㊧ 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容</p>	<p>状態悪化時には早めの受診をすすめる</p>
<p>㊨ 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)</p>	<p>【有】 訪問看護の導入、外来受診時の声掛け、状態悪化時等何かあった際には相談して欲しいと伝えている。</p>
<p>㊩ BPSD 予防のための伴走的支援のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の気持ちに寄り添った声かけ ・家族の不安や介護負担の軽減を図れるような助言を行い、患者にゆとりを持って接することが出来るような支援 ・ケアマネジャー、他機関との連携
<p>㊪ 退院後生活への関わりの難しい点や課題</p>	<p>他に親族がいない高齢者単身世帯の方の支援 → 状態悪化時にいち早く発見することが難しい 受診時、ご本人の状態を詳しく医師に伝えられる人がいない</p>

3.8 ㊦ 特定医療法人大慈会 三原病院（広島県三原市）

<p>㉓ 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)</p>	<p>歩き回り、不眠(訴え)、介護抵抗</p>
<p>㉔ 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)</p>	<p>【有】 外来受診、又は入院での対応となる。</p>
<p>㉕ 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の方の対応方法を伝える。 ・ピアサポートの参加を勧める。 ・アセスメントし、利用可能なサービスの導入にて、本人、家族の負担を軽減する。
<p>㉖ 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当院デイケアの利用にてフォローする。 ・気軽に参加できる家族会を提供する。家族が対応することで、本人も穏やかに過ごせる可能性が高い。
<p>㉗ BPSD予防のための伴走的支援のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の不適切な対応によるBPSDの悪化を防止できるよう一緒に考える。(理想) ・無理をせず、早めの受診を勧める。
<p>㉘ 退院後生活への関わりの難しい点や課題</p>	<p>当院は認知症関連の施設・事業所がないため、フォローが難しく、連携が困難な状況。</p>

3.9 ① 医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院（佐賀県嬉野市）

<p>㉔ 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごと)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・予想される頻度の高いBPSDは、記憶、見当識障害に伴う不安や焦燥、歩き回り、理解や判断力の低下に伴う不潔行為などが考えられる。 ・自宅へ退院された患者はここ数年間ほとんどなく、施設への退院となっている。退院後は、歩き回りや介護拒否、易怒性の再燃、服薬拒否、不潔行為などの症状出現が頻度としては高いのではないかと思う。
<p>㉕ 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・この3年間、再燃による再入院はない。 ・施設への退院後の再入院はここ数年間あまりみられないが、過去に症状の再燃による再入院が数名あった程度。自病棟では、入院による環境調整、薬剤調整や服薬管理などを再度行い、症状の緩和を目指している。
<p>㉖ 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬の管理を徹底するために、飲み忘れや自己判断での中止が無いように、家族（介護者）が協力して管理を行う。 ・関わり方として否定や訂正をするような言動は避け、共感と受容に心がける。また、複数の指示を出すことで混乱しやすく、不安、焦燥へ繋がる可能性があり一度に複数の指示は出さないように心掛ける。不安や混乱がある場合には、安心できるような言葉掛けを繰り返し行う。 ・環境面では、ベッドやトイレ、家具などの配置を頻繁に変えることで混乱しやすくなるため、出来るだけ変更しないようにする。 ・自宅での生活リズムについても、食事の時間や就寝時間、起床時間等出来るだけ生活リズムを崩さないように努めていくこと。 ・自宅への退院はほぼ無い為、家族への助言の実施もないが、助言を行う場合は、服薬管理の徹底、否定しないような関わり方、問題があった場合の連絡先などの指導は必要になると考えられます。
<p>㉗ 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・3年間で自宅への退院患者は2名だったが、遠方在住の方であり退院後に直接関わりがない状況だった。その為、診療情報提供書や看護サマリーにおいて支援方法の情報提供を行うまでの関わりで終了している。 ・自宅退院者はほとんどないので、病棟からの支援は実施していない。外来通院されると思うので、外来看護師が対応することになる。
<p>㉘ BPSD 予防のための伴走的支援のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・BPSDに対する入院中の対応方法について、具体的な内容で情報提供を行う。 ・家族と本人との関係性の維持、生活リズムの安定化、体調の変化についての把握、環境の変化を避けることが必要になっていくと思われる。
<p>㉙ 退院後生活への関わりの難しい点や課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・3年間で自宅退院された認知症患者は2名のみで、ほとんどが施設へ退院している。自宅退院された患者も退院後は他の施設のサービスを受けており退院後生活への関わりはない。施設退院の患者も、紹介状や看護

	<p>サマリーで情報提供を行うのみで、病棟からの退院後生活への関わりは実施していない。退院後に外来受診や関連施設利用があれば、また、メールや電話での関わりが可能とは思われるが、現状ではソーシャルワーカーや看護師の人員不足もあり病棟における退院後生活への関わりは難しい。</p> <ul style="list-style-type: none">・退院後は家族の介護負担の大きさ、見守りの不足、看護・介護サービスの拒否などが課題として挙げられる。
--	---

4 ヒアリング調査考察

(1) 退院患者に予想される頻度の高いBPSDとその要因

ヒアリング調査の結果、退院後に多く見られる症状は以下の通り分類される。

①攻撃性・興奮(易怒性、暴言、暴力、介護抵抗)

最も頻度が高く、かつ介護継続を困難にする要因である。特に入浴や排泄介助といった日常的なケアの場面で「抵抗」として現れることが多い。これらは、施設への入所など「環境の変化」や「関わる人の変化」により、本人の不安が亢進することで引き起こされる。

②行動異常(歩き回り、不眠、不潔行為)

自宅退院者においては、夜間の歩き回りや昼夜逆転、排泄の場所が分からなくなる不潔行為などが目立つ。特に不眠に伴う夜間の外出は、安全確保の面から家族の精神的・肉体的負担を急激に増大させる。

③心理症状(不安、焦燥、妄想、意欲低下)

環境への適応がうまくいかない場合に、強い不安や焦燥感、あるいは「盗まれ妄想」などが生じる。一方で、意欲低下(アパシー)については、介護負担としては認識されにくい、表面化しにくいという特徴がある。

(2) 再燃・再入院の現状と医療機関の対応実態

多くの病院が「再燃による再入院は一定数存在する」と回答している。その背景には、以下のような実態がある。

○早期介入の仕組み

症状が悪化した際、まずは外来での薬剤調整や頓服薬の処方に対応する。しかし、外来での対応が困難なほど興奮が強い場合や介護者が限界に達している場合は、即時の再入院を受け入れている。

○24時間バックアップ体制

一部の病院では、24時間の電話相談窓口を設置しており、夜間当直医による緊急診察体制を整えている。これは、施設や家族にとっての「安心の砦」として機能している。

○多職種連携による予防

退院前に「退院前カンファレンス」を実施し、訪問看護、デイケア、ケアマネジャー等が参加することで、退院直後のリスクを共有し、予防策を講じている。

(3) BPSD 再燃防止のための具体的な助言とポイント

専門医や病棟スタッフが、家族やケアマネジャーに対して行っている助言の要点は以下の通りである。

①服薬管理と医療連携

BPSDの安定には適切な薬剤使用が不可欠である。特に自宅退院の場合、高齢の配偶者が内服を管理できず、服薬中断から急激に悪化するケースが多い。そのため、訪問看護の導入による確実な管理が推奨している。また、症状の変化を感じた際に「早めに専門医を受診する」ことの重要性が強調されている。

②生活リズムの構造化

食事、睡眠、起床の時間を一定に保つことは、認知症患者に安心感を与える。日中に太陽の光を浴びる活動を取り入れ、昼夜逆転を防ぐことが、夜間の不穏予防に直結する。

③コミュニケーションと環境の調整

○接し方の工夫

本人の訴えを否定せず、共感的な態度で接すること。一度に複数の指示を出すと混乱を招くため、簡潔な声掛けを心掛ける。

○物理的環境の維持

退院直後は家具の配置やトイレの場所などを変更せず、入院前と同様の環境を整えることで、本人の見当識障害による不安を軽減させる。

(4) 退院患者に対する伴走的支援の課題

調査を通じて浮き彫りになったのは、「自宅退院者が少なく、多くが施設退院である」という現状である。

○退院による支援の断絶：病院の診療報酬体系やシステム上、退院後の患者に対して病棟スタッフが継続して関わる(アウトリーチする)ことは困難である。多くの場合、診療情報提供書を送付した時点で病院の関わりは終了し、以降は地域のケアマネジャーや訪問診療医に委ねられる。そのため退院時に作成される診療情報提供書や看護サマリーが非常に重要になる。

○家族の受容と拒否：介護サービスの利用を提案しても、家族が「まだ大丈夫」「他人に家に入られたくない」と拒否し、結果として内服管理ができずに再入院となる悪循環が見られる。そのため退院時のケアマネジャーの適切な関わりへの支援が必要である。

(5) 施策的な要望と今後の展望

現場の医療従事者からは、以下の施策的な要望が挙げられた。

①24時間対応サービスの拡充

家族のレスパイト(休息)を目的としたショートステイや、夜間対応型サービスの充実。

②専門職間の情報共有の簡素化

病院でのBPSD対応のノウハウを、施設職員や地域のヘルパーが容易に参照できる仕組みづくり。

③伴走的支援への評価

病院スタッフが退院後も一定期間、地域での生活を見守る(訪問や電話相談を行う)こと仕組みづくりの検討。

(6) 結びに代えて

BPSDは単なる症状ではなく、患者を取り巻く「環境」や「関わり」の結果として現れるものである。病院が持つ専門的な知見を、退院後にいかに地域のリソースへと継承していくかが、再入院を防ぐ鍵となる。今後は、医療と介護の「点」の関わりを、24時間の相談体制やICTを活用した情報共有による「線」の支援へと進化させていくことが求められる。

IV ご家族と介護スタッフのための

「認知症の人の退院後の暮らしを守る手引き」
— BPSDの再発防止と早期発見のポイント —
の作成

IV ご家族と介護スタッフのための「認知症の人の退院後の暮らしを守る手引き」 — BPSDの再発防止と早期発見のポイント — の作成

1 目的・構成等

(目的)

BPSDの予防、特に退院時・退院後の生活に着目した精神科病院を対象としたアンケート調査およびヒアリング調査において得られた情報等に、精神科病院の専門的医療の立場からの知見・経験を加味し、“日常生活における困りごと”を切り口としたBPSDの再燃やそれに伴う再入院の予防のための情報を中心に、事業において設置した検討委員会による検討により、「ご家族と介護スタッフのための『認知症の人の退院後の暮らしを守る手引き』—BPSDの再発防止と早期発見のポイント—」を作成した。

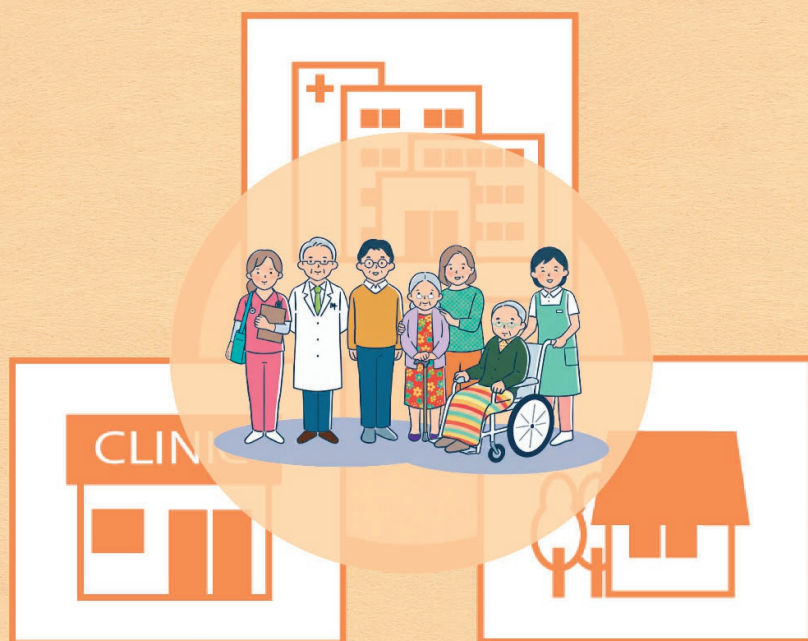
入院時から退院後まで一貫してBPSDを予防し、認知症の方々が質の高い生活を送れるよう、医療・介護現場のみならず在宅療養においても精神科専門医療がどのように関わるべきであるかについて、具体的な手引き等として取りまとめ、広く周知することで、地域全体で認知症の方々を支える体制の強化に貢献する。

(構成等)

手引きは、在宅の家族等介護者や施設スタッフが手に取りやすく、また、日常生活上で起こりうる「困りごと」に着目した分かりやすい構成、早期発見のポイントや対応のコツ等の要点を簡潔に整理等の観点から、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、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。

ご家族と介護スタッフのための
**認知症の人の
退院後の暮らしを守る手引き**
－ BPSDの再発予防と早期発見のポイント－



公益社団法人 日本精神科病院協会

認知症の行動・心理症状(BPSD)は 本人からの「助けて!」のサイン

BPSDとは、認知症の人が不安や混乱を行動や気持ちの変化として表している状態です。

認知症ケアでときどき遭遇する「生活上の困りごと」は病気により低下した脳のはたらきや BPSD と関連した症状かもしれません。



精神科病院は心の病気を専門とし、認知症の人の精神症状の原因を探ったり、心理的に働きかけたり、リハビリテーションを行ったり、必要に応じて薬を使った治療をすることで、認知症の症状を治したり和らげたりして健やかな日常を取り戻すお手伝いをします。

いくつかの典型的な「認知症あるある…」の場面ごとに、その原因・早期発見のポイント・対応のコツについて学びましょう。



治療は薬だけじゃない！

退院後の療養生活を支える精神科医療とは

認知症の行動・心理症状(BPSD)が悪化すると入院が必要になることもあります。

入院期間では必要な治療や環境調整を行うことはもちろん、退院後の療養生活においてBPSDによって再び入院することがないように準備していきます。退院後の療養生活でも専門的医療の立場から関わりをもち、伴走支援をしていきます。

相談できる精神科があれば安心！

退院後の外来フォロー

- ◎退院後の生活に合わせて薬を微調整
- ◎BPSDの再燃予防
- ◎「症状が出てから」でなく予兆段階で介入

薬を減らしたいけど勝手に減らせない！

薬物療法の“出口戦略”支援

- ◎向精神薬の必要最小限化
- ◎日中傾眠・転倒・嚥下低下への配慮
- ◎内科薬との相互作用チェック

家族が安定すれば患者さんも安定！

家族支援・心理教育

- ◎「どうしてこうなるの？」疾病理解
- ◎介護疲れ・罪悪感の軽減
- ◎介護限界の見極め支援

「治す」より「つきあい方」を教える！

施設向けコンサルテーション

- ◎妄想→否定しない関わり方
- ◎易怒性→環境調整・声かけの工夫
- ◎夜間不穏→薬より生活リズム調整

結局誰に相談すればいいの？

多職種連携のハブ機能

- ◎精神科病院がつなぎ役になると心強い
 - ・施設
 - ・かかりつけ内科
 - ・ケアマネジャー
 - ・訪問看護

困ったらここに電話すればいい！

急性増悪時の相談・再入院

- ◎「最悪の場合、すぐ受けてくれる」
- ◎状態悪化時の事前相談→緊急受診

結果として本人・家族・施設のすべてを守る！

落ち着きがない、大声を出す、家から出ていこうとする

〔自宅〕 家のトイレの場所がわからず歩き回る。

知らないうちに玄関から出て行ってしまう。

〔施設〕 夕方になると「家に帰らないといけない」「迎えが来る」と言って
そわそわと歩き回る。

“夕暮れ症候群”のメカニズム

- ① 体内時計(概日リズム)の障害: 夕方になると覚醒レベルの調整がうまくいかなくなる
- ② 環境変化による不安感: あたりが刻々と暗くなっていく変化、影が増えること、職員の交代や家族の帰宅などでザワザワし始めること
- ③ 見当識の悪化: 今がいつで、どこにいるかの感覚が不透明になり不安感が増強

早期発見のポイント

- 1 発生の時刻や状況に注目 …15~17時頃に出現/日没が早まる秋・冬
◎同じ質問を何度もする/◎時計や窓を気にし始める「そろそろ帰らないと」
- 2 不安・焦燥の“軽い変化”…興奮より不安が先行
◎そわそわと何度も立ち上がる/◎キョロキョロ周囲を見る/◎表情が硬くなる
- 3 見当識のズレの兆候 …時間感覚の崩れ
◎今日の日付や予定を確認し始める/◎夕食や入浴の流れが分からなくなる
- 4 夕方特有の刺激
◎薄暗くなり影が増える/◎職員交代・家族の帰宅でザワザワ
◎音に敏感になる「うるさい!」

夕方になると
少し落ち着かなくな
る時点で
要注意!

対応のコツ



① 感情を受け止める声かけ

「不安になりますよね」
「気になりますよね」
「落ち着かない感じがしますか」

内容より感情に同調

② 興味を引く提案を選択肢で

「お茶にしますか?
お水にしますか?」
「こちらに座りますか?
窓際にしますか?」

自己決定感が安心感に
つながる

③ 気をそらすのではなく

「一緒に移る」

「少し明るいところに
行きましょうか」
「一緒にお茶の準備を
手伝ってもらえますか」

命令形は不安を増強

困りごと

突然怒ったり、悪態をついたりする、叩いたり・つねったりする

不機嫌で意固地になる。
大声を上げたり、いじわるな言動を繰り返す。
物を壊したり、人に暴力を振るったりする。

易怒性のメカニズム

- ①前頭葉のはたらきの低下：感情や衝動をコントロールして我慢することが苦手になる
- ②扁桃体・辺縁系の活発化：不安や恐れ、怒り等の感情が過敏になり、被害的で疑い深くなる
- ③神経伝達物質の変化(セロトニンの低下・アセチルコリンの低下・ドーパミンの異常)により感情のゆれが大きくなる
- ④睡眠不足、からだの痛み、空腹感、尿意、便意など体の不快感が原因になることもある

早期発見のポイント

- 1 表情の変化…声を荒げる前に表情が変わる
◎眉間にしわが寄る/◎口を一字に結ぶ/◎視線が鋭くなる/◎無表情になる
- 2 声の質の変化に注目…内容よりトーンとリズム
◎声が低くなる/◎言葉が短くなる/◎語尾が強くなる/◎返事が「うん」「はあ?」だけになる
- 3 所作が荒く・速くなる…怒りが体からでる
◎物を乱暴に置く/◎ドアを強く閉める/◎頻回に立つ
- 4 拒否が増える…暴言より先に“拒否”がでる
◎「いい」「いや」「あとで」
- 5 不公平感・被害感の芽…怒りの正体は“不満と不安”
◎「なんで私だけ」「あの人ばかり」「ちゃんとやってくれない」

表情→声→
動作→拒否
と進行し悪化

対応のコツ

①まずは共感

「それは嫌な気持ちになりますよね」
「びっくりされましたね」
怒りを止めるより理解を示す

②否定や訂正をしない

「そう思われたんですね」
「教えてください」
ありがとうございます

③行動を促すときの言い方

「一緒にやりましょうか」
「今はここまで大丈夫ですよ」
「一緒に」「ゆっくり」が合言葉

④怒りが強いとき

「ここは少し静かですね」
「席を替えてみましょうか」
気分転換や環境調整を誘導



困りごと

同じことを何度も聞く、 同じ行動を繰り返す

5分もせずに同じ質問を繰り返す。状況に関わらず同じ行動。

- ① 短期記憶障害：認知症では古いことは記憶していても、新しいことから忘れていく。自分の発言や行動したことの記憶が保てないことで、同じ質問を繰り返すことになる。
- ② 常同行動：目的なく同じ行動や言葉を何度も繰り返してしまう状態。

早期発見のポイント

- 1 回数より間隔に注目
 - ◎同じ質問が10分→5分→数分と短縮/◎行動の間に考える間がなくなる
- 2 内容が事実確認から安心確認に変わる
 - ◎「今日は何日?」/◎「今から何するの?」/◎「大丈夫?」「帰れるよね?」
- 3 表情・声の変化を伴い始める
 - ◎眉間にしわ・声が強い・相手の返事を待てない
- 4 行動が「目的あり」から「意味不明」へ
 - ◎正常→戸締り確認(理由が説明できる)
 - ◎早期→同じ場所を行ったり来たり/◎進行→開け閉めを止められない
- 5 訂正や説明で止まらなくなる
 - ◎早期→説明を聞いて一旦納得/◎進行→説明してもすぐに再開



繰り返しは
「安心探しの行動」

対応のコツ

- ① 否定・訂正・説得をしない
 - ×「ざっさも聞いた」
 - ×「何回言えばわかるの」**不安で再確認が増える**

- ② 同じ答えを
同じ言い方で繰り返す
毎回、言葉や声のトーンを一定に
職員・家族間で統一した対応
「今日は○曜日、
今はここで大丈夫です」

- ③ 言葉と視覚で補強
メモ・ホワイトボード
カレンダー・時計
「ここに書いてありますね」
(指さし)

- ④ 行動を適正な形にアレンジ
歩き回る
→一緒に短距離の散歩
開け閉め→「確認係」に任命
同じ質問→「一緒にチェック」

- ⑤ 介護者が疲れたら距離をとる
別の人に交代
介護者の疲労が伝わる

困りごと

ものを盗られたなどと妄想にこだわる

お金・財布を盗られた。

他には、ご飯や薬に毒が入っている。配偶者が不倫をしているなど。

もの盗られ妄想の原因

記憶の欠落や誤認のために、自分で置いた場所を忘れて「物がなくなった」と不安に感じるものが起点。失われた能力を補おうとしても、柔軟に考えることができず、被害感情や猜疑心に歪められ、思い込みを修正することができないため妄想となって表れる。

早期発見のポイント

- 1 「探し物」が増える…まだ他人を疑っていない
◎「どこに置いたかな？」を繰り返す。同じ場所を何度も確認
- 2 不安の言葉が出る…被害感ではなく不安が先行
◎「無くなると困る」「誰か触った？」
- 3 保管行動の変化…記憶低下を補おうとする
◎財布や通帳を普段と違うところに隠す、または持ち歩く
- 4 特定の人への警戒心…人と出来事がリンク
◎「あの人さっき何してた？」
- 5 訂正に対する反応が変化…妄想化のはじまり
◎説明すると不機嫌に
- 6 記憶の穴を埋める“確信”…妄想固定化
◎「確かにここにあった」「自分は覚えてる」
- 7 被害の範囲が広がり始める…妄想の物語化
- 8 本人のプライドの揺らぎ…責めると一気に悪化
◎自尊心を守るための説明

物盗られ妄想は「記憶障害+不安+自尊心防衛」から

対応のコツ



①まず「気持ち」を受けとめる

「それは心配ですね」
「大切な物だから不安ですよ」
「一緒に確認しましょう」

事実より感情に同調

②探す行為を“共同作業”にする

一緒に探す。見つかったら「良かったですね」と安心を強化

対立関係をつくらない

③保管場所を

本人と一緒に決める
本人の納得が重要
写真・ラベルで可視化

認知症の人の在宅療養生活を支える皆様に向けて 伴走者である精神科病院から

家族介護者へのメッセージ

- ◆ 住み慣れた我が家に戻るのが一番
- ◆ でも退院直後は環境変化によって不安や混乱が起こりがち
- ◆ 起床・食事・服薬・就寝などの生活リズムをなるべく一定に保ちましょう
- ◆ 病院は、退院後もご本人とご家族を支える存在です
- ◆ 認知症への対応に困ったらまず相談しましょう
- ◆ 一人で抱え込まず、家族・支援者・医療機関に相談して、みんなで支えるのがこれからの認知症支援です



施設スタッフへのメッセージ

- ◆ 認知症は病気ですから医療は味方です
- ◆ 配置医師、嘱託医にかぎらず、退院した精神科病院のスタッフもチームの一員
- ◆ 施設と精神科病院で息の合った連携が、本人・家族にとって最適の支援につながります



精神科病院 のお役立ち ポイント

- ①変化を予測する
- ②相談を受ける
- ③かかわり方を一緒に考える
- ④最悪を回避する

精神科病院 との連携の コツ

- ◎退院後も情報連携などでつながりを保ちましょう
- ◎認知症の人の精神科受診は「最後の砦」とするより「早めの相談」がうまくいきます



この「手引き」は、下記のURLまたは右のQRコードからダウンロード可能です。
https://www.nisseikyoo.or.jp/about/hojokin/2025_rouken.php



令和7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）
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

ご家族と介護スタッフのための 認知症の人の退院後の暮らしを守る手引き

公益社団法人 日本精神科病院協会
令和8年3月

V 総括（提言）

V 総括

令和7年度厚生労働省老人保健健康増進等事業のテーマは、令和6年度と同様の「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」である。令和6年度の調査結果では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）に入院することで早期にBPSDは軽減あるいは改善され、多くの認知症の人は在宅や施設に退院することができていた。認知症臨床専門医をはじめ看護師、精神保健福祉士（PSW）、作業療法士、管理栄養士、薬剤師等の専門スタッフによる多職種連携が大きな役割を果たしていた。

令和7年度では退院計画のあり方に焦点を当て、さらなる検討を行った。入院時から退院後まで一貫してBPSDを予防し、認知症の人が地域の中で質の高い生活が送れるように、在宅・介護現場においても精神科病院が持つ専門的な知見を退院後にいかに地域の資源へと継承していくかについて調査研究を行った。情報共有や伴走的支援のあり方を検討することで激しいBPSDを予防し、精神科病院への再入院を低下させていた。

- 1) 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577施設にアンケート調査を行った。回答率は13.0%(75施設)と低い値であったが、認知症の人のデータは351名であった。令和6年度よりの継続事業であり、選定対象者を絞り込んでいたので統計技術上は充分である。
- 2) 診療科目は100%精神科であり病床規模は100～200床未満が30.7%と最も多かった。精神科病院における多職種が入院から退院まで関わりを持ち対応していた。
- 3) 「退院計画」の策定は入院早期より行われ、62.8%が1ヵ月以内に実施されていた。主にPSWや看護師が担当していた。退院後の生活で予想される出現頻度の多いBPSDは、易怒性、歩き回り・不穏、妄想等であり入院時の症状とほぼ同症状の再燃が危惧された。
- 4) 精神科病院に入院する認知症の人の年齢は高齢化が目立ち、今回の調査でも退院した人は75～84歳（40.2%）、85～94歳（40.7%）が多く、この2つの年齢層で約80%を占めていた。自宅からの入院が78.9%と最も多かったが、そのうちの80.3%の人は6ヶ月未満で退院している。入院の主な目的は「BPSDの対応」が最も多く、次いで「認知症の治療」、「薬剤調整や管理」、「介護者のレスパイト」であった。
- 5) 入院中のBPSD対応では「薬剤調整・薬物療法」が最も多く、「生活調整」、「環境調整」、「非薬物療法」と続いた。多職種チーム医療を行うことにより6ヶ月未満で約80%の改善・やや改善が見られた。退院後の在宅や介護施設では病院と同様の対応をすることができないため、精神科病院では多くの医療資源を利用し、介護資源との連携を行っていた。
- 6) 入院中から退院に向けてのカンファレンスに家族・担当ケアマネジャー等に参加してもらうことは重要である。退院後の規則正しい生活、服薬管理、訪問看護、訪問診療・通院等により早期に生活上の変化に気づくことができた。特に退院後の1ヶ月間の関わりは重要であり、家族やケアマネジャーとの連携を取り、薬物療法の継続、服薬助言・指導を行うことは有効であった。しかし、このような対応を積極的に行っても再入院するケースは少なからず認められ、その可能性は40.5%であった。逆に約6割の認知症の人は再入院することなく在宅や施設等で生活を送ることができている。

[提 言]

認知症の人のBPSDの出現は意欲低下等を加えるとほぼすべての人に出現するものと考えられる。介護保険制度が施行されて26年が経ち高齢者を支える最も重要な制度となったが、BPSDを強く伴う認知症の人の対応には認知症治療の専門医療機関(精神科病院等)での通院・入院加療は重要である。

- ① 入院早期より退院支援カンファレンス等に家族や介護関連の人にも参加してもらい専門知識や知見を共有する。
- ② かかりつけ医に診療情報提供書や看護サマリーを出すだけでなく、退院後の病状確認として服薬の助言・指導等の薬物療法の継続、さらに拒薬をはじめ生活上の変化等に対し伴走的な支援を行う。
- ③ 認知症専門のデイケアや訪問看護は有効であり、精神科への再入院を抑制する。ADLの低下による介護負担に対してはレスパイト入院を行う。
- ④ 在宅や施設等の生活で出現頻度の高いBPSDは「易怒性」、「歩き回り・不穏」、「妄想」であった。家族や施設職員はすぐに薬で何とかしようとするのではなく、日頃より認知症専門医療機関と連携を取っておくことが重要である。医療機関側も入院歴や退院歴のある認知症者の対応を迅速に行う必要がある。一部の病院では24時間電話相談窓口を設置しているところもあった。
- ⑤ 食事、睡眠、起床時間、日中の活動等の生活リズム、居住空間の環境を整えること、身体合併症のコントロールを行うことはBPSDの発現予防として重要である。

精神科医療に偏見を持っている人はいまだに多い。精神科の敷居を低くし、家族や施設の人が相談しやすい医療機関にならなくてはならない。電話相談や訪問診療、オンライン診療等さらに発展させていかなければならない。専門医療機関と家族や介護施設等の連携を強め、情報共有を進めることでBPSD発現が予防され、たとえ増悪しても再入院を抑制することが明らかになった。認知症本人、家族の人にとっても大変有益なことである。

VI 資料編（調査票等）

VI 資料編

- ◎ 退院計画および退院後の関わりに着目したBPSD予防の見地からの取組に関するアンケート調査
調査票

- ◎ ヒアリング調査(共通質問) 事前調査票

退院計画および退院後の関わりに着目した BPSD 予防の見地からの取組に関するアンケート調査

会員番号 (4桁数字) 病院名

回答ご担当者名 職種

連絡先 電話 メール @

1 病院の基本情報

(1) 診療科目

- 1 精神科 2 内科 3 脳神経内科 4 脳神経外科 5 心療内科
 6 その他

(2) 許可病床数

許可病床数	<input type="text"/>	床
精神病床	<input type="text"/>	床
一般病床	<input type="text"/>	床
療養病床	<input type="text"/>	床
結核病床	<input type="text"/>	床

(3) 専門職配置

医師	認知症の診療を担当する医師（常勤）	<input type="text"/>	人
看護師	認知症の看護に関する認定 [※] を受けた看護師	<input type="text"/>	人
<small>※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</small>			
精神保健福祉士		<input type="text"/>	人
心理職（公認心理師、臨床心理士）		<input type="text"/>	人

2 入退院患者の状況（精神病床について）

(1) 2025年10月1日現在の入院患者の状況

- ① 10月1日現在の入院患者数 人
- ② うち、認知症患者数 人
- ③ 認知症患者（②）の入院期間別の人数（10月1日までの期間）
- ① 6カ月未満 人
- ② 6～1年未満 人
- ③ 1年以上 人
- ④ 認知症の入院患者の入院前にみられた「日常生活上の困りごと」別の人数
（入院前所在地を問いません。複数に当てはまる場合は、それぞれにカウントしてください）
- ① 落ち着きがなくなり、大声を出す・家から出ていこうとする 人
- ② 不潔行為（排泄失敗や失禁を隠す、壁やタオルに排泄物をつける） 人
- ③ 同じことを何度も聞く、同じ行動を繰り返す 人
- ④ 物を盗られたなどと妄想にこだわる 人
- ⑤ 夜中に何度も目を覚ます 人
- ⑥ 何もする気力がない・サービスに行きたがらないなど、意欲の低下がみられる 人
- ⑦ 外出して戻れないことがある 人
- ⑧ 突然怒ったり・悪態をついたりする、叩いたり・つねったりする 人
- ⑨ 性的な要求や行動をとることがある 人

(2) 2025年4月から9月末までの退院患者の状況

- ① 4～9月の認知症の退院患者数（入院日・入院期間を問いません） 人
- ② 退院先所在地別の人数（上記①の内訳）
- ① 自宅 ※自宅に退院した認知症患者について、3の設問に回答してください 人
- ② 自宅以外 人
- （内訳）
- i 医療機関（転院の場合） 人
- ii 介護保険施設（特養、老健、介護医療院） 人
- iii i・ii以外 人
- iv 不明 人

3 認知症の退院患者に対する取組について（主に前問(2)①①自宅への退院患者にかかる取組）

(1) 退院計画策定に関する取組

① 退院計画策定期間について

① 入院後 1 ヵ月以内

 人

② 入院後 1 ヵ月超

 人

② 退院計画の策定・退院支援の中で BPSD 予防（再燃・再入院予防）に関して、**重要と**考えていること、**重点を**おていることを記入してください

③ 退院計画策定・退院支援において BPSD 予防（再燃・再入院予防）に関して、**難しい**と思うこと、**課題**と感じていることを記入してください

(2) 退院後の退院患者の在宅生活への関わり（退院後概ね 1 ヵ月間（満たない場合を含む）について）

① 認知症患者の退院後概ね 1 ヵ月間※における関わり（支援の取組等）の有無

（下記のうち、関わりがあるもの **✓** を入れ、「あった」場合は **主な内容を簡潔に**記入してください）

再診（緊急含む）

関わりがあった



投薬の継続

関わりがあった



家族からの相談

関わりがあった



ケアマネジャー等からの相談

関わりがあった



再入院

関わりがあった



その他

関わりがあった



② 上記のいずれの関わりもなかった場合、その主な理由・原因を記入してください

③ 退院患者の退院後生活への関わっていくこと（支援の取組）について、課題と感じていることを記入してください

施設票は以上です。次シート（退院患者個別票）に進み回答してください。よろしくお願いいたします。

【退院患者個別票】 退院計画および退院後の関わりに着目したBPSD予防の見地からの取組に関するアンケート調査

○2025年4～9月に自宅に退院した認知症患者について、退院時期が基準日（10月1日）に近い方から最大10名を挙げて回答してください。

○「⑤退院後」の設問は、退院後1カ月に満たない場合でも、回答日現在の状況で回答してください。

①基本情報				②入院時		③入院中（治療・調整）				左記の困りごとについての変化		
No	年齢階級	認知症診断	入院前所在地	入院期間	入院の主な理由	入院前の生活上の困りごと（主なもの）	左記の困りごとなった主なBPSD	入院中の主な対応			→✓を入れた項目の具体的な対応内容（必要に応じて記述）	
		(1つ選択)			(1つ選択)	(主なものを1つ選択)	(1つ選択)	生活調整	環境調整	非薬物療法	薬剤調整・薬物療法	
1	1 40歳未満 2 40-64歳 3 65-74歳 4 75-84歳 5 85-94歳 6 95歳以上	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 自宅 2 医療機関(入院) 3 介護保険施設 4 1～3以外	1 6か月未満 2 1年未満 3 1年以上	1 認知症の治療 2 BPSDの対応 3 薬剤調整や管理 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 落ち着きがなく、大音を出す・家から出ていこうとする 2 不潔行為（排泄失敗や失禁を隠す、壁に排泄物をつけるなど） 3 同じことを何度も聞く、同じ行動を繰り返す 4 物を盗られたなどと妄想にこだわる 5 夜中に何度も目を覚ます 6 サーズに行きたがらない、何もする気がおきない など 7 外出して戻れないことがある 8 突然怒ったり、悪態をついたりする、叩いたりつねったりする 9 性的な要求や行動をとることがある 10 その他	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	一定の生活リズムの保持・調整や、食事・睡眠・臥床等について調整を指します	院内設備や病室・居室内の表示や配置、動線などの調整を広く指します	認知刺激療法、運動療法、音楽療法、回想療法などを指します	薬剤の種類や量の調整・見直しなどを指します	薬物の追加を含みます
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

(別紙)

ヒアリング調査 共通質問につきまして

貴院の状況についてお伺いしたく、誠にお手数ですが以下1. (1)～(6)につき事前に資料を作成の上、12月19日(金)までに下記メールまでご提出いただきたく存じます(Word様式にてA4サイズで3枚以内)。尚、ご提出いただいた資料については本事業における事業報告書に掲載させていただきたく、予めお含みおきのほどお願い申し上げます。

提出先メールアドレス：c_koukai@nisseikyo.or.jp

1. ご回答いただきたい項目

- (1) 認知症退院患者に予想される頻度の高いBPSD(困りごとでも可)
- (2) 再燃・再入院等の状況(有無、ある場合に自院での対応内容)
- (3) 再燃防止のための家族やケアマネ等への助言内容
- (4) 自宅退院患者に対する伴走的支援(関わり)の実態(有無、ある場合にその内容)
- (5) BPSD予防のための④の伴走的支援のポイント
- (6) 退院後生活への関わりの難しい点や課題(施策的な要望があれば)

2. ご欠席の場合につきまして

お忙しいところ恐れ入りますが、ご欠席の場合におかれましても(1)～(6)につきWordデータにてご作成頂き、上記の提出先メールアドレスまでご提出いただけますと幸いです。

【本件に関するお問い合わせ先】

公益社団法人日本精神科病院協会 担当事務局(平田・二戸)

TEL: 03-5232-3311 Mail: c_koukai@nisseikyo.or.jp

令和7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

発行日 令和8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/>

