

# 日本版BPSDケアプログラムの 開発・効果検証・普及

東京都医学総合研究所  
社会健康医学研究センター  
西田 淳志

# 認知症国家戦略に関する国際会議 (2013年2月 東京)

主催：東京都医学総合研究所



地域ケアの  
戦略的強化

行動心理症状に対し  
て有効な心理・社会的  
アプローチ

施設のみならず在宅  
でも有効かつ普及  
可能なケアアプロ  
ーチ

# 施設・在宅の双方にて有効な BPSDケアプログラムの必要性

- BPSD: 妄想、幻覚、興奮、異常な運動行動、うつ、無気力など
  - 認知症の人の80-90%が経過のどこかで経験する
  - 在宅生活が困難になり、入院・入所のリスクが高まる
- 認知症の人は居場所が変わるとダメージを受けやすい (relocation damage)
  - 身体や認知機能の低下、死亡リスクの上昇
  - 住み慣れた場所で行動・心理症状にいかに対応できるかが重要
- 抗精神病薬による死亡リスクの上昇
  - 第一選択としてのケアによるアプローチ

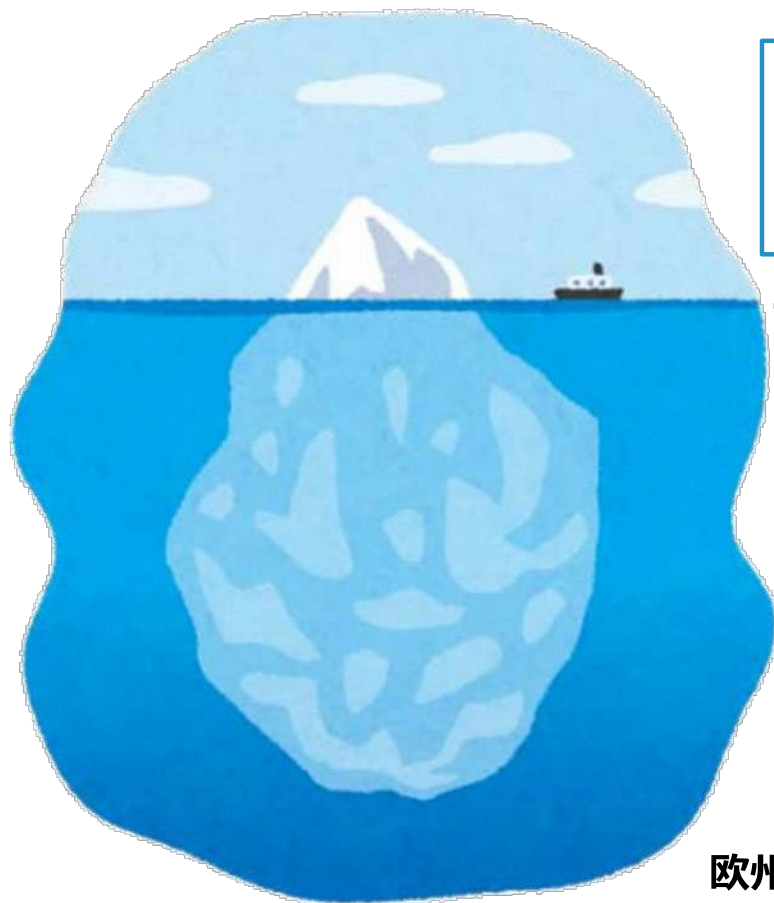
# 行動・心理症状の背景にあるアンメットニーズへの対応

## これまでの対応

- 目に見える「行動」を抑える  
抗精神病薬・居所移動

## 今後のあるべき対応

- アンメットニーズを満たす  
個別化されたケア





# 日本版BPSDケアプログラムの開発・効果検証・普及

2015～2016

開発



日本版BPSDケアプログラム

2016～2017

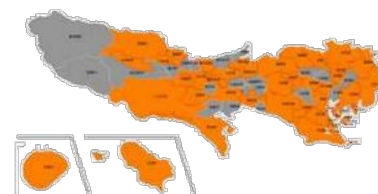
効果検証



ランダム化比較試験

2018～

社会実装



全都的普及

## 「効果」と「普及性」を両立したケアプログラム

### ◆ スウェーデンBPSDレジストリ (BPSDケアプログラム)

2010年 スウェーデンで開始

2022年6月 **288/290市**で導入

**7458施設・事業所**が利用

98,554名の利用者登録

デンマーク、オランダ、中国などでも導入

# 日本版BPSDケアプログラムの開発（東京都事業）

## ◆ 日本版BPSDケアプログラムの開発

◇ スウェーデン・ルンド大学の支援・協力

◇ 日本の介護・医療関係者の意見を踏まえた改編



## < 日本版BPSDケアプログラム開発チーム >

東京都医学総合研究所 心の健康プロジェクト  
西田 淳志、中西 三春、廣岡 佳代、遠藤 香織

遠矢 純一郎先生  
医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長

上野 秀樹先生  
千葉大学医学部附属病院 患者支援部 特任准教授

高野 洋輔先生  
医療法人社団リカバリー こころのホームクリニック世田谷 院長

進藤 由美先生  
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局

宮本 有紀先生  
東京大学 大学院医学系研究科 精神看護学分野 准教授

今井 康明氏  
株式会社すずらん 代表取締役

井上 信太郎氏  
有限会社心のひろば 代表取締役

弓狩 幸生氏  
医療法人社団福寿会 在宅総合支援センターふくろう 所長

# 日本版BPSDケアプログラム（プロトタイプ）の開発

研修（2日間）



+

臨床現場での実践を支える  
オンラインシステム



# オンラインシステムで見える化する

利用者番号: 100022 84歳 女性

話し合いをした日 2018/07/25

話し合い参加者 ☒ 居宅介護支援専門員 ☒ 介護職員 ☒ 看護職員

次回入力予定日 2018/08/25

☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 医師 ☐ 親族 ☐ その他

一時保存

入力完了

NPI評価		行動の背景要因						ケア計画		案	
行動側面	なし 0	頻度 1 2 3 4				重症度 1 2 3			得点		
A. 妄想	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0		
B. 幻覚	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0		
C. 興奮	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1		
D. うつ・不快	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0		
E. 不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4		
F. 多幸	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0		
G. 無為・無関心	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0		
H. 脱抑制	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0		
I. 易刺激性・不安定性	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1		

今回 10

前回 20

行動側面	今回	前回
妄想A	0	0
幻覚B	0	0
興奮C	1	1
うつ・不快D	0	0
不安E	4	0
多幸F	0	0
無為・無関心G	0	0
脱抑制H	0	0
易刺激性・不安定性I	1	1
異常な運動行動J	0	0
睡眠と夜間行動K	0	0
食飲・食異常行動L	0	0

認知症ケア実践支援システム



## ケアプログラム：3つのポイント

【ポイント1】 **行動・心理症状を不可解な問題行動とみない**

⇒ 行動の背景にあるアンメットニーズをみつけ対応する

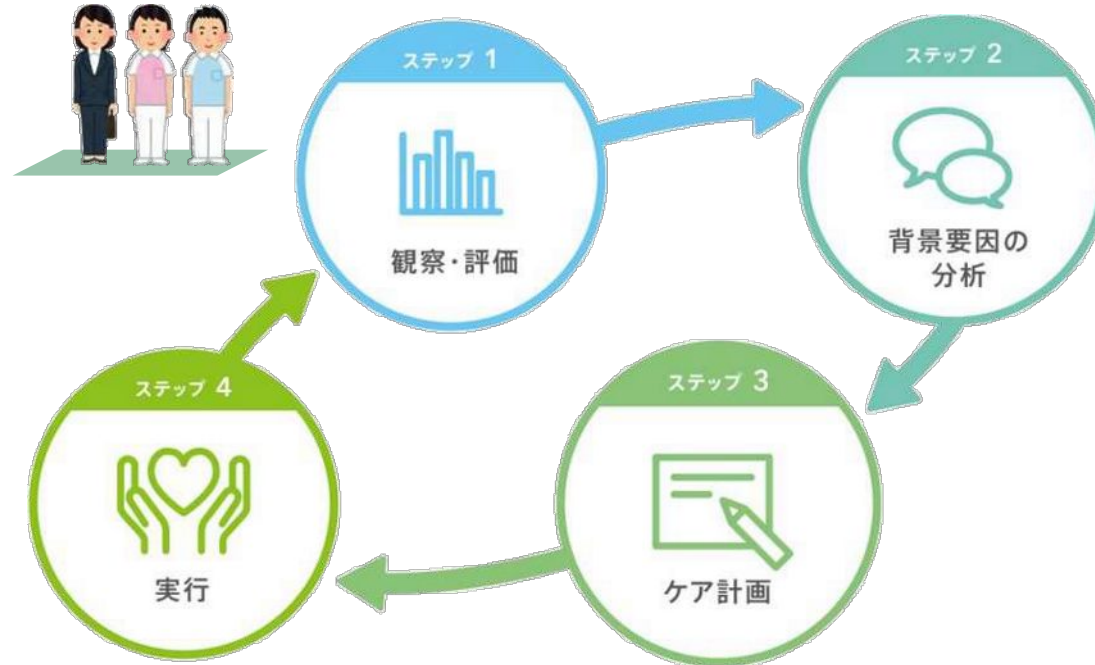
【ポイント2】 **バラバラな視点でバラバラな対応をしない**

⇒ 統一した視点（仮説）をもって「チーム」で統一したケアを徹底する

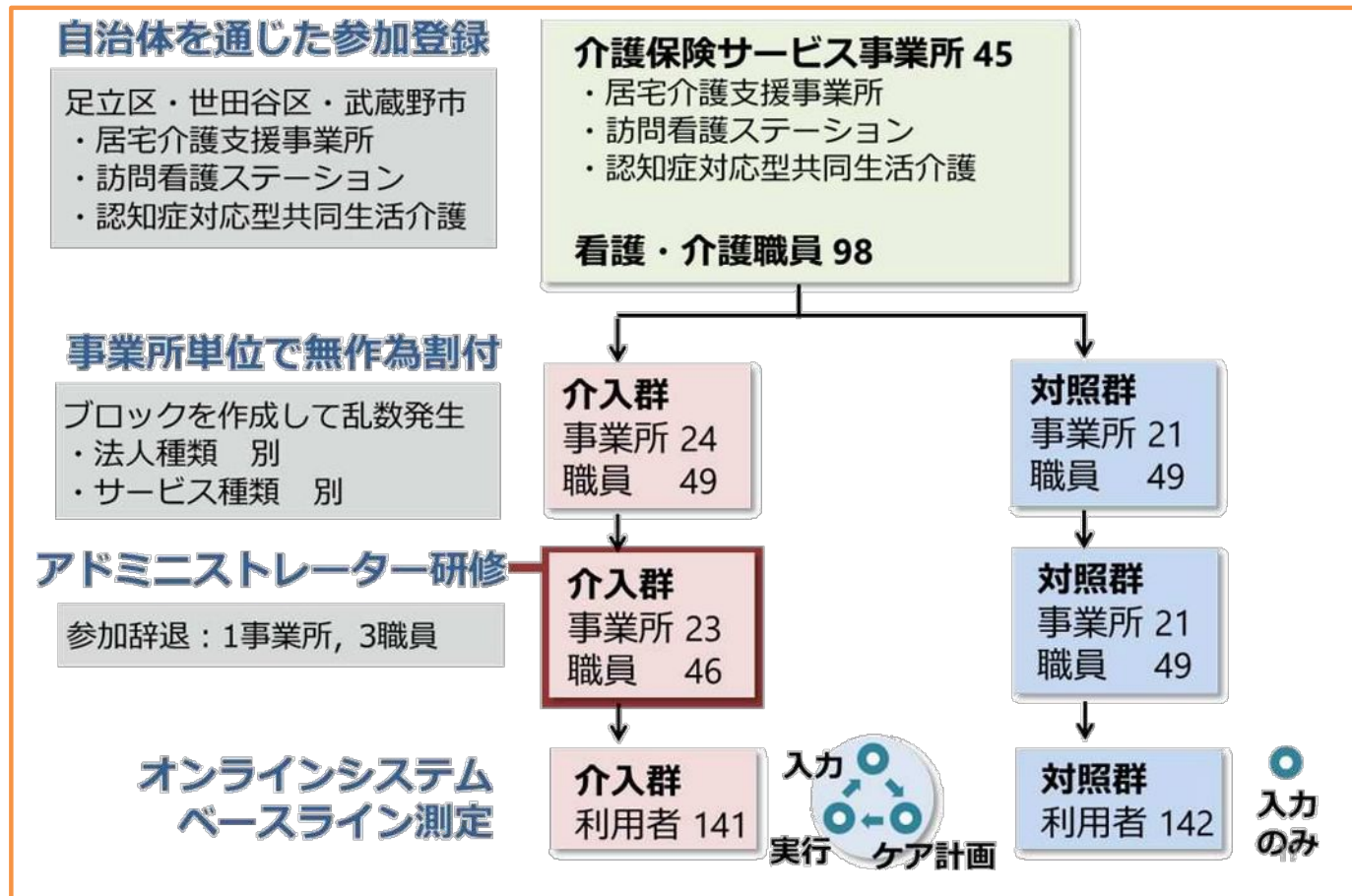
【ポイント3】 **ケアのやりっぱなしをしない**

⇒ 「チーム」での試行錯誤のプロセスを構造化する（PDCA）

# PDCA：4つのステップ

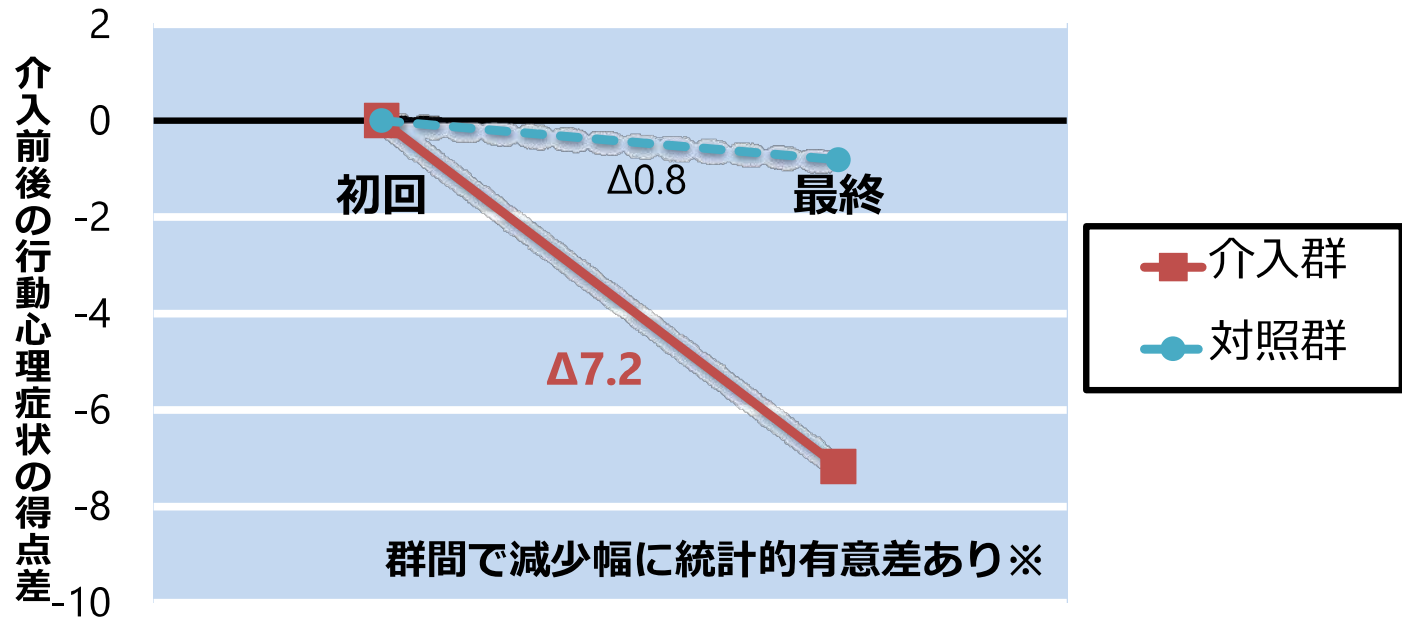


# Cluster Randomized Controlled Trial (n=283) CONSORT Flow Diagram (UMIN000021966)



## 6か月後の行動心理症状

ケアプログラムを実施した介入群は、通常ケアの対照群に比べて、NPI（行動心理症状）得点の減少幅が大きかった



※以下の影響を調整した最終モデルの効果量 4.0点（95%信頼区間1.3-6.7）：利用者の年齢、性別、認知症の種類、ベースラインのADL・認知機能・行動心理症状、痛み、薬の処方、事業所の種類

RESEARCH ARTICLE

# Psychosocial behaviour management programme for home-dwelling people with dementia: A cluster-randomized controlled trial

Miharu Nakanishi<sup>1</sup>  | Kaori Endo<sup>2</sup> | Kayo Hirooka<sup>2</sup> | Eva Granvik<sup>3</sup>  | Lennart Minthon<sup>3</sup> | Katarina Nägga<sup>3</sup> | Atsushi Nishida<sup>2</sup>

## Alistair Burns ( University of Manchester)

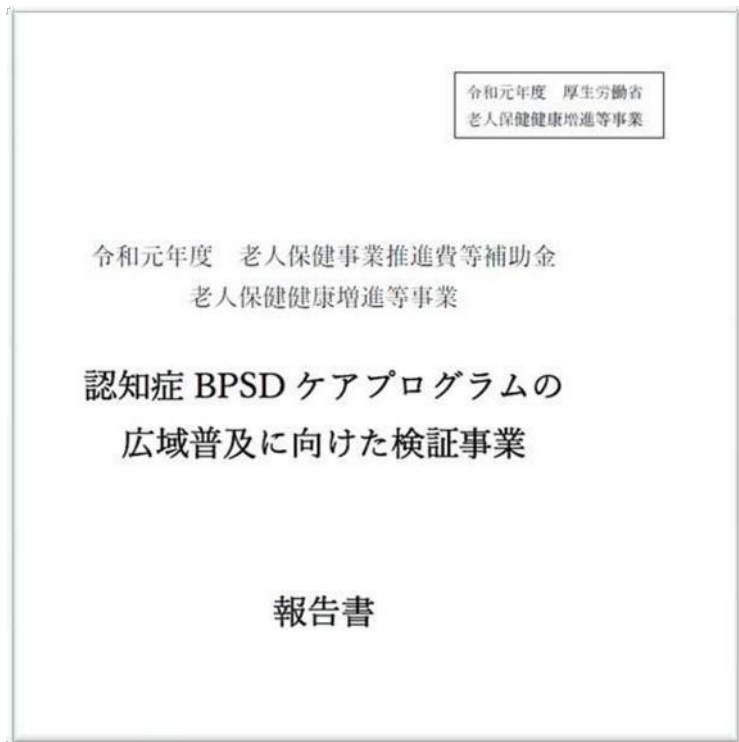


“This study is a behavioral analytic approach to behavioral and psychological symptoms of people with dementia receiving care at home, and is a very well structured and advanced study. The program's **significant reduction in psycho-behavioral symptoms after 6 months has great implications for the future care that people with dementia receive.** The authors are to be commended for carrying out robust and practical research.”



# 在宅および施設での追加検証（千葉・埼玉・神奈川）

（令和元年度厚生労働省老健事業）



## 【東京都医学総合研究所 老健事業メンバー】

・鴻江 圭子氏  
特別養護老人ホーム白寿園施設長  
公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長

・佐々木 薫氏  
社会福祉法人仙台市社会事業協会副会長  
公益社団法人日本認知症グループホーム協会副会長

・進藤 由美先生  
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局  
（併）企画経営部認知症・在宅医療推進課リサーチコーディネーター

・服部 真治氏  
一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構研究部主任研究員兼研究総務部次長

・濱田 和則氏  
公益社団法人大阪介護支援専門員協会会長  
一般社団法人日本介護支援専門員協会副会長

・山越 孝浩氏  
特定非営利活動法人  
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会事務局長

# 在宅および施設での追加検証（千葉・埼玉・神奈川）

（令和元年度厚生労働省老健事業）

	居宅介護支援	小規模多機能	認知症GH	老人福祉施設
1回目	18.7 (16.1)	25.2 (17.7)	28.8 (18.2)	32.9 (19.2)
3回目	11.5 (12.1)	16.7 (17.7)	17.7 (14.8)	19.3 (16.3)
変化量*	-7.40	-7.64	-10.45	-12.08
95%CI	-11.20,-3.59	-12.40,-2.89	-14.38,-6.52	-21.04,-3.12
効果量 $d_{rm}$ †	0.55	0.44	0.61	0.61

在宅でも施設でも十分な効果あり

\*マルチレベルモデルで利用者・従事者内要因を調整

† 0.20小・0.50中・0.80大, 心理社会的介入のメタ解析 (Brodaty et al., 2012) では効果量0.34

サンプルサイズの計算は $\alpha=0.05$ , 効果量0.3, 3回測定として利用者132名（種類ごとに33名）。詳細は下記論文を参照

# エビデンスの国際的な発信



# 国際的な状況

- 一定の質基準を満たす在宅の認知症ケアプログラムは2019年時点で世界に8件のみ
- アジアでは1件: **日本版BPSDケアプログラム**

**Palliative care for people with dementia living at home: A systematic review of interventions**

*Palliative Medicine*  
2019, Vol. 33(7) 726–742  
© The Author(s) 2019



Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
DOI: 10.1177/0269216319847092

Table 4. Studies mapped according to the EAPC White Paper domains.

	Domain 1	Domain 2	Domain 3	Domain 4	Domain 5	Domain 6	Domain 7	Domain 8	Domain 9	Domain 10	Domain 11
	Applicability of palliative care	Person-centred care, shared-decision making	Setting care goals and ACP	Continuity of care	Prognostication, timely recognition of dying	Avoiding futile treatment <sup>a</sup>	Optimal symptom treatment	Psychosocial and spiritual support	Family care and involvement	Education of health care team	Societal and ethical issues
Specialist palliative care services											
Cassel 2016	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Transitions											
Holley 2009		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
PATCH											
Nakanishi 2018				✓			✓	✓		✓	

# 認知症BPSDケアプログラムの社会実装

2018～2020年 全都普及に向けた施策化（東京都・実行プラン）  
社会実装研究の開始：コロナ禍にてオンライン研修システムの開発

2020～2021年 新型コロナ流行にともなう研修方式の変更  
**オンライン研修の効果検証研究**



- ◆ e-ラーニング（4時間）
- ◆ zoom フォローアップ①（2時間）
- ◆ zoom フォローアップ②（2時間）

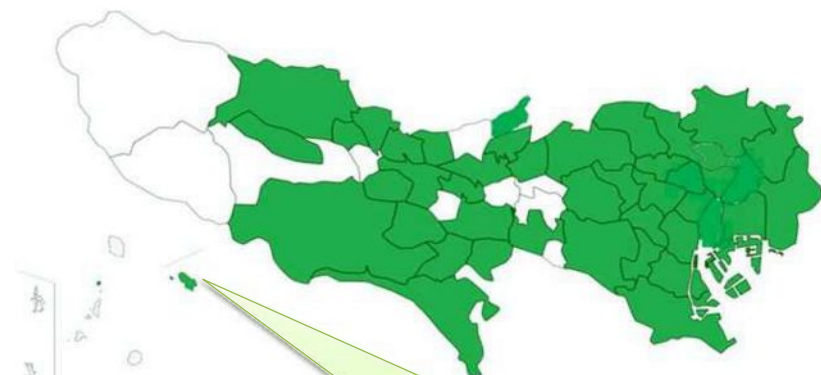


Nakanishi & Nishida et al., *JMIR Medical Education*, 2021

効果のある形で普及するためには、  
**2回のZOOMフォローアップ研修が重要**



# 2025年に向けて全都普及



オンライン化により離島  
からも参加可能となる



オンライン研修会の様子

2023年度までの 普及実績

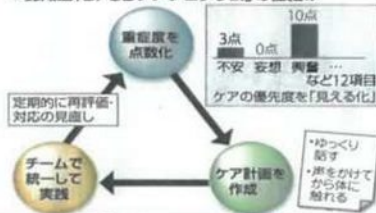
都内 **45** 自治体 に普及  
**1,211** 名の実践者養成

インストラクター  
**50** 名を養成



# 認知症 心と行動「見える化」

●認知症「BPSDケアプログラム」の仕組み



「こんな簡単な支援で何かわ変わるのか」と疑問だったが、1週間後、症状が軽減した人もいた。認知症介護に携わる介護福祉士の佐藤寛さんは、勤務する「デサービスすずらん梅丘」(東京都世田谷区)で導入した「BPSDケアプログラム」に手応えを感じている。

チームで続けるだけでなく、人を含めた介護ができるのが特徴」と説明する。具体的には、認知症の人の状態に「他人が自分の物を盗んで」と信じているか、「突然怒りを爆発させるか」などの質問を、介護チームで「はい、いいえ」で答えるタブレット端末などに入力。1週間後、不安・妄想・興奮など12項目について重症度を点数化される。点数が高い項目から、その人の行動の背景や

妄想や徘徊といった認知症の行動・心理症状(BPSD)に焦点をあてた在宅ケアプログラムを、東京都医学総合研究所が開発した。従来型の介護を終った場合よりも症状を軽減する効果を、日本で初めての科学的に証明し、介護チームが簡単に取り組めるのが特徴で、認知症の人ができるだけ長く在宅で暮らせるように支える手法として注目されている。(木田麻由美)

認知症の行動・心理症状(BPSD) 脳の神経細胞が壊れることで直接的に起きる記憶障害などに加え、その人の性格や周囲の環境、人間関係などの要素が絡み合って生じる症状。不安や徘徊、うつ、興奮、暴言・暴力など表れる方は様々で、家族や介護者の深刻な悩みとなることが多い。在宅生活が続けられなくなる最大の要因と指摘される一方、対応の仕方次第で症状が改善する場合も多い。

## ケアの必要度を数値で ■ 症状軽減の効果



「BPSDケアプログラム」について元国際老年精神医学会会長で、国際的な認知症医療・ケアに詳しい英国マンチェスター大のアリスター・バーンズ教授は「しっかりした研究で、半年後のBPSDが有意に減少したことも確認されている。科学的根拠のある手法として、国際的にも今後の認知症ケアに大きな示唆を与える貴重な成果だ」と話している。

2019.01.10 NHK 総合



2018.09.05 朝日新聞



2018.05.25 日本経済新聞



2018.02.08 東京新聞



2018.04.29 毎日新聞



# 介護報酬化（認知症チームケア推進加算）

 東京都福祉局

English

 都庁総合ホームページ

 文字サイズ・色合い変更

 検索

とうきょう認知症ナビ

 東京都の取組

 認知症の基礎知識

 研修・行事・講座

 相談窓口

 > [東京都の取組](#) > [認知症ケアプログラム推進事業](#) > [認知症チームケア推進加算の新設](#)

## 認知症チームケア推進加算の新設

### 加算新設の経緯

令和6年1月22日に開催された第239回社会保障審議会介護給付費分科会において、介護報酬改定案について諮問のとおり改正することが了承されたことを受け、令和6年度介護報酬改定の中で「認知症チームケア推進加算」が新設されました。都の日本版BPSDケアプログラムと、介護報酬での当該加算新設の関係については、以下のとおりです。

### 認知症チームケア推進加算の目的

令和6年度介護報酬改定で、認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいはBPSD出現時に早期に対応する適切な認知症ケアを推進する観点から、加算が新設されました。

### 加算の対象となる施設

認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

現状：施設サービスが対象

# さらなる普及に向けて

- 地域・在宅サービスへの普及強化
- 「効果のある形」で介護現場に普及・定着させる
  - ・ フォローアップ研修の開催回数を増やす
  - ・ インストラクターの養成をさらに推進する
  - ・ インストラクターによる実地支援を強化する
  - ・ 「効果」の継続的なモニタリングを行う