

# 実践！ グループホーム ケア

[第18回]

認知症介護研究・研修東京センター センター長  
山口晴保

## スウェーデン発BPSDケアプログラム DEMBASE

今回のテーマは、スウェーデンで開発されたBPSDケアプログラム「Behaviour Analytics & Support Enhancement (BASE)プログラム」を日本に導入し、東京都での普及を図っている西田淳志医師（東京都医学総合研究所）の講演をもとにして、認知症グループホームケアに活かせることを提案したいと思います。

### 在宅生活継続ケアプログラムDEMBASE

西田氏は、スウェーデンで開発されたBASEプログラムを日本に導入し、認知症（dementia）のDEMを頭につけてDEMBASEと名付け、認知症ケアの質を最大限に高めるシステムとして、2025年までに東京都全自治体への普及を図っています。

西田氏は、日本の精神科病棟に認知症で入院している人の平均在院日数が542日、そして死亡退院が20%と、世界に恥ずべき状態にあることを論文で指摘し、認知症の人の在宅生活継続を支援するため、このシステムを導入しました。

DEMBASEは在宅の認知症の人を対象としていますが、第一の特徴は、家族介護者を訓練しない・研修しないことです。認知症の人の在宅ケアで大切な点はBPSDを予防する家族教育だと筆者は考えていますが、このシステムは、基本的に家族教育を行いません。もちろんこのプログラムを用いたケアの経過中に家族が専門職から学ぶことは多々あるでしょうが…。

次の特徴は、利用者にかかわるスタッフ全員がミーティングで評価結果を共有してかわり方を検討し、全員が統一したケアを行うという点です。

三番目の特徴は、評価→分析→計画→実行→1カ月後評価→分析→改善計画→実行→1カ月後評価と、

PDCAサイクルを1カ月ごとに定期的に回し続けることで、ケアの改善を図ることです。

### Webを利用した評価

評価にはスマホやタブレット等の端末機器を使います。Webと繋がり、音声指示に従って利用者のアセスメントを実施します。評価項目は、簡単な身体状況（例えば、痛み、便秘、発熱など）とNPIによるBPSDの評価です。本誌の筆者の記事には何度もNPIという言葉が出てきましたね。NPIはBPSDの評価尺度で、妄想、幻覚、興奮、うつ、不安、多幸、無関心、脱抑制、易刺激性、異常行動、睡眠、食行動の12項目で構成され、各項目の重症度と介護負担感を点数化します。

NPIは、本来は評価者が家族に質問して評価を行うのですが、DEMBASEでは携帯型端末機器が介護職に質問し、答を入力すると集計してBPSDのどの項目の点数が高いかをグラフで見せてくれます。この結果をもとにかかわる人たちのミーティングで生じているBPSD（例えば妄想）の背景要因を分析します。そして、ケアの方針を決めて、担当者間で統一の取れたケアを1カ月実践します。このミーティングに欠かさないのがアドミニストレーターです。1日研修を受けた人がアドミニストレーターとしてミーティングを企画し、ミーティングに加わり、評価結果をもとにしたBPSDの要因分析（どうしてそのような行動を取るのか）とケア計画立案（1カ月後再評価の場合は計画修正）のアドバイスをを行います。BPSDの背景には不安があることが多いので、評価結果に不安があれば、まずは不安に対処することを優先するという決まりなど

をアドミニストレーターが研修で学習しています。平成30年度都内9自治体に広まり、200人のアドミニストレーターが研修を終了しているとのこと。

## エビデンスに基づくシステムだというのが

東京都がこのシステムの普及に補助金まで出して熱心に取り組む背景は、①東京都が運営している東京都医学総合研究所の研究成果であること、②東京都内での実践結果が英語の論文となり有効性を示せたことだと、筆者は考えています。

そこで、この英語論文を読みました。すると、2群分けをランダム化して、6カ月の研究期間の前後でNPIの変化を比較していました。BACE介入群141人ではNPIが平均18.3点から11.2点へ、対照群142人では平均11.6点から10.8点へ変化していました。そこで、統計にかけると、BACE介入群のほうが有意に改善したという結果です。しかし、筆者は両群間で介入前の状態が有意に異なることを問題視しています。

ここで、平成29年度老健事業の全国認知症グループホーム調査結果を思い出してください。この調査では、既存入居群のNPIは約10点でした。これがBPSDの安定した状態です。

ここで、BASEプログラムの研究結果に戻ってみましょう。BASE介入群はたしかにBPSDがある状態(18.3点)からほぼ落ち着いた状態(11.2点)へ改善していますが、対照群はもともと、ほぼ落ち着いた状態(11.6点)で、それを維持しただけということになります。これで、BASEプログラムの効果を立証したというのはしっくりきません。対照群が元の点数18点で6カ月後も18点なら、BPSDプログラムは確実に有効といえますが、介入前から落ち着いている状態のグループが対照群なのが、引っかけります。もちろん統計学的には効果があったのですが……。

## NPIで評価してスタッフミーティングを

ここまでの説明でDEMBASE(日本版BASEプログラム)の仕組みを理解していただけただけでしょうか？  
①身体の状態とBPSDの状態をアセスメントする、②そのアセスメント結果をもとに、アドミニストレーター

とスタッフでのミーティングでBPSDを分析し(ひもとき)、③ミーティングで介護計画を立てる、④スタッフ間で統一したケアを4週間実行する、⑤①→②→③→④を繰り返す、というPDCAサイクルを繰り返せば、BPSDが低減します。そして、このPDCAサイクルを回すためのミーティングをとおしてスタッフが学習してスキルアップしていきます。DEMBASEをしばらくの間使うことは、かかわる人たち(チーム)のスキルアップに有効と思います。

講演で紹介された事例では、元気のない利用者を元気にしたいとミーティングでアセスメント結果を話し合い、デイサービスに持ってくるバッグに氷川きよしのキーホルダーが付いていたからと、氷川きよしの演歌をかけるケアプランを実行したが乗ってこなかった。そこで、翌月のミーティングでは、家族に訊いたら五木ひろしが好きだと分かり、その歌を流したら元気が出た、という事例紹介でした。

私は、「そんなの直接本人に訊けばいいだろ、歌手は誰が好き？」と。Webシステムを使ってアセスメントしてそのレベル？ という肩すかしの事例提示でした。

DEMBASEと同じレベルのことをするなら、平成29年度の全国調査でご協力いただいた評価NPI-NHを皆さまの施設で実施して、その結果をもとにスタッフミーティングでケア計画を立てればよいのです。アドミニストレーターの代わりに現場の経験・アイデアが豊富な人が務めればOKです。

☆

技術は日進月歩で進化していきます。あと数年すれば、人工知能(AI)が発達し言語分析能力が飛躍的に向上します。そうすれば、Webに繋がった端末でAIからの質問に答えると、AIが標準的なケアを教えてくれる時代がくるでしょう。

時代に乗り遅れないようにと、筆者もAIの勉強を始めました。その一環として西田氏の講演を拝聴したという次第です。



やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、神経内科専門医・リハビリテーション専門医・認知症専門医となった。群馬大学大学院保健学研究科教授を退官し、2016年10月から認知症介護研究・研修東京センター長。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』、『認知症予防』、『紙とペンでできる認知症診療術』(いずれも協同医書出版)、など。日本認知症学会名誉会員。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。