
看護職員認知症対応力向上研修 テキスト

平成 28 年 3 月

平成 27 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）

歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修
教材開発に関する研究事業

看護職員分科会 編

看護職員 認知症対応力向上研修

1. 基本知識 編（講義）
2. 対応力向上 編（講義・事例検討）
3. マネジメント 編（講義・GW）

平成27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）
歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
看護職員分科会 編

1. 基本知識 編 (180分)

2. 対応力向上 編 (480分)

- (1) 認知症
- (2) せん妄
- (3) 地域連携
- (4) 事例検討(認知症、せん妄)

3. マネジメント 編 (420分)

- (1) マネジメント
- (2) 人材育成
- (3) GW
 - ① 自施設の現状
 - ② 人材育成計画の策定

認知症施策の方向性について

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

新オレンジプラン(2015年)

① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

社会全体で認知症の人を支える基盤として、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンや認知症サポーターの養成、学校教育における認知症の人を含む高齢者への理解の推進など、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進を図る。

② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする。このため、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する。

③ 若年性認知症施策の強化

若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きい、主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なって複数介護になる等の特徴があることから、居場所づくり、就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく。

④ 認知症の人の介護者への支援

高齢化の進展に伴って認知症の人が増えていくことが見込まれる中、認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進する。

⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群と言われる中、高齢者全体にとって暮らしやすい環境を整備することが、認知症の人が暮らしやすい地域づくりに繋がると考えられ、生活支援（ソフト面）、生活しやすい環境の整備（ハード面）、就労・社会参加支援及び安全確保の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進に取り組む。

⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

認知症をきたす疾患それぞれの病態解明や行動・心理症状（BPSD）を起こすメカニズムの解明を通じて、認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発の推進を図る。また、研究開発により効果が確認されたものについては、速やかに普及に向けた取組を行う。なお、認知症に係る研究開発及びその成果の普及の推進に当たっては、「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定）及び「医療分野研究開発推進計画」（平成26年7月22日健康・医療戦略推進本部決定）に基づき取り組む。

⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

これまでの認知症施策は、ともすれば、認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったとの観点から、認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーン（再掲）のほか、初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援、認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を進めていく。

一般病院における認知症

- **認知症の診断がついていないことがある**
治療を開始してから認知症を合併していることに
気づかれる場合がある
- **せん妄の合併が多い**
身体的な負荷が加わることで容易にせん妄を発症する
- **治療や管理上の問題で初めて気づかれることがある**
せん妄や脱水、低栄養、服薬管理の問題として
あげられる

身体合併症の治療を担当する一般病院においては、認知症の問題の現れ方が、在宅や施設とは異なる。

特徴としては、

1. 認知症の診断がついていない（見落とされている）ことが多いこと

そのため、治療を開始して、何らかの問題として認知症が気づかれることが多い

2. せん妄の合併が多い

認知症にせん妄を重畳して、気づかれる場合がある

3. 治療や管理上の問題として気づかれる

認知症が、記憶障害等認知機能障害を前面に気づかれることは少なく、せん妄を発症する、実行機能障害やアパシーから低栄養や服薬管理が困難など医療管理上の問題がきっかけとなることがある。

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数／(率)	462万人 (15.0%)	517万人 (15.7%)	675万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数／(率)		525万人 (16.0%)	730万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380万人 (13.0%)		

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

65歳以上の約15%が認知症と推測されていること、

あわせて、軽度認知機能障害が疑われる人もほぼ同数存在する可能性がある。

認知症とは

- 一度正常なレベルまで達した精神機能（注意、実行機能、記憶、言語、知覚、運動、社会的認知）が、何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態
- せん妄（意識障害）を除外

認知症の定義

重要なことは、

- ・ 一度正常なレベルまで発達している（知的障害の除外）
- ・ 脳の障害であること
- ・ せん妄を除外すること

の3点で定められている点。

認知症の診断（DSM-5）

- A 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が低下**
- B 認知機能の低下が日常生活に支障を与える**
- C せん妄の除外**
- D 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）の除外**

2013年5月に刊行された米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。

複雑性注意（注意を維持したり、振り分けたりする能力）、実行機能（計画を立て、適切に実行する能力）、学習及び記憶、言語（言語を理解したり表出したりする能力）、知覚-運動（正しく知覚したり、道具を適切に使用したりする能力）、社会的認知（他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力）の6つの神経認知領域のうちの1つ以上が障害され、その障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、せん妄やその他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）が除外されれば認知症ということになる。

認知症をもつ入院患者の比率

**わが国では、施設のもつ背景によって異なるものの、
おおよそ20%の患者が認知症・軽度認知機能障害
である可能性がある**

海外

急性期一般病棟：9.1-50.4% (Hickey 1997)

老年病棟：63-79.8% (Adamins 2006)

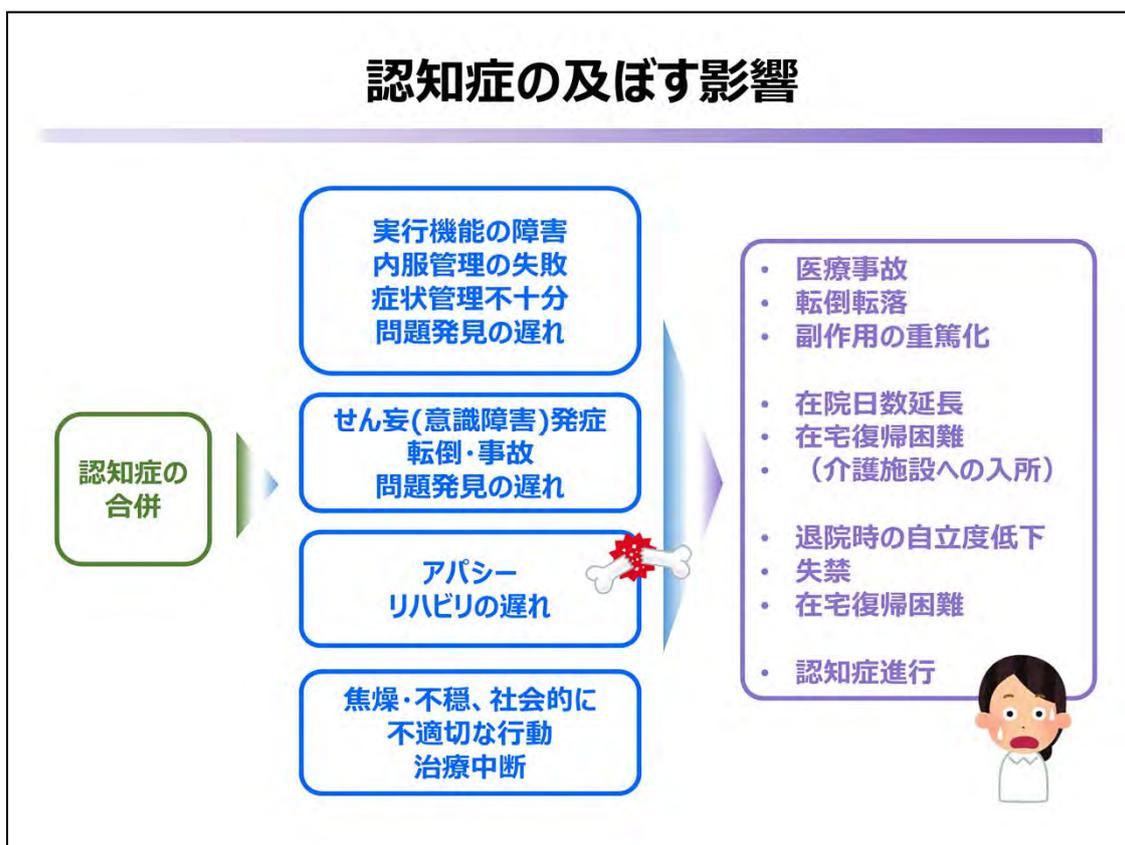
**大腿骨頸部骨折の手術目的の入院：31-88%
(Homes 2000)**

急性期病院において、入院患者の認知症の比率はセッティングによって幅がある。急性期病棟では10-50%、高齢者病棟では60-80%との報告がある。

認知症患者が入院する理由についても検討が加えられているが、感染（誤嚥性肺炎、尿路感染）や転倒などの外傷が多いとの報告がある。どちらも若年に比べて重症化する傾向がある。

高齢者の治療において、とくに感染症は可能な限り予防をし、また発症をしても可能であれば在宅で治療をするのが身体機能を保持する上でも望ましいと言われる。特に、肺炎、胃腸炎、尿路感染は、口腔内の保清、飲水を促すなどで、予防や早期に対応をすることが可能であり、急性期病院への入院を防ぐことが可能である。

認知症の及ぼす影響



認知症の及ぼす影響

認知症の中核症状の与える影響：

主に実行機能障害が影響し、内服管理や症状管理が不適切になる、自覚症状を適切に訴えることが難しくなる点がある。

せん妄の発症：

せん妄の発症自体が、予後や退院後の再入院、認知症の進行と関連する。

治療との関連では、転倒・転落など管理上の問題と、自覚症状を訴えられなくなるため問題の発見が遅れ、重症化する傾向がある

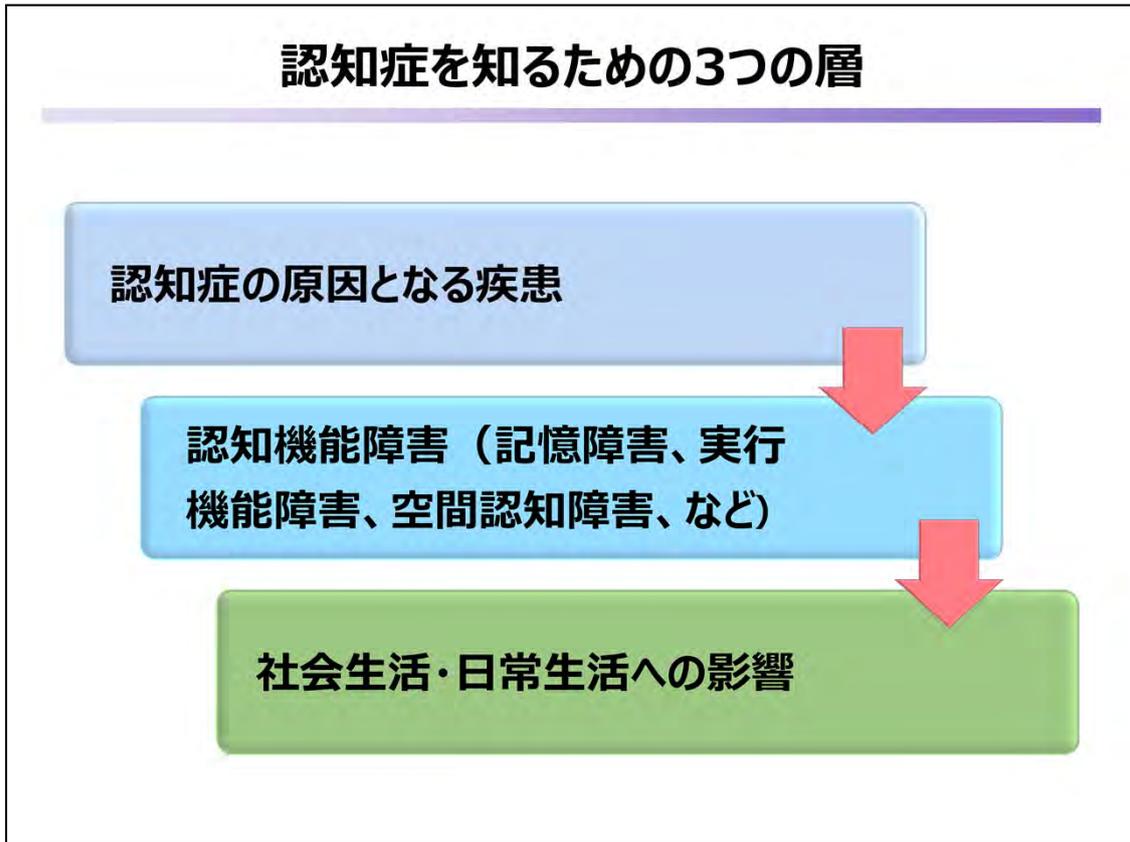
アパシー：

抑うつとも関連するが、リハビリが進まずにADLの低下を引き起こしやすい

焦燥や不穏などのBPSD：

管理上の問題と治療中断のリスク因子となる

認知症を知るための3つの層



認知症を理解するためには、

1. 認知症の原因となる疾患の特徴を踏まえること、
2. 認知症による症状（認知機能障害）の現れ方を知ること
3. 認知機能障害がどのように生活に影響するか

を踏まえると整理しやすい。

認知症を知るための3つの層

認知症の原因となる疾患

認知機能障害（記憶障害、実行
機能障害、空間認知障害、など）

社会生活・日常生活への影響

主な認知症の原因（四大認知症）

アルツハイマー型認知症

血管性認知症

レビー小体型認知症

前頭側頭型認知症

認知症のうち、約50%はアルツハイマー型認知症が占める

主要な認知症を引き起こす（神経変性）疾患をあげる

認知症の診断がつく症例のうち、アルツハイマー型認知症が約半数を占める

疾患ごとの特徴

	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症
起因	脳の神経細胞の脱落および変性	脳卒中による神経回路の遮断や脳代謝の低下	脳の神経細胞の脱落および変性	脳の神経細胞の脱落および変性
経過	緩徐に発症し、進行	脳卒中の発症と時間的関連をもって発症 階段状悪化	緩徐に発症し、進行	緩徐に発症し、進行
画像等の所見	<ul style="list-style-type: none"> ・脳の萎縮、側脳室下角の拡大 ・側頭葉、頭頂葉、後部帯状回の脳循環代謝低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症と関連する脳血管病変 ・片麻痺、仮性球麻痺、脳血管性パーキンソン症候群 	<ul style="list-style-type: none"> ・海馬の萎縮軽度 ・後頭葉での脳循環代謝低下 ・パーキンソン症候群（固縮、小刻み歩行） 	<ul style="list-style-type: none"> ・前頭葉と側頭葉の萎縮
状態	<ul style="list-style-type: none"> ・新しいことが覚えられない ・変化するものほど忘れやすい ・新しいものから忘れていく ・忘れたことは想像・創作でつなげていく ・取り繕い、妄想 ・空間認知機能の低下 図形模写、手指の模倣が困難 	<ul style="list-style-type: none"> ・機能、記憶に凹凸がある（まだら） ・情報の処理能力が低下し、判断機能が遅くなる（自発性低下、抑うつ） ・情報過多でパニックになる ・突然の状況変化に対応できない ・感情の起伏が大きくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・初期には記憶障害が目立たない。注意、実行機能、空間認知の障害が生じやすい ・3つの中核的特徴 ⇒注意や覚醒レベルと関係する認知機能の動揺 ⇒具体的詳細な幻視 ⇒パーキンソン症候群 ・自律神経障害 ・抗精神病薬の感受性亢進 ・レム睡眠行動障害 	<ul style="list-style-type: none"> ・記憶や視空間認知は保たれる ・性格変化と社会性の消失は早期から認められる ・感情鈍麻、無関心 ・脱抑制（わが道を行く） ・常同行動（時刻表的な生活） ・注意の転動性の亢進と行為の維持困難（立ち去り行動） ・過食、偏食

日本認知症ケア学会（2006）：地域における認知症対応実践講座Ⅰ（第3版）、ワールドプランニング。

原因疾患によって、症状やその現れ方に特徴がある。

特に、レビー小体型認知症は、身体症状（薬を含め）が特徴なので、理解しておく必要がある。

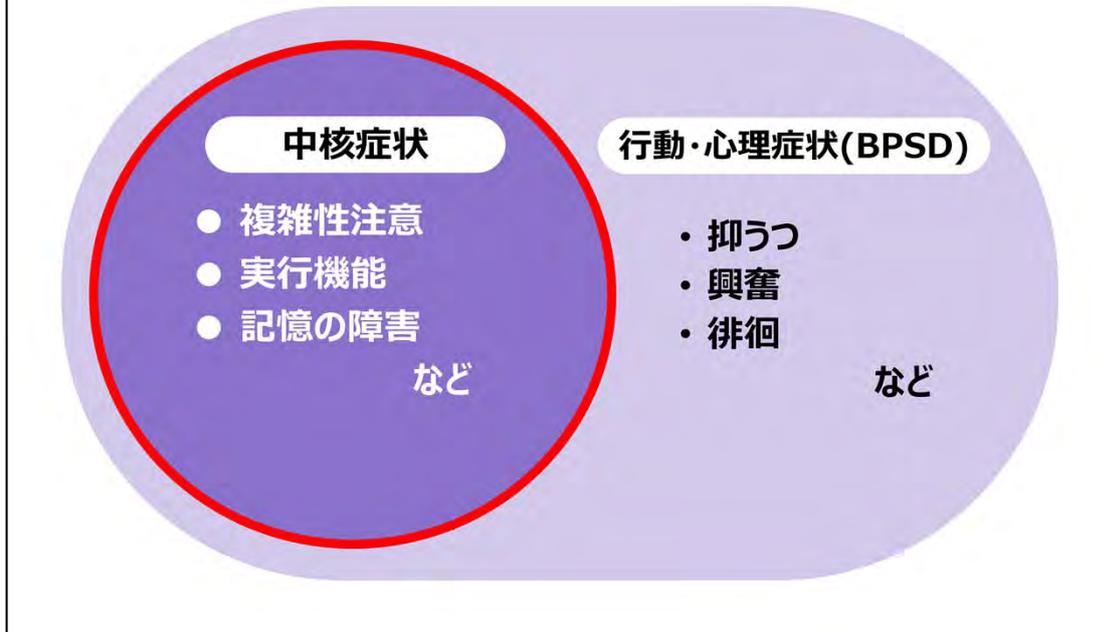
認知症を知るための3つの層

認知症の原因となる疾患

認知機能障害（記憶障害、実行
機能障害、空間認知障害、など）

社会生活・日常生活への影響

中核症状と行動・心理症状(BPSD)



認知症の主体は認知機能の障害であり、中核症状とよばれている。さらに、それらの中核症状に続発、併存して様々な精神症状あるいは行動上の障害がみられ、行動・心理症状 (BPSD) と呼ばれている。国際老年精神医学会においても提唱されている。

中核症状としては、さまざまな認知機能が障害され、記憶障害を始めとして、判断力低下、見当識障害、失語、失行、失認などの症状がみられる。一方、行動・心理症状 (BPSD) としては、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などの症状がみられる。これらの症状は介護の上でも問題となるが、環境の調整、対応上の工夫、対症的な薬物療法などで改善する可能性がある。

中核症状①：記憶障害

- 近時記憶の障害

新しいことが覚えられない

数分～数日前のことが思い出せない

- 昔のことや、体で覚えた記憶は障害されにくい

認知症の人の体験

「忘れる、というより入ってこない」

「一つ一つ確認しないと分からない」

代表的な臨床での現れ方

- ◆ 治療内容の説明を覚えてない、面談したことを忘れる

中核症状の一つ、記憶障害。

近時記憶の障害が中心で、数分から数日の新しい記憶が障害される。一方、昔の出来事や、体で覚えた記憶は障害されにくい。

中核症状②：実行機能障害

- 行動の計画をたてて、計画通りに進める能力
段取りを組む、予測をする、修正をする、ことが苦手になる
台所仕事に時間がかかる
- 認知症の人の体験：
「今まで何気なくしていたことができなくなる。」
「何かをするのに、今まで以上に労力がかかる」

臨床での現れ方

- ◆ セルフケアが難しくなる
- ◆ 内服管理が困難になる

中核症状の一つ、実行機能障害。

先を予測して行動を調整することが苦手になる。近時記憶障害よりも先に障害される傾向がある。

身体合併症治療の場面ではセルフケアの管理で注意をしたい。

中核症状③：視空間認知障害

- 複数の物の位置関係をつかむのが苦手になる
- 自分と物との関係をつかむのが苦手になる

患者の体験

- 影がかかるとそれが何か、つかみにくなる
- 体をうまく動かせない

臨床での現れ方

- ◆ トイレにうまく座れない

中核症状の一つ、視空間認知障害。

物と自分との位置関係をつかむことが難しくなる。全体の構造を理解するのが難しくなったり、見え方が変わると、とらえることが急に難しくなることがある。

入院中では、トイレや食事の場面で評価が重要になる。

中核症状④・⑤：失語、失行

- 失語

言葉の理解、発語が困難になる

アルツハイマー型認知症の場合、言葉の想起が困難になり「あれ、それ」などの代名詞が多くなる

- 失行

運動能力は保たれているが、目的を持った行動ができなくなる

例：箸を使えない

中核症状である、失語、失行。

失語は言葉の理解や発語が難しくなる。アルツハイマー型認知症においては、言葉の想起が難しくなることが多い。

失行は、運動機能は保たれているにも関わらず、目的に沿った行動をとることができなくなることを指す。

中核症状⑥：複雑性注意

- 注意の障害

- 必要なところに注意が向けられない

- 気が散る

- いくつかの重要なところに注意を分けてむけることができない

- 認知症の人の体験

- あれこれ気になってどうしてよいかわからない

- 集中するのに疲れる

- 臨床での現れ方

- ◆ 大部屋でほかの患者や見舞客に気を取られてしまう

複雑性注意の障害は、注意を必要なところに維持したり、分散させたりすることが難しくなる。

結果として、刺激が多い環境での作業能率が落ちたり、集中するのにより労力を要することになる。

中核症状と行動・心理症状(BPSD)



認知症の主体は認知機能の障害であり、中核症状とよばれている。さらに、それらの中核症状に続発、併存して様々な精神症状あるいは行動上の障害がみられ、行動・心理症状(BPSD)と呼ばれている。国際老年精神医学会においても提唱されている。

中核症状としては、さまざまな認知機能が障害され、記憶障害を始めとして、判断力低下、見当識障害、失語、失行、失認などの症状がみられる。一方、行動・心理症状(BPSD)としては、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などの症状がみられる。これらの症状は介護の上でも問題となるが、環境の調整、対応上の工夫、対症的な薬物療法などで改善する可能性がある。

中核症状とBPSD

中核症状

- .. 認知症の症状そのもの



行動・心理症状(BPSD)

- .. 中核症状によって、環境にうまく適応できない結果生じた「副産物」

中核症状が、認知症の症状そのものであるのに対して、BPSDは認知症の症状そのものではないこと、中核症状があることにより、周囲の環境にうまく適応できなくなり、その結果反応して生じた症状を指す。

BPSDを疑う場合

- **まず下のような問題がないか確認する**
- **確認する項目**
 - 身体的苦痛（痛み、脱水、便秘、睡眠）
 - 薬剤の影響
 - 環境

**身体治療中は疾患や治療に伴う苦痛をきっかけに生じる場合が多い
いきなり“問題行動”にとらえない**

一般病院の場合、身体治療に伴う苦痛や投与されている薬剤、入院環境の影響が大きい。

BPSDを疑う症状が出た場合には、まず治療に関連した苦痛が影響していないかどうかを鑑別することが重要である。

身体的な苦痛としては、痛みや脱水、便秘、不眠、薬剤の影響、環境要因があげられる

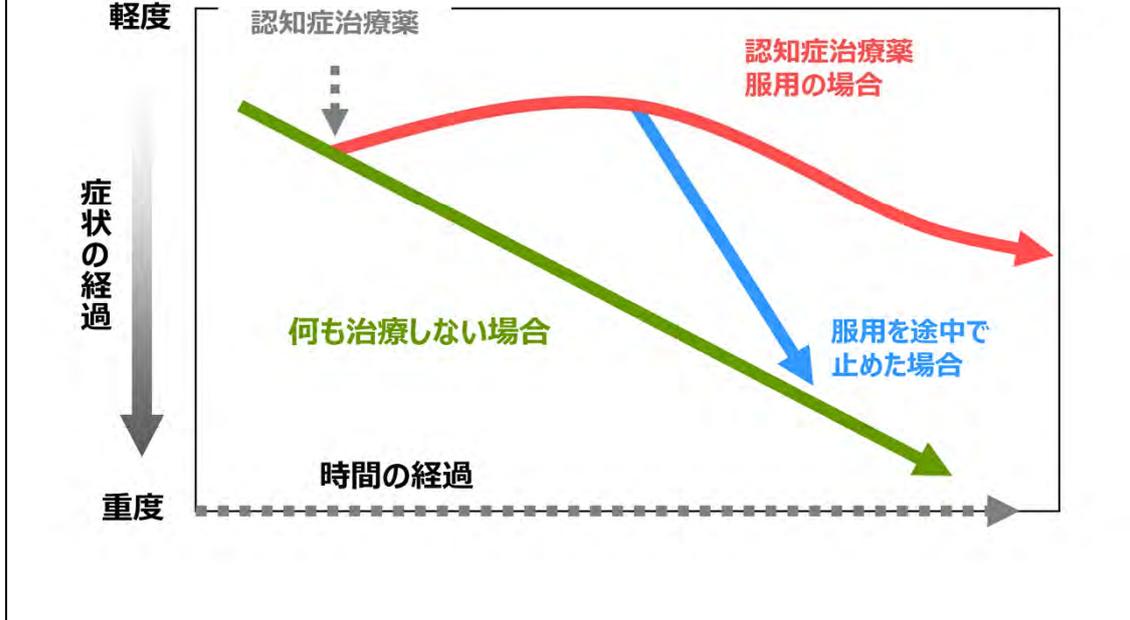
認知症の治療

- 根本的な治療法はない
- アルツハイマー型認知症に対しては、
症状の改善と進行の遅延を目標に、
認知症治療薬が用いられる

現在のところ、認知症を回復させる治療薬はない。

アルツハイマー型認知症を中心に、コリンエステラーゼ阻害薬、NMDA受容体拮抗薬が用いられている。

認知症の臨床症状の経過と 認知症治療薬の効果



当初 認知症治療薬は短期的（1年程度）には一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされてきた。

長期試験の結果では認知症治療薬による進行の遅延が報告されてきている¹⁾。

出典

1) Rogers SL, et al :Eur Neuropsychopharmacol.10:195-203,2000

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	10
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014)		1ステップ漸増法が 承認 (2015)

平成23年（2011年）にガランタミン、リバスチグミンが発売されたことにより、ようやく世界と同等の薬物治療が可能になった。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめた。作用機序が少しずつ異なることから、治療効果の差異が報告されているが、この3剤の治療効果には明確な差はないと言われている^{1) 2)}。

ドネペジルのみが全病期で投与可能であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度で使用される。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売である。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できる。投与法はいずれも漸増法である。半減期はドネペジルが明らかに長く、1日1回投与であるが、比較的半減期の短いガランタミンは1日2回投与となっている。

出典

1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593

2) Ritchie CW et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(4):358-369

アセスメント

- 入院や治療を開始するときに、認知機能の評価を行い、認知症を見落とさない
- 総合的な機能評価を進める：
IADL(手段的日常生活動作)やADL(日常生活動作)、
栄養、社会経済的状態、介護者の状態、抑うつ、服薬
状況、療養環境など

一般病院において、認知症への対応で重要な点は、まず診断のついていない認知症を見落とさないことである。

そのためには、治療を開始する時点、入院の時点、ほか何らかのイベントがあった（転倒など）際に認知機能について見直すことが重要となる。

また、退院支援を見越して、IADLやADL、支援状況をモニタリングすることは、漏れのない支援を提供する上で重要である。身体治療上注意をしたい点は、栄養状態と服薬、通院手段の確保である。

初診時、入院時に確認する

- 日常生活の様子を確認する中で、認知機能の変化を疑う徴候がないか、確認をする
- 疑う場合には、
本人に自覚症状の変化を確認する
場合により、注意障害を確認する、見当識を確認する
- 家族からみた変化を注意深く聞き出す

治療を開始する時点や入院の時点で、注意をして評価をしたい点は、認知機能に関連するような生活変化がなかったかどうかを確認する点である。

疑った場合には、本人に自覚を確認するとともに、家族からみてどうだったかを以前との変化を中心に聞き出す。

注意の障害や見当識の障害がないかを客観的に確認する。

家族が最初に気づいた日常生活の変化

(n:123)

- 同じことを何回も言ったり聞いたりする
- 財布を盗まれたと言う
- だらしなくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起き出して騒いだ
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

東京都福祉局 「高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査報告書」1995

認知症の初期にみられる日常生活上の変化を示す。これは東京都全域を対象とした疫学調査で「認知症」と診断された対象者の家族が気づいた日常生活上の変化を頻度順に示したものである。1項目のみで見れば加齢による生理的な変化と区別することは難しい。しかし、このような変化が少なくとも半年前と比較して目立つようであれば認知症を疑うタイミングといえる。

ここで問題となるのは家族がいなければこのような変化は気づかれにくいことであろう。65歳以上の4割が単身あるいは高齢者世帯であり、その割合が今後ますます増加することを考えれば、家族に情報源を求めることが難しい状況もあり得る。家族から情報が得られる場合には、認知症を疑うことはむしろ容易と言っていい。本人との問診を通して認知症を疑う技術がかかりつけ医に求められる理由である。

出典

東京都福祉局：「高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査報告書」（1995）

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	アルツハイマー型認知症のもの忘れ
体験の一部を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに-かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れの臨床的な違いを示す。

まず、前者は半年～1年では進行することはないが、後者では進行性の変化がみられる。本人は自覚していないが、家族に1年前のもの忘れの状態と現在を比べてもらえばわかりやすい。もの忘れの内容に関しては、前者が体験の一部であるのに対して後者は体験すべてを忘れてしまうという違いがある。例えば、結婚式に出席した際に隣に座っていた人の名前を思い出せないのが前者であり、出席したこと自体を忘れてしまうのが後者である。

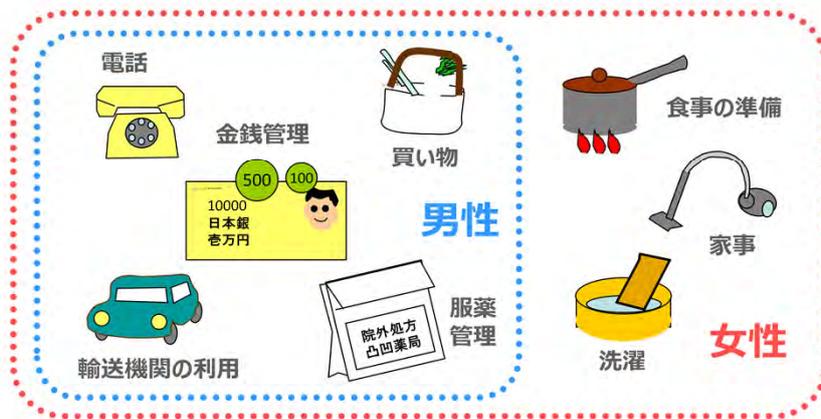
また、前者であれば見当識障害は伴わないが、後者であればしばしば時間の失見当がみられる。後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。

出典

東京都高齢者施策推進室：「痴呆が疑われたときに-かかりつけ医のための痴呆の手引」（1999）

IADLのアセスメント

IADL(Lawton) = 独居機能の評価



IADLは1960年代に提唱された社会生活を営むための基本的な能力である。IADLは複数提唱されているが、臨床ではLawtonのIADLがよく用いられる。

項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の8項目からなっている。

8点満点で評価するが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5点満点となっている（Lawton IADL-5と略称することあり）。現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えもみられる。

全体として独居機能をもっているといつて差し支えない。

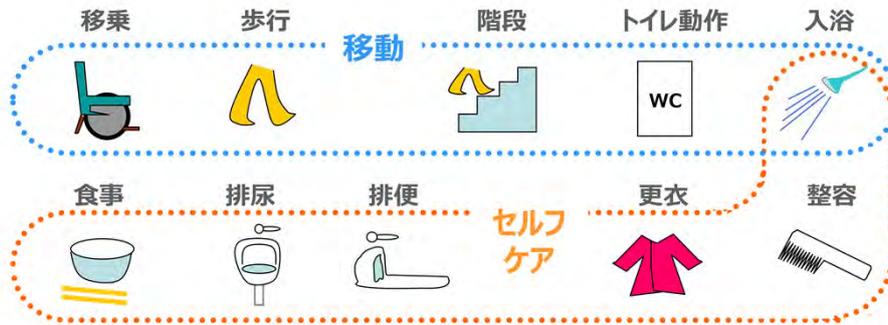
外来で認知症またはMCI患者に行った手段的ADL検査では、買い物、料理、服薬管理が早期に低下しており、認知症の早期発見に役立つことを報告した¹⁾。

出典

1) 鳥羽研二：「認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から」日老医誌、44:305-307,2007

ADLのアセスメント

Barthel Index



認知症においてADLを評価することの臨床的な意義は、

- ①認知機能障害とそれによって起こる機能障害の関連を明らかにする
- ②行動障害のADLに対する影響を理解する
- ③ADL能力によってケアプランが異なること

が挙げられる。また、研究の指標としての意義があり、ア) 介護負担や保健・福祉サービスの利用に関する研究では重要な指標、イ) 介護や薬物療法の効果指標として重要である¹⁾。

認知症における代表的なADL評価尺度を示した。バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価) は、10項目100点満点で行う (1食事、2車椅子からベッドへの移動、3整容、4トイレ動作、5入浴、6歩行、7階段昇降、8着替え、9排便コントロール、10排尿コントロール)。総合点は、全般的自立を表すが、各機能項目の依存評価がより重要である。

出典

1) 認知症の検査評価尺度 認知症テキストブック 日本認知症学会編 pp114-138,2008

認知症のアセスメント用尺度

＜患者さんに質問して行う検査＞

Mini-Mental State Examination (MMSE)

改訂版長谷川式簡易知能評価 (HDS-R)

時計描画テスト Clock Drawing Test(CDT)

＜ご家族などの介護者/同伴者からの情報による検査＞

Short Memory Questionnaire(SMQ)

Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly(IQCODE)

認知機能を評価するには、客観的な評価尺度を用いることが重要である。

認知機能の評価には、患者に施行して実際に認知機能を評価を行う方法と、介護者から情報を収集して評価を行う方法と2種類ある。それぞれに長所と短所がある。

一般に患者評価は、客観性と定量性に優れる一方、必ずしも得点と実際の生活面での支障が一致していない問題がある。介護者評価は、実際の生活面での問題を評価することができるが、客観性は必ずしも担保されない問題がある。臨床では両者を使い分けつつ、評価を進める。

治療の途中で認知症を疑う

以下のことが生じた場合には、認知症に関連したアセスメントをおこなう

- **せん妄の発症**
(背景に認知症がある場合が多い)
- **転倒**
- **脱水・摂食不良**
- **アドヒアランス不良 (内服、処置)**

身体合併症の治療の場面で、認知機能の問題は、日常生活上の問題よりも、治療面での問題として現れてくることが多い。

認知機能の再評価が望ましい場面は、

せん妄：

認知症をもつ人が入院をすると高頻度にせん妄を併発する。せん妄の診断を兼ねて、認知機能評価が望ましい。

転倒：

認知症はそれ自体が転倒のリスク因子であるのと、せん妄を合併することでも転倒に関連する。

脱水・摂食不良：

中核症状の複雑性注意の障害、アパシーが関連する

アドヒアランス不良：

近時記憶障害、実行機能障害により、内服の管理が困難になったり、処置を覚えて実施することが難しくなる

治療を安全に進めるために確認したいこと

- **治療を安全に進める、退院後のトラブルを防ぐ上でIADLを確認する**
 - 自分で薬の管理ができる
 - 食事の準備ができる
 - 通院手段（公共機関を使える）
 - 病院に連絡できる（電話をかけることができる）

退院支援とも重なる面があるが、退院後の療養上の問題となるのは、

1. 入院中に付加された処置への対応
2. 入院中に生じたADLの低下への対応

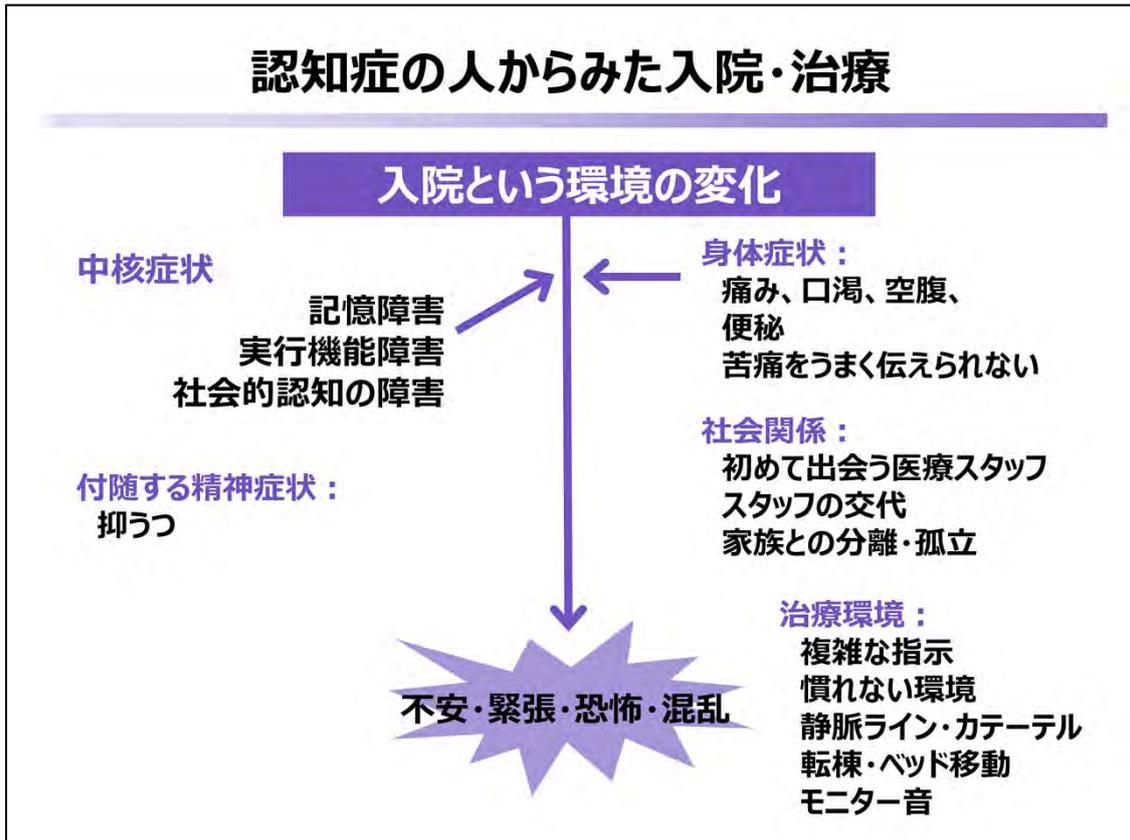
の両者がある。

特に退院後、セルフケアと関連するのは、服薬自己管理、食事の準備、通院手段の確保、連絡方法 である。

急性期病院における認知症の治療・ケア

- 認知症を見落とさない
- せん妄の予防・発見・対応
- 認知機能障害に配慮をした身体管理
 - 疼痛
 - 栄養管理・脱水の予防
 - 感染予防
 - 服薬管理
 - セルフケア指導・支援
- 認知症を考慮した退院調整
- 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション
- 認知機能障害に配慮をした治療同意・意思決定支援
- BPSDを予防する環境整備
- 向精神薬使用の適切な判断

認知症の人からみた入院・治療



認知症の人は、実行機能障害を中心とする認知機能障害により、環境の変化に対して脆弱である。

入院に伴う環境の変化には、外部環境の変化：病院という環境、社会関係の変化がある。

また、病院は治療を行う場であり、医療的な処置に関連した痛みや倦怠感などの苦痛を伴うこともしばしばある。

上記のような複数の要因が重なり、患者に負荷を与える。

認知機能障害(認知症、せん妄)の人に負担をかけない接し方

認知症・せん妄の人は、注意を続けて向けることが難しい
分かりやすい、負担をかけないかわりが重要

- 視野にゆっくり入ってから声をかける
後ろから声をかけても、注意が向きにくい
- アイコンタクトをとる
- 名札や道具を見せる、タッチングをする
複数の感覚から情報を送ると注意が高まり、伝わりやすい
- 名前を呼ぶ（●●さん）
注意が高まる、安心感を伝える

認知症やせん妄の患者と接する時には、認知機能の障害を踏まえて、わかりやすいコミュニケーションを意識することが重要である。

この時に、意識すべき点は、注意を持続・維持することが難しくなる点である。コミュニケーションの際には、注意をひく、注意の維持に負担をかけないことを意識した工夫を検討する。

具体的には、

- ・患者の視野に入って（認識してもらってから）話しかける
- ・アイコンタクトをとりながら話をする
- ・複数の視覚から働きかけて、注意を高める

などがすぐにできる工夫である。

話すときに注意をしたいこと

- 静かで落ち着いた環境を用意する
(TVを消す、人の出入りがない場所)
- 顔に影がかからないように注意をする
(特に夜の場面)
- 会話はゆっくり、はっきり
- 話題は短く、具体的に
- ゆっくりと待つ
- 話をさえぎらないように

認知機能障害をもつ人と会話をする際に注意する点をいくつか挙げる。

注意を維持しやすい環境を用意することが重要であり、

- ・静かで落ち着いた環境を用意すること
(病院の環境は、認知症をもつ人にとっては刺激が強すぎるものがしばしばある)
- ・夜間を中心に意識したいことだが、話しかける際には顔には影がかからないようにする
- ・会話はゆっくり、はっきりと話す
- ・短く、具体的に話す (一文が長いと、記憶を保持し、理解することが難しくなる)
- ・時間をかけて応答を待つ
- ・話をさえぎらない

ことがあげられる。

適切な支援・ケアの提供

- 認知症の人は、痛みや違和感を適切に表現したり、伝えることが難しい
- 医療者は、苦痛があれば患者は伝えるはずと思いがち



- 身体症状を見落としてしまう
- 全身状態の変化を見逃してしまう

病院で、特に認知機能障害を持つ人のケアで注意をしたい点は、認知機能障害があると、痛みなどの苦痛を認識し、適切な言葉に置き換え、医療者に伝えることが難しくなる点である。

その結果、痛みや苦痛があってもうまく表現することができなくなる（言葉で表現できずにBPSDの行動症状として現れることがある）

その結果、医療者が見落としがちになることがある。

痛みや苦痛などの自覚症状は、全身状態の変化を早期に捕まえ対応するために重要であるが、その症状がとらえにくくなることで、患者の苦痛が増すとともに、（早期対応できないことにより）合併症が重篤化しやすいことに注意をしたい。

注意をしたい場面

- 不穏と判断していたら、
⇒ 実は「腹痛」だった
- 訴えがないので問題ないと思っていたら、
⇒ 「脱水」だった

典型的な場面を2例ほどあげる。

- ・ ベッド上で安静が保てず、落ち着かない様子が出てきたため、不穏と判断して不穏時指示を使って対応をしていたところ、急に血圧が下がりショック状態になった。
実は、腸管穿孔による腹膜炎による腹痛があった。
- ・ 日中もうつらうつらと寝ている様子であった。本人が苦痛を特に訴える様子もなかった
ので、そのまま経過観察としていたら、実は脱水状態でせん妄を発症した。

一般病院において観察やケアで注意をしたい点

- 痛み
- 摂食、栄養
- 感染
 - ・誤嚥
 - ・尿路感染

認知機能障害により、自覚症状をうまく伝えることが苦手になる

医療者が積極的に拾い上げる姿勢が大事

身体合併症の治療中に、（身体治療を意識して）観察を密にするなど注意を払うポイントを挙げる。

- 痛み：BPSDの行動症状の原因となる、身体状況の変化を早期に発見するうえで自覚症状が果たす役割は大きく、その情報がとりにくいことにより早期発見が難しい場面があることを意識する
- 摂食、栄養：軽度の認知症の場合には、実行機能障害によるセルフケア能力の低下、セルフネグレクトの影響。中等度から高度の場合には、注意が持続しないことや失行の影響により、食事摂取が安定しなくなる。
- 感染・誤嚥：認知症の原因である神経変性により誤嚥は生じやすい、また衝動性が更新すると、一度に多くの食物を摂ろうとして、誤嚥を招きやすくなる
- 尿路感染：セルフケア能力と水分摂取の減少による

痛みの緩和

- **認知症の人は、痛みを的確に伝えることが苦手**
 - 例：突然痛みが来るとパニックになって泣き叫んでしまう
 - ：痛みの強さをNRSやVASで表現できない
 - ：痛いピークを過ぎると痛かったことを忘れてしまう
- **結果として認知症の人の痛みは見落とされたり、問題行動として不適切な対応がなされてしまう危険がある**

一般病院では、治療に関連した処置や、疾患による痛みを伴いやすい。認知症の人は、痛みをうまく把握し、適切に表現することが苦手となりやすい。

痛みは、一般に自覚症状でその強さや性状を評価するが、評価が難しくなる。

痛みを疑う

- **表情：** 泣く、パニックになる、不機嫌になる
- **行動：** 身構える、おびえる
- **自律神経症状：** 頻脈、発汗などの侵襲に対する反応

いきなりBPSDと判断せず、身体的苦痛などの確認、除外をおこなう

痛みを自覚症状で評価することが難しいと判断した場合には、客観的な観察により、痛みを推測しながら対応を進める。

客観的な評価のポイントには、

- ・表情： 情動の急激な変化に注意をする、急に泣く、パニックになる、怒り出す、など
- ・行動： 急に身構えたり、行動を避ける、おびえる、など
- ・自律神経症状： 侵襲的な刺激に対する交感神経系の緊張症状に注意をする

がある。

特に、急に不機嫌になる、攻撃的な行動が出る場合、BPSDの行動症状として対処するのではなく、身体的な苦痛が生じていないかどうかを客観的な評価を含めて評価しなす。

食 事

- **食事が進まない理由に、認知機能障害がからむことがある
摂食不良をそのまま食欲不振とみなさない**
- **「食べない」時に考えること**
 - ・ **注意が続かない（医療者やほかの患者に気を取られる）**
 - ・ **道具が使えない**
 - ・ **食事を口元にもっていけない**
 - ・ **痛み（口内炎、義歯があわない）**
 - ・ **口腔乾燥**

食事の摂取は、注意力と関連する重要なポイントである。

一般に食事を摂らないと、食欲不振や食欲低下と判断しがちであるが、認知機能障害も摂食に関連することは確認しておきたい。

認知機能障害があると、

- ・注意が続かないため、摂食行動が中断しがちである
- ・失行により箸やナイフなどがうまく使えない
- ・視空間認知機能障害により、食事をうまく手元に運べない
- ・口内炎や義歯が合わないために痛みがあるにも関わらず、うまく伝えられない
- ・口腔乾燥があり、嚥下がうまくできない（のに伝えられない）

などが考えられる。

ケアの提供（食事）

- 準備をする
（みせる、においをかがせる）
- スプーンを手に置く、手を口元にもっていく
- 咀嚼を促す、嚥下を促す

認知機能障害により、摂食などの一連の行動をまとめて実行するのが難しくなる。

特に、

- ・食事に注意が向いていない、場合や
- ・気づいていたとしても行動が開始できない（失行）

場合があるため、食事を見せることとともに、行動を促す声掛けや準備が大事である。

心理的苦痛への配慮

- 認知機能障害に関連して、認知症の人も違和感や苦痛を感じる
- 特に、軽度認知症においては、失敗体験にともなう自尊心の傷つき、自律性の喪失への恐怖がある

心理的な苦痛にも配慮をしたかわり、支援が重要

例) 忘れてしまったことを指摘する
ケアの失敗を責める

認知症をもつ人への支援を考える視点として重要なのは、認知機能障害に対して苦痛を感じる点である。

認知症になると何もわからなくなるとの誤解があり、配慮を忘れがちであるので注意をしたい。

特に一般病院では、相対的に軽度の認知症が多い。失敗体験への配慮に注意する。

意思決定支援

- 病状の説明は、「個人の尊厳への尊重」、「自己決定権の保障」として重要
- 中等度までの認知症であれば、希望を表明することはほとんど場合可能である
- 認知機能障害に配慮をした説明をする
 - 静かで落ち着いた環境
 - 分かりやすい言葉、ゆっくりとした語りかけ
 - 表情や身振りなど非言語的なメッセージにも注意を払う

病状を説明することは、「個人の尊重」と「自己決定権の保障」として重要である。

認知症をもつことと、意思決定が困難ということは別の概念である。認知症をもっていたとしても、中等度までの認知症であれば、希望を示すことはほとんどの場合可能であり、注意深い説明とともに、意向を丁寧に確認する。

介護者への支援

- 情緒的サポート
- 認知症の人の「世界観」を理解する支援
- 認知症の人とのかかわり方の支援
- 地域の医療・介護サービスの紹介・引継ぎ
- 介護者が自分で取り組めるメンタルヘルスを維持する工夫

認知症をもつ人自身への支援とともに、介護者が介護を続けられるように、支援体制を整えることも役割である。

その場合、介護者に対して望まれる初期支援には、

- ・情緒的サポート
- ・介護者が、認知症の人の世界を理解できるようになるための支援
- ・認知症の人との接し方に関する助言
- ・専門的な支援が必要な場合には、確実に引き継ぐ
- ・介護者が自分自身でメンタルヘルスを維持するためにできる取り組みについて

情報を提供する。

せん妄：ポイント

- **せん妄は、一般病院に入院中の患者において高頻度で認められ、さまざまな悪影響をもたらす**
- **せん妄は「意識障害」であり、その身体的な原因を同定し、対応することが重要である**
- **せん妄のリスクのある患者を同定し、予防的に関わることが重要である**
- **家族の気持ちにも配慮をした支援が重要である**

認知症とあわせて問題となるのは、せん妄への対応である。

せん妄は入院患者の約20-30%程度に認められる注意障害を主体とした精神症状である。主に、身体的な要因を原因として、脳の機能不全を生じた結果生じると考えられている。

せん妄の疫学

- **せん妄は頻度が高い**
- **入院患者の 20-30% に合併する**

せん妄の主な症状

注意の障害

- 視線をあわせずきよろきよろしている
- ボーっとして時間がかかる
- 的はずれな答えを返す

睡眠覚醒リズムの障害

- 不眠
- 昼夜逆転

そのほか、幻視など

せん妄の主要な症状は、注意の障害（意識障害）を主とした認知機能障害、および昼夜の逆転として気づかれる睡眠覚醒リズムの障害である。

せん妄の影響

せん妄はさまざまな悪影響をもたらす

- 危険な行動
- 合併症・死亡率の増加
- 再入院の増加
- 家族とのコミュニケーションの妨げ
- 治療同意能力の問題
- 医療スタッフの疲弊
- 入院の長期化
- 治療コストの増加

Bruera 2009; Lawlor 2000; Lawlor 2015; Inouye 1999

せん妄は、転倒転落などの管理上の問題に加えて、合併症や死亡率の上昇、緊急入院や再入院の増加などマネジメントの課題としてあがる。

あわせて、治療同意能力の減弱を引き起こしたり、家族とのコミュニケーションを困難にし、患者の苦痛にもつながる。

せん妄の評価 診断基準

1. 注意の障害 : 注意が続かない、それる
2. 日内変動 : 1日の中で症状にむらがある
夜になると症状が増悪する
3. 認知障害 : 見当識障害、記憶障害、
空間認知の障害
4. 原因となる身体的な要因や薬物などが明らかである

米国精神医学会診断基準 DSM-5

DSM-5によるせん妄の診断基準を示す。

ポイントは、

- ・注意の障害
- ・日内変動
- ・認知機能障害の存在

である。

症 例

83歳女性

脱水、肺炎にて入院

- 自宅で過ごしていたが、3日前より発熱があり、ぐったりしていたところを発見され入院となった。
肺炎を認めた。
- 昨晚不眠にて、ゾルピデムを内服した。
その後より、「家に帰る」「怖い、触らないで」と興奮。

Q せん妄の評価と対応について、話し合ってみましょう。

代表的なせん妄の事例をあげる。

3分程度のざわめきグループ（隣席者との軽いディスカッション）をおこない、普段の臨床で困難を感じている点、とくに評価方法やチームの中での情報共有等について尋ねて、評価と対応のポイントを拾い上げたい。

せん妄の発症

準備因子

- ①70歳以上 ②脳疾患の既往：認知症、脳梗塞の既往、など

誘発因子

- ①感覚障害：難聴や視力障害、過剰な音・光
- ②身体抑制
- ③コントロール不良な苦痛：痛み、便秘、排尿障害、など

直接因子

- ①脳器質疾患：頭部外傷、脳血管障害、変性疾患、脳転移・がん性髄膜炎等
- ②電解質・代謝障害：脱水、低血糖、腎不全、肝不全、等
心肺疾患：低酸素血症、呼吸不全、等
その他：感染症、敗血症、等
- ③薬剤：ベンゾジアゼピン系薬剤、オピオイド、ステロイド、抗コリン作用を持つ薬剤

せん妄

せん妄へのチームでのアプローチを考える際に、せん妄の要因を「準備因子」、「誘発因子」、「直接因子」に整理をすると、チームでの役割分担と併せて検討がしやすくなる。

準備因子は、脳の器質的な要因であり、直接対応や除去をすることは難しい、ハイリスクの評価として使用する。誘発因子は、内的外的環境で負荷的な要因となる項目である。臨床では、非生理的な睡眠リズムが取り上げられやすい。注意をしたい点は、痛みや便秘、尿閉などの身体的苦痛が強力なせん妄の増悪因子となる点である。

せん妄の評価

次の場合、せん妄を疑う

- ・「言っていることつじつまが合わない」
- ・「行動にまとまりがなく危険」

家族から

- ・「入院してから、家族の顔が分からなくなった」
- ・「入院してから忘れっぽい」
- ・「昼間ずっと寝ていて、夜は寝ない」

臨床で重要なのは、せん妄の見落としが多いことから、まずせん妄を疑い、積極的に拾い上げる点である。

せん妄の評価：原因の検索

- 薬剤： ● 睡眠導入薬、抗不安薬
● 抗コリン作用のある薬剤

せん妄を発症する直前に開始あるいは増量している場合に疑う

- 全身状態 ● 脱水
● 感染
● 低酸素血症
● 腎機能障害 などを確認する

せん妄を発見した際には、その身体要因を丁寧に検索する。

病院でせん妄を発症した際には、

薬剤： せん妄発症前後での変化を経過表から確認する

全身状態： 脱水や感染など、身体負荷要因を検索する。

認知症とせん妄の比較

特徴	認知症	せん妄
発症	数か月から年単位	数時間から数日
日内変動	少ない	夕方～夜に悪化
症状の持続	持続	多くは一過性・一時的 (数日～数週間程度)
主たる精神症状	近時記憶障害	注意障害
身体疾患の合併	ときにある	合併 環境要因も大きい
治療目標	進行の段階に合わせた 快適な生活 合併症予防	意識障害の改善

- 入院前の生活状況を確認
- 入院直後で情報がとれない場合は、まず身体疾患が関係するせん妄を疑い、全身状態の回復を図る
- せん妄が落ち着いて、認知症に気づく場合もある

認知症とせん妄の比較を示す。

ポイントとなるのは、発症の時期が大きく異なる点である。認知症は数か月から年単位で発症するため、自宅での様子を確認すれば、せん妄との違いは明らかになる。

せん妄の治療

- 原因への対応
- 促進因子の除去
 - 環境調整：
 - 見当識の強化（時計、カレンダー）
 - 眼鏡、補聴器の使用
 - 昼夜のリズムを整える
 - 痛みなどの苦痛の緩和
 - 離床を促す

せん妄の治療は、

- ・せん妄の原因となる身体要因を除去すること
- ・誘発因子への対応：見当識の評価と痛みなどの誘発因子を可能な限り除去したり
軽減する処置

が基本となる

抑制

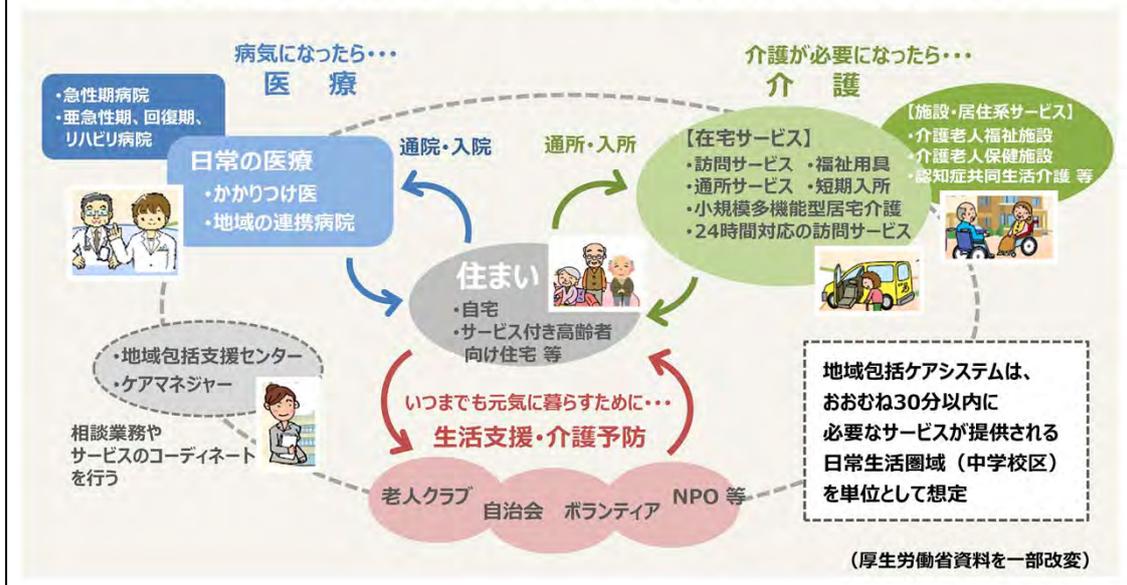
1. 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
2. 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
3. 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む
4. 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
5. 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
6. 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
7. 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
8. 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる
9. 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
10. 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
11. 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

急性期の病院における抑制の対応については、介護施設とは異なり通達はないものの、基本的に、本人の生命等を守るために、あらゆる手段をすでにとったものの対応が困難な場合に、必要最小限度に限ってやむを得ずおこなう処置である。抑制というと、四肢をひもで縛るだけのような誤解があるが、抑制に相当する処置はほかにもある。

地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が包括的に提供される
 地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、
 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要ときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す仕組みが「地域包括ケアシステム」である。

(1) 認知症支援の充実

- ・地域密着型サービスの強化
- ・成年後見人の育成など権利擁護の推進

(2) 医療との連携

- ・在宅要介護者に対する医療の確保
- ・他制度、多職種チームケアの推進
- ・入院時、退院時の医療と介護の連携強化

(3) 高齢者の住居に係る施策との連携

- ・24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスの充実
- ・サービス付き高齢者住宅の充実

(4) 介護予防、重度化予防の推進

- ・自立した高齢者の社会参加の活発化を支援
- ・生活期のリハビリテーションの充実

など

(グループワーク)

ここでは、一般医療従事者研修のグループワークの素材を使ってもよいし、各施設で用意をした事例やグループワークを行うことも可能。