

認知症リンクワーカー研修 から学んだ実践

京都認知症総合センター



2018年3月、既存の介護・福祉拠点に
新たな機能を付加し、
京都府**初**の**認知症総合支援施設**として
宇治市に開設

京都認知症総合センタークリニック

看護師 三藤 志津枝



自己紹介

- 武田病院グループ看護師 経験年数 35年

康生会武田病院（急性期病院）

ICU及び病棟勤務（循環器・心臓外科中心）17年

外来勤務8年（救急外来 一般診療）

宇治武田病院 外来勤務7年

平成29年6月～ 特別養護老人ホーム ヴィラ鳳凰に異動し、

「京都認知症総合センター」立ち上げのための準備をおこなう

平成30年3月26日 京都認知症センター開設（クリニック看護師）

京都認知症総合センターの機能

軽度認知障害（MCI）から重度認知症までの切れ目のない
医療・介護・福祉サービスを症状の進行に応じて支援する
ワンストップサービスを提供する。

既存の介護・福祉拠点

特別養護老人ホーム
ショートステイ
ケアハウス
デイサービス
居宅介護支援事業所
訪問看護
訪問介護

+

新たな機能

常設型認知症カフェ

認知症専門クリニック

認知症対応型デイサービス

グループホーム



カフェほうおうは こんなところ



カフェほうおうは、月曜日～土曜日（祝日を除く）9：00～16：30
オープンしております。※イベント等の際はこの限りではありません。

①本人・家族支援

認知症の人、家族が安心して過ごせる居場所。交流を通して、認知症の人とその家族が情報交換ができる場。

②相談機能

認知症等の不安がある人、家族が気軽に相談できる場所。

③ケアネットワーク

認知症の人、家族、専門職、支える地域の人たちが出会いの場所。仲間作りの場所。

④本人・家族主導の企画

好きな時に、やりたい事を実現するために専門職・支える地域の人たちでサポートします。安心して過ごすことができるゆったりとした居場所。

連絡先
京都認知症総合センター
代表

TEL 0774-25-2577

カフェほうおう
TEL 0774-25-1125

⑤普及・啓発

認知症の人にやさしいまち・うじの実現に向けた認知症について正しい理解を深められる場所。

カフェ店長
榊村さん



社会福祉士
ケアマネ

京都認知症総合センタークリニックの紹介

玄関に、季節を感じる
生花がお出迎え



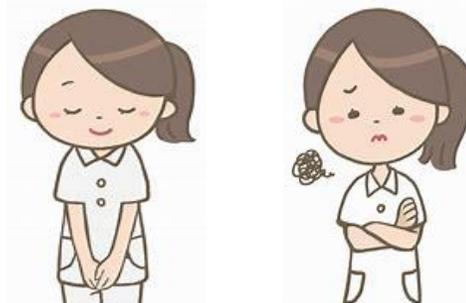
見当識への
支援



受付に、季節を感じる
作品を展示

認知症専門クリニック

- 京都認知症総合センター内にあるクリニック
- 脳神経内科での物忘れ外来が中心
- 特徴としては、**認知症診断後に看護相談**を実施し、当センター内の常設型認知症カフェや地域のさまざまな事業、各種介護・福祉サービスと連携しながら認知症患者と家族の医療や日常生活を継続的に支援
- スタッフ構成：医師、看護師4名（リンクワーカー2+1名）、言語聴覚士
医療を担当するだけでなく、センター内の常設型カフェにおいても、多職種と連携しながら活動を行う



リンクワーカーの久木田と竹中です

診療の流れ

1
回目

診察

物忘れ問診票
KDGC物忘れチェックリスト

DASC21

血液
検査

2
回目

画像検査
(MRI, CT)

神経心理学的検査

(MMSE, コース立方体組み合わせテスト,
Trail Making Test, WMS-R)

看護相談前カンファレンス

3
回目

診察（鑑別診断）

看護相談

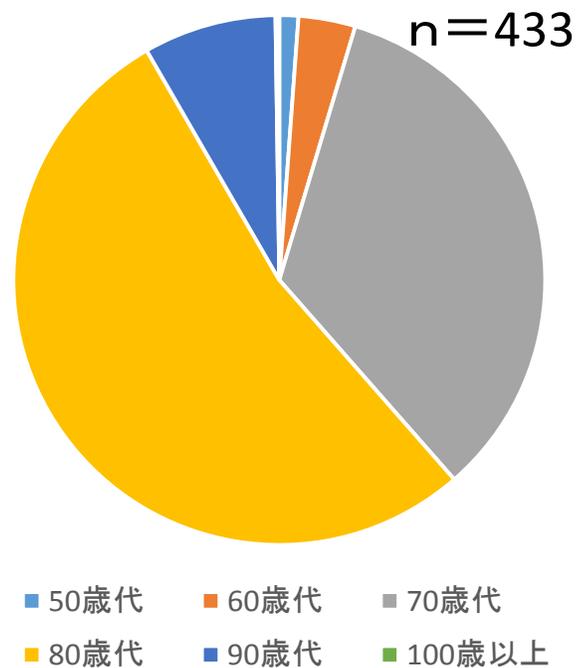
(Zarit介護負担尺度, 本人が望むアイ・メッセージ)

クリニックデータ

平成30年3月26日～平成31年3月31日
患者総数436名のうち
データ使用に同意されている433名

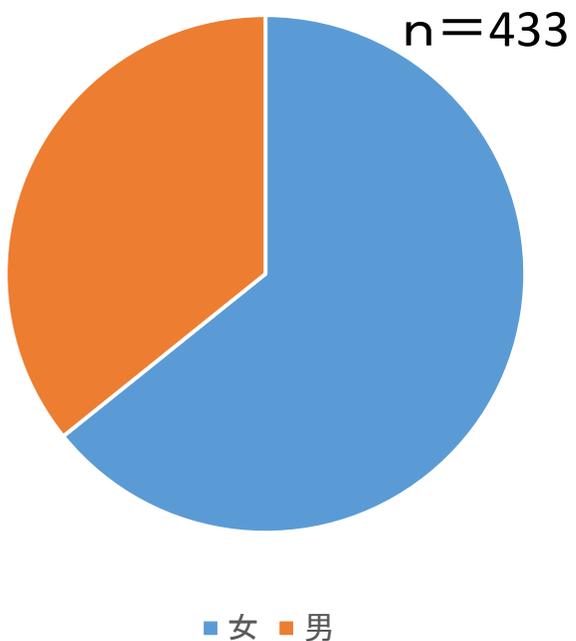
年齢別

70～80歳代が全体の87%を占めている



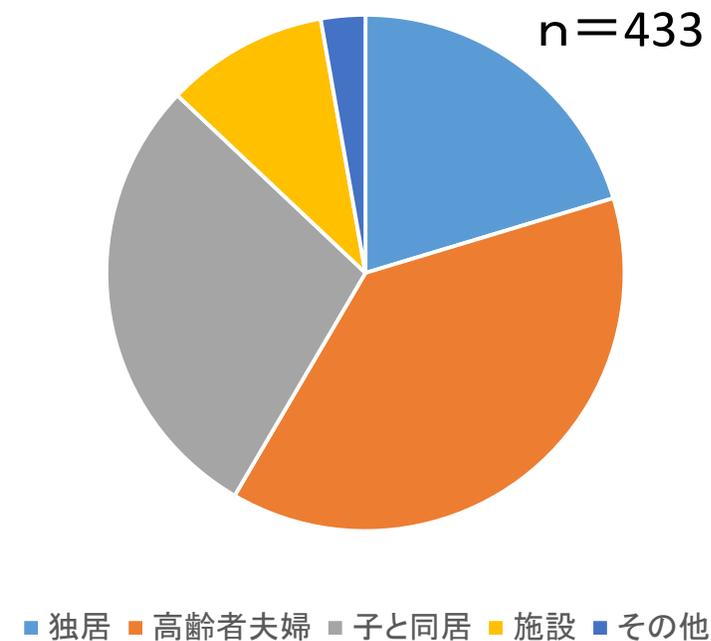
性別

64.2%が女性



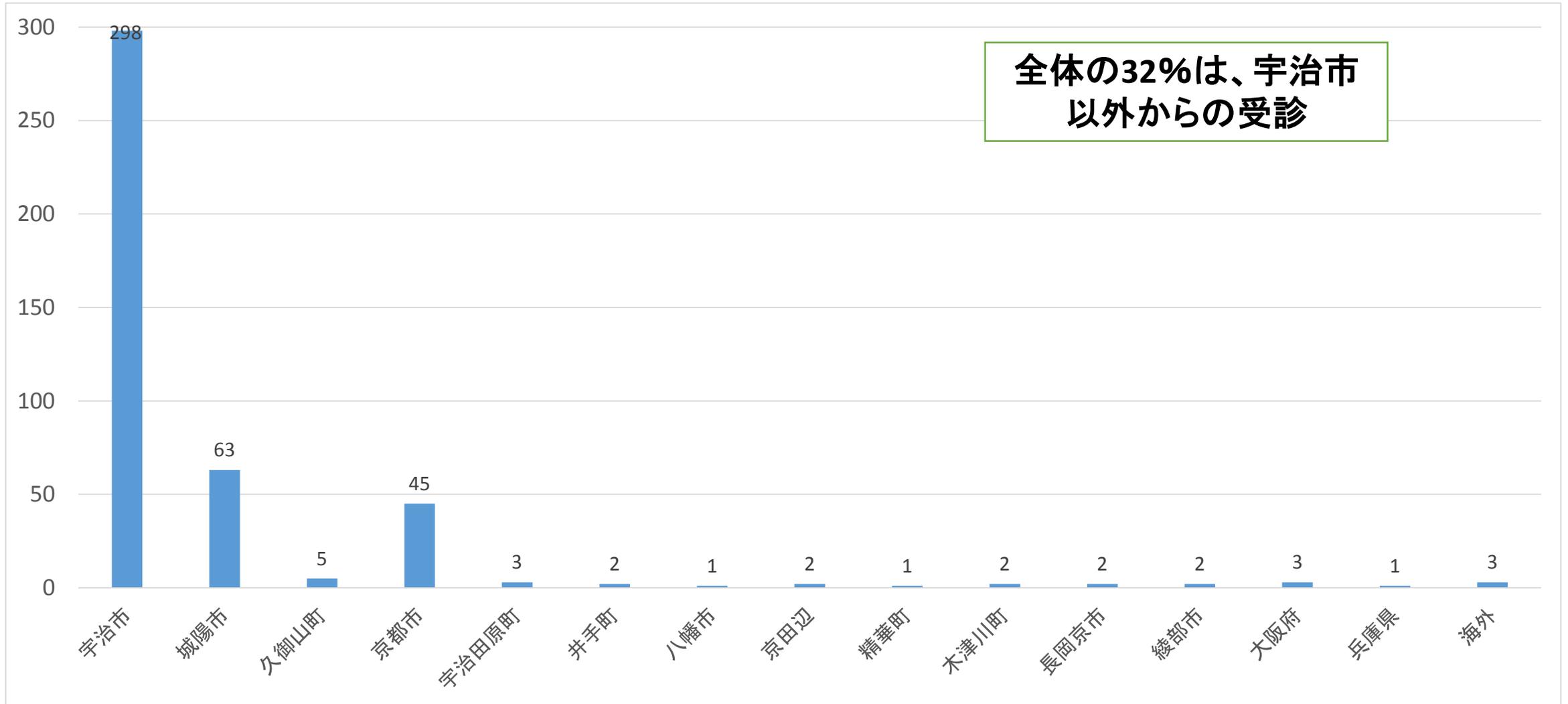
世帯構成

半数以上が、独居または高年齢者世帯

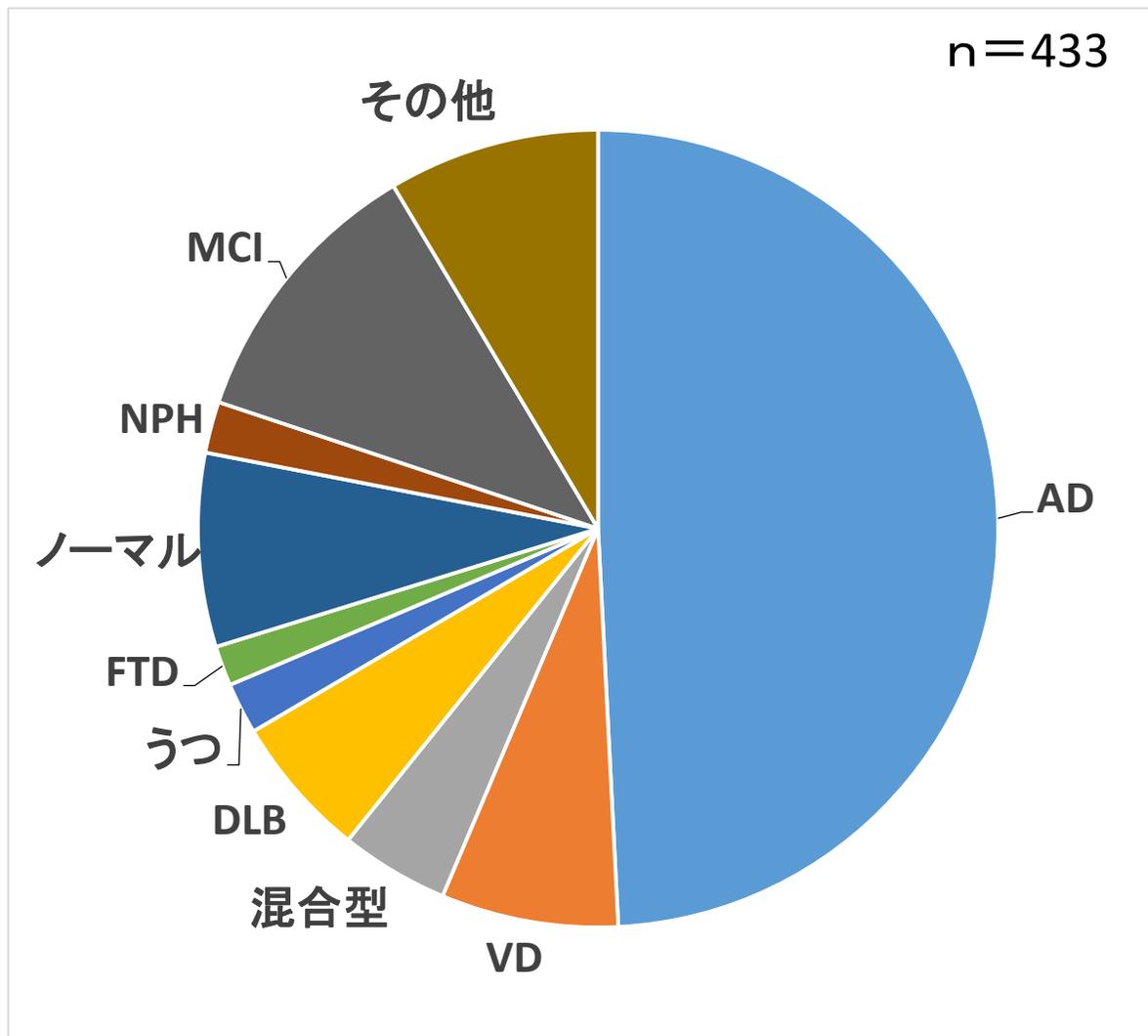


受診者居住地

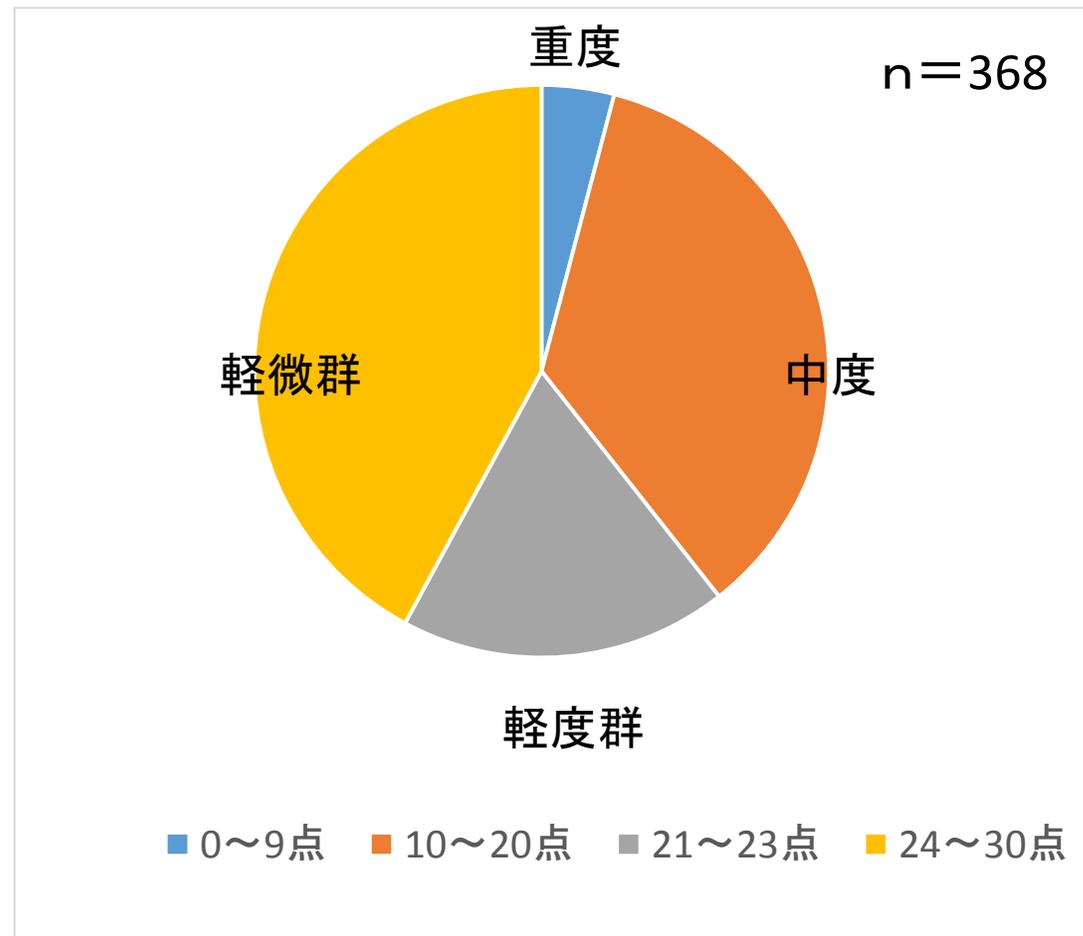
n=433



病型別



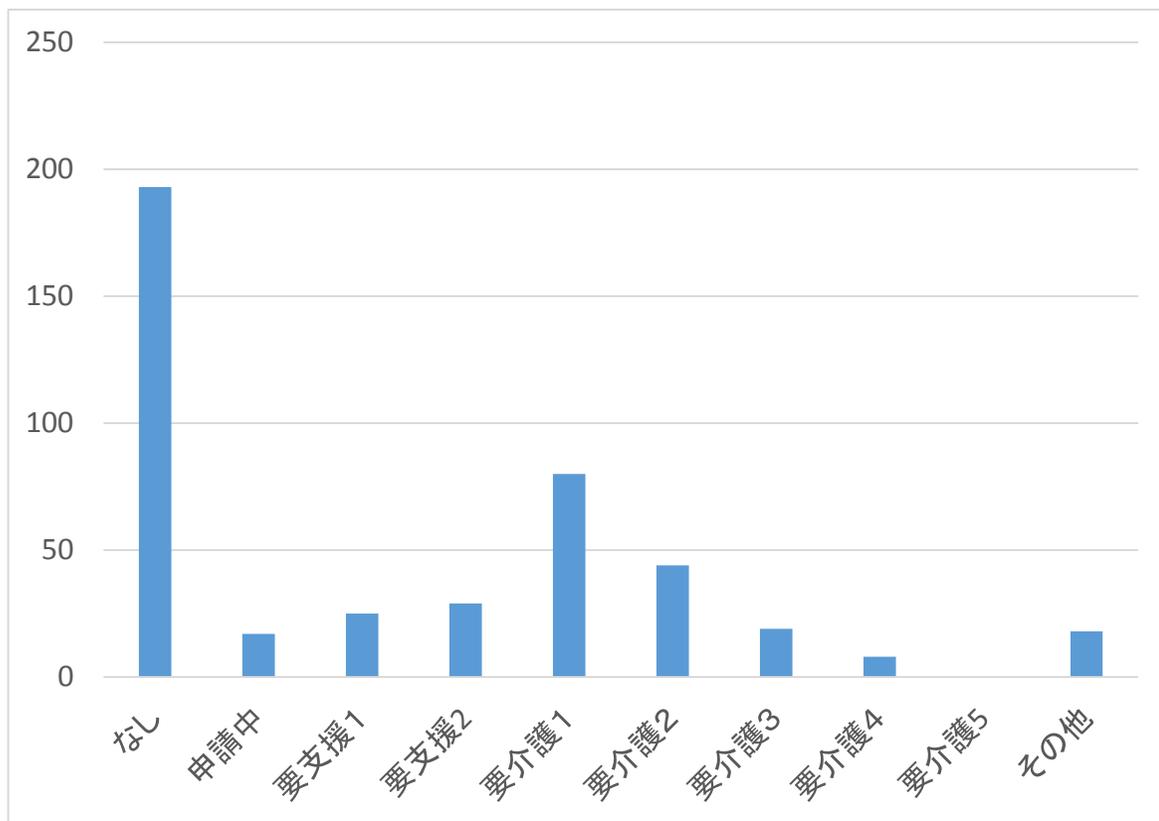
MMSE



初診時介護保険

n=433

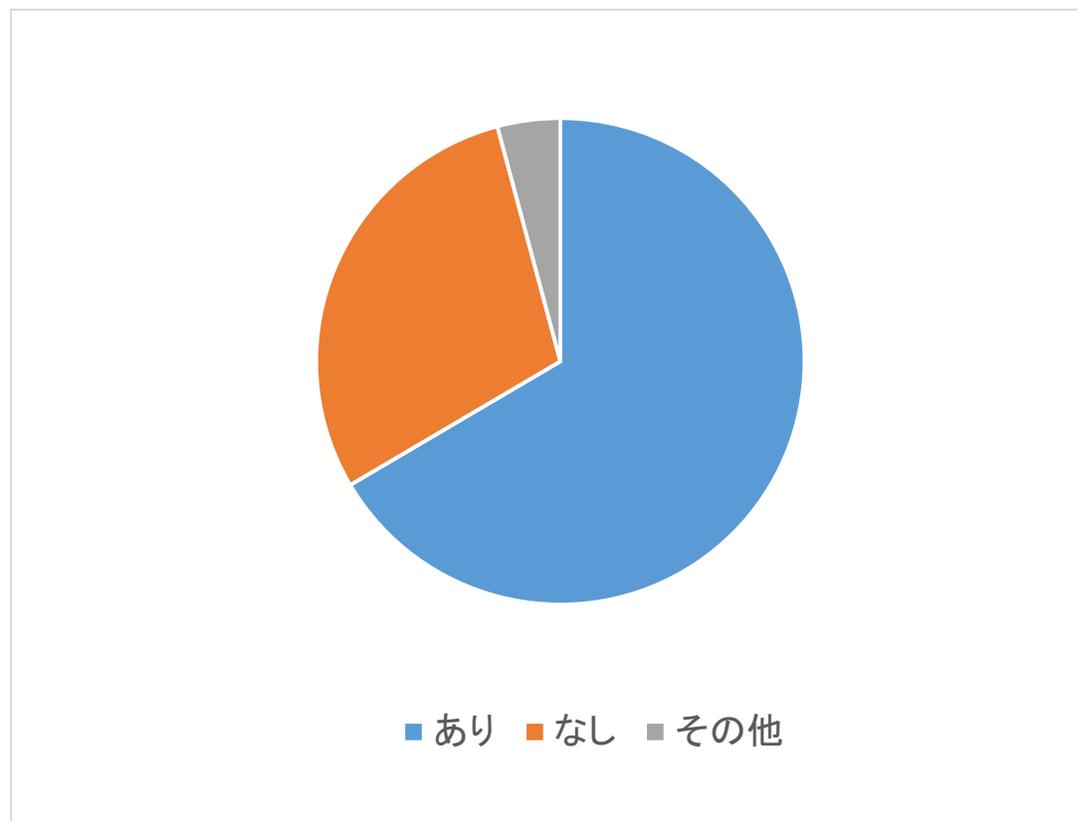
受診者のうち、介護保険なし
及び申請中が約50.6%



看護相談の有無

n=433

主治医による看護相談の依頼
は、受診者全体の約67%



認知症ケアを充実させたいと思ったきっかけ

【平成28年11月 認知症市民講座でのある認知症者家族の一言】



今、先生からたくさんの良い話を聞いた
自分の妻は、認知症になって10年近くなる
真面目にももの忘れ外来に通っているが、この研修で初めて聞いたことがたくさんある

認知症とこのような話を教えてくれるのは誰なんですか？
今は、寝たきりになったけど、もっと早く教えてもらっていたら、
妻の経過がずいぶん変わったかもしれない・・・

認知症の進行を止めることは出来ないが、進行を緩やかにしたり
本人や家族の苦痛や不安は、軽減できたかもしれない・・・

私たち医療者の無念さを感じた・・・

この言葉に後押しをされ、前部署で診断直後の看護相談を立ち上げた！！

が、その後も方法を模索していた・・・



認知症リンクワーカー研修との出会い

日本の国家戦略は、「認知症になっても本人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すことにあるが・・

実際には・・・、

- 早期診断の促進が、政策の目的とは裏腹に、かえって本人や家族の不安や生活の変化に繋がってしまう「**早期診断・早期(絶望)**」ともいえる現状がある
- 診断後、まったく支援のない、「**空白の期間**」が生じている
- 「危機」が発生してからの「**事後的な対応**」となっている等・・

これらの多くの問題に対し、診断直後から関われる私たちに出来ることはないか？

京都の認知症リンクワーカーとは

- 認知症初期集中支援と連携しながら、認知症の人やその家族の不安に寄り添い、必要なサポートを行う
- 地域における重層的かつきめ細やかな認知症初期支援体制を構築

支援の対象者：リンクワーカーの支援が必要な
初期認知症の人及びその家族



支援の期間：概ね1年間

京都認知症総合センターでは、
穴のあいてる認知症のケアパスの中を、本人家族と伴走できるよう、
必要に応じて期間を設定する

【支援内容】

①本人・家族への精神的支援

（病気と向き合うための様々な情報の提供やライフプランの作成）

②地域社会との連携（地域で孤立しないための社会参加支援）

③ピアサポートの提供（本人同士が支えあうための関係作り支援）

④日常生活支援等、必要に応じた支援のつなぎ

⑤ケアマネージャー等への引継ぎ後の重層的支援

⇒当事者の想いに沿ったオーダーメイドの支援が必要

このオーダーメイドの支援をどのように実践していくか？

が、私に課せられた課題・・・

看護相談前カンファレンス（ひとりひとりを知る仕組み）

- ・鑑別診断前に，看護師と言語聴覚士が中心となり実施.
- ・必要に応じ施設内の他職種（ケアマネージャー，介護福祉士等）が参加.

①情報確認・共有

- ・カルテ情報
- ・血液検査結果
- ・物忘れ問診票，DASC21，KDGCものわすれチェックリストからの情報
- ・本人/家族との関わりからの情報

②言語聴覚士の報告

- ・神経心理学的検査結果
- ・その他評価
視覚/聴覚
コミュニケーション
摂食・嚥下機能
検査時の様子 等
- ・活動状況、生活歴

③今後の支援について話し合い

- ①②の情報をもとに，支援方法，確認事項，本人への対応等について検討.

看護相談（本人・家族、それぞれに実施）

本人との面談

- ・ 認知症と診断された直後の心理的フォロー
- ・ 「なじみの関係」、
「なじみの場所」づくり
- ・ 生活の困りごとに対し、
一緒に考える
- ・ 「本人が望む10のアイ・
メッセージ」を聴取

家族との面談

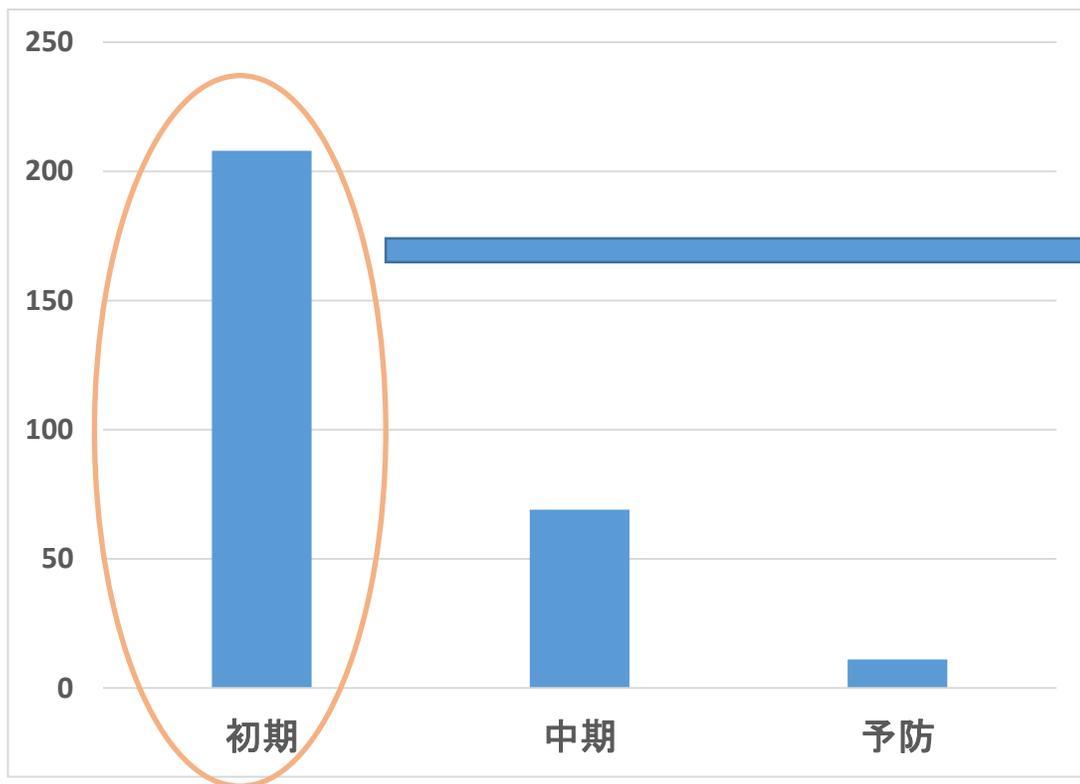
- ・ 相談できる関係性づくり
- ・ 神経心理学的検査の結果、
症状等についての説明
- ・ 支援方法についての助言
- ・ 「Zarit介護負担尺度」を
用い、日常生活で困っている
ことや想いを聴取
- ・ 介護保険制度の説明
必要時、居宅事業所と連携し
代行申請

一人一人の想いに寄り添い、ともに歩む

看護相談指示内容

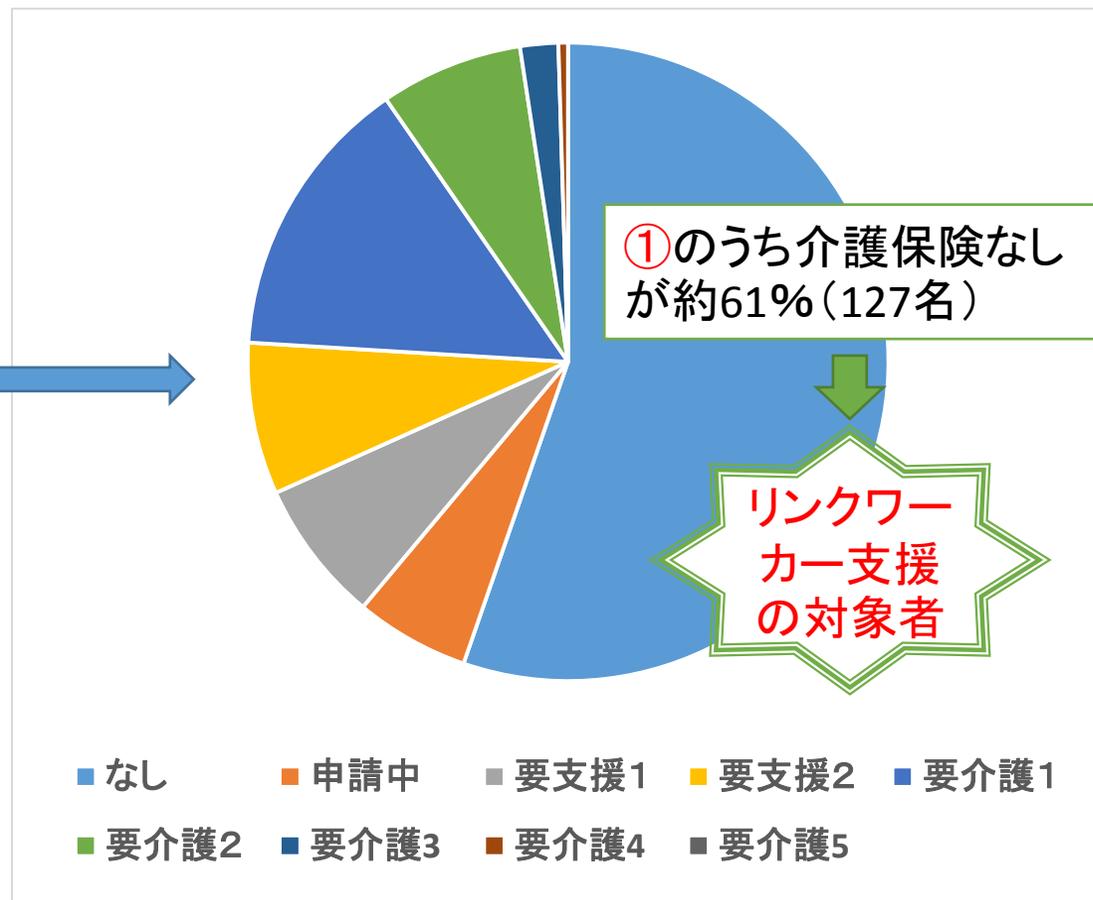
看護相談の依頼のうち、初期認知症の人が約72%(208名)⇒①

n=288



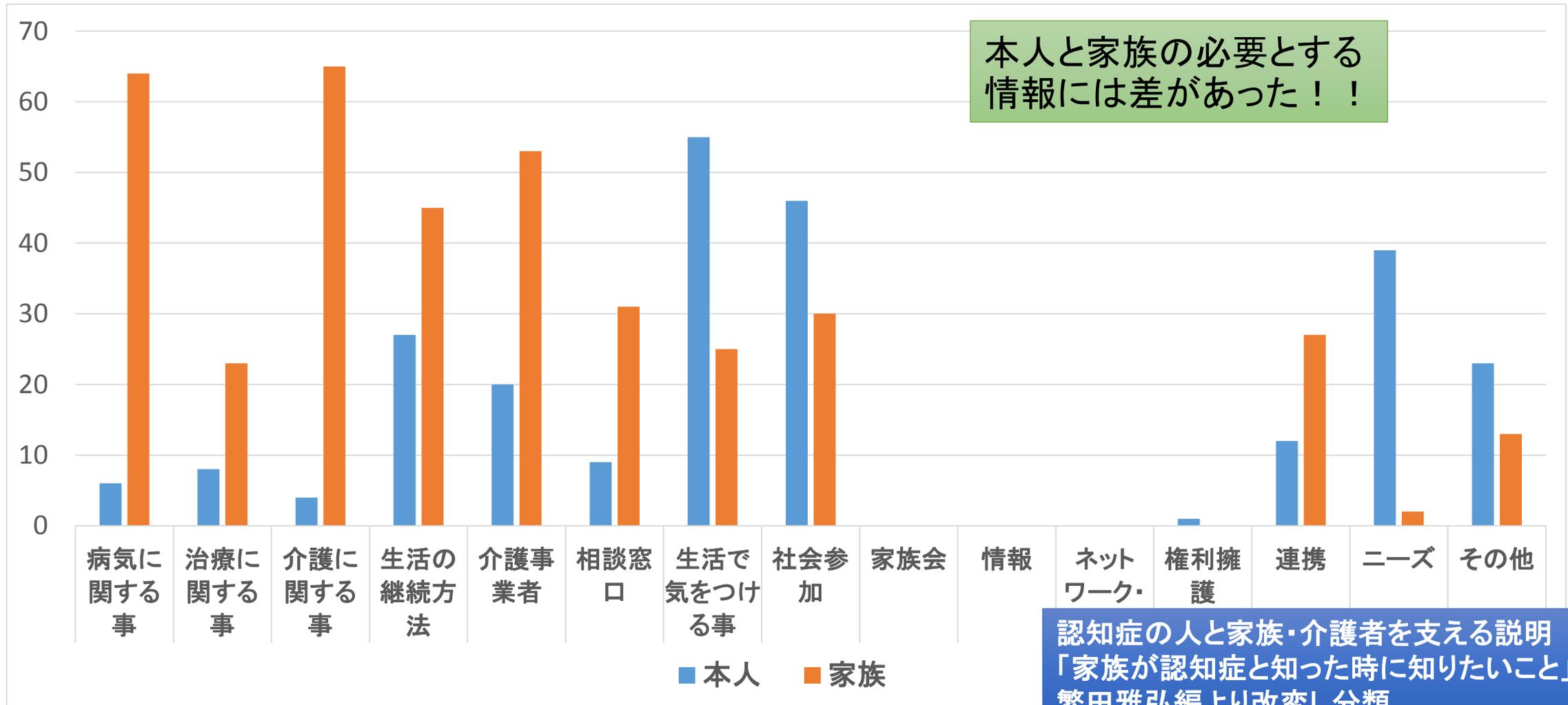
初期看護相談実施者の介護保険有無

n=208



初回看護相談項目（介護保険なし）

n=本人111
家族110



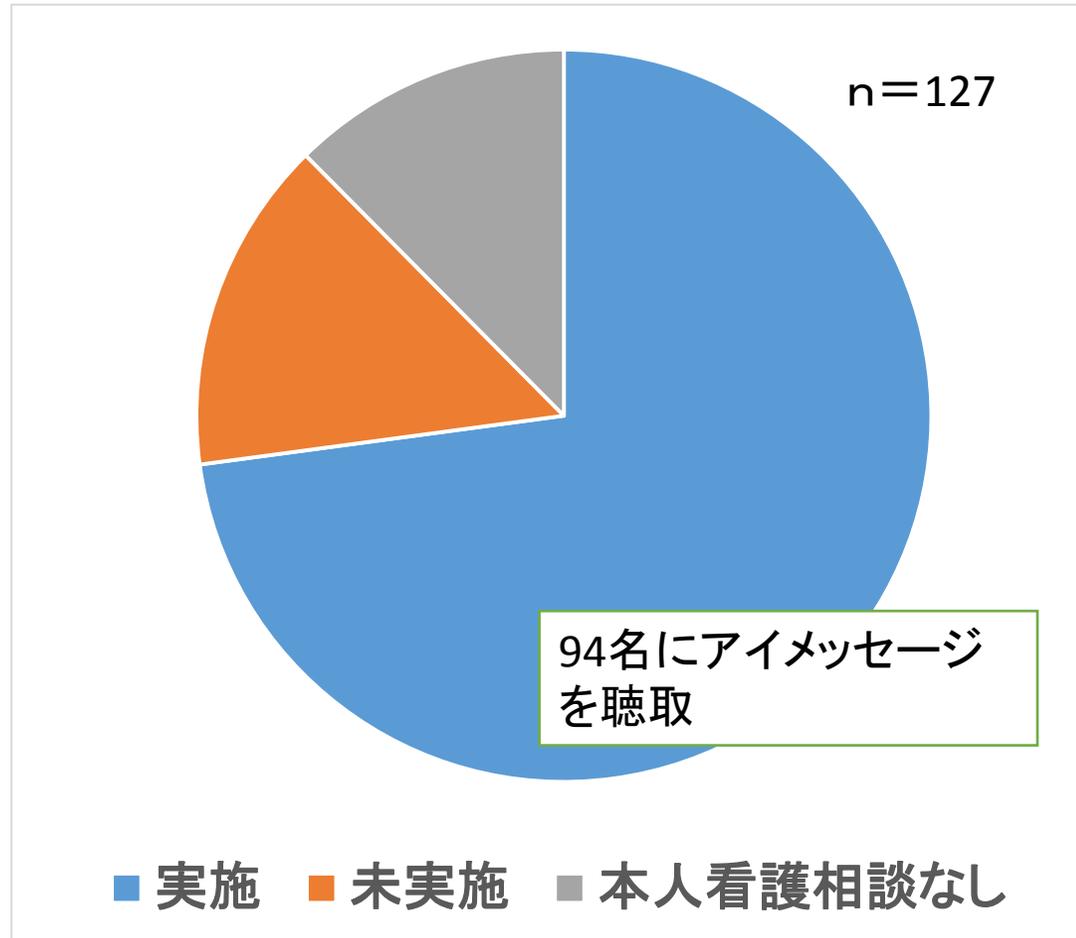
10のアイメッセージ(本人との看護相談時に使用)

- 認知症の人とその家族の思いを、アイメッセージとしてオレンジロードに位置付け、オール京都体制でこうした目標に向かって検証と評価を繰り返しながら、認知症に正面から向き合い、あらゆる困難が克服されるよう、府民一丸となって取り組む決意を示したもの



- 当院では、10のアイメッセージが目指す姿である、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続ける事を一緒に考えていくツールとして、本人看護相談の際に、10のアイメッセージを用いて、初診時の本人を取り巻く環境や、思い・やりたい事を聴取している

初期認知症における 10のアイメッセージは



- 医師より看護相談依頼のあった人が対象
- 本人看護相談の中で、看護師による聞き取りでおこなう
- 「はい」「いいえ」の2択制であるが、聞き取り、出来ない項目は、無回答とする
- 各項目ごとに、特記事項を記入し、聴取した意見や要望を記入する
- 可能な限り1年ごとに聴取



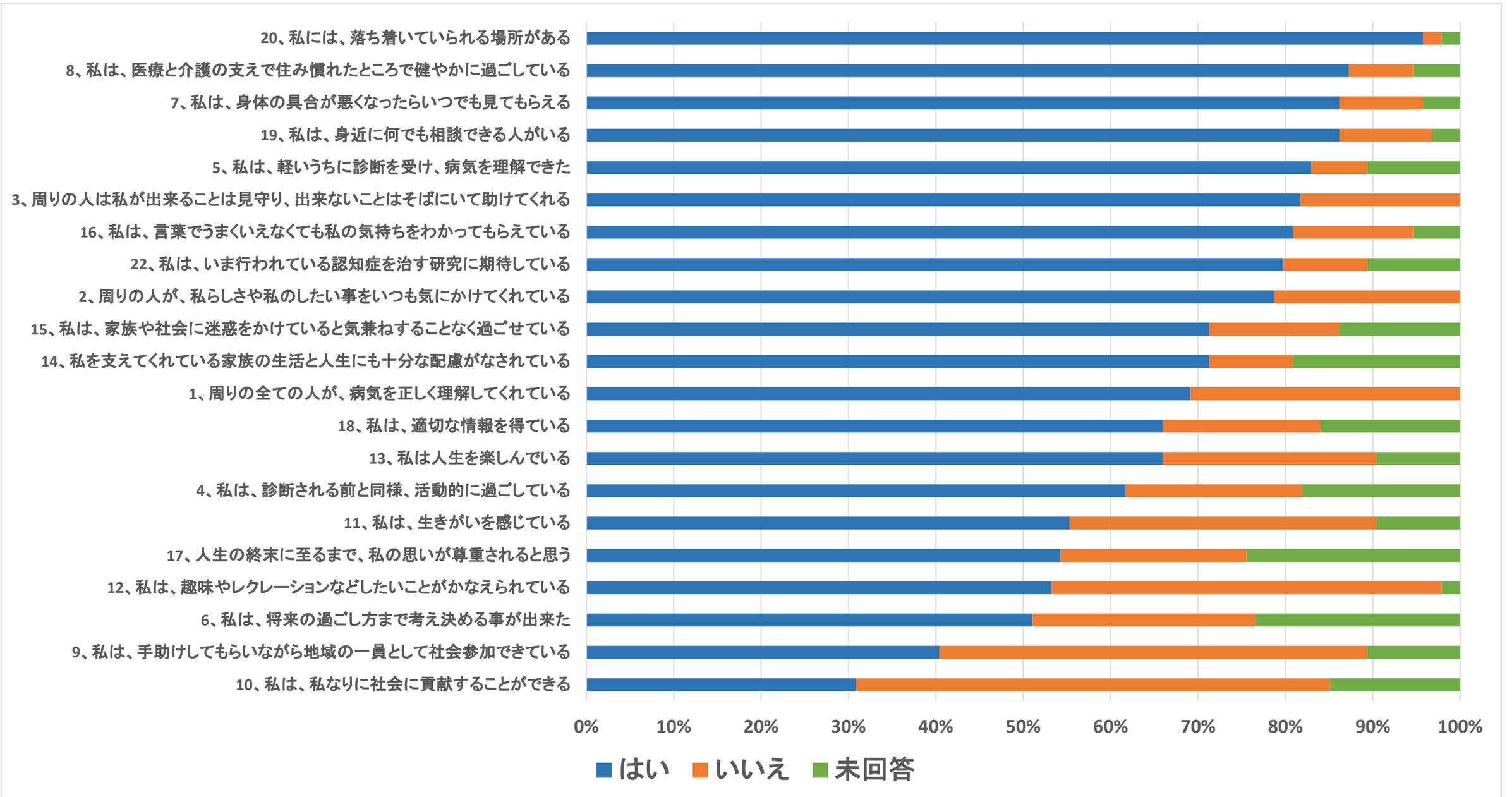
当事者を評価するツールではなく、当事者に提示することで、自分たちが向かう姿を認識

それに加え、

それぞれの項目に対する本人の想いを聴取し、
「はい」に近づけるための支援を一緒に考える
(あくまでも本人の意思を尊重する)

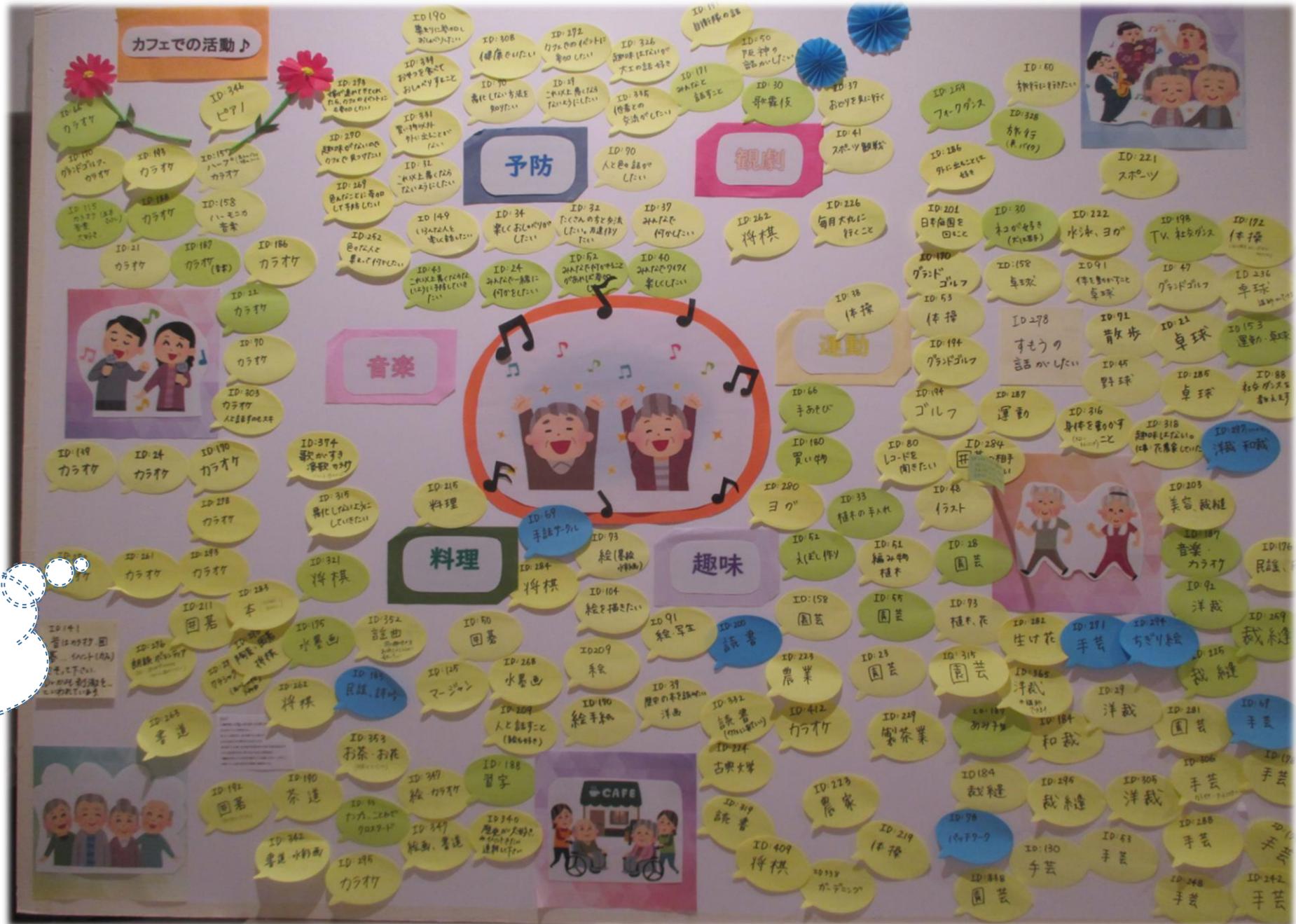
初回看護相談での10のアイメッセージ

n=94



10のアイメッセージ
から得られた、

『私のしたい事』
を見える化



〈事例紹介〉

80歳代 女性 AD疑い 同居者：娘 介護申請未

記憶障害 病識の欠如 取り繕い反応 意欲低下

【神経心理検査】

MMSE 24/30 リバーミード行動記憶検査 2/24

【本人】

1年前から定期受診の度に物忘れのことを言われる。自分でも忘れやすくなったと思う。

【家族】

買い物する物を忘れる。冷蔵庫に肉がいっぱい入っている気分の浮き沈みが激しくなった。

本人（初診から半年後）

知らない方が良かった

不安・・・

何にもしたくない・・・

もの忘れがあることを
受け入れられない状況



否定の気持ちや
混乱・拒絶

看護師（リンクワーカー）のみならず、
カフェ 榊村店長（リンクワーカー）も併走

受診ごとの
信頼関係作り



自らの向き合い方、心構えを
構築するための支援

家族

(初回)

今は物忘れがあると聞いてショックを受けていると思う。
時を見て申請していく
Zarit介護負担尺度では、殆どの項目でチェックできない

諦め・開き直り

リンクワーカーのアプローチ

できることは
認める関わり

本人の自信に
つながる関わり

まずは家族が
物忘れについて
理解する

受診から半年後、介護申請に行くが、本人が申請を拒否
その帰り道に常設型認知症カフェに見学に来られる

受診から半年後

手芸の会や押し花の作品を見て、「これならできそう」と興味あり。

クリニック主催

手芸の会
への参加



現在
毎月カフェの活動に参加



馴染みのリンクワーカーや
医師・看護師・言語聴覚士が
一緒に活動に同席し、安心
してもらおう

【関わる中で意識・指導していること】

本人へ

- 成功体験を積み重ねてもらおう
- 情報共有
- 見守り
- 楽しみ作り

家族へ

- 残存能力の維持・活用
- 本人目線重視
- 生活上のリスク回避

楽しい思いを
してもらうことが、
私たちの目標
です！！

1年後の看護相談（本人）

すごく勇気が必要だった。

自分が何でこんなところに来ないといけないの？と思ったけど今はこうやって楽しく話せるところがあって嬉しい。自分ができることをしていきたい。

適応

1年後の看護相談（家族）

本人の中でできなくなっていることが多くなり、苛立ちもあるのではないかと。

否定的な言葉は言わないように意識している。

カフェに来るようになって本当に良かった。

無理に介護申請せず、本人の意志を尊重する。

カフェで本人とできるボランティアにも参加したい。

Zarit介護負担尺度では、「患者さんが将来どうなるか不安になることがありますか」と「自分は今以上にうまく介護できるなあと思うことがありますか」の項目に『よく』と回答

受容

本人が望むアイメッセージ①

		初診時		1年後
1	周りの全ての人が、病気を正しく理解してくれる	いいえ	⇒	はい
2	周りの人が、私らしさや私のしたいことをいつも気にかけてくれる	いいえ	⇒	はい
3	周りの人は私が出来ることを見守り、できない事はそばにいて助けてくれる	はい	⇒	はい
4	私は診断される前と同様、活動的に過ごしている	非該当	⇒	はい
5	私は軽いうちに診断を受け、病気を理解できた	いいえ	⇒	はい
6	私は将来の過ごし方まで考え決めることができた	非該当	⇒	いいえ
7	私は体の具合が悪くなったらいつでも診てもらえる	はい	⇒	はい
8	私は医療と介護の支えで住み慣れたところで健やかに過ごしている	非該当	⇒	はい
9	私は手助けしてもらいながら、地域の一員として社会参加できている	非該当	⇒	いいえ
10	私は私なりに社会に貢献できている	非該当	⇒	いいえ
11	私は生きがいを感じている	非該当	⇒	いいえ

本人が望むアイメッセージ②

		初診時		1年後
12	私は趣味やレクレーション等、したいことがかなえられている	非該当	⇒	はい
13	私は人生を楽しんでいる	非該当	⇒	はい
14	私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされている	非該当	⇒	はい
15	私は家族や社会に迷惑をかけていると気兼ねすることなく過ごせている	非該当	⇒	はい
16	私は言葉でうまく言えなくても、私の気持ちをわかってもらっている	はい	⇒	はい
17	人生の終末に至るまで、私の思いが尊重されると思う	非該当	⇒	はい
18	私は適切な情報を得ている	非該当	⇒	いいえ
19	私は身近に何でも相談できる人がいる	非該当	⇒	はい
20	私には落ち着いていられる場所がある	非該当	⇒	はい
21	若年性認知症の私にあったサービスがあるので、意欲をもって参加している	非該当	⇒	非該当
22	私は今行われているもの忘れを治す研究に期待している	いいえ	⇒	いいえ

初回の看護相談では、
本人・家族の思い・受容段階に差があった。



【本人】
伴走者として不満や生活のしにくさを吐き出せる関係作り

本人も家族の思いを理解

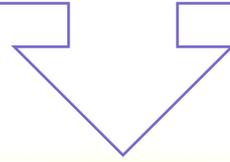
【家族】
本人の意思を尊重した関わりを一緒に考える

家族にも本人の気持ちを代弁



- 本人だけでなく、家族も含めた全体像に重点を置く
- 本人・家族・支援者等全員が、同じ足並みを保つことができるように、第2・第3の人生を開始するまでの空白の期間を埋める役割が重要。

専門的な知識や家族の想いに左右され、本人にとって過度な介入になってしまいがち



走者→本人・家族
リンクワーカー→伴走

助言する際は、本人がどうしたいのか。
どうしたら生活しやすくなるのか。
本人の代弁者として伝えていく

1年間を通じた実践の学び

- 普段のコミュニケーションを通して、本人のペースで徐々に関係を作っていく
- 関りを継続していくための意図的な仕組みづくりが必要
- 診断後支援の充実のため、医療と介護が併走できる仕組みを作っていく
- 10のアイメッセージやZarit介護負担尺度などのツールを使用することで、そのときどきでの本人・家族の環境や想いが聴取できる
- 本人と家族の想いや受容段階に差がある
患者さんの全体像を把握しながら、足並みを保つことができるよう、
バランスをとっていく

実践から見えてきた今後の課題

- 資源を理解し、まずは自分自身がそこと繋がっていく事が必要
- 施設内外のリンクワーカーのみならず、その他の支援者と併走しながら地域に展開していく
- 複数患者に対応できる体制を作る仕組みづくり
- 各地域にリンクワーカーの拠点を配置し、ネットワークを構築することで、人から人へ丁寧に繋いでいくことができる