

当院の認知症ケアチームにおける MSW の役割

～家族を繋いだ事例を通して～

大分県立病院 医事・相談課 地域医療連携班 菅 千春

【はじめに】

当院は、大分市中部に位置する県内唯一の県立病院であり、高度・専門医療や急性期医療の役割を担っている。診療科 33 科、病床数 503 床、2020 年度には精神医療センターを開設予定である。

近年、当院では高齢で認知症をもつ入院患者が増加している。原疾患の治療が終了しても、認知症のためにスムーズな退院が困難となり、在院日数が長期化するケースは多い。また、治療やケアを拒否することにより患者が不利益を被ったり、看護師が対応に苦慮したりすることもある。

そこで、当院では平成 29 年に認知症ケアチームを発足した。多職種と連携することにより、入院中の認知症患者の不安軽減を図り、看護師のケアの質の向上を目指して活動している。本発表では事例を通し、チームにおける MSW の役割について紹介する。

【メンバー構成】

チーム員 16 名（医師 4 名、認知症看護認定看護師 2 名、看護師 2 名、薬剤師 3 名、理学療法士 1 名、作業療法士 1 名、臨床心理士 1 名、管理栄養士 1 名、社会福祉士 1 名）

【事例紹介】

A 氏（80 代 男性）

病 名：脳梗塞

既往歴：高血圧、脂質異常症、脳梗塞

家族構成：妻（認知症・要支援 2）と同居
長女（同市内）、長男（県外）

A D L：自立

介護保険：要支援 1（サービス利用なし）

経済状況：年金

【支援経過】

X 年 8 月、脳梗塞にて入院。身体的な麻痺はなく、認知機能の低下（注意散漫、放尿）があった。妻は認知症と変形性膝関節症のため家事はできず自宅はゴミ屋敷状態。被害妄想で近隣住民とのトラブルが絶えず、地域包括支援センターにも相談連絡が入っていた。キーパーソンの長女は脳炎の後遺症でてんかん発作と記憶障害があり当院神経内科通院中。夫は単身赴任で小学生の子ども 3 人を 1 人で育てている。携帯電話やメモ帳でスケジュール管理を行っているが、実用性は乏しく家族間での連携は困難。家事や育児のストレスがあり外来で流涙することも多々あった。MSW 介入当初、長女を軸として療養の場の選定を行っていたが、面談内容を覚えられず病識が曖昧のため意思決定が定まらなかった。長女の主治医でもある認知症ケアチームの医師に協力を仰ぎ、長女へ他の支援者をたてる必要性について説明、了承頂いた。MSW より長男夫婦へ患者と長女の現状を伝え協力を依頼した。その後、長女と長男の妻 2 人をキーパーソンとし、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と連携をとりあった結果、患者は認知症ケアチームの医師を主治医として、当院への通院が開始になった。認知症がありながらも介護サービスを利用し、現在も独居を続けている。

【まとめ】

認知症ケアチームにおける MSW の役割は、患者家族の社会的問題を発見し、多職種と連携することで解決に導くことである。今回の事例では、疎遠になっていた家族が転院時に勢ぞろいし、家族調整に対する感謝の言葉を頂くことができた。今後も MSW としての役割を忘れず、チームに貢献したい。