

救急医療においてソーシャルワーカーに期待すること - 精神科医の立場から -

疇地道代[†] 太田裕子 定光大海

第71回国立病院総合医学会
(2017年11月11日 於 高松)

IRYO Vol. 73 No. 5 (264-268) 2019

要旨

救命救急センター（救命センター）は、予期せぬ出来事によって搬送されてきた傷病者で占められる。そして、患者が緊急事態に直面し、本人を取り巻く社会的支援が貧弱であることが露呈する場面に、医療者は日常的に遭遇する。そういった患者のカルテにはたいてい、貧困、母子家庭、虐待、自殺等々といった社会問題に関するキーワードが初療時記録から浮かび上がることが多い。1980年代精神科医が3次救急医療に積極的に関わるようになり、さらに近年、社会福祉士や精神保健福祉士が深く関与するようになってきた。ACTION-Jという共同研究は、ソーシャルワーカー（Social Worker : SW）の自殺未遂患者への介入による再企図予防効果を狙ったその最たるものといえよう。

救命センターで精神科医が関わりを求められる対象は、大きく、1) 搬送前から精神医療につながっている患者、2) 精神医療につながりがなかった/途絶えていたが入院直前もしくは後にその必要性が判明する患者、に分類できる。これらの患者は、身体医療、精神医療それぞれ単独の治療では退院や転院に至れないことが多い。救命センターにおいて精神医学的問題を抱える患者は日常生活能力が低く、家族支援も非常に弱い場合が多い。

しかし、救命センターの自殺未遂の入院患者に関与できる時間は限られており、また介入プロセスが容易でないことも少なからずある。一方で、救急搬送された時こそ、患者や患者家族が医療および支援を必要としている時期であり、患者と患者家族に関して多くの情報が得られ、関係を構築しやすい機会でもある。

本研究では、救命センターにおける自殺未遂患者へのSWの介入の必要性と、自殺予防の観点から精神科医師とSWの協働の重要性について、国立病院機構大阪医療センター救命センター入院患者データベースを用いて調査した。

キーワード 救命救急センター、自殺予防、精神医学的関与、ソーシャルワーカーの協働

はじめに

国立病院機構大阪医療センター（当院）は、大阪市内にある救命救急センター（救命センター）を大きな柱の一つとする急性期の総合病院である。救急

搬送数は、2015年度：総数1,228件・うち自殺企図128（10.4%）、2016年度：総数1,032件・うち自殺企図91（8.8%）と、年度によってばらつきはあるものの、年間1,000件以上で、そのうち約10%が自殺企図により受傷した患者で占められている。当院救

国立病院機構大阪医療センター [†] 医師

著者連絡先：疇地道代 国立病院機構大阪医療センター 精神科 〒540-0006 大阪府大阪市中央区法円坂2-1-14

e-mail : azechi.michiyo.rp@mail.hosp.go.jp

(2018年7月3日受付, 2019年1月18日受理)

Effectiveness of Social Worker Interventions in Emergency Medical Care : From a Psychiatrist's Point of View

Michiyo Azechi, Yuko Ohta, Daikai Sadamitsu, NHO Osaka National Hospital

(Received Jul. 3, 2018, Accepted Jan. 18, 2019)

Key Word : emergency center, suicide prevention, psychiatry cooperation, social workers' collaboration

表1 推奨される自殺予防対策

病院内の危険個所の除去・改修 (Removal of ligature points)
積極的地域支援サービス (Assertive outcome teams)
24時間の救急医療体制 (24h crisis team)
退院後早期のフォローアップ体制 (7 day follow-up)
コンプライアンス不良ケースの治療・支援の明確化 (Non-compliance policy)
併存診断ケースの治療・支援の明確化 (Dual diagnosis policy)
司法機関との情報共有 (Criminal justice information sharing)
多職種スタッフによる自殺に関するレビュー (Multidisciplinary review after suicide)
専門スタッフに対する自殺防止に関する訓練 (Training in suicide risk)

文献3)より引用

命センターに関わる職種は医師・看護師・ソーシャルワーカー (social worker : SW)・リハビリ職員・臨床工学士・医事職などで、精神科医は3名、SWは3名が関わっている。

救急医療において精神科医とSWが協働する分野は複数あるが、本稿では本シンポジウムのテーマに関する自殺予防を中心に論じたいと思う。

WHOが推奨する自殺予防対策として、『全体的予防介入 (universal prevention)』、『選択的予防介入 (selective prevention)』、『個別的予防介入 (indicated prevention)』の3視点からの戦略が挙げられている²⁾が、自殺企図患者が搬送されてくる救命センターでの自殺予防は『個別的予防介入 (indicated prevention)』の視点に立ったものである。また過去の研究で、表1に挙げた9つの対策のうち、7つ以上の対策を提供した組織を利用した患者では、導入数が6つ以下であった組織と比較し、有意に自殺率が高かったことが示されている。そしてとくに自殺防止効果が高かった対策は「24時間救急医療の提供」であり、それに次いで「併存診断患者に対する治療、支援方針の明確化」「多職種スタッフによる自殺ケースのレビュー」も有意な減少効果が示された³⁾。救急医療の提供そのものが自殺予防となっていると考えられる。

当院では、個々のケースを通じて救命センター医師と看護師、精神科医、そしてSWが、各々の専門的立場から意見を交わし相談しながら診療に当たっている。今回、具体的にSWがどのような活動を担っているのか、自施設における自殺予防活動の観点から、自殺企図により入院した患者の背景とSWの介入そして救命センター退院後の効果について調査し

た。

方 法

対象は2015年4月1日から2017年3月31日までの24カ月間に自殺企図により当院救命センターに救急搬送された患者219名のうち、救命しえた患者150名とした。患者背景は、年齢、性別、保険種類 (国民保険、社会保険、後期高齢、生活保護、その他)、精神科受診歴 (通院中、未受診あるいは通院中断)、ICD-10⁴⁾による診断 (F0~F9)、入院期間、SW依頼/介入 (SW介入)の有無、精神科併診の有無について調査した。さらに、SW介入群とSW非介入群の患者背景について調査した。ちなみに当院救命センターにおいて精神科併診やSW介入は、救命センターの医師や看護師が起点となる。また、救命センター退院/転院時の、“精神科医療への継続受診先主治医の決定”、“障害福祉支援担当者の決定”の2点をそれぞれアウトカムとし、各々に関与した因子を調査した。統計検定では、2群比較にはFisherの正確検定を、多変量解析にはロジスティック回帰分析を行い、変数選択にはステップワイズを用いた。統計的有意性の閾値は $p < 0.05$ と定義した。統計解析はEZR⁵⁾を用いた。

本研究は、国立病院機構大阪医療センター倫理委員会にて審査承認を受けた (承認番号: 17102)

結 果

1. 患者背景 (表2)

平均年齢は40.5歳 (15-89歳)、男性61名 (40.7%)、

表2 患者背景

	計 n=150 (%)	SW 依頼有 n=106	SW 依頼無 n=44	p 値
年齢 (歳)	40.5	41.3	38.6	0.38
保険 (名)				<0.05
社会保険	40 (26.7)	24	16	
国民保険	52 (34.7)	35	17	
生活保護	53 (35.3)	46	7	
後期高齢	4 (2.7)	1	3	
その他	1 (0.7)	0	1	
精神科受診 (名)				0.15
通院中	78 (52.0)	60	18	
未受診・中断	72 (48.0)	46	24	
診断コード (名)				<0.05
F0	2 (1.3)	1	1	
F1	8 (5.3)	6	2	
F2	19 (12.7)	19	0	
F3	70 (46.7)	53	17	
F4	16 (10.7)	11	5	
F5	1 (0.7)	0	1	
F6	16 (10.7)	11	5	
F7	1 (0.7)	1	0	
F8	1 (0.7)	0	1	
不詳	16 (10.7)	4	12	
入院期間 (日)	14.7	14.4	15.4	0.52
自傷手段 (名)				<0.05
薬物中毒	89 (59.3)	55	34	
交通関係	2 (1.3)	2	0	
刃物	13 (8.7)	13	0	
飛び降り	29 (19.3)	24	5	
首つり	9 (6.0)	6	3	
入水	3 (2.0)	3	0	
熱傷	1 (0.7)	1	0	
その他	3 (2.0)	2	1	
精神科併診 (名)				<0.05
無	30 (20.0)	15	15	
有	120 (80.0)	91	29	

女性89名 (59.3%) だった。保険種類は多い順に、生活保護53名 (35.3%), 国民保険52名 (34.7%), 社会保険40名 (26.7%), 後期高齢者4名 (2.7%), 自費1名 (0.7%) だった。入院時において78名 (52.0%) は精神科に通院中だったのに対し、72名 (48.0%) は精神科未受診あるいは受診中断だった。診断コードでは多い順に、F3が70名 (46.7%), F2が19名 (12.7%), F4およびF6が16名 (10.7%), F1が8名 (5.3%), F0が2名 (1.3%), F5およびF7・F8が1名 (0.7%) だった。入院期間は、平均14.7日 (1-31日) だった。精神科併診有は120名 (80.0%), 併診無は30名 (20.0%) だった。SW介入有は106名 (70.7%), SW介入無は44名 (29.3%)

だった。15名 (10%) は精神科併診, SW介入いずれも受けてなかった。

2. SW介入の有無の患者背景 (表2)

SW介入の有無について統計学的に有意差が認められたのは、入院時の保険種類 ($p=0.002$), 診断コード ($p<0.001$), 自殺手段 ($p=0.028$), 入院中精神科併診の有無 ($p=0.008$) だった。

3. 救命センター退院後の精神科主治医決定および障害福祉担当者決定に関する因子 (表3)

救命センター退院時における精神科通院先主治医決定に関して、入院前の精神科通院の有無, 入院中

表3 救命センター退院時

	計	通院先 主治医決定	通院先 主治医未定	p 値	障害福祉 担当者決定	障害福祉 担当者未定	p 値
年齢 (歳)	40.5	39.2	43.6	0.14	39	35	0.11
保険 (名)				0.94			<0.05
社会保険	40	28	12		16	24	
国民保険	52	37	15		27	25	
生活保護	53	40	13		41	12	
後期高齢	4	3	1		2	2	
その他	1	1	0		1	0	
精神科受診(名)				<0.05 *			0.41
通院中	78	67	11		48	30	
未受診・中断	72	42	28		38	32	
診断コード(名)				<0.05			<0.05
F0	2	0	2		1	1	
F1	8	6	2		8	0	
F2	19	18	1		16	3	
F3	70	58	12		38	32	
F4	16	8	8		4	12	
F5	1	0	1		0	1	
F6	16	12	4		10	6	
F7	1	1	0		1	0	
F8	1	1	0		0	1	
不詳	16	5	11		9	7	
入院期間 (日)	14.7	14.1	16.3	0.17	14.0	13.0	0.80
自傷手段 (名)				0.55			0.67
薬物中毒	89	64	25		50	39	
交通関係	2	2	0		2	0	
刃物	13	8	5		9	4	
飛び降り	29	22	7		16	13	
首つり	9	8	1		4	5	
入水	3	1	2		3	0	
熱傷	1	1	0		1	0	
その他	3	3	0		2	1	
精神科併診(名)				<0.05 *			0.68
有	120	93	27		71	49	
無	30	16	14		16	14	
SW 依頼 (名)				<0.05			<0.05 *
有	106	85	21		75	31	
無	44	24	20		12	32	

* : 有意な独立因子

の精神科併診の有無が、独立因子として統計学上有意な差を認めた。また、救命センター退院時における障害福祉支援担当者決定に関して、SW介入の有無が独立因子として統計学上有意差を認めた。

考 察

当院救命センターに2015年度および2016年度に入院した自殺未遂患者において、48.0%が精神科未受診あるいは通院中断、すなわち精神科医療コンプラ

イアンス不良ケースだった。過去の自殺未遂等の過量服薬による救命センター入院患者を対象とした大規模研究では、本邦の救命センターにおける精神科併診率は44.1%⁶⁾だった。本調査では、当院救命センターに入院した自殺未遂患者の80.0%に精神科医が関わっていることが示された。そして精神科医あるいはSWいずれも介入していないケースが10%と、ゼロでないことは今後の課題ではあるものの、低い割合だった。

SW介入の有無の患者背景調査からは、精神科併

診によって、そして精神医学的診断によってもSW介入が生じていることが示された。当院救命センターで精神科医師が患者の精神疾患に基づいてSWの介入を求めた、あるいは患者の精神疾患に基づいて精神科併診をSWが求めた証左である可能性が考えられる。

患者の治療・支援方針の明確化のためには、短時間に集まる多くの情報の確度や重要度など、的確に評価する必要がある。そこで当院救命センターでは精神科医が、SWに相談をしたり、SWから相談を受けて、多角的視点に立つことによって患者やその家族が抱えている機能不全の問題が明らかになっていくことは、日常よく経験することである。

つまり、当院救命センターは精神科医とSWの協働によって、自殺予防の観点から推奨されている、「併存診断患者に対する治療、支援方針の明確化」「コンプライアンス不良ケースの治療・支援の明確化」の足掛かりとして有機的に機能している可能性が考えられる。

ほかに、生活保護受給者や医療費支払い困難者など経済的理由やキーパーソン不在を理由としたSW介入、自殺未遂によって発生した身体合併症による長期入院、転院調整を目的としたSW介入が求められていることも、今回の調査によって示唆された。

救命センター退院後のフォローアップ体制に関して、精神科医療継続のためには入院中の精神科医による関与が、そして障害福祉制度利用のためにはSWの関与が有効だったことが示唆された。これらは自殺予防で推奨されている「コンプライアンス不良ケースの治療・支援の明確化」と「併存診断ケースの治療・支援の明確化」だけでなく、「積極的地域支援サービス」の導入、「退院後早期のフォローアップ体制」の構築にも、精神科医師やSWの関与が有効である可能性を示唆していると思われる。

おわりに

本研究結果から、当院救命センターにおける自殺未遂者へのSWの介入の必要性が明らかになった。

また、自殺予防の観点から、精神科医師とSWの協働の重要性が示唆された。

〈本論文は第71回国立病院総合医学会シンポジウム「救急医療とソーシャルワーク」において「救急医療においてソーシャルワーカーに期待すること～精神科医の立場から～」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし

【文献】

- 1) Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, et al. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency department in Japan (ACTION-J) : a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2014 ; 1 : 193-201.
- 2) 国立精神神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター. 自殺を予防する -世界の優先課題 (WHO : Preventing Suicide : A global imperative 日本語訳 2014) .
- 3) While D, Bickley H, Roscoe A et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006 : a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012 ; 379 : 1005-12.
- 4) 融 道男, 中根允文, 小見山実ほか 監訳. ICD-10 精神および行動の障害 -臨床記述と診断ガイドライン- 新訂版. 東京 : 医学書院 ; 2007.
- 5) Kanda Y. Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics, *Bone Marrow Transplantation* 2013 ; 48 : 452-8.
- 6) Kanehara A, Yamana H, Yasunaga H et al. Psychiatric intervention and repeated admission to emergency centres due to drug overdose. *BJ Psych Open* 2015 ; 1 : 158-63.