

＝ コ・メディカル・レポート ＝

「救急医療とソーシャルワーク」

澤井 彰, 畠山 稔*, 近田 祐介**

要旨: 救命救急センター外来（以下、救急外来と略す）には、無縁者をはじめ、種々のソーシャルハイリスクを抱えた患者が多く来院し、身体的治療のみならず社会的調整が求められる症例が右肩上がりに増加している。筆者は、救急認定ソーシャルワーカー（以下、ESWと略す）として、救急外来において「福祉的課題の解決」「救急医療の円滑な提供体制の確保」を達成するべく、ソーシャルワーク実践を行っている。

本稿では、救急外来における ESW 介入事例を全数調査し、介入が期待される患者属性を解析した。そして、救急外来における ESW の役割の考察を行った。

ESW 介入事例をソーシャルハイリスク別に分析した結果、「地域社会とのつながりが不安定であり、医療同意が取得しにくい症例」や「入院適用はないが、在宅療養が困難な症例」に対する介入比率が高い傾向にあった。

今回の分析から、当院において ESW は、①救急外来におけるスムーズな医療同意の取得、②救急外来から地域の開業医・二次救急病院・介護施設への橋渡しなどの、救急医療におけるメディカルマネジメントの役割を担っていることが明らかになった。

I 研究の背景と目的

近年の救急搬送患者の特徴として、患者の社会背景が以前よりも複雑なものへと変化していると言われている。その背景には、人口減少、後期高齢者の急増、高齢独居者、社会的孤立者など、閉鎖性が強く、対人的あるいは社会的に脆弱な無縁者の増加がみられる。また、家族形態、規模、機能の変化、さらにはこれと連動している近隣との触れ合い、交渉、連絡の疎遠化、相互扶助機能の劣化など、いわゆる無縁社会の中で生活を営んでいる人々が急増する状況が懸念されている。

当院は、仙台市南部に位置する病床数 525 床の三次救急病院である。救命救急センターは、ICU・HCU の 40 床で、平成 29 年度は 14,422 件の救急受け入れを行っている。救命救急センター外来（以下、救急外来と略す）には、無縁者をは

じめ、種々のソーシャルハイリスクを抱えた患者が多く来院し、身体的治療のみならず社会的調整が求められる症例が右肩上がりに増加している。救急科相談件数は、平成 27 年度 598 件、平成 28 年度 905 件、平成 29 年度 1,130 件となっている。

筆者は、救急認定ソーシャルワーカー（以下、ESW と略す）として、救急外来において「福祉的課題の解決」「救急医療の円滑な提供体制の確保」を達成するためソーシャルワーク実践を行っている。

本稿では、救急外来における ESW 介入事例を全数調査することで、介入が期待される患者属性を解析する。更に、介入事例を通じて、救急外来における ESW の役割について考察する。

II 研究方法

1. 対象：平成 29 年 1 月 1 日～平成 30 年 8 月 30 日の間に救急外来において ESW が介入した全 116 事例。

2. 方法：ESW 介入事例を【性別】、【年齢】、【疾患】、【ソーシャルハイリスク】毎にカテゴリー化

仙台市立病院医療ソーシャルワーカー/救急認定ソーシャルワーカー

*同 医療福祉相談室長

**同 救急科

し、介入が期待される患者背景を調査した。【ソーシャルハイリスク】の選別は、救急科医師とESWが行った。

尚、本研究では【ソーシャルハイリスク】要因を、日本医療社会事業協会（現・日本医療社会福祉協会）救急小委員会報告で用いられた項目を参考に、独自に作成した下記の11項目（「独居・身寄りなし」「身元不明・キーパーソン不明」「ホームレス」「無保険」「医療費の支払い困難」「終末期」「軽症だが帰宅困難」「精神疾患」「介護力不足」「家庭内暴力・虐待」「その他」）とした。

III 倫理的配慮

研究は、日本社会福祉学会研究倫理指針に則って実施し、実施にあたっては、病院長の承認を得た。事例を扱う際には、調査対象者個人が特定されないこと、プライバシーを侵さないこと、得られたデータは研究以外の目的では使用しないこととし、個人情報の取り扱いには十分配慮した。

IV 結果

1. 【性別】

性別は、男性70件（60%）、女性46件（40%）。男性患者への介入率の方が高い傾向である。

2. 【年齢別】

平均年齢は68歳（24-95歳）。年齢構成比では、80歳代が32人（28%）で最も多く、次に60歳代が25人（22%）、70歳代が23人（20%）が多かった。これらの結果から、「高齢」というリスクがソーシャルハイリスクを誘発していると考えられた。

20歳代～30歳代の若年層への介入は、合わせて6人（5%）であった。最年少症例は24歳女性であり、路上生活者をしている患者であった。

3. 【疾患】

疾患別では、脳血管疾患23件（19%）、骨・関節疾患18件（15%）、精神疾患11件（10%）、消化器疾患8件（7%）、脱水・低栄養8件（7%）、心肺停止（以下、CPA）7件（6%）、心疾患7件（6%）、交通外傷5件（4%）、誤嚥性肺炎4件（3%）、泌尿器疾患3件（2%）、熱傷2件（1%）、家庭内暴力1件（1%）、その他19件（16%）であった。

脳血管疾患、CPA、精神疾患群では、患者の身元特定や、関係機関から家族・親族に関する情報収集を行うことにより、円滑に医療同意の取得を進めることが出来た。骨・関節疾患は入院を伴わない腰椎圧迫骨折や鎖骨骨折などの症例であり、自宅療養が困難な患者であった。そのため、地域の開業医・二次救急病院・介護施設（小規模多機能型施設・宿泊型デイサービス）と連携を行い、患者が安心して療養できる環境整備を行った。

4. 【ソーシャルハイリスク】

ソーシャルハイリスク別（重複項目あり）解析結果を表1に示す。独居・身寄りなし53件（45%）、身元不明・キーパーソン不明38件（32%）、精神疾患37件（31%）、軽症だが帰宅困難26件（22%）、介護力不足22件（18%）、医療費の支払い困難13件（11%）、無保険7件（6%）、終末期10件（8%）、ホームレス4件（3%）、家庭内暴力・虐待1件（1%）、その他（自宅火災）3件（2%）であった。

5. ESW介入事例の紹介

筆者が救急外来において支援した具体的事例を、ソーシャルハイリスク別に3事例紹介する。

1) 「キーパーソン不明」「ホームレス」「無保険」「医療費の支払い困難」群

・A氏 60歳代 男性

・診断名：左鎖骨遠位端骨折、酩酊

・家族構成：離婚歴あり。娘と息子がいるが疎遠である。妻の連絡先は知っているが迷惑をかけたくない。

・生活歴：普段から路上生活を送っていた。自転車で移動し、S市内を転々としているホームレス。

・現病歴：酩酊状態で多量の荷物が積まれた自転車に乗り、バランスを崩して転倒。倒れていたところを通行人に発見され、当院に救急搬送された。

・病状経過：痛みに関してはセレコックス使用。骨折部位はクラビクルブレース（鎖骨バンド）対応。

・転帰：救急外来から路上生活者自立支援ホームへの即日入所となった。医療費に関しては、保

表 1. ESW 介入事例のソーシャルハイリスクと介入目的

ソーシャルハイリスク	症例数 (n=116)	介入目的	利用した社会資源
独居・身寄りなし	53 (45%)	医療同意	行政 (福祉課) 地域包括支援センター 民生委員
身元不明・ キーパーソン不明	38 (32%)	医療同意・人定	警察 行政 (福祉課) 地域包括支援センター
精神疾患	37 (31%)	医療同意	行政 (福祉課) 障害者居宅介護支援事業所
軽症だが帰宅困難	26 (22%)	安全な療養先の確保	小規模多機能型施設 宿泊型デイサービス リハビリテーション病院
介護力不足	22 (18%)	安全な療養先の確保	地域包括支援センター 小規模多機能型施設 宿泊型デイサービス リハビリテーション病院
医療費支払い困難	13 (11%)	医療費自己負担軽減	限度額適用認定証 支払い猶予・分割払い
無保険	7 (6%)	医療費自己負担軽減	支払い猶予・分割払い 医療保険制度 生活保護法
終末期	10 (8%)	死亡時対応・ 倫理カンファレンス	生活保護法 行旅病人及行旅死亡人取扱法 葬儀社
ホームレス	4 (3%)	医療費自己負担軽減及び 居所確保	生活保護法 路上生活者自立支援ホーム
家庭内暴力・虐待	1 (1%)	安全な療養先の確保	警察 女性シェルター
その他 (自宅火災)	3 (2%)	安全な療養先の確保	行政 (福祉課) 宿泊型デイサービス

護課に連絡した上で、医療単給の生活保護制度(開
廢)で対応した。

・支援のポイント: ホームレスの場合、「医療
費の支払い対応」、「居所の確保」が鍵になった。
行政機関(保護課)や第二種社会福祉事業施設と
迅速に連携を図り、経済的支援・住まいも確保す
る必要があった。

2) 「独居・身寄りなし」「精神疾患」「家庭内 暴力」群

- ・B氏 40歳代 女性
- ・診断名: 顔面外傷, デートDV, 統合失調症
- ・家族構成: 離婚歴2回あり。初めの夫の子は

3名おり、全員成人しているが疎遠である。二人
目の夫との子は児童養護施設入所中。

・生活歴: 独居、無職。生活保護を受給してい
る。

・現病歴: パートナー宅で精神科を受診するか
しないかの話し合いで口論となり、顔面を殴打さ
れ、鼻腔から出血あり。その後、精神科かかりつ
け医と内科開業医を受診。内科開業医より当院受
診を勧められ、救急外来受診となる。

・病状経過: CT上明らかな骨折なし。帰宅可
能であったが、自宅近所にはパートナー在住であ
り、患者宅付近を徘徊しているという。保護目的
で一泊入院とした。

・転帰：1泊2日入院後、被害届の提出及び女性シェルターへの入所相談のため、ESWが警察（生活安全課）へ同行した。

・支援のポイント：本来ならば入院適応なしの症例であったが、DVから保護する目的で救急科医師と話し合い、社会的入院の調整を行った。精神疾患があり、自身の状況説明が不得手な患者だったため、警察への同行・引継ぎまで行った。

3) 「独居・身寄りなし」「精神疾患」「終末期」群

・C氏 70歳代 男性

・診断名：重症肺炎、敗血症ショック、アルツハイマー型認知症

・家族構成：母親は事故死、父親は幼少期に病死。叔父、叔母に養育された。結婚歴があったが死別、子なし。姉や異母兄弟がいたが、交流が断絶していた。

・生活歴：身体機能と認知機能の低下があり、特別養護老人ホームに措置入所中であった。

・病状経過：CTで肺炎像を認め、リザーバマスク10Lで辛うじて保っている状態だった。救急外来においては終末期状態と判断された。その後、急性期治療を行い、酸素3L・末梢点滴で状態を安定させた。

・転帰：救急外来搬送時、意識レベル不良であり、医療同意の取得が困難であった。医学的には終末期状態であり、どこまで積極的治療を行うか、延命治療をどうするかに関して多職種（医師数名・看護師長・ESW・入所施設職員）でカンファレンスを行った。結果、施設入所中にC氏からアドバンス・ケア・プランニング（事前指示）があり、「もしもの時は、延命などしないで自然な形にしてほしい。」との思いがあったことから、DNARの方針で治療を進めていくことが決定した。その後、肺炎の治療が順調に進み、療養型病院へ転院することが出来た。

・支援のポイント：身寄りがなく、かつ意識レベル不良の症例であり、医療同意の取得や治療方針の決定をどのようにしていくかが鍵になった。当院では、「人生の最終段階における医療・ケア

の決定プロセスに関するガイドライン」に則り、意思決定支援と救急医療において、①意思決定能力がある場合は、本人の意思を尊重、②意思は確認できないが推定意思がある場合は、推定意思を尊重、③どちらも確認できない場合は、多職種カンファレンスや臨床倫理委員会を活用することとしている。これを踏まえて、本症例では、施設職員を交えた多職種カンファレンスによって方針を決定した。

表1の「利用した社会資源」と転帰がリンクしている。いずれの症例も「家族」との繋がりが非常に希薄な症例であった。これらの事例を通じ、疾患と社会的背景は区別して考えるのではなく、それを含めた「その人」への関与がESWの独自性だと感じた。

V 考 察

ESW介入事例を性別で分析した結果、男性への介入率が60%であり、女性よりも高い比率で介入していた。小島（2014）の先行研究をみても、男性への介入率が高かったが、当院も同様であった。

年齢別に分析した結果、65歳以上の高齢者への介入率が70%以上であり、高齢であるほどソーシャルハイリスクを誘発しやすいと考察した。その一方で、介入事例の最年少は24歳の路上生活者女性であり、精神疾患を有していた。若年層においても患者を取り巻く環境・状況次第ではESW介入が必須となる症例があると言える。

ソーシャルハイリスク別に分析した結果、「地域社会とのつながりが不安定であり、医療同意が取得しにくい症例」や「入院適用はないが、在宅療養が困難な症例」に対する介入比率が高い傾向にあった。

独居で身寄りがいない認知症高齢者や精神疾患患者の場合、治療方針を本人が適切に決定できるかが懸念される。また、身元を特定できる物を全く所持しておらず、氏名・生年月日などの一切が不明な状態で救急搬送されてくる症例もある。その際にESWが最も留意すべきは、「患者の尊厳を守ること」である。人はどのような状況であって

も、その人個人の尊厳を維持したいと考えている。「生活保護受給者だから、ホームレスだから」と差別的な言動をされたり、外国人で言葉が通じないからわが国の医療が受けられないという状況を作ってはならない。そのため、病院という医療を提供する場・される場においては、患者が標準的かつ最善の利益を受けられ、その人の尊厳が保持できるよう、院内体制の整備をしていくべきだと考える。

その延長線上に「医療同意」の問題がある。従前は医師によるパターナリズムで行われていた医療が、現代では「契約」の時代となった。患者本人又は家族の合意がなければ、医療行為が適法とされないこともある。人の生死に関わる救急医療の現場においては、「医療同意」が今後の治療方針を決定していく上での鍵になるため、重要視されている。そのため、ESWは「地域との連携力」を強みに地域包括支援センター・行政・警察などのフォーマルな資源、そして民生委員などのインフォーマル資源とも協働し、「医療同意」が行えるキーパーソンの選定や情報収集を行っている。

以上のことから、ESWをはじめ、ソーシャルワーク部門では、患者の尊厳保持を目的に、①医療同意をスムーズに取得できるよう、関係機関から迅速かつ正確に情報収集を行うこと、②医療同意の取得が困難な症例でも、本人の最善の利益を考慮し、標準的治療につなげることを意識し、支援に携わっていくべきだと考える。筆者らソーシャルワーカーは、救急救命士のように手技的に「メディカルコントロール」を行うことはないが、

救急診療を安全かつスムーズに進め、患者の尊厳を守る上での「メディカルマネジメント」の役割を担っているとも換言できる。

腰椎圧迫骨折などの手術を伴わない骨・関節疾患の場合、三次救急病院での入院適用がないため、医師からは「帰宅可能」と判断がなされる。筆者と出会う腰椎圧迫骨折患者は、「何故入院できないのか。」「痛みが強く、生活が出来ない。」と悲痛な声を訴える患者が少なくない。そうした際には、地域の開業医や二次救急病院と協力し、即日の転院調整を依頼したり、小規模多機能型施設や宿泊型デイサービス施設への緊急宿泊調整を行ったりすることで患者の不安軽減を図っている。ESWとして、如何に地域医療機関とのネットワークを構築しているかによって、患者に提示できる選択肢が変わってくる。そのため、筆者は、地域ケア会議をはじめとした地域の研修会にも参加し、講演を行い、地域に自分を知ってもらう働きかけを積極的に行っている(表2参照)。そのことで「顔の見える関係」が出来ていき、更には「顔を通り超えて信頼できる関係」作りに繋がり、円滑な転院支援・入所支援を可能としていきたいと考えている。

以上述べてきたように今回の分析から、当院におけるESWの役割には、①救急外来におけるメディカルマネジメントを図ること、②救急外来から地域の開業医・二次救急病院・介護施設への橋渡しを行うことの二つが大きな位置を占めていることが明らかになった。

VI 本研究の意義と今後の課題

本研究の意義として、次の二点が示唆された。
① 独居・身寄りなしや身元不明患者など医療同意の取得が困難な症例には、ESWが介入することで医療同意を円滑に取得できる可能性がある。
② 腰椎圧迫骨折などの入院を伴わない骨・関節疾患患者には即日転院調整や施設入所調整を行うことで患者への安心感かつ家族の介護負担軽減につながる可能性がある。

今後の課題としては、更なるデータの積み重ねとともに、それぞれの分析も並行して行うことが

表2. ソーシャルワーク部門における地域との関係性を構築するための取り組み (H30.4月～12月)

地域ケア会議への出席	12件
地域ケア会議等講師	7件
保健医療機関との面会・協議	240件
介護支援連携指導料算定 (介護支援専門員との連携)	161件
退院時共同指導料算定 (往診医・訪問看護師との連携)	43件

必要である。救急外来という緊急性、迅速性、適時性、臨機応変性が非常に高い現場の中で、患者・家族の「生の声」や「語り」に焦点をあて、ESWの役割に関する考察を更に深めたいと考える。

謝 辞

本研究にご協力いただいた仙台市立病院救急科近田祐介先生、宮城県医療ソーシャルワーカー協会の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献・参考文献

- 日本医療社会事業協会社会保険部救急小委員会：救命救急センターにおけるソーシャルワーカーの業務実態調査と救命救急センター長へのアンケート調査。医療と福祉 **43**：4-12, 2010
- 日本医療社会事業協会編：新訂保健医療ソーシャルワーカー言論。相川書房，2006
- 小島好子：救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援。日本臨床救急医学会雑誌 **17**：395-402, 2014
- 神田美佳：救急病床の運用におけるソーシャルワーカーの役割について。日本臨床救急医学会雑誌 **5** (2)：209-209, 2012
- 中野加奈子：医療ソーシャルワーカーにおける「退院援助」の変遷と課題。佛教大学大学院紀要，2007
- 中山和弘 他：患者中心の意思決定支援—納得して決めるためのケア。中央法規，2012
- 救急認定ソーシャルワーカー認定機構研修・テキスト作成委員会：救急患者支援—地域につなぐソーシャルワーク。救急認定ソーシャルワーカー標準テキスト。へるす出版，2017
- 厚生労働省：ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）結果について，2012，<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002rdwu.html>（入手日：2018/9/23）
- 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン，2018，<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>（入手日：2018/9/25）
- 厚生労働省：平成28年国民生活基礎調査の概況，2016，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/02.pdf>（入手日：2018/9/25）
- 日本救急医学会，日本集中治療医学会，日本循環器医学会：救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン；3学会からの提言，2014，http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf（入手日：2018/9/26）
- 澤井 彰 他：三次救急病院における救急認定ソーシャルワーカーの役割。医療と福祉 **105**：Vol. 53-No. 1, 2019