

【資料】

二次救急医療機関における高齢患者への救急外来看護実践の構造

The structure of the Emergency Room Nursing Care for Elderly Patients
at Secondary Emergency Medical Organizations青山 芽久¹⁾, 赤澤 千春²⁾, 寺口佐與子³⁾Megu Aoyama¹⁾, Chiharu Akazawa²⁾, Sayoko Teraguchi³⁾

キーワード：二次救急医療機関，救急外来看護，高齢患者，質的統合法 (KJ法)

Key Words : secondary emergency medical institution, emergency outpatient nursing, elderly patients, qualitative synthesis method (KJ method)

I. はじめに

本国内における人口動態予測では，日本の高齢化率は世界に例をみないスピードで上昇し，2035年には国民の3人に1人が高齢者となる社会（高齢化率30.7%）が到来し，50年後には日本の高齢化率は40%の超高齢社会となる（総務省統計局，2024）。高齢者単独世帯の増加，老々介護，キーパーソン不在など高齢者をめぐる問題も顕在化している。そのなかでも，令和6年版救急救助の現況の年齢区分別の搬送人員から，救急自動車による年齢区分別事故種別搬送人員の状況では高齢者が61.6%と最も多い。そうしたなかで，救急外来医療に携わる看護師（以下，救急外来看護師とする）には来院する高齢者は認知症がある患者が増えていること，意識状態の査定が難しいことがあり，診療の優先度を決めるトリアージを正しく行うためには医学的知識や救急処置のスキルに加え，的確で無駄のない情報収集能力や短時間で正確なアセスメント能力が求められている（豊崎他，2014）。また，救急外来看護師は救急医療の現場で他の医療従事者との調整能力や倫理規範に沿った判断能力や，患者の状態や先行きの不

安から危機状況にある家族へのリアルタイムな説明が期待されている。

救急外来看護師は高齢患者特有の基礎疾患の多さからくる身体面，家族関係からくる心理社会面と複合的にアセスメントする必要性が求められ，フィジカルアセスメント，コミュニケーション，社会制度など多方面からの教育の充実が望まれる現状にあることがわかった。救急外来看護師に求められる看護実践は救命対応だけでなく，救急外来に受診する高齢患者の疾患やライフステージの特性を理解したうえで，患者の予後やその後の生活背景に目を向けていく必要がある（斉藤他，2012；梶山他，2011；北川，2013）。しかし，救急外来の現場で高齢患者をどのように考えて看護をしているのか明示されている文献はなかった。そこで，高齢化・疾病構造の変化などによる高齢者の社会的背景によって救急要請が増加に対応する二次救急医療機関において，高齢者に対しどのような救急外来看護が行われているのか現状を明らかにすることにした。本研究の結果は，高齢者救急に必要な看護実践の要点を教育に反映し，看護師が状況判断能力を高めるための研修内

1) 社会医療法人岡本病院（財団）京都岡本記念病院，2) 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科，

3) 大阪医科薬科大学看護学部看護学科

容の改善につなげられるのではないかと考えた。また、救急外来で求められる多職種連携や地域連携体制の整備に役立ち、今後増加が予測される高齢患者へのより適切な支援体制を構築するための基礎資料となると考える。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的統合法 (KJ法) (山浦, 2012) を用いた質的帰納的研究デザインとした。救急看護の業務範囲は広範・複雑で、それゆえに求められることも多くなっている。

臨床現場は混沌としていることから、研究者が先入観を持たず、データ (生の声) から意味を考える質的統合法 (KJ法) が適切と判断した。

2. 研究期間

本研究は、2016年8月から9月にかけて実施した。

3. 研究対象および研究参加者

内閣府「令和6年度版高齢社会白書」における「4. 地域別に見た高齢化」の記載を参照し、近畿圏で高齢者人口が最も多い地域に所在する二次救急医療機関へ研究説明文書を送付した。そのうち研究協力が得られた二次救急医療機関に勤務する救急外来看護師5名を研究対象者とした。5名とした理由は、一人ひとりの研究参加者に対し真摯に向き合い、かつ研究者が適切に対応できる管理可能な人数と考えたためである。

救急外来における高齢者の現状について話してもらうため、日本救急看護学会・救急看護クリニカルラダーに記載されている「幅広い視野で予測的判断をもち看護を実践する」であるラダーレベルIV以上と判断された救急外来看護師を対象とした。

4. データ収集方法

データ収集方法は、インタビューガイドに基づいた半構造化面接とした。インタビューガイドは、文献検討より高齢患者の特徴と具体的な看護内容を話してもらうようインタビューガイドを作成した。インタビューガイドは以下の通りである。

1) 意思や訴えがあいまいな高齢患者への看護で実際に考え、行っていること

- 2) 意思疎通が難しい高齢患者への看護で実際に考え、行っていること
- 3) 在宅復帰困難の高齢患者への看護で実際に考え、行っていること
- 4) 重篤化しやすい高齢患者の看護で実際に考え、行っていること
- 5) 患者や家族だけでは対応できない場合の看護で実際に考え、行っていること

5. 分析方法

分析は、質的統合法 (KJ法) を用いて、対象者ごとに個別分析を行ったのち、対象者全員のデータを統合する統合分析を行った。分析の過程において救急外来看護の経験があり、質的統合法 (KJ法) の指導者である専門家にスーパーバイズを受け、さらに質的統合法 (KJ法) による研究を行ったことのある研究者の指導・指摘のもとで行い、真実性と明確性の確保に努めた。本研究の著者自身も質的統合法 (KJ法) の研修を数回受けている。

1) 個別分析と統合分析

最初に5事例の個別分析を行った。これは個別分析から得られたデータに内在する論理を浮上させ、個別分析が持つ個性・独自性を把握でき、普遍性・法則性につながる論理が追求されることで実態把握をするためである。

つぎに5事例の統合分析を行った。これは5事例の個別分析に基づく論理の抽出と理論化を行うためであり、インタビューデータを網羅し、本研究テーマである二次救急医療機関における高齢患者の救急外来看護の現状を知るためである。

2) 分析手順

インタビュー逐語録は、研究参加者の語りをできる限りそのまま反映しながらラベル化し、これを元ラベルとした。次に、元ラベルを繰り返し精読し、内容の類似性に基づいて2～3枚ずつまとめ、そのグループの特徴を表す一文を作成して表札ラベルとした。さらに同様の手順でグループ化を継続し、5～6枚がまとまった段階で収束の妥当性を検討し、最終ラベルへ統合した。

最終ラベル間の関連性を検討し、論理的な構造が成立するよう空間的に配置したうえで、その内容を

要約し示す【シンボルマーク】を付与した。シンボルマークは、空間配置図におけるラベルの位置づけを「事柄」とし、その本質的意味を「エッセンス」とする二重構造【事柄：エッセンス】として示した。

6. 倫理的配慮

本研究の実施については、A大学研究倫理委員会へ申請し、研究機関の長の許可を得たうえで実施した(通知番号：看-33)。承認後、研究協力施設の施設長、看護部長および所属長に研究の主旨を文書および口頭で説明し、同意を得た。研究参加者には、研究の主旨と方法、参加は自由意思に基づくこと、および途中で辞退しても一切の不利益を受けないこと、さらに匿名性の保持と個人情報の保護について書面で説明し、研究参加への同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の属性と背景

研究参加者は5名であり、年齢は30歳代が4名、20歳代1名であった。看護師歴は8～14年であり、救急看護師歴は4～8年であった。救急看護認定看護師の研修を受けているものは1名であった。役職者(部署責任者を担うことのある役割のあるもの)は1名であった。

2. 統合分析結果

統合分析の元ラベルは59であり、その元ラベルから6段階の統合化を繰り返し、最終的には7つのラベルに集約した。見取図(空間配置)に関しては図1に示す。各シンボルマークは【】、最終ラベルは< >、元ラベルは「」で示した。

ラベルのシンボルマークは【①高齢者の救急受診理由：疾患だけではなく社会的理由の存在】【②高齢者のトリアージの難しさ：高齢者は身体的特徴よりいつ急変するかわからない】【③高齢患者の意思確認のジレンマ：高齢患者の望む治療を受けられているのか疑問】【④救急外来の人材育成：救急外来チームスタッフの育成】【⑤救急患者への関心：年齢を問わず救急看護としての患者への関心】【⑥高齢患者の情報収集の手段：正しい治療のためには配偶者など家族からの情報の必要性】【⑦高齢者を取り巻く環境：経済的困窮・社会的孤立・社会的入院

など病院では解決できない問題】が導き出された。それぞれのシンボルマークについて以下に記述する。

【①高齢者の救急受診理由：疾患だけではなく社会的理由の存在】の最終ラベルは<救急外来は、高齢者の医療問題だけでなく、生活基盤の脆弱さが表面化する場となっており、支援の限界に達した時点で救急外来を受診することが多い>となった。それらは以下の語りから導き出された。「見つかるまでにすごい時間がかかっていて、ちょっとしたことがキッカケで具合が悪いんでしょうけど、重症化しているとか、発症からだいぶ時間経っているなどいうのが多いなという印象です(E氏)」。

【②高齢者のトリアージの難しさ：高齢者は身体的特徴よりいつ急変するかわからない】の最終ラベルは<救急外来は、多様な重症度の患者が来院し、迅速なトリアージ判断を迫られているが、若手看護師は優先判断が難しくアンダートリアージが生じやすく、さらに多重業務により再トリアージが困難となり、結果としてトリアージの精度確保が難しい現状がある>となった。それらは以下の語りから導き出された。「再トリアージに行くまでに時間がないというのは確かにありますね(B氏)」。「なるべく早くって看ると思うけど再評価する暇がないって感じです(B氏)」。

【③高齢患者の意思確認のジレンマ：高齢患者の望む治療を受けられているのか疑問】の最終ラベルは<救急外来では患者が次々と来院するため、患者・家族と深く関わる時間が十分に確保できず、意思の表出が曖昧な高齢患者に対して希望する治療方針を把握することが難しい。家族関係の希薄さや独居などにより合意形成が困難で、望まない蘇生処置に至る場合もあるなかで、家族内の意向の違いやキーパーソンを含め、意思決定を支える情報を丁寧に確認する必要性が浮き彫りとなっている>となった。それらは以下の語りから導き出された。「救急で(患者と)一緒にいる人が患者さんにとってのキーパーソンなのか、あとその家族説明している人に、どのくらいの理解力があるかわからないですよ(C氏)」。

【④救急外来の人材育成：救急外来チームスタッ

【育成】の最終ラベルは「救急外来では医師を含む多職種で助言や話し合いを行いながら若手スタッフを支援しているが、患者対応の多さから十分な育成の時間が確保できない。若手の判断や対応をフォローし、必要に応じて間に入ってコーディネートする役割も求められる。結果として、アセスメント力

向上のための学習支援を行いたくても、業務逼迫により実現が難しい状況が続いている」となった。それらは以下の語りから導き出された。「リーダーがいて、受け持ちというのが患者さん一人に対して一人で、重症だなどという情報の場合は2人つけたりするんですけども、その受け持ちが患者さんのバイタル

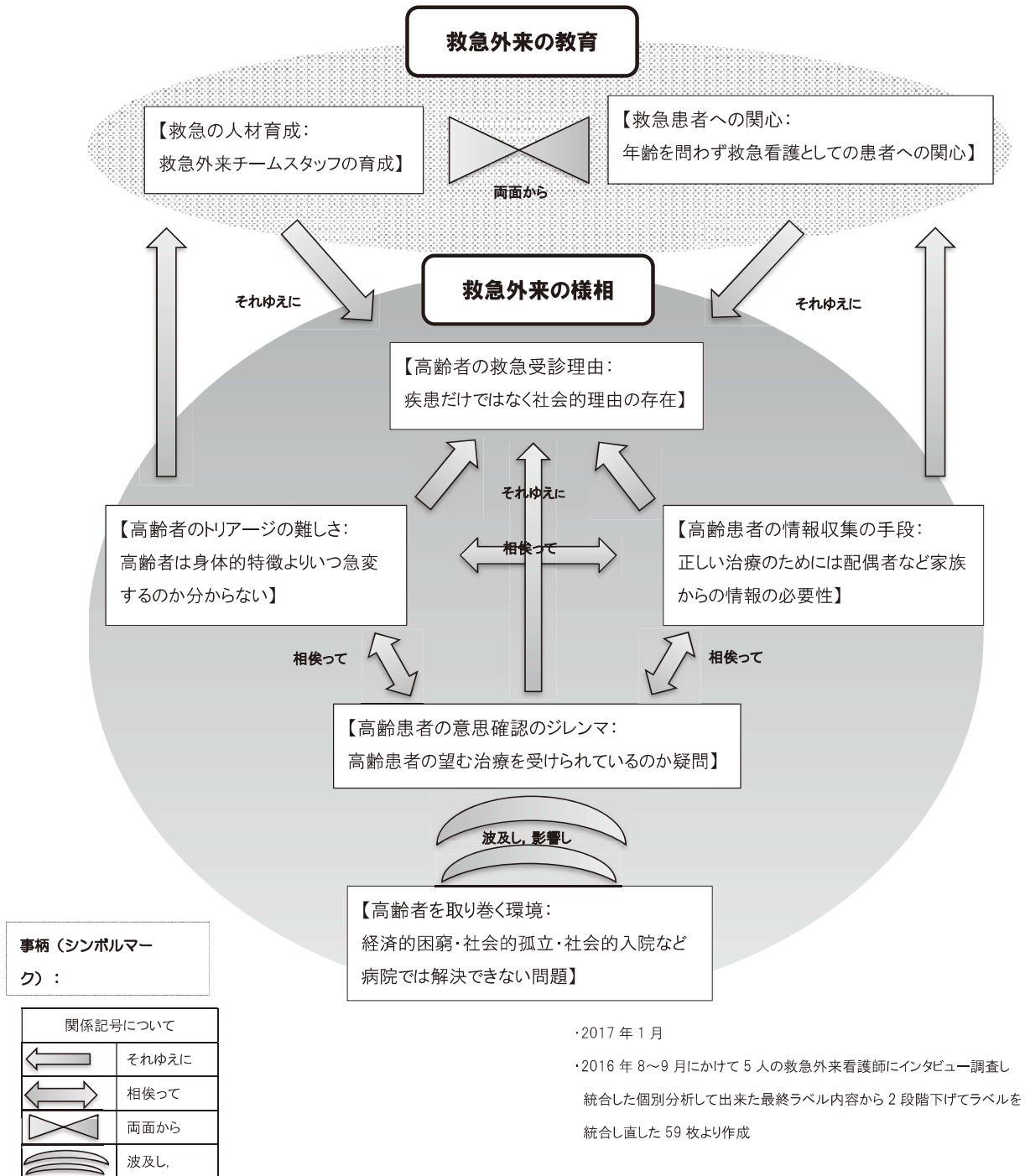


図1 統合分析の空間配置図：「二次救急医療機関における高齢患者の救急外来看護の構造」見取図

測ったり、お話ししたりっていうのをしている(D氏)』。

【⑤救急患者への関心：年齢を問わず救急看護としての患者への関心】の最終ラベルは「救急外来では高齢者を特別扱いする体制や研修が乏しく、退院後の生活や望む暮らしを十分に把握できないまま対応せざるを得ない現状がある」となった。それらは以下の語りから導き出された。「結局どういうところに帰っていくのかっていうのは凄く見ますし、この先どうしていきたくみたくなことは本人から聞く間もないですし、そこまで考えられていないですよ、患者さんたちも。結局どういうところに行つて、どういうふうに住生活したかったのかなとか凄く気になって見ますね(E氏)』。

【⑥高齢患者の情報収集の手段：正しい治療のためには配偶者など家族からの情報の必要性】の最終ラベルは「高齢患者は意思表示が曖昧で認知症を併存することも多く、家族からの情報や検査・観察所見を統合して状態を判断する必要がある。診察時に家族を同席させることで、日常との比較による情報提供が得られ、より正確な評価につながる可能性がある。さらに、家族の不安軽減や心情への配慮にも寄与すると考えられる」となった。それらは以下の語りから導き出された。「気持ち悪いとかなんか変だつていっていたときは、AMIになりかけていたところだったみたいで、だけど認知症ですし、訴えが自宅ではっきりしてなかったのと、息子さんも昼間の状況を見ていないっていうことでよくわからなかった(E氏)』。

【⑦高齢者を取り巻く環境：経済的困窮・社会的孤立・社会的入院など病院では解決できない問題】の最終ラベルは「救急外来では、救命第一のなかで全搬送を受け入れる一方、経済的困窮や社会的孤立、介護困難など複雑な背景を抱える高齢患者が繰り返し受診し、医療では解決しきれない課題に直面している。適正受診や継続的フォローが困難な状況でも、チーム医療で対応しつつ支援体制の必要性を実感している。患者・家族が無理を抱え込まないよう、受診後の生活を見据えた支援を多職種で共有し検討することが重要である」となった。それらは以下の語りから導き出された。「何回もおんなじ人が

きて、先生たちもいらだつし。多重搬送で4件ぐらい重なつた時に、あまた来たかつて(C氏)」「スッキリ帰らないや2、3日置きに来るとか、不定愁訴とかは不安だからと思つており、相談相手がおらず頼るべきところがないのかなと思う(B氏)』。

以上のことから、シンボルマークの関係性を検討した結果、二次救急医療機関における高齢患者に対する救急外来看護について次のような現状が明らかになった。

救急外来での高齢患者の様相は、経済的困窮・社会的孤立・社会的入院など病院だけでは解決できない問題という【⑦高齢者を取り巻く環境】のなかで、救急外来に来院する高齢患者に対して、高齢患者の望む治療を受けられているのか疑問という【③高齢患者の意思確認のジレンマ】を基点に、高齢者は身体的特徴よりいつ急変するのかわからないという【②高齢者のトリアージの難しさ】を感じつつ、正しい治療のためには配偶者など家族からの情報の必要性という【⑥高齢患者の情報収集の手段】を摸索しながら診療にあたっている。

その救急外来の様相のなかに、患者だけではなく社会的理由の存在という【①高齢者の救急受診理由】の存在は、【②高齢者のトリアージの難しさ】【⑥高齢患者の情報収集の手段】をさらに複雑にしている。救急外来では、救急外来チームスタッフの育成という【④救急外来の人材育成】と年齢を問わず救急看護としての患者への関心という【⑤救急患者への関心】のための教育が行われている。【②高齢者のトリアージの難しさ】は優先度によって対応していく必要性があり、若手スタッフの育成、ロールモデルへの意識につながっている。そして、【⑥高齢患者の情報収集の手段】を高齢患者の状態の情報と家族からの情報収集の必要性を感じている。【④救急外来の人材育成】は看護師の判断力・役割意識を向上させ、【⑤救急患者への関心】は患者の背景を理解しようとする姿勢を強化する。これら二つの要素が作用することで、高齢患者の受診の背後にある社会的事情や生活課題を評価する視点が形成され、【①高齢者の救急受診理由】を看護実践へと位置づける構造が生まれている。

IV. 考察

二次救急医療機関における救急外来看護師の高齢患者への看護ケアは救急外来の様相と救急外来の教育の現状が浮き彫りになった。考察はこの2点について行う。

1. 救急外来の様相

【高齢患者の意思確認のジレンマ：高齢患者の望む治療を受けられているのか疑問】【高齢者のトリアージの難しさ：高齢者は身体的特徴よりいつ急変するかわからない】【高齢患者の情報収集の手段：正しい治療のためには配偶者など家族からの情報の必要性】はそれぞれが関連して【高齢者の救急受診理由：疾患だけではなく社会的理由の存在】につながり救急外来の様相を表している。救急外来は、救急搬送もしくはWalk-inで来院してから検査・診断・処置を受けて帰宅もしくは入院までの短時間での関わりである。その短時間の関わりをなかで救急外来看護師は高齢者という基礎疾患から急変する可能性のある対象の優先度を考え処置対応を行い、その処置対応も高齢患者・家族の意に沿うことなのかを考えて、ジレンマが生じていた。榊(2005)は「救急領域において看護師はいつでも何でも言ってきてくださいという準備状態にいるということが重要である」と述べている。

様々な受診理由で年齢に関係なく患者が来院し、救急外来看護師は優先度を見極めながら救命処置を行っている状況があり余裕がある状況とは言い難い。「深く関わりたくても、どんどん患者さんは来るし、なかなか関われないっていうのが現状(A氏)」という語りからも救命処置に追われ患者・家族に対応できない救急外来の実情が表されている。團(2013)は家族への関わりに関するジレンマとして「家族が満足する関わりをしたいと思うが他にやらなければならない業務があり、家族に関われないと悩むことがある」と報告している。また渡辺(2005)も「時間が勝負であり家族に関わる絶対的時間が持てないというのが、看護師の悩みである」と述べている。救命第一という優先度の判断を求められる救急外来の場合ということ、高齢者の社会背景から独居や家族関係の希薄さから処置の場に家族がいないことから

高齢患者と家族の望む治療を受けているのかという救急外来看護師の懸念があることが考えられる。

また、寺沢(2005)は「ERで可能な一般的な救急検査では入院させるのか帰宅させるのか決定打ならず、病歴聴取だけが入院決定(救命)の決め手になる場合が多い」と述べている。しかし救急搬送される高齢患者の場合「意思疎通の難しい」「訴えがあいまい」「認知症」など家族からの情報収集が必要であるが、独居や老々介護、家族関係の希薄さから処置の場に家族がいないこともある。そのため、救急処置だけでなく意味のある目的意識をもった情報収集が必要で、高齢患者は認知機能低下や家族不在などにより病歴聴取が困難であり、救急外来における短時間の判断には多角的情報の把握が求められる。そのため、医師・看護師に加え、ソーシャルワーカー等の多職種が早期に介入し、生活背景や社会資源を含む情報を補完することが、適切な治療方針決定に不可欠である。以上のことより、高齢患者が最も多く搬送されている二次救急医療機関は、まさに高齢患者の社会・生活背景が反映される場であった。

2. 救急外来の教育

【救急外来の人材育成：救急外来チームスタッフの育成】【救急患者への関心：年齢を問わず救急看護としての患者への関心】は救急外来の教育を表している。濱本他(2012)は、トリアージの際に救急外来看護師に求められる能力について、「救急医療に関わる医学的知識や救急処置のスキルに加え、的確で無駄のない情報収集能力や短時間で正確なアセスメント能力が求められ、他の医療従事者との調整能力や倫理規範に沿った判断能力も必要となる」と報告している。高齢患者に対しても甲斐沼他(2016)は、「高齢者は様々な基礎疾患を有しており、その病態の複雑性、重症化のしやすさなどがある」と述べている。「経験がなくても、なんか変だなというのはトレーニングしようねとはなっているのですけど(E氏)」という語りからも後輩育成や教育に関心があるが、高齢患者と接する救急外来の場で工作中に学習を深めていくことは難しいということが示されていた。救急看護の業務範囲は広範・複雑で、それゆえに求められることも多い。また、スタッフが目の

前の患者・処置に集中できるためには、リーダー看護師が周囲の状況を確認し配慮することが必要であり、リーダー看護師という存在が救急外来を采配することが重要と考える。以上から、高齢者の意思確認の困難さ、トリアージの複雑化、社会背景に起因した情報収集の課題などは、救急外来看護が処置行為だけではなく、多面的な状況判断と連携調整を要する実践であることを示していた。これらは研究目的である「二次救急医療機関における高齢患者への救急外来の看護実践の構造」が明らかにされた。

V. 研究の限界

研究参加者はリーダーレベルの救急外来看護師であり、すべての年齢層の救急外来看護師を対象としておらず、またインタビュー調査であるため、一般化はできていない。さらに研究対象の二次救急医療機関は、大阪府内の一地域であり、地域による差をみることはできなかった。また、本研究はデータ収集から約9年が経過している。その間に救急外来を取り巻く体制、看護師の教育内容、高齢者医療の政策動向などの変化で、当時の状況が現在の実態を完全に反映しているとは限らない。しかし、現在の救急外来においても、高齢者の社会的背景の複雑さ、意思確認の困難さ、トリアージの難しさ、家族情報の不足といった課題は依然として存在している。したがって、本研究で導き出されたことは、時間的乖離を踏まえつつも、現在の救急現場で高齢者支援を検討するうえで基礎資料となり得る。今後は、最新の状況を反映したデータを用いた検証が求められる。

VI. 結論

統合分析による二次救急医療機関における高齢患者に対する救急外来看護の現状として以下の7つが導き出された。

1. 高齢者の救急受診理由：疾患だけではなく社会的理由の存在
2. 高齢者のトリアージに難しさ：高齢者は身体的特徴よりいつ急変するかわからない
3. 高齢患者の意思確認のジレンマ：高齢患者の望む治療を受けられているのか疑問

4. 救急外来の人材育成：救急外来チームスタッフの育成

5. 救急患者への関心：年齢を問わず救急看護としての患者への関心

6. 高齢患者の情報収集の手段：正しい治療のためには配偶者など家族からの情報の必要性

7. 高齢者を取り巻く環境：経済的困窮・社会的孤立・社会的入院など病院では解決できない問題

以上のことから、救急外来の様相は、高齢者は経済的困窮・社会的孤立・社会的入院など病院では解決できない問題を抱えており、それらが救急外来での診察・処置に影響を及ぼしている状況を表していた。高齢患者・家族の不安感の払拭のためには、病院独自の救急外来での高齢患者への対応方法を模索しなければならない。また、救急外来の教育として、疾患だけではなく社会・心理面など患者背景のすべてを網羅し考えることの大切さが示唆された。

付記

本研究は大阪医科薬科大学大学院看護学研究科博士前期課程で提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 團たまみ (2013)：救命救急センター看護師が患者家族への関わりの際に抱くジレンマ，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録，38，306-313.
- 濱本実也，森村尚登 (2012)：トリアージ看護師に求められる能力，日本救急看護学会雑誌，14(1)，8-15.
- 一般社団法人日本救急看護学会：救急看護クリニカルリーダーの期待される結果，http://jaen.umin.ac.jp/ENClinicalLadder_200911.pdf (2025年10月25日参照).
- 甲斐沼孟，中場寛行 (2016)：都市部二次救急1病院における高齢者救急医療の現状と今後の展望，日本救急医学会雑誌，27(1)，1-7.
- 梶山直子，金子昌子，坂倉朋世，他 (2011)：地方都市の二次救急医療機関における救急外来受診者の実態，獨協医科大学看護学部紀要，5(1)，1-8.
- 北川公子 (2013)：認知症患者の在宅療養期における入院及

び緊急受療等の実態, ホスピスケアと在宅ケア, 21(1), 46-51.

内閣府: 令和6年版高齢社会白書 (全体版), https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html (2025年12月2日参照).

齊藤ひとみ, 平林美香, 三重野英子 (2012): 救命救急センターにおける認知症高齢者の受け入れと看護の実態, 日本看護学会論文集, 42, 17-19.

榎 由里 (2005): 家族看護学 理論と実践 (第3版), 3(2), 19-23, 日本看護協会出版会, 東京.

総務省消防庁: 令和6年度版 救急・救助の現況, <https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-6.html> (2025年10月25日参照).

総務省消防庁: 救急自動車による年齢区分別事故種別搬送人員の状況, <https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r6/document/68277.html> (2025年10月25日参照).

総務省統計局: 令和6年度版 高齢社会白書, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html (2025年10月25日参照).

寺沢秀一 (2005): 救急外来における高齢者の診療, 救急医学, 29(13), 1801-1804.

豊崎光信, 堀 進悟 (2014): 高齢者救急医療とセーフネット, 救急医学, 38, 1032-1037.

渡辺裕子 (2005): 生命の危機的状況にある患者家族をケアする看護師のジレンマ, 家族看護, 3(2), 12-18.

山浦晴男 (2012): 質的統合法入門 考え方と手順, 医学書院, 東京.