

報告・資料

救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーション問題

清水 裕子*・白井 千津**

Emergency outpatient nurses' communication difficulties with older patients

Yuuko Shimizu*, Chizu Usui**

Abstract

Aim: This study aimed to identify nurses' communication problems with older patients, which may affect the quality of their emergency medical treatment.

Method: A written questionnaire was answered by 157 emergency outpatient nurses.

Results: Even though the survey respondents were experienced nurses, about 80% experienced difficulty in observations of and explanations to older patients. The age and experience of the nurse showed no effect.

Conclusion: Communication difficulties in explaining important medical and health events to older people may have a negative impact on care such as informed consent, diagnoses and treatment. In order to solve such problems, nurses need: (1) more understanding of the aging process; (2) to examine their own biases of older people and (3) make simple screening possible at emergency outpatients.

Key words: older patients, emergency outpatients, communication, emergency nursing.

I. 問題

わが国の高齢化率は、2005年には20.2%に達し、高齢者人口が増加の一途を辿り2055年には40.5%に増加すると推計されている（厚生統計協会, 2008a）。政府は、高齢者人口の増加に伴い1993年から実施された第二次医療法改正など、高齢者の医療ニーズに応える対策を講じてきた。2006年に実施された第五次医療法改正では、地域での救急医療にも具体的な計画作成が行われた。救急医療では、1963年消防法の改正以来、患者

搬送は消防機関が担うことになっている。その後、1976年以降、初期、二次、三次の救急医療体制が整備され、この10年間ではおよそ50%も利用が増加している現状にある（厚生統計協会, 2008b）。そのような中、近年周産期も含めた全体的な救急医療体制の問題が生じている。中でも、高齢者の増加に伴う高齢者救急医療の問題は、約3割の受診者を占めていることと、老化による機能障害などが治療に影響をおよぼしていることで課題を抱えている（寺沢, 2005）。多くの高齢患者は、老化による機能低下のため、症状が現れにくく、

* 香川大学医学部 (Faculty of Medicine, Kagawa University)

** 愛知医科大学看護学部 (Faculty of Nursing, Aichi Medical University)

訴えが少ないなどの特徴がある上に、コミュニケーション障害や複数の病気を併存させていることで治療に困難が生じている。

また、救急外来においては、加齢に伴う認知機能の低下も診断や治療に影響を及ぼしている。この認知機能の低下は、加齢による生理的変化のみならず、病的変化を伴う認知症が存在することもあり、その鑑別が問題である。国内外における救急外来での高齢患者の認知症を調査した研究には次のようなものがある。石川県内の1施設、救急外来患者2,085人を検討した調査では、11.8%が高齢患者であり、その内26.7%が認知症であったとされる（北村・長谷川・倉田, 2008）。一方、米オハイオ州アクロン市の救急病院で、認知症が疑われる認知機能低下の救急患者は、約60%に達していると報告されている。しかも高齢になると従ってその比率は高まり、65から69歳のオッズ比が1.00のとき、85から89歳では3.93、80から84歳では3.69、90歳以上では8.36であった（Gerson, Counsell, Fontanarosa, and Smucker, 1994）。この二つの調査は、質問紙が異なるので、単純な比較はできないものの、いずれも救急外来患者の認知症問題が指摘されている。その問題は、認知症が病歴聴取などにおいてコミュニケーション障害をもたらすことが多いである。高齢患者のコミュニケーション問題は、脳の変化に影響された高次の障害から発話に関連する筋骨格系および滑舌などの機能低下を含むものまであり、多様な要因によって生じる。その要因は、生理的な老化から疾病による高度の障害まで様々である。従って、専門的な知識や認知機能の意図的な評価を活用しなければ、情報が十分に収集できず、明確な診断が得られず適切な治療が行われない可能性がある。

実際に救急医療機関で治療にあたっている立場から、高齢患者が救急外来では特別の緊張をもつて受け止められている現状があると指摘されてい

る。それは、高齢患者の場合、検査や画像診断が無力であることが多く、理学的所見も今ひとつ決定打とならず、病歴聴取の執拗さだけが勝負の分かれ目となり、病歴聴取が困難で大きなトラブルになり得ることである（寺沢, 2005）。このことに対応するには、家族の同席が一つの方法であることを示している。ただ、医師のこのような状況と同様のことが看護師にも生じているのではないかと懸念される。

高齢者救急の問題は、受診の方法にも特徴がある。救急外来の受診は、時間外や夜間が多いと思われがちだが、高齢患者の場合、昼間の時間帯でしかも、救急車搬送による受診が多い（中村, 2007; 清水・臼井・松月, 2008）。救急車搬送では、家族の他に救急隊員の情報収集の問題も生じている。中村（2007）は、老人介護施設からの高齢傷病者への対応を検討した中で、救急搬送の際、約3割を占めている高齢患者の問題を取り上げ、救急医療の成果を左右する情報収集において、看護師の能力を高く評価している。つまり看護師の有無によって、救急隊員や救急医が取り入れる情報に差が生じ、治療に影響を及ぼすと指摘している。折しも看護協会は、「老健施設の新たなサービス提供体制の在り方」を提案する中で、看護を中心とした24時間対応体制を挙げ、施設などの高齢者救急医療への看護師の貢献を期待している（日本看護協会広報部, 2007）ことから、救急外来での看護師の高齢患者に対する情報収集能力を高める必要がある。

ところで、看護師養成では、平成11年度より必須科目として「老年看護学」を実施し、高齢者看護の質の向上をめざしている。しかし、老年看護は、高齢者施設や在宅看護領域など広範にわたって求められるため、老年看護の専門的能力を有する看護師は、量的にも質的にも未だ、十分とはいえない。特に救急医療では、救命が急がれることもあり、患者個々の状況に応じた対応や満足感が

得られるようなケアを提供することが難しい。加えて高齢患者からの情報収集が難しいとなれば、適切な診断治療が提供されない可能性もある。なぜなら高齢者救急では、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からである（寺沢, 2005）。では、救急外来で看護師が高齢患者からの情報収集を有効に行うにはどのような解決方法があるのだろうか。

救急看護の研究では、高齢者看護の問題に関する研究は少なく、さらに看護師の情報収集能力や高齢患者に対応するコミュニケーション技術などに関する研究は、殆ど見あたらない。そこで臼井（2005）が同一調査協力者に対して行った予備調査では、高齢患者の観察において困難に感じたこと、高齢者救急看護について感じていることは次の通りであった。高齢患者の観察の際、表現が曖昧なために訴えの内容がわかりにくく、アセスメントが難しい（27%）、普段の様子がわからず意識レベルが判定できない（21%）、が回答の上位にあった。障害の問題としては、難聴、言語障害、認知症、意識障害などを抱えており、意思疎通が難しい（14%）、また、障害により情報が伝わらないという困難感を述べていた。さらに、遠慮や我慢をして訴えたがらない（4%）、緩慢な動作、理解力の低下、難聴などのために観察に多くの時間を要する（3%）という高齢患者に対する看護師の見方を表現したものもあった。このような結果から、看護師の高齢患者に対するコミュニケーション問題について、その実態と解決に至る方策を検討する必要がある。

II. 研究目的

本研究では、二次救急外来勤務の看護師が高齢患者に対応する際のコミュニケーションを取り上げ、コミュニケーション問題の実態と解決策を検討することである。

III. 研究方法

調査協力者は、入院治療が必要な重症の救急患者を受け入れ、患者滞在時間が比較的長い24時間体制の二次救急外来勤務の看護師221名であった。調査協力者の勤務する調査施設は、中部・関東・北海道地方の二次救急医療機関であった。

調査方法は、質問紙調査であった。調査内容は、高齢患者との看護状況の質問項目を独自に作成した。調査項目は、基本属性として性別、年齢、勤務地域、臨床経験年数の他、救急外来での経験年数、救急外来での1ヶ月間の当直経験回数であった。高齢患者への看護については、高齢救急患者の観察に困難を感じる頻度として観察困難度（よくある・時々ある・ほとんどない・ない、の4件法とし4から1を対応させた）、救急での心肺停止や急変対処についての自信の程度（心肺蘇生で対処できる・余り対処できない・ほとんどできない、の3件法とし3から1を対応させた）、高齢者との仕事以外でのケアや介護を含む交流経験の有無（2件法で1, 0を対応させた）、症状が悪化した場合の対処方法や服薬に関することなどを例示した上で高齢患者への説明に困難を感じる頻度として説明困難度（よくある・時々ある・ほとんどない・ない、の4件法とし4から1を対応させた）を質問した。

本研究にいう高齢者とは、65歳以上、成人とは20歳から65歳未満をいう。

分析にあたり、年齢、勤務地域、臨床経験年数、救急外来での1ヶ月間の平均的な当直経験と臨床経験年数は、カテゴリーに分類した。カテゴリーは、年齢は10歳ごと、勤務地域は、地域ブロックごと、臨床経験年数と臨床経験年数は5年から10年ごと、救急外来での1ヶ月間の平均的な当直経験回数は5回ごとに分類した。各変数の評定段階を等間隔とみなし、分析は、記述統計、相関係数を求めた。また、統計解析は、SPSSVer.13

を使用した。

調査時期は、2004年9月であった。

調査協力者への倫理的配慮として、調査実施施設の倫理委員会もしくはそれに代わる機関の許可を得て実施した。調査協力者への配慮として、郵送留置法の調査協力者には、研究の主旨と評価には関係しないことなどを、実施施設の担当者が時間外に書面と口頭で説明した。直接配布の調査協力者には、研究者以外の第3者によって同様の内容を時間外に書面と口頭で説明した。回収にあたっては、無記名の上、自由意志により指定した回収箱および返送による提出とした。

IV. 結 果

回収率は71%で、分析に有効なケースは、157ケース（男性5名、女性152名）であった。勤務地は、関東地方115名、中部地方25名、北海道17名であった。調査協力者の年齢は22歳から61歳、平均36.56（SD=9.32）歳で30歳代が最も多かった。臨床経験は、6ヶ月から51年で、平均14.16（SD=9.05）年、5年未満を除いた看護師の割合は88.2%であった。救急外来の臨床経験は、3ヶ

月から35年まであり、平均6.27（SD=5.85）年、5年未満の経験者が38.7%であった。救急外来での1ヶ月間の平均的な当直回数は0から20回までで、平均4.02（SD=3.87）回、但し月に11回から20回も行う人は11名（7.0%）であった（Table 1）。高齢患者の心肺停止や急変に対する対処についての自信の程度は、心肺蘇生法で対処できるとする人が99名（67.8%）と、調査対象者が高い技術を有している熟練した看護師であったといえる（Table 2）。また、高齢患者と仕事以外のケアや介護などを含めての交流はあるかについて、「ある」36.7%、「ない」62.7%で、高齢患者と日常的にコミュニケーションを図る機会が少ないと考えられる。

1. 高齢患者についての看護師の認識

高齢患者の観察の難しさである観察困難度は、「よくある」と「時々ある」で128名（81.5%）、高齢患者に説明する際の難しさである説明困難度は、「よくある」と「時々ある」で127名（82.5%）であった（Table 3）。

Table 1 調査協力者の属性と実務状況（N=157）

性別(人)		年齢(人)		経験年数(%)	救急経験年数(%)	1ヶ月間の救急当直回数(%)	
男性	女性	20歳代	30歳代			1~5回	6~10回
5	152	20歳代	39	5年未満	11.8	49.7	78.5
		30歳代	57	10年未満	24.1	27.4	14.5
		40歳代	38	15年未満	21.0	13.1	5.1
		50歳代	18	20年未満	16.3	5.2	1.9
		60歳代	2	30年未満	19.0	3.9	
		不明	3	40年未満	6.5	0.7	
				50年以上	1.3		
合計	157	合計	157	100.0	100.0		100.0

Table 2 救急外来看護師の急変対応の自信の程度（N=157）

高齢者が心肺停止は急変したときの対処の自信(%)	
心肺蘇生で対処できる	67.3
余り対処できない	26.5
ほとんどできない	5.4
その他	0.8
合計	100.0

Table 3 高齢患者とのコミュニケーションの問題 (N=157)

頻度	観察の困難を感じる(%)	説明の困難を感じる(%)
よくある	22.3	16.9
時々ある	59.2	65.6
ほとんどない	15.9	16.2
ない	1.9	0.6
不明	0.7	0.7
合計	100.0	100.0

2. 項目間の関連

調査協力者の特徴と質問項目間の相互関連を明らかにするために相関を検討した。そのうち、有意な関連があったものは、年齢と経験年数 ($p < 0.01$) ・救急外来経験年数 ($p < 0.01$) ・高齢患者急変時対応の自信の程度 ($p < 0.01$)、経験年数と救急外来経験年数 ($p < 0.01$) ・救急当直経験年数 ($p < 0.01$)、救急外来経験年数と救急当直経験年数 ($p < 0.01$) であり、二次救急外来では、若い人の方が救急外来の経験や当直の回数が多い傾向にあった。また、観察困難度と説明困難度は、相関係数が 0.61 ($p < 0.001$) でやや強い関連を示した。

V. 考 察

1. 高齢患者に対するコミュニケーション問題

今回の調査では、看護師は経験年数が概ね 5 年以上で、平均経験年数 14 年の看護師が主要な調査協力者であった。この看護師は、技術的経験的には、蘇生などの高度な技術も提供でき自信を深めた、概ね熟練した看護師といえる。しかし、年齢は 40 歳未満の青年・中年層が多く、高齢患者とは年齢差、世代間差があって、日常的な高齢者との交流経験が少ないことが特徴であった。このことから、高齢者に対する知識が比較的少ない可能性が考えられる。

観察によって高齢患者の病状を正確に把握することが難しいと感じる観察困難度を検討した結果、年齢や経験年数の関連は認められなかつたが、全

体に高齢患者に対する観察困難度が高く、高頻度に観察の困難さを感じていた。観察は、言語的、非言語的コミュニケーションによって患者の主観的情報を、また状態を視ることによって客観的情報を得ることである。これら対面的関係における情報収集が難しいという結果から、医師と同様のコミュニケーション問題が存在していることがわかった。

また、高齢患者に対する説明困難度は、症状が悪化した場合の対処方法や服薬などの説明場面を想定し、概ね言語的に高齢患者に情報を伝えることである。主に言語的な説明の困難さであることから、治療に影響を及ぼす可能性が考えられる。救急外来での説明として考えられるものには、患者に対して今後起こりうる状況、つまり検査・治療開始の説明、場所の移動など、協力を求める内容や、同意を必要とする説明が考えられる。看護師にとって説明が伝わっていないと考える場合は、適切な反応、応答が返ってこないという高齢患者の状態があるものと考えられる。さらに認知症などによる認知機能低下がある場合には、身体疾患の重症例が多いこと（久保田・亀山・村田・庄子・野上・鈴木・清水・山下・福島・飯塚・栗田, 2007）や、暴力、興奮、幻覚、妄想などの問題行動や精神症状が見られること（塩崎・日野, 2004）も説明を難しくしている要因と考えられる。つまり、意識があるにもかかわらず、言語的なやりとりによって理解を得ることが難しいと考えられる。救急外来では、患者との意思疎通ができない場合の評価として、JCS (Japan Coma Scale) などの意

意識レベルの判定を参考にすることが多い。JCSは、患者が外界と情報をやりとりできる覚醒度の水準を開眼状態に着目して、刺激と反応の結果で評価する尺度である。覚醒度がある程度あれば、言語的やりとりが可能であろうと多くの看護師は考えている。しかし、老化による障害は、意識だけの問題ではないことがある。

それは、脳の全体的、あるいは局所的な萎縮と変性によっておこる認知機能低下の存在である。生理的な認知機能の低下は、程度の差はあっても高齢患者に顕在することが多い。しかし、高齢患者の比率が高いにもかかわらず、救急外来での評価は定式化していない。また、患者にとってなじみのない救急外来では、環境変化によって一時的な失見当識、つまり居場所や時間認知の曖昧さが出現することがある。実際に、高齢患者が救急外来の環境に適応できないことが影響して、情報処理能力が低下している可能性が指摘されている(English & Morse, 1988)。このような一過性に生じた変化を含めた認知機能低下は、外見では評価が難しく、老化の理解が不十分な看護師には掴みにくい健康状態といえる。

高齢患者の健康状態は、例えば、炎症があっても体表面温の上昇となりにくく、体内に熱が蓄積される現象がみられるなど、体温一つをとっても他者にはそれと特定できる症状または根拠を見いだしにくいことがある。症状が顕著でないという特徴に加えて、認知機能低下があれば、身体的にも心理的にも健康状態を判断しづらくなる。特に、高齢患者に表れやすいせん妄症状は、服薬後や昼間にもみられる意識障害であるものの、対話上では認知症を思わせる症状を呈している(清水, 2008)。これも専門的な判断を必要とする病状である。つまり、症状が複雑であること、健康状態の同定を難しくしているのである。この一過性のせん妄は、軽度の認知症の場合には、救急外来などの不慣れな環境下の不適応から生じ、また薬

物によって発症することがある。この症状は、かかわりを誤れば悪化することがあり、また心ない言葉によって心的外傷を与えることもある。このような高齢患者の認知的な混乱や記憶状態の変調は、過大に評価されることもあるが、過小評価されることもある。いずれにしても、看護師は、高齢患者の情報処理能力が低下しているために情報を適切にうけられず、困難感を抱いていると考えられる。

2. 救急外来での認知機能評価

今日の救急外来看護では、救命技術に主眼がおかれて、高齢患者の認知面のアセスメントは未だ重要視されている現状はない。それゆえ救急外来の多忙な臨床でも実施可能な認知機能評価が必要かもしれない。簡便な認知機能評価が、救急外来で実際に使用されている例がある。

オハイオ州アクロン市の救急病院では、救急外来の60%の患者に認知機能の低下があった⁴⁾が、日本では、北村らが27%と低い値を報告した(北村・長谷川・倉田, 2008)。北村らは、Mini-Mental Scaleと長谷川式簡易知能スケールを使用した。これは一つのスケールが少なくとも15分程度はかかる測定用具であり、持続的な思考を求められるため、身体症状がある患者には負担が大きい。Gerson(1994)らが使用したのは、短時間でスクリーニングができるとされるOrientation-Memory-Concentration Testである。これは、「What year is it now? (今何年ですか)」、「What month is it now? (今何月ですか)」、「About what time is it? (何時ですか)」という日時の見当識と「20から1までの逆唱」、「月を12月から逆唱する」、フレーズの記録と遅延再生がセットされ、重み付け採点される。22点の合計得点の内、10点以上であれば認知症と診断する。日時の見当識は、比較的重度の認知症患者でも通過率が高いが、重度な認知症では誤りが多い。また、逆唱はWechsler式知

能検査の二つの下位尺度のうちの一つである言語性検査の主要な検査項目、数唱の課題である。数唱問題が扱う心的機能は暗唱と即時再生であり、そのための課題として順唱と順序の逆転を答える逆唱がある（小林・藤田・前川・大六・山中, 1998）。逆唱に誤りがあるのは、系列処理や数処理といった思考に障害が見られることによる。記録と遅延再生は、重度になると誤りやすい項目であり、重度の認知症のスクリーニングができる（加藤・下垣・小野寺・植田・老川・池田・小坂・今井・長谷川, 1991）。また、軽微の機能低下もスクリーニングできることから、簡単な声かけで対応が変化させられる点では有用なテストではないかと考えられる。このような評価方法の活用は看護師の高齢患者に対する正確な観察を助けることになるかもしれない。

3. 看護師の高齢患者に対する

認知的バイアスの存在

予備調査（臼井, 2005）の結果から、救急外来の看護師には、看護師側の認知的問題が影響している可能性も考えられる。例えば、看護師の「表現が曖昧なために訴えの内容がわかりにくい」や「意思疎通が難しい」という回答は、病状が影響した高齢患者のコミュニケーション障害による困難感を述べている。また、「遠慮や我慢をして訴えたがらない」という回答もあったが、これは高齢患者の心理的特徴であり、寺沢（2005）がのべるように、高齢患者に対して敬意を払うことで解決可能な問題かもしれない。しかし、「緩慢な動作、理解力の低下、難聴などのために観察に多くの時間を要する」は、高齢患者の身体機能の低下に過度のネガティブな印象をもっている可能性を考えられる。このような高齢患者に対する見方は、看護師の偏見（エイジズム）ともいえる認知的バイアスが影響している可能性が考えられる（清水, 2007）。この認知的バイアスを軽減させるために、

救急看護領域の看護師にも老化と高齢者についての理解を深める教育が必要ではないだろうか。

4. 今後の課題

救急外来受診という非日常的経験において高齢患者の心身に表れる変化は、十分に明らかにされていない。このような中で看護師は、目の前の高齢患者の情報収集と治療に関する説明に苦慮する実態があった。発熱のある高齢患者に対して「どうしましたか」のオープンクエーションでは、有効な回答は得られない可能性がある。また、「今までの病気は」「経過は」「治療方法や薬は」の問い合わせに対しても、難聴、視力の低下などがあれば、看護師の質問が理解しにくいことも考えられる。高齢患者への適切なケアが提供されるためには、正確な情報を如何に得るかが課題である。例えば、医療情報カルテ一元化は、複雑で多様且つ長期の病気経過をたどる高齢患者の場合、患者個人の情報が正確に入手でき、治療や看護する側にとって有効なものと期待できる。老化が避けがたいものであるため、今後は、システムの工夫も課題である。本論文は、調査からの時間が経過したが、状況に大きな変化はみられないと考えられる。

VII. 結論

救急外来看護師の高齢患者とのコミュニケーションには、観察と説明の困難さからくる問題があった。高齢患者の老化による問題は、身体機能や認知機能の変化によるものであり、避けがたいものであるが、看護師の老化の理解や偏見の検討、認知機能の簡便な評価やシステムの工夫などによって、問題を軽減できる可能性がある。

文献

- Gerson, L. W., Counsell, S. R., Fontanarosa, P. B., & Smucker, W. D. (1994). Case finding for Cognitive Impairment in Elderly Emergency Department Patient. *Annals of Emergency Medicine*, 25, 813-817.
- English, J., Morse, J. M. (1988). The 'difficult' elderly patient: adjustment or maladjustment? *International Journal of Nursing Studies*, 25, 23-39.
- 加藤伸司・下垣光・小野寺敦志・他 (1991). 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成 老年精神医学雑誌, 2, 1339-1347.
- 北村立・長谷川充・倉田孝一 (2008). 精神科救急外来の対象となった認知症高齢者の特性 石川県立高松病院における診療実績から 老年精神医学雑誌, 19, 70-77.
- 小林重雄・藤田和弘・前川久男・大六一志・山中克夫 (1998). 日本版 WAIS-R の理論と臨床 東京: 日本文化社. 31.
- 厚生統計協会 (2008a). 第2編第1章人口動態 国民衛生の動向, 55, 39.
- 厚生統計協会 (2008b). 第3編第5章医療対策 国民衛生の動向, 55, 164-172.
- 久保田洋介・亀山元信・村田祐二・庄子賢・野上慶彦・鈴木淳子・他 (2007). 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療 現状と課題 救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療 老年精神医学雑誌, 18, 1204-1209.
- 中村 弘 (2007). 老人介護施設からの高齢者救急搬送要請への対応 救急医療ジャーナル, 24-27.
- 日本看護協会広報部 (2007). 療養病床再編へ向け日本看護協会が老健施設の新たなサービス提供を提案 News Release 2007 May.
- 清水裕子 (2007). 看護学生の老年者との対話の問題と特徴 日本老年看護学会誌, 11, 56-63.
- 清水裕子・臼井千津・松月みどり (2008). 高齢者の二次救急における受診実態と看護の課題 第28回日本看護科学学会講演集, 520.
- 清水裕子編著 (2008). コミュニケーションからはじまる認知症ケアブック 東京: 学習研究社.
- 塩崎一昌・日野博昭 (2004). 痴呆性高齢者の在宅介護破綻に関する研究 緊急入院した症例の分析を通して 大和ヘルス財団研究業績集, 27, 92-97.
- 寺沢秀一 (2005). 救急外来における高齢者の診療 救急医学 29, 1801-1804.
- 臼井千津 (2005). 救急外来・二次救急における高齢患者への対応 Emergency Care, 18, 1033-1037.